

**T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**DOKTORA TEZİ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET PROGRAMI**

**ÇÖZÜM ODAKLI SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİNİN TİP-1
DİYABETLİ ÇOCUK SAHİBİ AİLELERİN HASTALIĞA
UYUMUNA ETKİSİ**

Zeliha EROL

**Danışman
Doç.Dr. Şeyda YILDIRIM**

MANİSA-2025

TAAHHÜTNAME

Bu tezin Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalında akademik ve etik kurallara uygun olarak yazıldığını ve kullanılan tüm literatür bilgilerinin referans gösterilerek tezde yer aldığını, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, tezin yazımında akademik ve etik kurallara aykırı herhangi bir yapay zeka ve program kullanmadığımı beyan ederim.

Zeliha EROL



ÖZET

Doktora Tezi

Zeliha EROL

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Danışman: Doç.Dr. Şeyda YILDIRIM

Tip 1 diyabet kronik bir hastalıktır ve tanı konulma zamanı genellikle çocukluk döneminde olmaktadır. Hastalığın yönetimi karmaşık ve ömür boyu devam etmektedir. Özellikle çocukluk döneminde çocuğun diyabeti kendi başına yönetememesi diyabetli çocuğun ailesinin de tedavi sürecinde aktif bir rol oynamasını zorunlu kılmaktadır. Tip 1 diyabet ve yönetimi yalnızca çocuğu değil ailesini de psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz etkilemektedir.

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin, tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin hastalığa uyumlarına etki edip etmediğini saptamayı amaçlayan bu araştırma nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma araştırma yöntemlerinden yakınsayan paralel desene göre tasarlanmıştır. Araştırma, iki aşamadan oluşmaktadır. Araştırmanın ilk aşamasında tip 1 diyabetli çocuğa bakım veren ebeveynlerde hastalığın algılanan ağırlığı, aile işlevselliği ve diyabetin aileye olan etkisi hakkında genel bir kanıya varmak amacıyla 377 ebeveyn ile genel tarama yapılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasının veri toplama araçları Sosyodemografik Bilgi Formu, Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ), Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu (HİÖA-A/B) ve Aile APGAR (AAP) Ölçeği'dir. Genel tarama bulguları değerlendirildiğinde diyabetin aileyi en fazla ekonomik olarak olumsuz etkilediği, ebeveynler tarafından hastalığın algılanan ağırlığının oldukça yüksek olduğu ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu

bulunmuştur. Tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin genel durumları betimlendikten sonra araştırmanın ikinci aşamasına geçilmiştir. İkinci aşamada, tek gruplu öntest-sontest modeline dayalı bir çalışma yürütülmüştür. Bu kapsamda sekiz ebeveyn ile çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında haftada bir olmak üzere toplam 8 grup oturumu gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada veri toplama araçları olarak araştırmanın birinci kısmında kullanılan veri toplama araçlarına ek olarak grup oturumları ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinde toplanan nicel verileri analiz etmek amacıyla Kruskall Wallis H testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında yapılan toplam 8 grup oturumundan ve müdahalenin etkililiğini saptamak üzere uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen nitel veriler deşifre edilmiştir. Elde edilen veriler nitel veri analiz teknikleri arasında yer alan tematik analiz tekniği ile çözümlenmiştir. Yapılan öntest-sontest ölçümlerine göre; deney grubunda yer alan ebeveynlerde, diyabetin aileye olumsuz etkisi ve hastalığın algılanan ağırlığı istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde olumlu yönde farklılaşmıştır. Ek olarak ebeveynlerin istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde aile işlevselliği memnuniyet düzeyi artmıştır. Grup çalışması oturumları sırasında elde edilen nitel verilerin analizi sonucunda “grup çalışmasına katılma amacı, mucize sorusu, başa çıkma becerileri geliştirme, istisnalar, olumlu davranış geliştirme ve kâbus sorusu” olmak üzere 6 temaya ulaşılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen nitel verilerin analizi sonucunda ise grup çalışmasının; “aile ilişkisi üzerindeki etkisi, ebeveynin diyabetle baş etme becerisine etkisi, çocuğun diyabetle baş etme becerisine etkisi ve ebeveyn/çocuk ilişkisi üzerindeki etkisi” olmak üzere 4 temaya ulaşılmıştır. Tematik analizler sonucunda grup çalışmasına katılan ebeveynlerin çözüm odaklı düşünme ve olumlu davranış geliştirme becerisi geliştirerek müdahalenin amacına uygun değişim ve dönüşüm yaşadıkları tespit edilmiş ve bu bulguların nicel bulguları desteklediği sonucuna varılmıştır.

Bulgular, tip 1 diyabetli çocukların ailelerinin hastalığa uyumları üzerinde çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin etkili olduğu sonucunu ortaya koymuştur.

Anahtar Sözcükler: Tip 1 diyabet, Hastalığa uyum, Çözüm odaklı yaklaşım, Çözüm odaklı terapi, Gruplarla sosyal hizmet müdahalesi, Tıbbi sosyal hizmet

2025, 261 sayfa



ABSTRACT

PhD Thesis

Zeliha EROL

Manisa Celal Bayar University

Graduate School of Education

Department of Social Work

Supervisor: Doç.Dr. Şeyda YILDIRIM

Type 1 diabetes is a chronic disease and is usually diagnosed in childhood. Management of the disease is complex and takes a lifetime. Especially in childhood, the inability of the child to manage diabetes on her/his own necessitates the active role of the family in the treatment process. Not only do Type 1 diabetes and its management affect the child but they also affect the family psychologically, socially and economically.

This study, which aims to determine whether social work intervention with groups based on a solution-focused approach affects the adaptation of families with children with type 1 diabetes to the disease, was designed according to a convergent parallel design, which is a mixed research method in which quantitative and qualitative methods are used together. In the first stage of the study, a general screening was conducted with 377 parents in order to reach a general opinion about the perceived severity of the disease, family functionality and the effect of diabetes on the family among parents caring for a child with type 1 diabetes. The data collection tools of the first stage of the study are the Sociodemographic Information Form, the Diabetes Impact on the Family Scale (DAES), the Subjective Perceptions of the Disease Mother/Father Form (SPD-A/B) and the Family APGAR (FAP) Scale. When the general screening findings were evaluated, it was found that diabetes had the greatest negative impact on the family economically, the perceived severity of the disease by parents was quite high, and the level of satisfaction with family functionality was high.

After describing the general situation of families with children with type 1 diabetes, the second phase of the research was started. In the second stage, a study based on a single-group pretest-posttest model was conducted. In this context, a total of 8 sessions were held once a week with eight parents within the scope of social service intervention in groups based on a solution-focused approach. At this stage, group sessions and Semi-Structured Interview Form were used as data collection tools in addition to the data collection tools used in the first part of the research. In order to analyze the quantitative data collected in the social work intervention with groups based on the solution-focused approach, Kruskal Wallis H test, Mann Whitney U test, Wilcoxon Signed Rank Test and Spearman Correlation analysis were used to examine the relationships between the scale scores. Qualitative data obtained from a total of 8 group sessions conducted within the scope of the research and the semi-structured interview form applied to determine the effectiveness of the intervention were deciphered. The obtained data were analyzed with the thematic analysis technique, which is among the qualitative data analysis techniques. According to the pretest-posttest measurements, the negative impact of diabetes on the family and the perceived severity of the disease differed positively in a statistically significant way in the parents in the experimental group. Additionally, parents' satisfaction with family functioning increased statistically significantly. As a result of the analysis of the qualitative data obtained during the group work sessions, 6 themes were reached: "purpose of participating in group work, miracle question, developing coping skills, exceptions, developing positive behavior and nightmare question". As a result of the analysis of the qualitative data obtained from the semi-structured interview form, 4 themes were reached: "the effect of group work on the family relationship, the effect on the parent's ability to cope with diabetes, the effect on the child's ability to cope with diabetes, and the effect on the parent/child relationship". As a result of thematic analyses, it was determined that the parents who participated in the group study developed solution-focused thinking and positive behavior development skills and experienced change and transformation in line with the purpose of the intervention, and it was concluded that these findings supported the quantitative findings.

The findings revealed that social work intervention with groups based on a solution-focused approach was effective on the adaptation of families of children with type 1 diabetes to the disease.

Key Words: Type 1 diabetes, Adaptation to illness, Solution focused approach, Solution focused therapy, Social work intervention with groups, Medical social work

2025, 261 pages



ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin tip 1 diyabetli çocukların ailelerinin hastalığa uyumuna etkisini değerlendiren bu çalışma başladığı günden beri birçok kişinin bilgisi, desteği ve emeği ile gerçekleştirilmiştir.

Öncelikle doktora sürecimin başından itibaren beni her daim destekleyen ve haftaiçi, haftasonu ya da resmî tatiller farketmeksizin ihtiyaç duyduğum her anda benimle bilgi, birikim ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan Değerli Danışmanım Doç. Dr. Şeyda YILDIRIM’a sonsuz teşekkür ediyorum. Siz bana inanmasaydınız bu çalışma gerçekleşmezdi. Bu zorlu yolu sizinle birlikte yürümek benim için çok büyük bir şanstı.

Görüş ve önerileriyle tezimin şekillenmesine yardımcı olan Tez İzleme Komitesinde bulunan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Buğra YILDIRIM ve Doç. Dr. Nurgül TAVŞANLI GÜNGÖR’e teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez Savunma Jürimde olmayı kabul ederek kıymetli zamanlarını ayıran hocalarım Doç. Dr. Filiz ER ve Doç. Dr. Esin ZENGİN TAŞ’a çok teşekkür ediyorum.

Bu zorlu süreçte tezime kıymetli önerilerde ve katkılarda bulunan arkadaşlarım ve aynı zamanda meslektaşlarım da olan Öğr. Gör. Özkan BİLGİN, Öğr. Gör. Mehmet KILIÇ ve Öğr. Gör. Yeter AKKAYA’ya teşekkür ediyorum.

Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji birimi sağlık çalışanlarına ve vakit ayırarak çalışmama katılan tüm ebeveynlere en içten duygularıyla teşekkür ediyorum.

Son olarak her zaman yanımda ve arkamda olan, beni koşulsuz seven ve bana olan güvenleri sayesinde hayatım boyunca korkmadan adımlarımı atmamı sağlayan aileme, her önemli anımda olduğu gibi tez savunma günümde de yanımda olan dostum,

kardeşim Av. Rabia Sayli ÖZKAN’a ve hayatıma girdiği andan itibaren bana her daim şans getiren canım uğuruma sonsuz teşekkür ediyorum.

Zeliha EROL

Manisa, 2025



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA: American Diabetes Association

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

ÇOT: Çözüm Odaklı Terapi

DKA: Diyabetik Ketoasidoz

DSÖ / WHO: Dünya Sağlık Örgütü / World Health Organization

IDF: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)

IFSW: International Federation of Social Workers (Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu)

NIDDK: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases

SHU: Sosyal Hizmet Uzmanı

T1DM: Tip 1 Diabetes Mellitus / Tip 1 Diyabet

TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tip 1 Diyabetin Tipik Belirtileri	11
Şekil 2. Araştırma Modeli	71
Şekil 3. Evren/Örneklem	74
Şekil 4. Grup Çalışmasında Ortaya Çıkan Verilerin Çözümlemesini Yansıtan MAXMaps Grafiği	156
Şekil 5. Ebeveynlerin Grup Çalışmasına Katılma Amacını Yansıtan MAXMaps Grafiği	157
Şekil 6. Ebeveynlerin Mucize Sorusuna Verdiği Cevapları Yansıtan MAXMaps Grafiği	161
Şekil 7. Ebeveynlerin İstisnalarını Yansıtan MAXMaps Grafiği	166
Şekil 8. Ebeveynlerin Başa Çıkma Becerilerini Geliştirmelerini Yansıtan MAXMaps Grafiği	169
Şekil 9. Ebeveynlerin Olumlu Davranış Geliştirme Durumlarını Yansıtan MAXMaps Grafiği	174
Şekil 10. Ebeveynlerin Kâbus Sorusuna Verdiği Cevapları Yansıtan MAXMaps Grafiği	176
Şekil 11. Ebeveynlerde Grup Çalışmasının Yarattığı Etkileri Yansıtan MAXMaps Grafiği	178
Şekil 12. Ebeveynlerde Grup Çalışmasının Aile İlişkisi Üzerinde Yarattığı Etkileri Yansıtan MAXMaps Grafiği	179
Şekil 13. Ebeveynlerde Grup Çalışmasının Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkilerini Yansıtan MAXMaps Grafiği	182
Şekil 14. Grup Çalışmasının Ebeveyn/ Çocuk İlişkisi Üzerindeki Etkilerini Yansıtan MAXMaps Grafiği	186
Şekil 15. Grup Çalışmasının Ebeveynlerin Çocuğunun Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkilerini Yansıtan MAXMaps Grafiği	189

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Grubuna Uygulanan Deneysel İşlem	73
Tablo 2. Katılımcıların Ölçeklere İlişkin Verdiği Yanıtlara İlişkin Güvenirlik Analizi Sonuçları	97
Tablo 3. Katılımcıların Ölçeklere İlişkin Verdiği Yanıtlara İlişkin Güvenirlik Analizi Sonuçları	98
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	101
Tablo 5. Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımı	102
Tablo 6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	102
Tablo 7. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	103
Tablo 8. Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı	103
Tablo 9. Katılımcıların Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı	104
Tablo 10. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	105
Tablo 11. Katılımcıların Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	105
Tablo 12. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı	106
Tablo 13. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Dağılımı	106
Tablo 14. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuklarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	107
Tablo 15. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı	107
Tablo 16. Tip 1 Diyabetli Çocukların Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı	108
Tablo 17. Tip 1 Diyabetli Çocukların Hastalığa Sahip Olma Sürelerine Göre Dağılımı	108
Tablo 18. Katılımcıların Çocuğu Tedavi/Takip İçin Hastaneye Götürme Sıklık Durumlarına Göre Dağılımı	109
Tablo 19. Katılımcıların Çocuğu Koma Halinde (Diyabetik Ketoasidoz Tablosuyla) Hastaneye Götürme Sıklık Durumlarına Göre Dağılımı	110
Tablo 20. Katılımcıların Çocuğa Uygulanan Tedaviye (İnsülin, Diyet vs.) Uyum Durumlarına Göre Dağılımı	110
Tablo 21. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuğa Yönelik Diyet ya da Özel Beslenme Programı Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı	111
Tablo 22. Katılımcıların Çocuğun Bakımı ile İlgili Gerekli Görevleri (Kan Şekeri Ölçümü, Tıbbi Kontrolleri İçin Hastaneye Götürme, Kan Şekeri Düzeyini Takip Ederek İnsülin Dozunu Ayarlama ve Beslenme Düzeni vb.) Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı	112
Tablo 23. Katılımcıların Çocuğun Hastalığı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı	113
Tablo 24. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocuğa Bakım Verme Konusunda Kendilerine Güvenme Durumlarına Göre Dağılımı	113
Tablo 25. Katılımcıların Tip 1 Diyabet Hastalığının Ek Ekonomik Güçlük Getirme Durumlarına Göre Dağılımı	114
Tablo 26. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Olmasının Diğer Çocuk/Çocuklarıyla İlgilenmelerini Etkileme Durumlarına Göre Dağılımı	115
Tablo 27. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocukların Sağlık Durumları Hakkında Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı	116
Tablo 28. Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Olmanın Katılımcıları Psikososyal Olarak Olumsuz Etkileme Durumlarına İlişkin Bulgular	118

Tablo 29. Katılımcıların Ailelerinde Kendileri Dışında Çocuğun Bakımı ile İlgilenen Birinin Olma Durumlarına Göre Dağılımı	120
Tablo 30. Katılımcıların Çocuğun Hastalığı ile İlgili Desteği En Çok Kimden Gördüklerine Göre Dağılımı	121
Tablo 31. Katılımcıların Hastalık Yönetim Sürecinde Profesyonel Bir Meslek Elemanından (Psikolog, Sosyal Çalışmacı, Çocuk Gelişim Uzmanı vb.) Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı	121
Tablo 32. Katılımcıların Bakım Verme Süreçleri Boyunca Destek Aldığı Profesyonel Meslek Elemanı Gruplarına Göre Dağılımları	122
Tablo 33. Katılımcıların Bakım Verme Süreci Boyunca Hangi Sıklıkla Psikolojik Destek Almayı Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı	123
Tablo 34. Katılımcıların Psikososyal Özelliklerini Açıklayan Ölçekler ve Alt Ölçeklerden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları	124
Tablo 35. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerinin Karşılaştırılması	126
Tablo 36. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Olmanın Hangi Durumlarını Olumsuz Etkilediğinin Karşılaştırılması	128
Tablo 37. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Anne/Baba Formu Bulgularının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları	130
Tablo 38. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve Alt Boyutları Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları	131
Tablo 39. Aile APGAR Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları	132
Tablo 40. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve Alt Boyutları Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları	134
Tablo 41. Aile APGAR Ölçeğinin Puanlarının Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	136
Tablo 42. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne-Baba Formu Puanlarının Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	137
Tablo 43. DAEÖ, Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne-Baba Formu ve Aile APGAR Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Çocuğunun Tip 1 Diyabetli Olma Sürelerine Göre ANOVA Sonuçları	138
Tablo 44. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne-Baba Formu Puanlarının Katılımcıların Çocuğunun Tip 1 Diyabetli Olma Sürelerine Göre ANOVA Sonuçları	139
Tablo 45. Aile APGAR Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Çocuğunun Tip 1 Diyabetli Olma Sürelerine Göre ANOVA Sonuçları	140
Tablo 46. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve Alt Boyutları ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu (HİÖA-A/B) ve Aile APGAR Ölçeği Korelasyonu	141
Tablo 47. Katılımcılara ve Çocuklarına İlişkin Bilgiler	143
Tablo 48. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocuğun Sağlık Durumu Hakkında Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerine Göre İncelenmesi	145
Tablo 49. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları	147
Tablo 50. Katılımcıların Grup Çalışması Öncesi ve Grup Çalışması Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması	149
Tablo 51. Katılımcıların Ön Test Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	151
Tablo 52. Katılımcıların Son Test Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	153

Tablo 53. Katılımcıların Müdahale Uygulaması Süreci Durumlarına İlişkin Öz Değerlendirmeleri

155



İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	IV
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
İÇİNDEKİLER	XIV
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1.KRONİK HASTALIKLAR	4
1.1.1. Çocukluk Çağında Görülen Kronik Hastalıklar	5
1.1.2. Kronik Bir Hastalık Olan: Diyabet Mellitus	6
1.2.TİP 1 DİYABET MELLİTUS	9
1.2.1. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadıkları Sorunlar	12
1.2.1.1. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadığı Fiziksel Sorunlar	12
1.2.1.2. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadığı Ekonomik Sorunlar	13
1.2.1.3. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadığı Psikososyal Sorunlar	14
1.2.2. Diyabet Tedavisi	17
1.2.2.1. İlaç/İnsülin Tedavisi	18
1.2.2.2. Beslenme/Diyet	19
1.2.2.3. Egzersiz/Fiziksel Aktivite	20
1.2.2.4. Kendi Kendine Kan Şekeri İzlemi	21
1.2.2.5. Psikososyal Destek/Psikososyal Güçlendirme	22
1.2.3. Diyabet Yönetimi	22
1.2.4. Diyabet Eğitimi	27
1.2.5. Aile ve Çocukluk Çağı Diyabeti	29
1.2.5.1. Ailelerde Kabullenme Süreci ve Evreleri	32
1.2.5.1.1. Teşhis-Hastaneye Yatış	34
1.2.5.1.2. Evde Bakım ve Uyum	35
1.2.5.1.3. Uzun Süreli Uyum	36
1.2.6. Tip 1 Diyabetli Çocukların Ailelerinin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar	37
1.2.7. Ailenin Diyabet Yönetimindeki Rolü	40
1.3.TIBBİ SOSYAL HİZMET	41
1.3.1. Tip 1 Diyabette Sosyal Hizmet Müdahalesi	42
1.3.2. Çözüm Odaklı Terapi (ÇOT)	45
1.3.2.1. Çözüm Odaklı Terapinin Temel Felsefesi	47
1.3.2.2. Çözüm Odaklı Terapi Süreci	47
1.3.2.3. Çözüm Odaklı Terapi Teknikleri	48
1.4. KONU İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR	53
1.4.1. Çözüm Odaklı Terapi/Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımı ile İlgili Yapılan Araştırmalar	53
1.4.2. Tip 1 Diyabetli Çocuğu Olan Ailelere Yönelik Yapılan Araştırmalar	58

1.5. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	61
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI	63
1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	68
1.8. ARAŞTIRMANIN SAYIL TILARI	68
1.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	69
1.10. TANIMLAR	69

İKİNCİ BÖLÜM YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ	71
2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	74
2.2.1. Genel Tarama Çalışma Grubu	74
2.2.2. Deneysel Çalışma Grubu	75
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	76
2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	76
2.3.2. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu	77
2.3.3. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği	77
2.3.4. Aile APGAR Ölçeği	78
2.3.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	78
2.4. VERİLERİN TOPLANMASI	78
2.4.1. Genel Tarama Verilerinin Toplanması	78
2.4.2. Deneysel Çalışma Verilerinin Toplanması	79
2.4.2.1. Müdahale Öncesi Hazırlık	79
2.4.2.1.1. Çözüm Odaklı Yaklaşım Dayalı Gruplarla Sosyal Hizmet Müdahale Programı	79
2.4.2.2. Müdahale Süreci	83
2.5. VERİLERİN ANALİZİ	97
2.5.1. Genel Tarama Aşamasına İlişkin Verilerin Analizi	97
2.5.2. Deneysel Çalışmaya İlişkin Nicel Verilerin Analizi	98
2.5.3. Deneysel Çalışmaya İlişkin Nitel Verilerin Analizi	99

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM BULGULAR

3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL TARAMA BULGULARI	101
3.1.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulgular	101
3.1.2. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuklarına İlişkin Bulgular	107
3.1.3. Çocuğun Tedavi Sürecine İlişkin Bulgular	109
3.1.4. Katılımcıların Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulgular	113
3.1.5. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocuklarının Sağlık Durumları Hakkında Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerine İlişkin Bulgular	116
3.1.6. Katılımcıların Hastalıktan Psikososyal Olarak Etkilenme Durumlarına İlişkin Bulgular	118
3.1.7. Katılımcıların Hastalık Yönetimi Sürecinde Destek Alma Durumlarına İlişkin Bulgular	120
3.1.8. Katılımcıların Ölçek Puanları	124
3.1.9. İki Bağımsız Değişken İçin T-Testleri ve İkiden Fazla Bağımsız Değişken İçin ANOVA Testleri	126
3.2. DENEYSEL ÇALIŞMAYA İLİŞKİN NİCEL BULGULAR	143
3.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	143

3.2.2. Katılımcıların Öntest-Sontest Bulguları	147
3.3. DENEYSEL ÇALIŞMAYA İLİŞKİN NİTEL BULGULAR	155
3.3.1. Ebeveynlerin Müdahale Uygulaması Süreci Durumlarına İlişkin Öz Değerlendirmeleri	155
3.3.2. Grup Çalışması Oturumlarına İlişkin Nitel Bulguların Çözümlemesi	156
3.3.3. Grup Çalışmasının Etkisi	178

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA	193
4.1.1. Genel Tarama Bulgularına İlişkin Tartışma	193
4.1.2. Deneysel Çalışma Bulgularına İlişkin Tartışma	201
4.2. SONUÇ	208
4.3. ÖNERİLER	210
4.3.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	210
4.3.2. Uygulayıcılara Yönelik Öneriler	211
KAYNAKLAR	213

GİRİŞ

Günümüzde tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak çocukluk döneminde ortaya çıkan kronik hastalıkların fizyolojik boyutunu ele alan pek çok çalışma yürütülmektedir. Ayrıca kronik hastalıkların çocuk üzerindeki etkileri ve çocuğun hastalığı fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan iyi bir şekilde yönetebilmesi için neler yapabileceğine ilişkin pek çok farklı disiplinde araştırmalar yapılmaktadır.

Çocukluk çağında görülen kronik hastalıkların tedavi süreci hastalığın ilerlememesi ve kontrol altında tutulması için çocuğun uyması gereken belirli kurallar ve kısıtlamaları içermektedir. Gelişim dönemi göz önüne alındığında çocuğun bu kurallara ve kısıtlamalara uyum sağlaması hususunda aile önemli bir faktör olmaktadır. İlaveten bu hastalıklar bütün aile üyelerinin hasta çocuğa yönelik özverili bir tutum sergilemelerini zorunlu kılarak aile üyelerinin karşılıklı ilişkilerinde birtakım değişimlere yol açarak aile işlevselliğini etkilemektedir.

Bilindiği üzere bir çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması yalnızca çocuğu değil çocuğun üyesi olduğu aile sistemini de etkilemektedir. Kronik hastalıkların çocuğun ve ailesinin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlamalara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkileme potansiyeli vardır, bu nedenle multidisipliner bir yaklaşım gerektiren karmaşık sağlık sorunlarıdır. Özellikle bebeklik/çocukluk döneminde hastalık tanısı alan bebeklerin/çocukların ailelerinin de hastalığın yönetim sürecine aktif dahil edilme zorunluluğu onları psikolojik, sosyal ve ekonomik bağlamda örseleyerek aile sistemi üzerinde önemli değişimlere neden olmaktadır. Kronik hastalığı olan çocukların aile sistemi üzerinde hastalığın yarattığı biyopsikososyal ve ekonomik sorunlar bireysel, ailesel, çevresel, hastalığın doğası ve tedavi süreçleri gibi çeşitli faktörlere göre değişmekte ve ailenin hastalığa uyumunu doğrudan ya da dolaylı bir biçimde etkilemektedir.

Çocuğa birincil bakım verenler olarak ebeveynler, tıbbi randevuları yönetmek, hastaneye yatış ve sonrası bakım sağlamak ve devam eden sağlık ihtiyaçlarını yönetmek dahil olmak üzere çocuğun hastalık yönetiminin önemli bir parçası olmaktadır. Hastalıkla beraber gelen bu yeni durumlar ebeveynlerin rol ve sorumluluklarda birtakım değişikliklere neden olmakta ve ebeveynler üzerinde yüksek düzeyde stres yaratmaktadır. Ayrıca kronik hastalıklar yukarıda belirtildiği gibi ailelerin işlevselliğini ve aile üyelerinin karşılıklı ilişkilerini olumsuz yönde

etkileyebilir. Bu durum, tüm aile üyelerini etkileyerek uyum sağlama ve dayanıklılık geliştirme zorunluluğuna neden olmaktadır (Nabors ve ark., 2019; Spurr ve ark., 2023; Thomas ve ark., 2024).

Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri düşük uyku kalitesi (Meltzer ve Mindell, 2006; Mcbean ve Schlosnagle, 2016), aile içi çatışma (Popp ve ark., 2014), yüksek düzeyde stres, anksiyete, depresyon (Cousino ve Hazen, 2013; van Oers ve ark., 2014; Easter ve ark., 2015), mali stres (George ve ark., 2011; Khanna ve ark., 2015) ve daha düşük yaşam kalitesi (West ve ark., 2009; Sikorová ve Bužgová, 2016) gibi olumsuz durumlar yaşamaktadır.

Literatürde çoğunlukla kronik hastalıklarla yaşayan çocuklar ile ilgili fizyolojik ve psikososyal çalışmaların yapıldığı görülürken kronik hastalıkların aileler üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalara daha az rastlanmaktadır. Kronik çocukluk hastalıklarının aile üzerindeki etkileri ile ilgili literatürün çoğu, ebeveynlerin hasta çocukla ilişkisi üzerinde odaklanmış, ebeveynlerin kaygıları ve yaşam kalitesi üzerine araştırmalar yapılmıştır (Özyazıcıoğlu ve ark., 2017; Viaene ve ark., 2017; Theofilou ve Vlastos, 2023).

Ayrıca tanı konulan çocuğun ailesine yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri hastaların ve ailelerinin yaşama riski olan birçok sorunun yaşanmasını önleyebilir ya da etkisini hafifletebilir. Bu bağlamda birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri sosyal hizmet mesleği için kritik bir konumda yer almaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin etkililiğini artırmak için benzersiz bir konuma sahiptir (Gençer ve ark., 2021). Koruyucu sağlık hizmetleri sunan kurumlarda sosyal hizmet uygulamaları dikkate alınarak multidisipliner bir ekip ile hizmetlerin sunulması tip 1 diyabetli çocuk ve ailelerinin sağlık ve yaşam refahını artıracaktır.

Ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda ise tip 1 diyabetli çocuğa ve ailesine çocuk endokrinoloji uzmanı, diyetisyen ve diyabet hemşiresi tarafından şeker ölçümü, insülin uygulama, karbonhidrat sayımı ve şeker takibi gibi fizyolojik bilgi desteği sağlanırken psikososyal destek hizmetlerin standart bir hizmet modeli olarak sunulmadığı görülmektedir. Oysaki diyabet yönetimi multidisipliner çalışmayı gerektirmektedir. Yani diyabet ekibinde yalnızca diyabet hemşiresi, çocuk endokrinoloji uzmanı ve diyetisyen gibi hastalığın fizyolojik

boyutunu ele alan sağlık profesyonellerine ek olarak bireyi çevresi içinde inceleyen ve hastalığın psikososyal boyutunu ele alan sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık profesyonelleri de ekibin ayrılmaz bir parçası haline getirilmelidir.

Tip 1 diyabetli çocuklar yağamları boyunca tedavi edilir ve izlenir. Dolayısıyla diyabetli çocuğa sahip olan aileler de yağamları boyunca bu hastalıkla beraber yağamaktadır. Diyabetin aile üzerindeki olumsuz etkilerinin farkında olunması ve sosyal hizmet müdahaleleriyle bu etkilerin azaltılabileceğinin öneminin anlağılması diyabetli çocuğun sosyal ve sağlık yağamında olumlu geliğmeleri artıracaktır. Bu nedenle konu ağağıdaki bağlıklar altında incelenmiğtir.



BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KRONİK HASTALIKLAR

WHO (2023), kronik hastalıkları genellikle uzun süreli ve yavaş ilerleyen hastalıklar olarak, CDC (2022) ise 1 yıldan uzun süre devam eden ve sürekli tıbbi bakım gerektiren ve/veya günlük yaşam aktivitelerinde sınırlamalara neden olan hastalıklar olarak tanımlamaktadır. Kalp hastalıkları, kanser, kronik akciğer hastalıkları ve diyabet gibi bu kronik hastalıklar genellikle yaşam boyu süren sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu bağlamda kronik hastalıklar, uzun süreli, ilerleyici ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen sağlık koşulları olarak tanımlanarak tıbbi müdahale ve hastalığın yönetimi açısından sürekli bir süreç gerektirmektedir (NIDDK, 2021).

Akut hastalıkların aksine, kronik hastalıklar genellikle bulaşıcı değildir. Etiyolojileri genellikle multifaktöryeldir. Bir bakıma genellikle ilericidirler, ama başka bir anlamda her zaman statiktirlerdir. Modern tıp biliminin birçok iyileştirici mucizesine rağmen tamamen tedavi edilemezler (Fuller, 2018). WHO (2024) diyabetin de içerisinde yer aldığı bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) sebebiyle her yıl 41 milyon insanı öldüğünü; bu oranın da dünya çapındaki tüm ölümlerin %74'üne denk geldiğini bildirmiştir.

Kronik hastalıklar, uzun bir süre devam eden ve kişinin normal şekilde işlev görme yeteneğini etkileyen bozukluklardır. Bu nedenle, kronik hastalık, bir kişinin yaşamında derin değişikliklere neden olma potansiyeline sahiptir, bu da hasta ve çevresinin yaşam kalitesi ve refahı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (De Ridder ve ark., 2008; Er ve Yıldırım, 2019). Bu hastalıklar, hastaların iyi yaşama kapasitelerini, fonksiyonel durumunu ve üretkenliğini sınırlayarak hastaların genel sağlığını da kötüleştirmektedir (Devins ve ark., 1984).

Kronik hastalığı olan kişilerde tedavi rejimine uyumsuzluk, yaygın bir sorundur (Loghman-Adham, 2003; van der Wal ve ark., 2005; Riaz ve ark., 2014; Addo ve ark., 2018). Bu kişilerin yarısına yakını, optimum klinik fayda elde edemeyecekleri ölçüde reçete edilen rejimleri takip etme sorunları yaşamaktadır (Dunbar-Jacob ve ark., 2000). Kronik hastalığa sahip olan kişi bir çocuk olduğunda

ailenin de hastalığa uyum sağlaması tedavi rejimine uyumluluk ve hastalığın yönetimi için önemli bir faktör olmaktadır.

Kronik hastalıklarda tıbbi bakımın yüksek maliyeti aileler ve toplum üzerinde mali yükü arttırarak sosyoekonomik sorunlara neden olmaktadır (Dieleman ve ark., 2016). Bu hastalıklar özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık ve ekonomileri üzerinde önemli düzeyde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Yach ve ark., 2005; Bloom ve ark., 2012; Kankeu ve ark., 2013). Batı ülkelerindeki etkili sağlık hizmeti ve destek kurumlarının, gelişmekte olan ülkelere olmaması nedeniyle bu ülkelere özellikle büyükanneler olmak üzere aile üyeleri, hasta çocukların bakımında büyük bir rol oynamaktadır (Moghadam ve ark., 2022).

1.1.1. Çocukluk Çağında Görülen Kronik Hastalıklar

Çocukluk çağında görülen kronik hastalıklar, uzun süreli tıbbi müdahale gerektiren, çocuğun günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, süregelen sağlık durumları olarak tanımlanmaktadır (Perrin ve ark., 2007). Çocukluk döneminde sıkça görülen kronik hastalıklar arasında astım, diyabet, epilepsi, serebral palsi, kalp hastalıkları ve kanser yer almaktadır (Alharbi ve ark., 2022).

Kronik hastalıklar yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu hastalıkların çocuklar üzerindeki etkileri; hastalığın türü ve özelliklerine, tedavi şekline, hastalığın yarattığı kalıcı etki ve sınırlamalara, hastalığa sahip çocukların gelişim dönemlerine, biyopsikososyal özelliklerine, baş etme potansiyellerine, hastalığın okul yaşantısına etkisine, çocuk ve ailesinin hastalığa yüklediği anlama, aile ilişkileri ve dinamiklerine göre farklılaşmaktadır (Drell ve Hanson White, 2007; Yılmaz Bolat, 2018).

Çocukluk çağındaki kronik hastalıklar, çocukların ve ailelerinin psikososyal refahı için önemli sonuçlar doğurmaktadır. Örneğin, ağrı ve yorgunluk gibi fiziksel semptomların varlığı, hastalık yönetim rejimlerine duyulan ihtiyaçla birleştiğinde, yalnızca çocukların değil, aynı zamanda çocuğun ebeveynlerinin ve kardeşlerinin de günlük yaşamının birçok yönünü etkilemektedir. Okul çağındaki çocuklar düzenli tedavilere ihtiyaç duyabilmekte ve okuldan devamsızlığı gerektiren hastalık alevlenmeleri veya hastane yatışları yaşayabilmektedirler. Bu nedenle, eğitim kesintiye uğramakta ve çocuk akranlarıyla temasını kaybetmeye başlamaktadır. Bu da

izolasyon, farklı hissetme ve akademik çalışmalara ayak uydurmakta zorluk çekme hissine neden olmaktadır (Barlow ve Ellard, 2006).

Kronik hastalıkları olan pek çok çocuk, hastalıklarının karakteristik özelliği olan çeşitli metabolik ve patolojik anormalliklerin yanı sıra yetersiz enerji ve protein alımına da sahiptir ve bu da önemli derecede yetersiz beslenmeye ve büyüme geriliğine yol açmaktadır (Kyle ve ark., 2014; Larson-Nath ve Goday, 2019).

Yaşam boyunca zayıf çocukluk sağlığının devam etmesi ve erken çocukluk dönemi fiziksel ve ruhsal sağlığının çocuğun sonraki yaşam sağlığı ve ekonomik durumu üzerinde ciddi etkileri vardır. Çocukluk ruh sağlığı sorunlarının bireyler ve toplum için uzun vadeli maliyetleri büyüktür. Ayrıca çocukluk psikolojik koşulları, yetişkinlik döneminde büyük ekonomik maliyetlere yol açmaktadır (Smith ve Smith, 2010; Delaney ve Smith, 2012).

1.1.2. Kronik Bir Hastalık Olan: Diyabet Mellitus

Diyabet Mellitus (DM), vücudun insülin hormonundan herhangi birini ya da insülin hormonunu yeterli miktarda üretememesi veya ürettiği insülini etkili bir şekilde kullanamaması nedeniyle yüksek kan şekeri seviyeleri meydana geldiğinde ortaya çıkan ciddi ve uzun süreli bir durumdur (ADA, 2020). Önemli bir hormon olan insülin pankreasta üretilmektedir. Kan dolaşımında bulunan glikozun enerjiye dönüştürülmesi veya depolanması amacıyla hücrelere alınmasını sağlayan insülin, aynı zamanda yağ ve protein metabolizmalarının düzenlenmesinde de kritik bir rol oynar. İnsülin eksikliği veya hücrelerin buna yanıt verememesi, yüksek kan şekeri seviyelerine (diyabetin klinik göstergesi olan hiperglisemi) neden olur. İnsülin eksikliği uzun süre giderilmezse, vücudun birçok yerinde ciddi komplikasyonlara ve hasara neden olabilir. Bununla birlikte, diyabetin uygun yönetimi sağlanırsa, bu ciddi komplikasyonlar geciktirilebilir veya tamamen önlenir (IDF, 2021).

ADA (2023) diyabeti *Tip 1 Diyabet*, *Tip 2 Diyabet*, *Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet Türleri* (ekzokrin pankreas bozuklukları ve ilaçlar gibi diğer nedenlerden kaynaklanan) ve *Gestasyonel Diyabet* olmak üzere dört grupta kategorize etmektedir. Diyabetin en yaygın iki formu, tip 1 ve tip 2 (sırasıyla genç başlangıçlı ve yetişkin başlangıçlı) vakaların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır (Taplin ve Barker, 2008). Diyabet sınıflandırılmasıyla ilgili yakın zamanda yayınlanan WHO raporu,

monogenik diyabet ve bir zamanlar "ikincil diyabet" olarak adlandırılan diyabet dahil olmak üzere bir dizi "*Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet Türlerini*" listelemiştir. Tip 1 ve tip 2 diyabette çevresel faktörlerin ve çoklu genlerin katkısı söz konusu iken monogenik diyabet tek bir genden kaynaklanır ve çok daha az yaygındır. Tüm diyabet vakalarının %1,5-2'sini oluştur, ancak bu genellikle yanlış bir şekilde tip 1 veya tip 2 diyabet olarak teşhis edildiğinden hafife alınabilir (IDF, 2021). Gestasyonel diyabet, ilk kez gebelik döneminde saptanan çeşitli derecelerde glukoz intoleransı olarak ifade edilmektedir (Buchanan ve Xiang, 2005). Gestasyonel diyabetli kadınlar hamilelik döneminde ve doğum sırasında komplikasyon riski taşımaktadır. Bu kadınlar ve muhtemelen çocukları da gelecekte tip 2 diyabet riski altındadır (WHO, 2022).

Tip 1 diyabet, pankreas β hücrelerinin tipik olarak otoimmün yıkım nedeniyle insülin üretmeyi bıraktığı bir endokrin bozukluğudur ve genellikle çocukluk veya gençlik döneminde teşhis edilir (ADA, 2020; Syed, 2022). Bu diyabet türü, genellikle susuzluk, kilo kaybı ve çok idrara çıkma gibi semptomlarla ortaya çıkar ve hastalar bu semptomlarla sağlık hizmetlerine başvururlar. Tip 2 diyabet ise genellikle tip 1 diyabetin aksine hiçbir semptom göstermez ve bazı hastalar görme kaybı, kalp krizi veya uzuv kangreni gibi bir komplikasyon nedeniyle sağlık hizmetlerine başvururlar. Tip 2 diyabet yavaş gelişir, bundan dolayı genellikle hastalığın var olduğu ancak tespit edilmediği çok uzun bir süre vardır. Tip 1 diyabetli kişiler, birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmesi ve izlenmesi zor olan kan şekerinin sıkı kontrolüne ihtiyaç duyarlar, bu nedenle daha yüksek sağlık hizmetlerine daha sık sevk edilmeleri gerekmektedir (WHO, 2016).

Tip 1 diyabetin ekonomik yükü, tip 2 diyabete kıyasla çok daha yüksek kabul edilmektedir. Bu farkın temel sebeplerinden biri, tip 1 diyabetin ömür boyu insülin replasman tedavisi gerektirmesidir. Ayrıca, tip 1 diyabetli bireylerin şiddetli hipoglisemi ve ketoasidoz gibi komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatma riskleri daha fazladır. Çocuk bakımı için harcanan zaman ve topluma yansıyan bakım maliyetleri de bu yükü artırmaktadır. Yüksek teknoloji cihazların artan kullanımı ve tedavi yeniliklerinin hızla gelişmesi, tip 1 diyabetin gelecekteki tedavi maliyetlerinin daha da artacağına işaret etmektedir (Rohilla ve ark., 2022).

Dünya genelinde yaklaşık yarım milyar insan diyabetle yaşamaktadır. 2019 yılında küresel diyabet prevalansı %9,3 (463 milyon kişi)'dür. 2030'da küresel diyabet prevalansının %10,2'ye (578 milyon) ve 2045'te %10,9'a (700 milyon) çıkacağı

öngörülmektedir. Diyabetle yaşayan her iki kişiden biri (%50,1) diyabet hastası olduğunu bilmemektedir. Bozulmuş glikoz toleransının küresel prevalansının ise 2030'da %8,0'a (454 milyon) ve 2045'te %8,6'ya (548 milyon) ulaşacağı tahmin edilmektedir (Saeedi ve ark., 2019).

Türkiye'de diyabet prevalansı son yıllarda önemli bir artış göstermiştir. Bu artışın sebepleri arasında yaşam tarzındaki değişiklikler, tüketilen gıdaların içerik doğrallığının bozulması, obezite oranlarındaki artış, küreselleşme ve yaşlanan nüfus sayılabilir. Diyabetin Türkiye'de prevalansı %13,8 olarak tahmin edilmektedir. Bunun yanı sıra, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan araştırmalar, Türkiye'de her dört kişiden birinin pre-diyabet aşamasında olduğunu göstermektedir (Keskek ve ark., 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Dünya genelinde diyabet, halk sağlığını tehdit eden büyük bir sorun haline gelmiştir. IDF 2021 yılı verilerine göre, dünya çapında yaklaşık 537 milyon yetişkin diyabetli olarak kaydedilmiştir ve bu sayının 2045 yılına kadar 783 milyona ulaşması beklenmektedir (IDF, 2021). Bu veriler, dünya genelinde diyabetin her geçen yıl daha fazla kişiyi etkilediğini ve önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde diyabet oranlarında önemli bir artış yaşanmaktadır. Bu ülkeleri desteklemeye odaklanan WHO Nisan 2021'de diyabetin önlenmesi ve diyabet bakımında sürekli iyileştirmeleri amaçlayan küresel bir girişim olan Küresel Diyabet Sözleşmesi'ni başlatmıştır. Diyabet riskini azaltmayı amaçlayan sözleşme ayrıca diyabet tanısı alan tüm bireylerin adil, uygun maliyetli, kapsamlı, etkin tedavi hizmetlerine ve bakıma erişimini sağlama konusunda ortak bir vizyon üzerinde çalışmak üzere tüm paydaşları bir araya getirmiştir. Mayıs 2021'de Dünya Sağlık Asamblesi, diyabetin önlenmesi ve kontrolünün güçlendirilmesine ilişkin insüline erişimin arttırılması dahil olmak üzere birçok eylem planı önermiştir. Diyabet tedavisi için insülin ve diğer ilaçlar/sağlık ürünleri için düzenleyici gereksinimlerin yakınlaştırılmasını ve uyumlaştırılmasını teşvik etmek amacıyla kararları kabul etmiştir (WHO, 2022).

Diyabet ve komplikasyonları, diyabetli bireyler ve aileleri, ülkelerin sağlık sistemleri ve ekonomileri üzerinde doğrudan tıbbi maliyetler ve ücret ve iş kaybı yoluyla önemli maddi kayıpların yaşanmasına neden olur. Ayrıca, küresel sağlık

bakım sistemine ve daha geniş küresel ekonomiye büyük bir ekonomik yük bindirir (WHO, 2016).

2014 yılında Keskek ve ark. tarafından diyabet hastalarının ortalama tedavi maliyeti 607,4 dolar olarak hesaplanmıştır. Diyabet tedavi maliyetini azaltmak için sadece sağlık profesyonellerinin değil, hasta ve yakınlarının da hastalığın yönetimine katkıda bulunması gerekmektedir. Doğrudan tıbbi bakım harcamaları, hastaneye yatış maliyetleri, ilaçlar ve ayaktan bakım hizmetleri gibi diyabet ile ilişkili maliyetlerin önemli bir yönüdür. Özetle diyabet, bireylere ve toplumlara yüksek bir ekonomik yük getirmektedir. Türkiye’de diyabet tedavi maliyetlerinin yüksek olduğunu ve toplam sağlık harcamasının önemli bir kısmının diyabet ve komplikasyonlarına harcadığını tespit edilmiştir (Keskek ve ark., 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Diyabetin küresel ekonomik yükü de dikkate değerdir. Bommer ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada 2015 yılında küresel diyabet maliyetleri yaklaşık 1,32 trilyon ABD doları olarak hesaplanmıştır. Bu maliyetlerin büyük bir kısmı, komplikasyonların tedavi edilmesi ve hastalığın yönetilmesi için harcanmaktadır. 2030 yılında ise bu maliyetlerin 2 trilyon ABD dolarını geçeceği belirtilmiştir. Kısaca diyabetin küresel maliyetleri ve sonuçları büyüktür. Ek olarak 2030 yılına kadar şu anda olduğundan daha büyük bir yük oluşturacağı öngörülmektedir.

Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi diyabetin ekonomik yükü, sağlık sistemi üzerinde ciddi bir baskı oluşturmakta ve Türkiye’nin sağlık harcamalarının büyük bir kısmını (yaklaşık dörtte birini) oluşturmaktadır. Türkiye’de diyabetle ilişkili doğrudan ve dolaylı maliyetler, sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü kapsamakta ve bu yük giderek artmaktadır. SGK tarafından, diyabetin tedavisi için 2021 yılında yaklaşık 8,6 milyar Türk Lirası ödenmiştir. Bu maliyetin büyük bir kısmı, ilaç tedavileri, insülin tedavisi, hastane yatışları ve komplikasyonların yönetimi için harcanmaktadır (SGK, 2022; TEMD, 2024).

1.2. TİP 1 DİYABET MELLİTUS

Tip 1 Diyabet Mellitus (T1DM), diyabetin önemli bir alt tipidir ve genellikle genç yaşta insülin eksikliği ile teşhis edilir. Otoimmün diyabet olarak da bilinen tip 1 diyabet pankreas β hücre kaybına nedeniyle insülin eksikliği ile karakterize edilmektedir. Kronik bir hastalık olan tip 1 diyabet hiperglisemiye yol açmaktadır; bu

da insan vücudunun gıdaları enerjiye dönüştürememesi anlamına gelmektedir ve hastalık uzun vadede kontrol altına alınmazsa böbrekler, gözler, sinirler, kalp ve hatta prematüre ölüm gibi uzun vadeli komplikasyonlara neden olmaktadır (Burn, 2010; IDF, 2021). Tip 1 diyabette tedavi rejiminin temel hedefi metabolik dengenin mümkün olduğu kadar normale yakın tutulmasıdır (ADA, 2020).

Ömür boyu tedaviye ihtiyaç duyulan tip 1 diyabet hastalığında semptomlar bazen çok daha sonra gelişebildiği gibi genellikle semptomatik başlangıç yaşı çocukluk veya ergenlik döneminde olmaktadır (Atkinson ve ark., 2014; Katsarou ve ark., 2017). Tip 1 diyabet giderek daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Tip 1 diyabet insidansında gözlenen en büyük artışlar, özellikle 5 yaşından küçükler olmak üzere, 15 yaşından küçük çocuklar arasındadır (Streisand ve Monaghan, 2014; Chobot ve ark., 2017).

Tüm diyabet vakalarının yaklaşık %5-10'unu oluşturan tip 1 diyabetin prevalansı dünya genelinde artmaktadır ve hastalığın ciddi kısa ve uzun vadeli etkileri vardır (Daneman, 2006). IDF (2021) verilerine göre, 541 milyon kişinin bozulmuş glukoz toleransına sahip olduğu ve 1,2 milyonu aşkın çocuk/ergen tip 1 diyabet hastası olduğu tahmin edilmektedir. Hastaların yaklaşık yarısı (%54) 15 yaşın altındadır. Genel yıllık artışın yaklaşık %3 olduğu varsayılmaktadır. Yılda yaklaşık 98.200 çocuk ve 15 yaşın altındaki bireylere tip 1 diyabet teşhisi konulduğu tahmin edilmektedir ve bu tahmini sayı, yaş aralığı 20 yaşın altına ulaştığında 128.900 olmaktadır (IDF, 2019). Federasyonun 9. (2019) ve 10. baskı (2021) rakamları arasındaki önemli farklılıklar bulunmamakla birlikte 2 yıllık zaman diliminde diyabet vakalarında artış görüldüğü söylenebilir.

Ülkemizdeki 18 yaş altı çocuklarda tip 1 diyabet insidansı 10.8/100.000, prevalansı 0.75/1000 olarak tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).



Şekil 1. Tip 1 Diyabetin Tipik Belirtileri (IDF Diabetes Atlas- 10th edition, 2021).

Tip 1 diyabet, genetik yatkınlık, immünolojik düzensizlik ve çevresel tetikleyicilere maruz kalma gibi faktörlerin bir kombinasyonunu içeren karmaşık bir hastalıktır. Diyabet ailelerden geçer. Epidemiyolojik çalışmalar, tip 1 diyabet hastalarının akrabaları arasında hastalığın daha yüksek bir insidansını (kardeşlerde %6'ya karşı %0,4) göstermiştir, bu da tip 1 diyabetin nedeni olarak genetik faktörlerin rolünün altında yatan sebeptir (Acharjee ve ark., 2013). Hastalığın tipik belirtileri; aşırı susuzluk, sık sık idrara çıkma veya yatak ıslatma, yorgunluk veya enerji eksikliği, ani kilo kaybı, sürekli açlık, bulanık görme ve diyabetik ketoasidozdur (IDF, 2021).

Tip 1 diyabetli çocuklarda geç tanı ve insüline erişim eksikliği mortaliteye en çok katkıda bulunan şeydir. Kronik, bulaşıcı olmayan bu hastalığın varlığı sınırlarla veya kıtalarla sınırlı değildir. Tedavi edilmediği takdirde ölümcüldür, ancak tedavi ve doğru denge ile akut komplikasyonlar önlenabilir ve ciddi geç komplikasyonlar azaltılabilir. Bu hastalığı tanımak ve tedavi etmek için sahada ve hastanelerde profesyonellerin yoğun eğitimi gereklidir. Bu faktörler, hastaların ve ailelerinin yoğun eğitimi ile birlikte diyabetin mortalite ve morbiditesini azaltabilir (De Beaufort ve ark., 2018). Diyabetin iyi bir şekilde izlenmesi de çocuğun fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan sağlıklı bir birey olması açısından önemlidir. Bundan dolayı multidisipliner bir ekip ile izlem yapılması gerekmektedir.

Tip 1 diyabet, dünya çapında yaklaşık dokuz milyon insanı etkileyen, en hızlı büyüyen kronik sağlık sorunlarından biridir. Tip 1 Diyabet Endeksi (T1D Index) dünya genelinde her ülkede tip 1 diyabetin insan ve halk sağlığı üzerindeki etkisini ölçen türünün ilk örneği bir veri simülasyon aracıdır. Şu anda bu hastalığın tedavisi yoktur. Tip 1 diyabet, bu hastalıkla yaşayan insanlar için derin bir insani, duygusal ve mali yük oluşturmaktadır ve hastalığın prevalansı giderek artmaktadır. Tip 1 diyabet prevalansı 2000 yılından bu yana küresel nüfus artış hızının dört katı oranında artmıştır. 2021 yılında dünya çapında tahmini 8,4 milyon kişi tip 1 diyabetli iken bu sayının 2040 yılına kadar 17,4 milyona çıkması beklenmektedir (IDF, 2021).

1.2.1. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadıkları Sorunlar

Tip 1 diyabetin bebeklik, çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkması, etiyolojisi ve insülin enjeksiyonu gerektirmesi göz önüne alındığında çocuklar üzerinde olumsuz etkiler yaratma potansiyelinin fazla olduğu görülmektedir. Fizyolojik bir hastalık olmasının yanı sıra psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları da yadsınamaz düzeyde olan tip 1 diyabet ömür boyu süren kronik bir hastalıktır. Dolayısıyla diyabetli çocuk yaşamının her evresinde fiziksel, psikososyal ve ekonomik bir takım sorunla yüz yüzedir (Aytar Yılmaz ve ark., 2013).

1.2.1.1. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadığı Fiziksel Sorunlar

Tip 1 diyabetli çocuklar, hastalığın yönetilmesi gereken karmaşıklığı ve sürekli izlem gerektiren doğası nedeniyle çeşitli fiziksel sorunlar yaşamaktadırlar. Bu çocuklar diğer otoimmün hastalıklar ve fizyolojik rahatsızlıklar açısından sağlıklı çocuklara göre daha yüksek risk altındadır. Tip 1 diyabetli çocuklar, kan şekeri seviyelerinde görülen dalgalanmalardan dolayı büyüme geriliği, kilo kaybı veya aşırı kilo alımı gibi sorunlarla karşılaşabilirler (Silverstein ve ark., 2005). Ayrıca bu hastalık hiperglisemi ve hipoglisemi atakları, konsantrasyon güçlüğü, kas zayıflığı ve yorgunluk gibi fiziksel belirtilere yol açabilmektedir (Peters ve Laffel, 2011).

Uzun süreli diyabet komplikasyonları arasında kardiyovasküler hastalıklar, böbrek fonksiyon bozuklukları ve sinir hasarı gibi ciddi sonuçlar yer almaktadır (Nathan, 2014). Bu komplikasyonlar, çocukların yaşam kalitesini olumsuz yönde

etkileyerek daha fazla medikal müdahale gereksinimine neden olmaktadır (ADA, 2018).

Tip 1 diyabetli çocukların karşılaştığı fiziksel sorunlar sadece bedensel sınırlamalarla kalmayıp, aynı zamanda çocuğun günlük aktivitelerine de önemli kısıtlamalar getirmektedir. Örneğin, fiziksel aktivite sırasında kan şekerinin hızla düşme riski, çocukların spor veya oyun etkinliklerine katılmalarını güçleştirmektedir (Macknight ve ark., 2009).

Diyabetin kontrol altına alınamaması, görme problemleri, cilt enfeksiyonları ve yavaş iyileşen yaralar gibi daha kısa vadeli fiziksel sorunlara yol açmaktadır (Forlenza ve ark., 2018). Bu sorunlar, çocukların gelişimini etkileyebileceği gibi, hastane yatışlarını ve acil müdahale gereksinimlerini de artırmaktadır (Craig ve ark., 2011). Tip 1 diyabetin çocuklar üzerindeki bu çok yönlü etkileri, onların sadece fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda psikososyal gelişimini de doğrudan etkilemektedir (Rankin ve ark., 2016).

1.2.1.2. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadığı Ekonomik Sorunlar

Çocukların beslenmesi fiziksel ve zihinsel gelişimi etkileyen önemli bir faktördür. ADA (2020) kişilerin yaşam tarzının ve psikolojik sağlığının başarılı diyabet yönetimi hedefine ulaşmada temel olduğunu ve bu hedeflere ulaşmada diyabet öz yönetim desteği ve eğitimi, tıbbi beslenme tedavisi, rutin egzersiz/fiziksel aktivite, bağımlılık durumunda sigarayı bırakma danışmanlığı ve psikososyal bakımı kapsadığını belirtmiştir.

Tip 1 diyabetli çocukların hem fiziksel ve zihinsel gelişimi hem de diyabeti kontrol altında tutabilmesi için sağlıklı ve dengeli bir şekilde beslenmeleri gerekmektedir. Diyabetli bireyler için uygun bir diyet sürdürmek çok önemlidir. Diyet planı, beklenen değerlere göre oluşturulurken, diyet hazırlamak bireylerin düzenli olarak gerçekleştirdiği en temel aktivitedir. Diyabet yönetimine yardımcı olmak için kişiselleştirilmiş bir yemek planlama stratejisi kullanılması önerilmektedir (Poonguzhali ve Amarabalan, 2024). Önerilen diyet programları kişilerin ekonomik, sosyal ve kültürel durumuyla ilintilidir. Fakat tip 1 diyabetli çocukların sağlıklı beslenme amacıyla diyabetik ürünler/gıdalar tüketme mecburiyeti çocuk ve ailelerde ekonomik boyutta olumsuz etkilere neden olmaktadır. Ülkemizde de tüm dünyada

olduğu gibi organik ve sağlıklı gıdalara ulaşmak güç ve maliyetlidir. Bu bağlamda diyet programları tip 1 diyabetlileri ve ailelerini ekonomik açıdan örselemektedir.

Tip 1 diyabetli hastalar, çoğu oral anti diyabetik ilaçtan daha pahalı olan insülin preparatlarına ihtiyaç duymaktadır (Keskek ve ark., 2014). Ülkemizde insülin tedavisinin içerdiği maliyet doğuran malzemelerin tümünün devlet desteği kapsamına dahil olmaması diyabetlileri ekonomik açıdan zorlamaktadır. Ayrıca diyabetlilerin kontrol ve tedavileri için sık sık hastaneye gitmeleri, gerektiğinde hastane ortamında konaklamaları ve yol ücretleri gibi doğrudan ya da dolaylı maliyetler de diyabetlileri ekonomik anlamda zorlamaktadır.

Çocukluk çağında başlayan tip 1 diyabet (15 yaşından önce ortaya çıkma), yaşamın ilerleyen dönemlerinde istihdam ve kazançlar üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Çocukluk çağında başlayan tip 1 diyabete bağlı olarak istihdam durumu ve kazançlarla ölçülen kayıpların hem birey hem de toplum için etkileri vardır (Persson ve ark., 2016). Nielsen ve ark. (2016) tarafından yapılan yetişkin tip 1 diyabetliler ile ilgili karşılaştırmalı nüfus tabanlı bir çalışmada tip 1 diyabetin daha düşük istihdam düzeyleri ve daha fazla hastalık izniyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

1.2.1.3. Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşadığı Psikososyal Sorunlar

Fiziksel hastalığı olan çocuklar, sağlıklı akranlarına kıyasla psikososyal sorunlar açısından iki kat daha fazla risk taşırlar. Kronik hastalığı olan çocuklarda sağlıklı çocuklardan önemli ölçüde daha fazla psikososyal kaygı tespit edilmiştir (Bilfield ve ark., 2006).

Çocukluk dönemi kronik hastalıklarının etkisinin uzun dönem sürmesi, çocukların yalnızca hastanede değil evde, okulda ve sosyalleştikleri her alanda hastalıklarına yönelik bakım ve tedavinin devam etmesi; çocuk açısından ruhsal ve sosyal sorunlar yaşama, düşük akademik başarı, tedavi giderleri nedeniyle maddi zorluklar yaşama ve sosyal dışlanmaya neden olmaktadır (Karadağ, 2023).

Kronik hastalığı olan çocuklar, okul sorunları ve devamsızlık için yüksek risk altındadır. Hastalığın aktif olmadığı dönemlerde bile, tıbbi randevular için eğitim hayatlarında sık sık devamsızlık yapmaları normal rutinin bir parçası haline gelmektedir. Bu devamsızlıklar, çocuğun tedavi için hastaneye yatırılmasını gerektirdiğinde daha da artmaktadır (Geist ve ark., 2003). Vetiska ve ark. (2000)

tarafından tip 1 diyabetli bir ergen popülasyonu üzerinde yapılan çalışmada, aile faktörlerinin çocuğun okula devam durumunu etkilediği ve diyabetli çocuklar ile sağlıklı kardeşleri arasında okula devamsızlık oranının diyabetli çocuklarda sağlıklı kardeşlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla hastalığın tedavi rutinleri tip 1 diyabetli çocukların eğitim hayatını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Diyabet özellikle teşhisi esnasında ve kötü yönetimi sonrasında hastane yatışlarını gerektirebilmektedir. Hastane yatışları çocuk ve ailesini biyopsikososyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyebilir. Genellikle hastane yatışlarında çocuk ve ailesinin kaygı düzeyi artar ve hastanede iken daha çekingen olurlar. Bu gibi stresörler nedeniyle özellikle pediatrik kronik hastalıklar ve hastane yatışlarının uzun olduğu durumlar göz önünde bulundurularak çocuklara hastane ortamında aktivite yapabilecekleri (oyun, resim, boyama vb.) imkanların sunulması ve eğitimlerinin aksamaması için hastane okullarına devam etmek çocukların kaygı ve korkularını azaltabilir (Yılmaz Bolat, 2018). İlaveten çocukların rutinlerine hastane yatışları sırasında da devam etmeleri ailelerine ruhsal açıdan iyi gelebilir.

Diyabetli her çocuğun gün içerisinde sık sık kan şekerini ölçmesi gerekmektedir. Bazı durumlarda okulda, dershanede ya da ev dışında sosyal aktivite yaparken ölçüm yapmak zorunda kalan çocuk aile üyelerinin, akranlarının ya da öğretmenlerinin yanında kan şekerini izlemektedir. Dolayısıyla psikolojik olarak utanma, kendini kötü hissetme, çevresindeki kişilere açıklama yapma ihtiyacı hissetmektedir. Genellikle diyabetli çocuklar, kendilerini sağlıklı akranlarından farklı hissettikleri için hastalıklarını sosyal çevresine açıklamaktan çekinmekte ve bu durum, depresyon, sosyal izolasyon ve utanç gibi olumsuz duygu ve durumlara yol açmaktadır. İnsüline bağımlı olma hissi ve savunmasızlık, davranışsal ve uyum sorunlarına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar tip 1 diyabetli çocuklar arasında damgalanmanın yaygın olduğunu göstermektedir. Ayrıca, ebeveynlerin aşırı korumacı tavırları da çocukları bunaltmaktadır (Liu ve ark., 2017; Brazeau ve ark., 2018; Ouzouni ve ark., 2019).

Tip 1 diyabetli çocuklar enjeksiyonlar ve kan testleri konusunda kaygı duymaktadır. Kovacs ve ark. (1997) tarafından yapılan çalışmada diyabetli çocukların yarısına yakınının hastalığın başlangıcından sonraki ilk on yıl içinde psikiyatrik bir bozukluk geliştirdiği saptanmıştır. Khandelwal ve ark. (2016) diyabetli çocuklarda en

sık görülen psikososyal anormalliğin irritasyon, ardından depresyon ve anksiyete olmak üzere diyabetik olmayan çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek psikososyal hastalık prevalansı gözlemlemiştir. Çoğu hastalık tanısı 10 yıldan fazla olan diyabetlilerin tip 1 diyabete psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği araştırmada ise 10 yılı aşkın diyabetle yaşamalarına rağmen hastaların hemen hepsinin kötü kontrollü olduğu ve hastalığa uyumlarının zayıf olduğu saptanmıştır (Çelik ve ark., 2015). Duras ve ark. (2018) yaptığı çalışmada da tip 1 diyabetli çocukların diyabeti olmayan çocuklara göre yaşam kalitesi düzeyleri belirgin şekilde düşük bulunmuştur.

Çocuğun diyabetle baş etmeye çalışırken karşı karşıya kaldığı motivasyon eksikliği, tükenmişlik ve psikososyal sorunlar metabolik kontrolü zorlaştırmaktadır (Demirel ve ark., 2012). Diyabetli çocukların sorun ve çatışma yaşamamaları ve psikososyal sağlıklarının korunması için ilk tanı konulduğundan itibaren hem çocuğa hem de aileye psikolojik ve sosyal destek sağlanması gerekmektedir.

Tip 1 diyabet ile çocuklarda psiko-davranışsal sorunlar arasında bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma yapılmıştır (Zheng ve Chen, 2013; Boogerd ve ark., 2015). Yıldız Akkuş ve Bütün Ayhan'ın (2018) kronik hastalığı olan çocuklarla yaptıkları çalışmada çocukların davranış problemlerinin yüksek, yaşam kalitelerinin ise düşük olduğu, Newacheck ve ark. (1991) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan ergenlerin kronik rahatsızlığı olmayan akranlarına göre %35 daha fazla davranışsal sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Tip 1 diyabetli çocukların yukarıda bahsedilen psikososyal ve davranışsal sorunlar yaşama risklerine karşın Hannula ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin çoğunun çalışarak ve aile kurarak toplumda aktif rol aldığı görülmüştür.

Çelik ve ark. (2015) tarafından tip 1 diyabetli genç yetişkinlerle yürütülen nitel bir çalışmada diyabetlilerin hastalığı kabullenme döneminde korku, öfke, isyan, yorgunluk, suçluluk, hayal kırıklığı, belirsizlik, umutsuzluk ve utanç gibi olumsuz duygulara yoğun bir şekilde sahip olduğu ve bu yüzden diyabeti gizleme ve insülin tedavisini aksatmaya neden olduğu görülmüştür.

DeCosta ve ark. (2020) tip 1 diyabet tanısı alan çocukların destek ihtiyacını (1) *çocukların tanıya uyum sağlamak için zamana*; (2) *destekleyici ilişkilere*; (3) *anlamlı*

katılım ve uygun koruma fırsatlarına; (4) katılmaya ve keşfetmeye ve (5) farklı hissetmemeye ihtiyacı vardır şeklinde 5 beş temel başlıkta ele almıştır.

Diyabetli çocuklar için klinik ortamda ve evde önerilen öz yönetim becerilerinin okulda da teşvik edilmesi esastır (Boden ve ark., 2012). Kronik hastalığı olan çocuklar günlerinin çoğunu okulda geçirmektedir. Bu çocuklar, kronik hastalığı olmayan akranlarına göre daha kötü okul deneyimleri ve sonuçlara sahiptir (Lum ve ark., 2017). Öğretmenler kronik olarak hasta bir çocuğun eğitimindeki tüm paydaşları barındırmak için çeşitli bilgi ve becerilere ihtiyaç duymaktadır (Eiser ve Town, 1987; Mukherjee ve ark., 2000; Boden ve ark., 2012; Hinton ve Kirk, 2015), okul organizasyonları bu ihtiyaçları karşılamada öğretmenleri desteklemek için yetersiz kalmaktadır. Okulların organizasyonu, kronik olarak hasta öğrencilerin her çocuğun almaya hakkı olan eğitim deneyimine sahip olmasını sağlamak için aktif olarak değişmelidir (Katzman, 2013).

1.2.2. Diyabet Tedavisi

Tip 1 diyabetin tamamen iyileşmesi mevcut tıbbi şartlarda mümkün olmasa da hastalık son derece kontrol edilebilir. Hastalığın tedavisinde nihai amaç diyabetlinin kan şekeri değerini normal seviyede tutmak başka bir deyişle kan şekeri yükselmelerini ve kan şekeri düşmelerini önlemektir. Tedavi ve iyi kontrol ile hiperglisemi ve hipoglisemi gibi akut komplikasyonları önlemek ve kardiyovasküler, serebrovasküler, böbrek yetmezliği ve körlük gibi ciddi geç komplikasyonları azaltmak mümkündür. İnsülin tedavisinin faydalarını en üst düzeye çıkarmak ve hipoglisemi risklerinden kaçınmak için, diyabetin tedavi süreci hasta katılımı ve eğitimi, bilgili ve bilinçli bir birincil bakım verici ve disiplinler arası bir ekip çalışmasını gerektirir (Stephens, 2015; De Beaufort ve ark., 2018).

Tip 1 diyabette tedavi; kan glukoz regülasyonunu sağlamak, oluşabilecek akut ve kronik komplikasyonları engellemek ve kronik komplikasyonların ilerlemesini yavaşlatmak/durdurmak, büyüme ve gelişmenin fiziksel süreç içinde gerçekleşmesini sağlamak, enfeksiyon sıklığını/şiddetini azaltmak ve diyabetlinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedeflemektedir (TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2024).

Çocukların reçete edilen rejimleri takip etme isteğine ve motivasyonu önemlidir. Kronik hastalığı olan çocuklarda tedavi önerilerine uyulmaması son derece

yaygındır. Çocuklukta uyum ebeveynlere bağlıdır; ergenlikte ise giderek hastaya bağlıdır (Geist, Grdisa, ve Otley, 2003).

Diyabet tedavisi ilaç/ insülin tedavisi, beslenme/ diyet, egzersiz/fiziksel aktivite, kendi kendine kan şekeri izlemi ve psikososyal destek bileşenlerinden oluşmaktadır. Bu bileşenler aşağıda ayrı başlıklar altında açıklanmıştır.

1.2.2.1. İlaç/İnsülin Tedavisi

Tip 1 diyabet tedavisinde asıl amaç, optimal glisemik kontrolü sağlayacak olan fizyolojik insülin salınımının taklit edilmesidir. Bundan dolayı tip 1 diyabet için insülin tedavisi vazgeçilmez bir tedavidir. İnsülin replasmanı, tip 1 diyabetli hastalar için yönetimin temel taşlarından birini temsil eder, çünkü ilerleyici beta hücresi yıkımı nihayetinde toplam insülin eksikliğine yol açar. “Bazal-bolus” insülin tedavisi esas olan tedavi rejiminde bazal insülinler açlık; bolus insülinler tokluk kan glukozunu kontrol etmektedir. Bundan dolayı yemek yemeden önce (açlık) kan glukozu yüksekse bazal; yemek yedikten sonra (tokluk) kan glukozu yüksekse, bolus insülin dozunun ayarlanması gerekmektedir (Stephens, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018; TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2024).

Tip 1 diyabet tanısı konulduktan sonra tüm hastaların hem hastalık hem de insülin enjeksiyon teknikleri konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Hipoglisemi belirti ve bulgularıyla, hipoglisemi yönetiminin öğretilmesi diyabet yönetimi açısından büyük bir öneme sahiptir (Dağdelen, 2020).

Bu hastalığa sahip olan birçok diyabetli hipoglisemi korkusu nedeniyle insülin rejimlerini gerektiği gibi takip etmekten ve/veya ayarlamaktan çekinir ve bu da kronik hiperglisemiye, oksidatif strese ve uzun vadeli komplikasyonlara maruz kalmalarına neden olmaktadır. Şiddetli hipoglisemi, risk altında olan hastaların belirlenmesinde dikkatli olunması, uygun ilaçlar ve ilaç rejimlerinin kullanılması ve etkili glikoz izleme stratejileri ve teknolojilerinin kullanılmasıyla önlenabilir (Unger ve Parkin, 2011).

T1DM'de kan şekerinin sık sık test edilmesi, uygun insülin dozlarının uygulanmasını sağlamak ve glikoz değişkenliğini azaltmak diyabet yönetiminin önemli bir yönüdür. Tip 1 diyabetli bireyin evde kan şekeri takip sıklığı artıkcça, hastalık seyrinde glisemik kontrol başarısı artacaktır (Switzer ve ark., 2012; Dağdelen, 2020).

Hipoglisemi, diyabetin ciddi komplikasyonlarından biridir. Hipoglisemiyi önlemek için, kendi kendine izleme temelinde kendi kendine denemelerin tekrarlanmasıyla elde edilebilen beslenme, aktivite ve tedavi arasında uygun bir denge sağlamaya vurgu yapılır. Klinisyenler rutin olarak yeterli miktarda karbonhidrat alımı, fiziksel aktivite, antidiyabetik ilaç ve alkolden uzak durma gibi hastaların katkısına odaklanır. Son zamanlarda, birçok kılavuz klinisyen faktörlerinin önemini vurgulamakta ve tedavi yoğunluğunun azaltılmasının ardından yaşam tarzı kalıplarına ve özel ihtiyaçlara göre kişiselleştirilmiş tedaviler önermektedir (Shin ve ark., 2021).

Tip 1 diyabette insülin tedavisinin planlanması yapılırken tıbbi beslenme tedavisi, karbonhidrat sayımı ve egzersiz programı hastanın planına eklenmektedir (TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2024). Bu bireylerde insülin rejimlerini normal beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarına entegre edilmesi önemlidir. Çocukların insülin tedavisinin yanı sıra sağlıklı beslenme ve sportif aktiviteler yapmaları da aynı derecede önemlidir.

1.2.2.2. Beslenme/Diyet

Kan şekerinin en önemli kaynağı besinlerdir, bundan dolayı tip 1 diyabet yönetiminin temel bileşenlerinden birini tıbbi beslenme tedavisi oluşturmaktadır. Beslenme tedavisinin amacı diyabet komplikasyonlarının riskini önlemek/azaltmak için kan şekeri düzeylerinin normal aralıkta veya güvenli bir şekilde mümkün olan en normale yakın aralıkta olması, diyabetlilere sağlıklı beslenme tercihleri ve fiziksel aktivite alışkanlıkları kazandırmak, diyabetlinin kişisel ve kültürel özellikleri, tercihleri ve yaşam tarzını gözетerek bireysel beslenme ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018; ADA, 2002).

Diyabetli birçok kişi için tedavi planının en zor kısmı ne yiyeceğini belirlemektir. Tip 1 diyabetli bireyler için, karbonhidrat sayımı ve yemek planlama yaklaşımını kullanan yoğun ve esnek bir insülin tedavisi eğitim programına katılım, glisemik kontrolü iyileştirilebilir (Evert ve ark., 2014).

Tedavinin önemli bir kısmını oluşturan beslenme müdahalesi diyabetlinin beslenme davranışında değişim yaratmayı amaçlar. Diyabetliye uygun öğün planlama yöntemi (beslenme piramidi, tabak modeli, değişim listeleri, karbonhidrat sayımı)

belirlenmesi gerekmektedir. Diyabetlinin beslenme planının gereksinimlerine, beslenme kültürüne, hayat biçimine ve kişisel özelliklerine uygun olması gerekmektedir. Diyabetlinin insülini alma biçimine göre insülin dozunu ve ara öğünün karbonhidrat içeriğinin göz önünde bulundurarak ayarlaması şarttır (TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2024). Ayrıca tip 1 diyabetlinin karbohidrat sayımı yaparak bolus dozlarını ayarlamaları gerekmektedir. Hastaya tanı konulduğunda, hasta karbonhidrat sayımını öğrenip kendi kendine uygulayabilir hale gelene kadar, geçici bir süre sabit bolus dozları ile giderilerek veya hastaya doz artış azalış skalası verilerek süreç yönetilebilir (Dağdelen, 2020).

Karbonhidrat alımının, karbonhidrat sayımı veya deneyime dayalı tahmin yoluyla izlenmesi, optimum glisemik kontrole ulaşmanın anahtarıdır (Chiang ve ark., 2018).

Tip 1 diyabetliler için tıbbi beslenme tedavisi zorlayıcı olabilir. Manya ve ark. (2023) yaptıkları çalışmada tip 1 diyabetli çocukların %85'inin diyetlerinde kısıtlanan yiyeceklere karşı istek duymaya devam ettiği görülmüştür. Ayrıca tip 1 diyabetli küçük çocukların beslenme kalitesi de sağlıklı akranlarından daha düşüktür. Son çalışmalar tip 1 diyabetli küçük çocukların meyve/sebze açısından daha düşük ve doymuş yağ açısından daha yüksek beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu ve bu nedenle kardiyovasküler hastalık açısından daha yüksek risk altında olduklarını göstermektedir (Sundberg ve ark., 2014).

1.2.2.3. Egzersiz/Fiziksel Aktivite

Son yıllarda, pediatrik egzersiz bilimi alanı, çocukların ve ergenlerin büyümesinde ve gelişiminde fiziksel aktivitenin önemini vurgulamaktadır. Küresel olarak, çocuklar ve ergenler arasında hareketsiz davranışların artması yönünde endişe verici bir eğilim vardır. Ekran süresinin artması fiziksel oyun fırsatlarının azalmasıyla birleşince, özellikle eşitlikten mahrum bırakılan gruplardaki (örneğin, düşük sosyoekonomik statü, ırksallaştırılmış, engelli, kızlar) çocuklarda fiziksel aktivite seviyelerinde önemli bir azalmaya katkıda bulunmuştur. Bu değişimin genç bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde derin etkileri vardır. En iyi sağlık sonuçları için fiziksel aktiviteye eşitsiz erişim ve katılım, bu durumlara önemli katkıda bulunan bir faktördür (Nimmerichter ve ark., 2024).

COVID sonrası pandemi, insanların hayatlarını sağlık, alışkanlıklar ve yaşam alanı açısından değiştirmiştir. Görülen bu tür değişikliklerden biri, COVID sırasında okulların kapanması ve karantina nedeniyle fiziksel aktivitenin azalması ve gıda tüketimindeki artış nedeniyle çocukluk çağı obezitesinin COVID sonrası artan eğilimidir (Mehta, 2024).

Diyabetin önlenmesi ve tedavisinde diyabetli hastalarda kan glukozu üzerine olan faydalı etkileri bulunan egzersiz, tıbbi beslenme ve ilaç tedavisinin yanında önemli bir bileşen olarak kabul görmektedir. Fakat bu egzersiz programlarının mutlaka doktor kontrolünden geçmesi ve bireyselleştirilmesi gerekmektedir (TÜRKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2024).

Tip 1 diyabetli gençlerle yapılan 10 çalışmanın meta analizini yapan MacMillan ve ark. (2014) gençlerde fiziksel aktivite yapanların HbA1c sinde önemli iyileşmeler yaşandığını saptamıştır. Tip 1 diyabetli çocuklar fiziksel aktivite yapmada genel olarak az aktiflerdir. Sundberg ve ark. (2012) yaptığı çalışmada tip 1 diyabetli küçük çocukların sağlıklı akranlarına göre daha az fiziksel aktivite yaptığı ve akranlarına kıyasla daha az dakika orta ila yoğun fiziksel aktiviteye katıldıkları tespit edilmiş, Valerio ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada da düzenli fiziksel aktivite daha iyi metabolik kontrol ve lipid profili ile ilişkilendirilmiş ve tip 1 diyabetli çocuklar ve ergenlerin, sağlıklı akranlarına kıyasla fiziksel aktivitede daha az zaman harcadığı görülmüştür.

Fiziksel aktivite ve enerji harcaması ile insülin dozajı/gıda alımı arasındaki denge ihtiyacı, küçük çocuklarda tip 1 diyabeti yönetirken karşılaşılan bir diğer potansiyel zorluktur.

1.2.2.4. Kendi Kendine Kan Şekeri İzlemi

1980'lerde evde kan şekerini izlemek mümkün olmasının ardından metabolik kontrolün bir göstergesi olarak glikosile edilmiş hemoglobin yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Son olarak, 1990'ların başında, Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Denemesi (DCCT) normale yakın kan şekeri düzeylerinin korunmasının tip 1 diyabet komplikasyonlarının gelişimini önleyebileceğini veya yavaşlatabileceğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla bu gelişmeler hastalığın tıbbi yönetiminden, sağlık hizmeti sunucuları ile iş birliği içinde, bireylerin kendilerine bakma biçimlerine doğru

kaymasına katkıda bulunmuştur. Tip 1 diyabetin kendi kendine yönetimine olan ilgi artmıştır (Schilling, Grey ve Knafl, 2002).

Kendi kendine bakılan glikoz ölçüm sıklığı, her bir hastanın durumuna göre belirlenmeli ve glisemik hedefler diyabetli ve ailesinin durumuna ve ihtiyacına göre bireyselleştirilmelidir. İnsülin tedavisi alan tüm diyabetli hastalar için kendi kendine glikoz izlenmesini ve HbA1c düzeyinin 3 ayda bir ölçülmesi önerilmektedir (TEMD, 2024; ADA, 2019).

1.2.2.5. Psikososyal Destek/Psikososyal Güçlendirme

Diyabet yönetiminin önemli bir bileşeni de psikososyal destek hizmetleridir. Psikososyal yönlerin rutin diyabet bakımının bir parçası olarak ele alınması gerekmektedir. Çocukların diyabeti kontrol altında tutabilmesi için psikososyal açıdan desteklenmesi gerekmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde psikososyal destek konusunda boşluklar bulunmaktadır, diyabetli kişilerin psikososyal ihtiyaçları genellikle diyabet bakımının bir parçası olarak karşılanmamakta ve sağlık sistemi verimliliğe ve biyomedikal göstergelere odaklanmaktadır (Nicolucci ve ark., 2013).

Tip 1 diyabetlilerin hastalığı yönetme becerisine sahip olması gerekir. Hastalığın kapsamlı yönetimi diyabetlilerin psikososyal dayanıklılığa ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bireyin diyabet ile ilgili bilgisi, algısı, aile işlevselliği, sağlık hizmetlerine erişim durumu yönetim davranışlarını etkiler. Bu kapsamda tip 1 diyabetli kişilerin tedavinin bir parçası olarak psikososyal bağlamda güçlendirilmeleri gerekmektedir.

1.2.3. Diyabet Yönetimi

Tip 1 diyabet yönetimi, insülin tedavisi, beslenme bilgisi, eğitim, kendi kendine glikoz izleme ve psikososyal bakımdan oluşur. Bu hastalıkta insülin tedavisi endikasyonu kalıcıdır ve ömür boyu sürer. Prensip, mutlak insülin eksikliğinden kaynaklanan tip 1 diyabetli kişilerin bireysel insülin ihtiyacı, fizyolojik insülin salgılanmasına bağlıdır. İnsülin dozlanırken, mutlak insülin gereksiniminin ilgili hastanın bireysel insülin duyarlılığına da bağlı olduğu dikkate alınmalıdır. Hasta

eğitiminde yer alan diyet tavsiyesi kapsamlı terapi planının önemli bir parçasıdır (Haak ve ark., 2019; Neu ve ark., 2019).

Karmaşık hastalık yönetimi hastanın reçete edilen tedaviye sıkı sıkıya uymasını gerektirir. Bu hastalıklarda, tedavi sürecinin "öznesi" hastadır, çünkü terapinin etkinliği ve sonuçları büyük ölçüde onun aktivitesine, yeterliliğine ve davranış amacına bağlıdır (Khasanova, 2024). Fakat tanı alan hasta bebeklik/çocukluk dönemindeyse ailenin sürece aktif katılımı hastalığın iyi yönetimi açısından yadsınamaz bir öneme sahiptir.

Tip 1 diyabet yönetimi, en iyi multidisipliner bir sağlık ekibi bağlamında gerçekleştirilir ve insülin uygulaması, kan şekeri izleme, yemek planlama, komorbid durumlar ve diyabetle ilişkili komplikasyonlar için tarama dahil olmak üzere birçok yöne sürekli dikkat gerektirir (Daneman, 2006). Çocuğa tanı konulduktan hemen sonra insülin tedavisi başlanmalıdır. Her insülin tedavisi, kapsamlı diyabet bakımının bir parçası olarak ve ailenin desteğiyle yapılmalıdır. Bir bakım ekibi tarafından yapılan tip 1 diyabet tedavisi; insülin tedavisi, metabolizmanın bireysel kendini izlemesi, yaşa göre yapılandırılmış öğrenme programı ve etkilenen aileler için psikososyal bakımı içermelidir (Neu ve ark., 2019).

Diyabet bakımı, diyabetli olan birey, aile ve toplumun bakıma dahil olduğu entegre bir yaklaşım gerektirir, çünkü diyabet çoğu zaman sağlık sisteminin dışında yönetilir. Ayrıca bu hastalığa yönelik yalnızca tıbbi bakımdan daha geniş bir bakış açısına ihtiyaç vardır ve bakım her bireye göre uyarlanmalıdır (Beran, 2012).

Glasgow (1995) çalışmasında diyabet yönetim modelini sosyal çevre ve bağlamsal faktörler; devam eden bir bakım geri bildirim sistemi döngüsü oluşturan hasta-sağlık hizmeti sağlayıcı etkileşimleri, kendi kendine yönetim davranışları ve kısa vadeli fizyolojik sonuçlar ve diyabet komplikasyonlarının tedavisinin başlıca toplumsal maliyetlerini içeren uzun vadeli sağlık ve yaşam kalitesi sonuçları şeklinde üç temel düzeyde ele almıştır.

Demirel ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada tip 1 diyabetli çocuklarda tedavi ve izlem standartlarının yükseltilmesinin sonucunda metabolik kontrolü iyi olmayan hasta sayısında düşüş yaşanırken, kontrolü iyi olan hasta sayısında yükselme yaşanmıştır. Diyabeti başarılı bir şekilde yönetmek çocuk, aile ve diyabet ekibinin iş birliği ile gerçekleşir. Sağlık profesyonelleri tarafından verilen kapsamlı bir eğitim

diyabetli çocuk sahibi ailelere diyabetle başa çıkma konusunda yardımcı olur. Diyabetli çocuk ve aile üyeleri hastalığı başarıyla yönetebilmek için öğrenme sürecine aktif bir şekilde dahil olmalıdır (İnal ve Erdim, 2005).

Tanı alan tip 1 diyabetli çocuğun hemen tedavisine başlanması gerekir. Tedavi ayaktan olabileceği gibi çoğunlukla çocuğun sağlık kurumuna yatışı yapılarak başlar. Yatış süreci sağlık kurumuna göre değişmekle beraber ortalama 2-3 hafta sürer. Hastalığın tedavisinde pankreasın yerine getiremediği görevi yaparak eksik olan insülini yerine koymak temel amaçtır. Bunun dışında, çocuğa ve ailesine sağlıklı ve dengeli beslenme planlanması, egzersiz ve diyabet eğitimi verilerek çocuğa diyabetle baş etme becerisini kazandırmak amaçlanmaktadır. Başka bir deyişle amaç çocuğun diyabet tanısı almadan önceki haliyle yaşamının devamını sağlamaktır. Bu amaca ulaşabilmek için bazı becerilerin çocuğa ve aileye kazandırılması gerekmektedir. Diyabette sürekli kan şekeri kontrolü sağlamak, büyüme ve gelişmenin normal şekilde sürdürülmesini sağlamak, çocuk ve aileye göre hedefler belirlemek ve aile ve çocuğa kendi kendine bakım eğitimi vermek önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Tip 1 diyabetli tüm hastalar diyabet öz yönetim eğitimine katılmalı ve mümkünse bir diyetisyenin rehberliğinde kişiselleştirilmiş öğün öncesi insülin bolusu planları geliştirmelidir (Smith ve Harris, 2018).

Tip 1 diyabet hastalarına genellikle kan şekeri seviyelerini günde en az dört kez ölçmeleri tavsiye edilir. Tedavide nihai amaç diyabetli çocuğun kan şekeri düzeylerini normal sınırlar (4-7 mmol/l) içinde tutmaktır (Marshall ve ark., 2009). Tip 1 diyabetli hastalarda sıkı glikoz kontrolünün önemli bir faydası vardır. Sıkı kan glikoz kontrolü, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların sıklığını önemli ölçüde azaltır. Daha sık glikoz takibi ve sürekli glikoz takibi, daha düşük A1C seviyeleriyle ilişkilidir (Smith ve Harris, 2018). Diyabeti yönetme konusunda çocuklara aile üyeleri yardımcı olmaktadır. Diyabetlerini yönetmek için destek bulmada, çocukların çoğunun ailelerine ve arkadaşlarına güvendikleri görülmüştür (Nicholas ve ark., 2012).

Diyabet yönetiminde çocuğun yaşı önemli bir etmendir. Küçük yaştaki çocuklar yeme, içme gibi birçok konuda ebeveynlerine bağımlıdır. Dolayısıyla diyabetli çocuk küçük yaştaysa hastalığı yönetme konusunda ailesinden daha fazla destek alması gerekmektedir. Çocuk diyabetin yönetimi konusunda yaşı ilerledikçe ailesinden bağımsızlaşır ve hastalıkla kendi kendine baş etmeye çalışır. Çocuk diyabeti

yaşam biçimine uyumlu hale getirmelidir. Bu hususta çocuğun yeme kültürü ve egzersiz yapma alışkanlığı önemlidir. Çocuğun gelişimsel dönemine uygun olarak kendi kendine kan şekerini ölçme, izleme ve uygulama becerisinin olması gerekir. Sık sık kan şekerini kontrol etmesi ve kendisine özgü olan bireyselleştirilmiş kan şekeri hedefleri diyabet yönetiminde göz ardı edilmemesi gereken etmenlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

Çocuklarda diyabetin kontrolü, insülin, beslenme planları ve egzersiz kadar kişisel faktörlere ve aile uyumuna da bağlıdır. Ebeveynler hastalığın pratik yönetimi konusunda uygun şekilde bilgilendirilmediği sürece iyi bir diyabet kontrolü elde etmek imkansızdır (Curtis ve Hagerty, 2002). Çocuğun tip 1 diyabeti etkili bir şekilde yönetmesi için hem kendisinin hem de ailesinin diyabetin temel patolojik ve fizyolojik doğasını, örneğin kan şekerlerinin yükselmesine ve düşmesine neyin neden olduğunu ve ayrıca bu yüksek ve düşük kan şekerlerinin etkilerini anlaması gerekmektedir.

Bir hastalığın hasta tarafından yönetilmesi, etkilerinin kontrolü için merkezi öneme sahiptir. Kişinin sosyal ve fiziksel ortamlarındaki çok çeşitli etkiler, yönetim çabalarını geliştirir veya engeller. Hastalar tarafından yönetimi iyileştirmeye yönelik müdahaleler, bir durumun daha iyi izlenmesi, daha az semptom, gelişmiş fiziksel ve psikososyal işlevsellik ve azaltılmış sağlık hizmeti kullanımı gibi olumlu sonuçlar üretebilir (Clark, 2003).

Tip 1 diyabetli çocuklar ve bakıcıları, kan şekeri seviyelerini neredeyse normal aralıkta tutma zorluğuyla karşı karşıya kalmaya devam etmektedir. Uzun vadeli mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarla ilişkili olan sürekli hiperglisemiye önlemek ve özellikle küçük çocuklarda bilişsel işlev üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilecek ve önerilen glisemik hedeflere ulaşma çabalarını engelleyebilecek tekrarlayan hipoglisemi veya hiperglisemi ataklarından kaçınmak önemlidir (Shalitin ve Peter Chase, 2011). Diyabet yönetimi, akut ve uzun vadeli komplikasyonları azaltmak için glikoz kontrolünün optimize edilmesine odaklanmalıdır (Syed, 2022).

Çelik ve ark. (2015) tarafından 28 genç yetişkin diyabetli ile nitel olarak yapılan çalışmada hastaların diyabet yönetimini etkileyen yedi tema belirlenmiştir. Bu temalar *hastalıkla ilgili olumsuz duygular, yaşam koşullarından kaynaklanan zorluklar, tedavi sürecinden kaynaklanan zorluklar, sosyal destek eksikliği, çözüm odaklı olmayan başa çıkma yöntemleri, gelecekle ilgili endişeler ve diyabet*

yönetimiyle ilgili bilgi ve tutum geliştirme sorunları olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada diyabetlilere hastalıklarını yönetme konusunda yalnızca teorik bilgi sağlanmasının başarılı bir diyabet yönetimi için yeterli olmadığı; olumsuz duyguların olumluya evrilmesinin, sosyal destek mekanizmalarının artırılması ve bireylerin güçlendirilerek başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin de önemli olduğu vurgulanmıştır. Tip 1 diyabet tanısının çoğunlukla erken yaşta konulduğu düşünüldüğünde ailelerin de diyabet yönetiminde aktif bir rol oynadığı ve ailelerin de diyabeti yönetmeleri için benzer desteklere ihtiyacı olduğu söylenebilir.

Schilling ve ark. (2002), tip 1 diyabet yönetiminde üç temel özelliği *süreç, faaliyetler ve hedefler* olan bir kavram belirlemiştir. Çocuklarda tip 1 diyabetin kendi kendine yönetimi aktif ve proaktif bir süreçtir; günlük, yaşam boyu ve esnektir ve diyabet bakım görevlerinde ve çocuk ile ebeveyn arasında karar vermede değişen ve paylaşılan sorumluluğu içerir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iş birliğini içeren bir süreçtir. Çocuklarda ve ergenlerde tip 1 diyabetin kendi kendine yönetimi ayrıca insülin verme, metabolik kontrolün izlenmesi, diyet ve egzersizin düzenlenmesi ve bunlardan sadece birkaçı ile ilgili çeşitli ve birçok aktiviteden oluşur. Konsept, aynı zamanda bir ebeveyn/çocuk ikilisinden diğerine farklılık gösterebilen hedefleri de içerir.

Türkiye Diyabet Vakfı (2023) ideal olanın, diyabet ekibinde yalnızca çocuk endokrinolojisi uzmanının değil hastalığı bütüncül bir bakış açısı ile almak ve hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak için sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen gibi meslek elemanlarının da ekibin ayrılmaz parçası haline gelmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ülkemizde uzman hekim dışındaki sağlık profesyonellerinin eksik ve yetersiz olduğunun altı çizilmiştir. Ek olarak aile katılımı çocuğun diyabet yönetimini kolaylaştırıcı temel bir faktördür. Diyabette olumsuz davranış kalıpları hastalığın seyrinin erken dönemlerinde olumlu aile katılımıyla önleyebilir (Anderson ve ark., 2002).

Aileler özellikle çocuğa tanı konulduğu ilk zamanlar hastalık yönetimine aktif bir şekilde katılırlar. Çocukların diyabet yönetim beceriler geliştiğinde aile katılımı kontrollü bir biçimde azalmaktadır. Lin ve Lee (2024) tarafından tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerle yapılan çalışmada ebeveynlerin, çocukları büyüdükçe sağlık rejimlerine ne kadar katılabileceklerine karar vermek için çocuklarının yeteneklerini (motor becerileri ve hesaplama) ve özelliklerini (dikkatli veya dikkatsiz kişilik)

değerlendirerek çocuklarını kendi bakımlarının sorumluluğunu kademeli olarak almaya teşvik ettikleri görülmüştür.

Türkiye Diyabet Vakfı (2023) ülkemizde diyabetli çocuklar ve ailelerinin sosyal destek hizmetlerinden etkin şekilde yararlanmasında aksayan yönlerin olduğunu belirterek; okullarda '*Diyabet Programı*'nın desteklenmesi gerektiğini, sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini birleştiren gezici, yerel, ev ve bölge bazlı hizmet modelleri geliştirilmesinin çocuk ve ailesini güçlendireceğinin altını çizmiştir.

1.2.4. Diyabet Eğitimi

Başarılı bir diyabet yönetimi, günde birkaç kez kan şekerinin kendi kendine izlenmesini, insülin dozlarının mevcut kan şekeri seviyelerine göre ayarlanmasını, planlanan karbonhidrat tüketimini ve fiziksel aktiviteyi gerektiren kapsamlı ve karmaşık bir görevdir. Bu karmaşık görevlerin üstesinden gelmek için çocukların ve ailelerin eğitime ihtiyacı vardır. Diyabet eğitimi, tip 1 diyabetli kişileri yukarıda belirtilen görevler için gerekli bilgi ve becerilerle donatmayı amaçlamaktadır (Hermanns ve ark., 2013). Kısaca diyabet eğitiminin amacı diyabetlilerin metabolik kontrollerini ve yaşam kalitelerini artırmaktır. Eğitim, diyabet bakımının temel taşıdır ve yapılandırılmış öz yönetim eğitimi başarılı diyabet yönetiminin en önemli bileşenidir (Swift, 2009).

Diyabetli hastaların eğitimi, 1920'lerden bu yana tedavinin temel bileşenlerinden biri olarak görülmekle birlikte, 1970'li yıllarda uygulamada daha belirgin hale gelmiştir. Bu eğitim, hastanın hastalığına dair farkındalık kazanmasını, günlük yaşamını ve tedavi yöntemlerini hastalıkla uyumlu bir şekilde düzenlemesini sağlayacak çeşitli boyutları içermelidir (Güngör ve ark., 2004). Günlük uygulama, insülin tedavisinin teorik bilgisinin yanı sıra diyabetin ailenin günlük yaşamına entegre edilmesi için pratik anlayış ve beceriler gerektirir. Özellikle pediatrik diyabet bakımında yaşa uygun, talep odaklı ve bireyselleştirilmiş pratik bilgi ve beceri eğitimi, iyi metabolik kontrol ve psikososyal refah elde etmek için zorunludur.

Hasta eğitimi tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Uygun şekilde koordine edilmiş tıbbi tedavi olmadan çocuk hastalığın yönetiminde başarılı olamaz. Bundan dolayı çocuklar, ergenler ve ebeveynleri veya diğer birincil bakıcılar, teşhis

konulduktan sonra nitelikli eğitim programlarına sürekli erişime sahip olmalıdır (Neu ve ark., 2019).

Clement (1995) diyabet öz yönetim eğitimini, *'diyabetli kişiye öz bakımını gerçekleştirmek, krizleri ve bu hastalığı başarılı bir şekilde yönetmek için gereken yaşam tarzı değişikliklerini yapmak için gereken bilgi ve becerileri sağlama süreci'* olarak tanımlamaktadır. ADA (2021), diyabetli kişilerin tanı konulduktan hemen sonra diyabet öz yönetim eğitimine başlamaları gerektiğini belirtmiştir. Kodama ve ark. (2019) yaptıkları meta analiz çalışması diyabetli hastaların öz bakım aktivitelerindeki performansını iyileştirmek için öz yönetim diyabet programlarında hem bireysel hastaya hem de aileye odaklanmanın etkili olduğunu ileri sürmektedir.

Düşük ve orta gelirli ülkeler başta olmak üzere birçok ülkede, özellikle ekonomik olarak dezavantajlı ailelerde, yapılandırılmış sürekli ve uygun fiyatlı öz eğitime kısıtlı bir erişim vardır (ADA, 2021). Daha iyi eğitimin diyabeti kontrol etmede önemi büyüktür. Mevcut çalışmalar diyabet eğitiminin diyabetli ve glisemik kontrol üzerinde olumlu etkisi olduğunu (Lou ve ark., 2011; Pimouguet ve ark., 2011; Cooke ve ark., 2013), tip 1 diyabetli kişiler için diyabet öz yönetim eğitiminin tıbbi sonuçları iyileştirdiğini ve yönetim maliyetlerini azalttığını tespit etmiştir (Li ve ark., 2010; Boren ve ark., 2009).

Başarılı programların etkili bileşenleri tıbbi bakım ile eğitimsel ve psikolojik müdahalelerin entegrasyonunu içerir. Diyabetli çocuklara ve gençlere bakmak, yetişkinlere hizmet sunmaktan temelde farklıdır. Çocuk veya genç kişiye ve ailesine ve/veya diğer bakıcılara sıkı bir şekilde odaklanması gereken ve çok çeşitli sağlık bakım profesyonellerinin becerileri ve deneyimleriyle desteklenmesi gereken karmaşık bir süreçtir diyabetli gençlerin tedavisini optimize etmek için sadece fizyolojik bilgileri vermekle kalmayıp eğitimsel ve psikolojik müdahalelere odaklanması gerekmektedir (Viner ve ark., 2003; Christie ve ark., 2009).

Tip 1 diyabet tedavisinin amacı, diyabetin uzun vadeli komplikasyonlarını önlemek amacıyla kan glukoz seviyesini mümkün olduğunca normal sınırlara yakın bir aralıkta tutmaktır. Bundan dolayı diyabet izleminin özenli bir şekilde ve deneyimli bir ekip tarafından yapılması gerekmektedir (Arman Bilir ve ark., 2021). Bu ekipte hekim, diyabet hemşiresi, psikolog, tıbbi sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen gibi disiplinler yer almalıdır. Tip 1 diyabet hastalığının sadece fizyolojik bir hastalık

olmadığı hastalığın psikolojik ve sosyal boyutu olduğu da unutulmamalıdır. Dolayısıyla diyabetli çocukların tedavi ve bakım sürecinde multidisipliner bir yaklaşım esas alınarak tedavi planlaması yapılmaktadır.

Bir sağlık profesyoneli gözetiminde diyabetli çocukların ve ailelerin birbirleriyle hastalık deneyimlerini paylaşması diyabet yönetimine fayda sağlayacaktır. Çocuklarda ve ergenlerde öz bakımın gençler ve ebeveynleri arasında paylaşılan bir sorumluluk olduğu düşünüldüğünde çözüm odaklı sosyal hizmet müdahalesinin tip 1 diyabetli çocuklara ve ailelerine yararlı olacağı düşünülmektedir. Altundağ'ın (2018) yaptığı çalışmada diyabetli çocuklara eğitim verildikten sonra sosyal destek ve hastalık bilgi düzeylerinde yükselme olmuştur. Eğitim ayrıca diyabetli hastalarının ailelerinin gerekli yaşam tarzı değişiklikleriyle başa çıkmalarına ve psikolojik ve diyet desteği sağlamalarına yardımcı olmak için de önemlidir (Alanazi ve ark., 2018). Ayrıca diyabetle ilgili bilgi ve farkındalığın artırılması daha iyi halk sağlığı sonuçlarını sağlayacaktır.

Von Sengbusch ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada Kuzey Almanya'nın kırsal kesiminde uzmanlaşmış diyabet bakımına erişimi sınırlı olan tip 1 diyabetli çocuklara ve ailelerine mobil bir diyabet eğitim ve bakım ekibi ile yapılan bir eğitimin çocuklarda metabolik kontrolü, öz saygıyı ve diyabetle ilgili yaşam kalitesini iyileştirdiği kaydedilmiştir. Ülkemizde de diyabet eğitimine erişimi sınırlı olan diyabetliler için uygulanabilir bir model olabilir.

1.2.5. Aile ve Çocukluk Çağı Diyabeti

Tip 1 diyabet her yaşta teşhis edilebilse de en sık çocukluk ve erken yetişkinlik döneminde teşhis edilir. Çocukluk ve ergenlik, fizyolojik ve psikolojik gelişim için önemli bir dönemdir. Tip 1 diyabet, çocukların ve ebeveynlerinin durumu yönetmek için kapsamlı sorumluluk almasını gerektiren, psikolojik ve davranışsal olarak zorlu bir kronik durumdur. Diyabet yönetimi, kısa ve uzun vadeli komplikasyon risklerini azaltmak için oldukça etkili bir tedavi düzeyini sürdürmeyi içerir (Marshall ve ark., 2009).

Büyüme ve gelişme döneminde olan çocukların motor ve bilişsel gelişimlerinde değişim yaşanmaktadır. Dolayısıyla çocukların diyabetle baş etme becerileri birbirinden farklıdır. Çocuğun büyüme ve gelişim dönemi göz önünde

bulundurularak diyabet bakımı ve yönetiminde sorumluluk alması gerekmektedir. Çocuğa bakım veren aile üyelerinin diyabet yönetimi konusunda bu özerkliği çocuğa sağlamaları gerekmektedir. Fakat aile üyelerinin, diyabetli çocuğun sağlık güvenliğini korumak amacıyla çocukla birlikte hastalığın yönetiminde yer almaya devam etmeleri gerekmektedir (Ergün ve Sivrikaya, 2012). Çocuk ve ebeveynlerinde diyabeti yönetmek için yoğun sorumluluk düzeyi genellikle aile stresini ve çatışmasını artırır. Ayrıca bu sorumluluklar tip 1 diyabetli çocukların ebeveynleri üzerinde yoğun psikolojik ve mali stres yaratmaktadır. Bu durum, tip 1 diyabet bakımının ve ebeveynler üzerindeki etkisinin sosyal bir bakış açısıyla incelenmesinin gerekliliğini haklı çıkarmaktadır.

Çocuklarda diyabeti yönetmek tıbbi ve psikososyal açılardan zordur. Tanı alınan ilk yıllarda diyabete zayıf uyum, değişime çok dirençli olabilen kalıcı bir olumsuz sonuç yörüngesine yol açabilir. Özellikle küçük yaştaki çocuklar, ebeveyn bakımına normatif bağımlılık ve davranış ve duyguların kararsız öz düzenlemesi, yemek yeme, uyku ve fiziksel aktivite gibi diyabet bakımını karmaşıklştırabilecek benzersiz gelişimsel zorluklara sahiptir (Pierce ve ark., 2015).

Çocukluk dönemi kronik hastalıkları sadece hastalığa sahip çocuğu değil ailenin kalan üyeleri için de travmatik bir süreç olarak görülmektedir. Diyabetli çocuğun hastalık tanısı almasından itibaren diyabet yönetimi sürecine ailesi de eşlik etmektedir. Yani diyabet yönetimi çocuğu etkilediği kadar çocuğun ailesini de etkilemektedir (Üstün, 2011).

Ebeveynler, daha önce sağlıklı olan çocuklarını kaybetmek, özgürlüklerini kaybetmek ve özgüvenlerini kaybetmek de dahil olmak üzere birçok kayıp yaşamaktadır. Ayrıca çocuğun yaşına veya diyabetine kendi kendilerine bakabilme yeteneklerine rağmen, çocuklarının iyi olduğundan emin olmak için onları kontrol etmeye devam etmektedir. Ebeveynler, çocuklarının sağlığını kaybetmelerinin ardından, hayat rutinlerinin radikal bir şekilde bozulması ve çocuk/ebeveyn arasındaki ilişkilerinin etkilenmesiyle ortaya çıkan bir yas dönemine girerler.

Önemli miktarda davranış bilimi araştırması, psikososyal faktörlerin hem çocuklarda hem de yetişkinlerde diyabet yönetiminde önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Araştırmalar ayrıca diyabet rejimine uyumu, glisemik kontrolü,

psikososyal işlevi ve yaşam kalitesini iyileştirebilen bir dizi psikososyal terapinin etkinliğini de göstermiştir (Delamater ve ark., 2001).

Aile sistemleri teorisine göre, çocuk hastalıktan etkilenen tek birey değildir. Daha geniş aile sistemi içerisinde, ebeveyn-çocuk veya anne-baba ilişkisi sistemleri gibi birbirleriyle etkileşim halinde olan birkaç alt sistem vardır (Gerson, 1995). Çocuğun kronik bir hastalığa yakalanması tüm sistemleri etkilemektedir.

Çocuğa tip 1 diyabet tanısı konulmasının ardından, ebeveynlerde çeşitli duygusal belirtiler meydana gelir. Çocukluk çağındaki kronik hastalıklar çocukları olduğu kadar ailelerini de zayıflatır. Genellikle aile, çocuğun tanısının uzun veya tedavi edilemez bir hastalık olmasını beklemeyiz. Ebeveynlerin duyguları, çocukları koruma konusundaki kültürel sorunlar ve gebelikten itibaren oluşan duygusal bağlar sonucu yoğun olabilir. Tanıyla başa çıkmak, özellikle bakıcı için fiziksel ve psikolojik zorlanmaya neden olabilir (Gondim ve ark., 2009). Aydın Engin'in (2022) yaptığı çalışmada ailelerin hastalığa verdiği tepkiler ve çocuklarına sağladıkları desteğin, çocukların hastalığa uyumunda kritik bir rol oynadığı görülmüştür.

Kronik hastalığı olan çocukların hastalık sonuçlarını belirlemede rol oynayabilecek sosyal faktörler arasında hane geliri, anne ve babanın eğitim durumu ve mesleği, ebeveynlerin medeni durumu, ebeveynlerin sağlık düzeyi ve sağlık sigortası yer almaktadır (Didsbury ve ark., 2016).

Ailelere verilen etkili sağlık eğitiminin glisemik kontrol hakkındaki bilgiyi geliştirdiği ve çocuklarının daha iyi bir glisemik kontrolünü sağlayabildiklerini göstermektedir (Mahfouz ve ark., 2018; Nassar ve ark., 2022). Ek olarak tip 1 diyabetli çocukların kardeşlerinin öğretim sürecine dahil edilmesi, diyabetin aile tarafından yönetilmesi için önemlidir (Herrman, 2010).

Kronik hastalığı olan çocuklar sık sık hastaneye yatırılmaya ve özel bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu, ailelerine acı ve doğrudan maddi maliyetler getirebilir ve yoksulluğun artmasına katkıda bulunabilir (Malta ve ark., 2013). Diyabetli çocuğa sahip olan ebeveynler diyabetin tedavisinin ayrılmaz parçaları olan kan şekeri izleme, insülin uygulama, beslenme ve egzersizin takipçisidirler. Bu durum ebeveynlerde uykusuzluk ve yorgunluğa neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin çocuğu için hayat planlarını yeniden düzenledikleri, kariyer planlarını yeniden ayarladıkları ve çocuklarına bakmak için kendilerine daha fazla boş

zaman yaratmak amacıyla esnek bir çalışma programına geçtikleri ya da işlerinden istifa ettikleri görülmüştür (Lin ve Lee, 2024).

Sağlıklı kardeşler, ailede diyabet yönetiminde önemli bir rol üstlenerek ebeveynlere destek olur ve aile içi diyabet tedavi ekibinin bir parçası haline gelirler. Genellikle diyabetli kardeşlerine bakım sağlayarak ve sorumluluk alarak tedavi sürecine aktif bir şekilde katılırlar. Hollidge (2001) yaptığı çalışmada diyabetli çocukların kardeşlerinin yüksek düzeyde kaygı ve düşük öz algı sürdürdüğü görülmüştür. Herrman (2010) yaptığı çalışmada kardeşlerin duygusal ve pratik anlamda karşılaştıkları sorumluluk artışı ve sağlık kaygıları yaşarken, diyabetli bireyin bakımına katkıda bulunmalarının onlarda aidiyet hissi ve güçlenmiş aile bağları gibi pozitif sonuçlar doğurduğu saptanmıştır. Faulkner (1996) yaptığı çalışmada ailede büyük olan sağlıklı olan kardeş/kardeşlerin, özellikle dışarıda oynarken veya ebeveynlerinin yanında değilken tip 1 diyabetli kardeşlerinin aktiviteleri konusunda dikkatli olma ihtiyacı hissettikleri görülmüştür.

Çocuğun tip 1 diyabet tanısı alması ebeveynler için hem sağlık açısından hem de yaşam biçiminde zorunlu değişikliklerle karşı karşıya kalmak anlamına gelmektedir. Çocuğunun tip 1 diyabetli olması ebeveynler açısından düzenli enjeksiyon uygulamaları yapmak, sosyal etkinliklerde çocuğun doğum günü pastası gibi yiyecekleri tüketmesi konusunda endişe duymak gibi, tanı öncesinde alışık olunmayan durumlarla başa çıkmayı gerektirmektedir (Marshall ve ark., 2009).

1.2.5.1. Ailelerde Kabullenme Süreci ve Evreleri

Ebeveynler hayatlarının farklı dönemlerinde çocuklarının geçirdiği rahatsızlıklardan/hastalıklardan dolayı çeşitli sağlık kayıpları yaşayarak sonrasında yas tutarlar. Çocuğuna kronik bir hastalık tanısı konulması ebeveynleri farklı biçimlerde etkileyebilmektedir. Ebeveynler hastalıkla tanışma, hastalığı kavrama ve kabullenme gibi bazı süreçlerden geçmektedirler. Hastalığın kabullenme sürecine gelinceye kadar geçen tüm evreler ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumları, eğitim durumları, kültürleri vb. etkenlerle farklılaşmaktadır.

Yas kavramı genellikle ölüm ile ilişkilendirilse de aslında kişi için anlamlı olan herhangi bir şeyin kaybı sonrasında ortaya çıkmaktadır (Gören, 2016). Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin çocuğunun tip 1 diyabet tanısı alarak yaşadığı sağlık kaybı

sonrasında yas tuttuğu görülmüştür (Hatton ve ark., 1995; Lowes ve ark., 2004; Azimi ve ark., 2024). Elisabeth Kübler-Ross' un *Ölüm ve Ölmek Üzerine* isimli kitabında kişilerin yas sürecinde yaşanan duygusal süreçler sırasıyla inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sınıflandırılmıştır. Aslında kitapta şok, hazırlık, umut gibi farklı aşamalardan da bahsedilmiş fakat genel olarak 5 evre üzerinde durulmuştur. Bu süreçte kişilerin psikolojik, fiziksel ve sosyal özellikleri, demografik faktörler, eğitim durumları gibi değişkenler bazı aşamaların iç içe geçerek ve farklı sıralarda yaşanmasına yol açmaktadır (Kübler-Ross, 1969).

Kendi rutin yaşamları içinde hayatlarına devam eden aileler çocuklarında ani, beklenmedik bir belirti ile kendilerini daha önce hiç deneyimlemedikleri bir ortam içinde, daha önce duymadıkları tıbbi terimleri duyarken bulmaktadırlar. Uzun süre mücadele etmelerini gerektirecek bir durumla karşılaşan ebeveynlerin genellikle çocuklarına tanı konulduğu zaman yaşadıkları şok nedeniyle verdikleri ilk tepki inkâr olmaktadır. Beklemedikleri bir zamanda şaşırtıcı bir haber alındığında verilen inkâr tepkisi aslında kişide bir tampon vazifesi görerek kişinin kendisini toparlaması ve yeni duruma uyum sağlamasına yardımcı olan savunmalar geliştirmesi için oldukça önemlidir. Bu durum günlerce veya aylarca devam edebilir. Bu dönemde ebeveynler tanının yanlış olduğunu ileri sürebilir ve yanlış konulduğu ümidiyle başka hastanelere/hekimlere başvurur ve kabul etmemekte ısrarcı davranabilirler. Geçici bir savunma olan inkâr evresinden sonra aileler çocuğunun başına böyle bir hastalık geldiği için öfke duymaya başlarlar. Ebeveynler kendilerine “neden benim çocuğumun başına böyle bir hastalık geldi?” gibi sorular sorarak hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak da algılayabilirler. Öfke duyan ebeveynler akabinde pazarlık aşamasına geçerler. Ancak bir süre sonra sonucun değişmediğini gördükçe uzlaşi içine girmeye başlarlar. Hastaneye yatışların ve çocuğun sürekli takibinin yapılması gereken hastalığın devamlı etkileri aileleri artık bu duruma gülümseyerek bakamayacakları bir hale getirerek ailelerin depresyon aşamasına geçmelerine neden olabilir. Daha sonra ebeveynler çektikleri sıkıntı ve acılarla hayatlarına nasıl devam edeceklerini ve eski rutinlerine dönmeleri gerektiğini anladıkları kabullenme evresine girerler (Kübler-Ross, 2010; Kaş Alay, 2023).

Hatton ve ark. (1995), ebeveynlerin tip 1 diyabet deneyimlerinde üç farklı aşamayı ortaya çıkarmıştır. İlk aşama teşhis ve çocuğun hastaneye yatırılması, ikinci aşama evde bakıma uyum sağlanması ve son aşama uzun süreli uyum aşamasıdır. Bu

aşamalarda, ebeveynlerin çocuğun küçük yaşı ve kompleksi tarafından şiddetlenen aşırı miktarda stres yaşadıkları vurgulanmıştır.

1.2.5.1.1. Teşhis-Hastaneye Yatış

Yapılan araştırmalarda çocuğa tip 1 diyabet teşhisi konulmadan önce çoğu ebeveynin çocuğun semptomlarını normal çocukluk hastalıklarıyla ilişkilendirdiği görülmüştür. Tanının beklenmedik olması ve acil müdahaleye ihtiyaç duyulması, ebeveynlerin yeni teşhis konan çocuklarına bakmanın getirdiği taleplere duygusal olarak hazırlanmaları için çok az fırsat sunmaktadır (Lowes ve ark., 2005).

Tip 1 diyabet, çocuklarda teşhis edildiğinde aileler için önemli bir stres kaynağı ve hayatı değiştiren bir süreç olmaktadır. İlk tanı anı, genellikle ebeveynlerin şaşkınlık, korku ve belirsizlik gibi duygularla baş etmeye çalıştığı kritik bir dönemdir (Hatton ve ark., 1995). Diyabet yönetimi, çocuğun ve ailesinin insülin enjeksiyonu yapmayı, kan şekerini izlemeyi öğrenmesini ve sağlıklı yiyecek seçenekleri içeren bir diyetle uymasını içermektedir. Çocuklarının sürekli tıbbi izleme ve insülin tedavisi gerektiren bir hastalığa sahip olduğunu öğrenen aileler, bu yeni duruma uyum sağlamada önemli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. İlk tanı sürecinde, ailelerin hastalık hakkında bilgi edinme, glikoz izleme ve insülin yönetimi gibi günlük bakım süreçlerine uyumları büyük önem taşır (Lowes ve Lyne, 2000).

Smaldone ve Ritholz'un (2011) yaptığı çalışmada çocuğa tip 1 diyabet tanısı konulduğunda ebeveynlerinin deneyimlerinde korku ve şüphenin hâkim olduğu görülmüş, ayrıca annelere bu süreçte eşleri tarafından eşlik edilmediği kaydedilmiştir. Çoğu ebeveyn, tanıdan sonra hastaneye yatırılma aciliyetinin sarsıcı olduğunu belirtse de, hastaneden ayrılma konusunda isteksizlik ve küçük çocuklarının diyabet bakımını kendi başlarına yönetme konusunda korku dolu bir tereddüt yaşamışlardır.

Sand ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada tip 1 diyabet tanısı almış bir çocuğa sahip olmanın, daha önce sağlıklı olan çocuğun aniden tüm aile üyeleri için kronik hasta bir çocuk haline gelmesi anlamına geldiği ve bunun, ebeveyn ile çocuk arasındaki psikolojik bağda ani bir kopuşu içeren bir kaybı içerdiği ve çocuğu tehditlen koruyamama konusunda ebeveynlerde suçluluk gibi duyguları uyandırdığı görülmüştür. Bu kayıp duyguları, hiçbir şeyin eskisi gibi olamayacağı anlamına

gelmekte ve bu da aile dinamiklerinde değişikliklere neden olmaktadır. Okul öncesi çocukları olan ailelerin tip 1 diyabetin başlangıcından sonra gergin bir ilişkiye sahip olduğu ve daha çok ebeveynler arasındaki çatışmalarla karakterize edildiği görölmüştür. Çocuğun diyabetinin yönetimiyle ilgili konuşmalar aile içindeki iletişimin önemli bir bölümünü ele geçirdiğinden, ilişki genellikle bir "sağlık ekibi" ilişkisine dönüşmektedir.

1.2.5.1.2. Evde Bakım ve Uyum

Çocuğa tip 1 diyabet teşhisi konulmasından sonra onun bakımını sağlayan aile üyeleri birçok güçlük yaşamaya başlamakta ve günlük rutinlerini değiştirmek zorunda kalmaktadır. Hastalık sürecinde hasta olan kişinin ailesinin çok önemli rolü olmaktadır. Bu süreçte ailenin tepkileri hastanın durumunu etkilemektedir (Kübler-Ross, 1969). Ailenin ihtiyaçlarının çocuğun hastalık tanısı alınmasıyla birlikte değişeceği unutulmamalıdır.

Çocuğun gün içerisinde 4-5 kere kan şekerini kontrol etmesi ve çıkan değere göre insülin dozunu ayarlaması gerekmektedir. Bu süreçte özellikle ilk zamanlarda aile gün içerisinde çocuğu sık sık gözetmektedir. Ailenin yeme kültüründe de birtakım değişimler yaşanması kaçınılmazdır. Daha dengeli ve sağlıklı beslenmek durumunda olan çocuğa göre diyabetik yemekler yapılmaktadır. Çocuğun sportif faaliyetlere katılması gerektiğinden aile çocuğu spora yönlendirmektedir.

Tip 1 diyabet tanısı almış bir çocuğa sahip ebeveynlerin, hastalığın evde tedavisi ve tanıdan sonraki ilk yıl deneyimlerini araştıran Lowes ve ark. (2004) zamanında yeterli bilgi sağlanması ve 'mesai saatleri dışında' acil telefon hizmetinin ebeveynler için özellikle önemini vurgulayarak bu hizmetler sağlandığında yeni teşhis konmuş diyabetli çocukların ebeveynlerinin diyabetle başarılı bir şekilde başa çıkabileceklerini belirtmiştir. Benzer şekilde Smaldone ve Ritholz (2011) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin diyabet bakımına uyum sağlarken bunalmış ve kendinden şüphe eden duygularla dolu hissettikleri ve hastaneden taburcu olduktan sonra, ebeveynler açısından diyabet ekibinin ulaşılabilirliğinin önemli bir faktör olduğunu belirtilmiştir.

Hägglöf ve ark. (1994) yaptıkları çalışmada birçok ebeveynin çocuğun teşhisinden sonraki ilk yılın sonunda yüksek düzeyde sıkıntı yaşadığı, çocuğa tip 1

diyabet teşhisi konduktan bir yıl sonra ailelerin yaşadıkları deneyimi inceleyen Wennick ve Hallström (2007) yaptıkları çalışmada babaların insülin reaksiyonu durumunda çocuklarının yanında olamayacakları konusunda endişelenirken, annelerin uyurken etkilenen çocuğu kontrol edemedikleri için geceleri artan bir kaygı yaşadıkları görülmüştür.

1.2.5.1.3. Uzun Süreli Uyum

Uzun vadede, ailelerin tip 1 diyabetle uyum süreci, psikolojik, sosyal ve pratik zorluklarla başa çıkmayı içermektedir. Hastalığın yönetiminde rutinlerin belirlenmesi ve devamlılığın sağlanması, ebeveynler üzerinde sürekli bir baskı yaratabilir. Aile içi rollerin yeniden yapılandırılması ve bakım sorumluluklarının dağıtılması, hastalıkla uyumu etkileyen önemli faktörlerdendir (Hilliard ve ark., 2012; Whittemore ve ark., 2012). Birçok ebeveynin bakım sorumluluğunu eşleriyle paylaşma ve destek gruplarına katılımı diyabete uzun süreli uyumda etkili olmaktadır (Smaldone ve Ritholz, 2011).

Lowes ve ark. (2004) ebeveynlerin hastalıkla başa çıkmasını etkileyen faktörleri; *taniyı çevreleyen olayların hızına ilişkin algıları, diyabet hakkında gelişen bilgi ve anlayışları, iyi glisemik kontrol elde etme yeteneklerine ilişkin algıları ve normalliğin yeniden sağlanması* olmak üzere dört grupta kategorize etmektedir.

Tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerinin uzun vadeli deneyimlerini inceleyen çalışmalarda ailelerin diyabetle ilişkili sorunlar yaşamaya devam ettiği görülmektedir. Smaldone ve Ritholz (2011) tarafından yapılan çalışmada tanı konulduktan sonra ortalama sekiz yıl geçmiş olmasına rağmen hiçbir ebeveynin, çocuğuna bakmada ustalık kazandığını düşünmedikleri, Bowes ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada ise tanıdan 7-10 yıl geçmesine rağmen kritik zamanlarda ailede kederin yeniden ortaya çıktığı görülmektedir. Kovacs ve ark. (1990) tarafından yapılan çalışmada bazı ailelerin başarılı diyabet yönetimi konusunda uyum sağladığı, diğerlerinin ise uzun süreli stres, kaygı ve tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir.

Diyabetin çocuk üzerindeki etkilerini gözlemleyen ebeveynlerin psikolojik sağlığı da çocuklarının hastalıkla baş etme kapasitesini doğrudan etkileyebilir. Hastalığın iyi bir şekilde yönetilmesi, çocukta istenilen düzeyde metabolik kontrol,

fizyolojik uygulamaların yapılmasının yanı sıra çocuk ve çocuğa bakım veren aile üyelerine psikolojik ve sosyal destek verilmesiyle sağlanabilir (Boztepe, 2012). Bu bağlamda, ailelere sağlanan psikososyal destek hizmetleri, uzun vadeli uyum süreçlerini kolaylaştırabilir ve ailenin yaşam kalitesini artırabilir.

1.2.6. Tip 1 Diyabetli Çocukların Ailelerinin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar

Diyabetin her şeyi kapsayan doğası nedeniyle, ebeveynler üzerinde yarattığı psikososyal etki önemlidir ve 'normal' ebeveynlik deneyimini rayından çıkarabilir. Ebeveynler, günlük diyabet sorumlulukları ve çocuklarının sağlığı hakkında endişe duymaları nedeniyle sıklıkla psikososyal stresörler yaşarlar (Streisand ve Monaghan, 2014). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi tip 1 diyabetin de aile üyelerinin ruhsal ve psikolojik sağlığı üzerinde ciddi etkileri bulunmaktadır (Aytar Yılmaz ve ark., 2013).

Çocuğa tanı konulduğunda ailede genellikle travmatik bir süreç yaşanmaktadır. Aile üyeleri tanıya hazır değilken diyabetle tanıştığında bu yeni ve alışılmadık durum onları sarsmaktadır. Tanı konulmasına hazırlıksız olan aile üyeleri önce şok evresine girmekte, aile dengesi bozulmaktadır. Akabinde aile özellikle diyabete yabancı ise hastalığı tanımaya, öğrenmeye çalışmakta ve çocuğun sağlığı ve geleceği için kaygılanmaktadır. Ayrıca çocuğunun sık sık kan şekerini ölçmek için parmağını delmesini izlemek birçok aile üyeleri için dramatik bir durumdur. Bu yeni durumda kaygılı olan aile çocuğunun artık iş sahibi olamayacağı ve evlenemeyeceği gibi birçok yanlış ve olumsuz kanıya kapılabilmektedir. Tong ve ark. (2022) tarafından T1DM'li çocukların ebeveynleriyle yürütülen nitel bir çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının gelecekleri için kaygılı oldukları; diyabetin çocuklarının gelecekteki istihdamını, evliliğini ve sosyal statüsünü olumsuz etkileyeceğini ve bazı durumlarda algılanan ayrımcılıktan kaçınmak için çocuklarının hastalık durumunu gizledikleri görülmüştür.

Çocuğa diyabet tanısı konulduğunda aile üyeleri arasında gergin etkileşimler ortaya çıkabilir, bu durum aile çatışmalarına ve ebeveyn-çocuk ilişkilerinde sorunlara yol açabilir ve aile işlevlerinde değişikliklerin yaşanmasına sebep olabilir (Kakleas ve ark., 2009; Malerbi ve ark., 2012; Teasdale ve Limbers, 2018). Yapılan çalışmalar ebeveynlerin çocuklarının tip 1 diyabet tanısı konulduktan sonraki erken aşamalarda psikolojik strese karşı özellikle duyarlı olduklarını göstermiştir. Ayrıca, çocuklarda

tekrarlanan insülin enjeksiyonları ve parmakla kan şekeri ölçümü, yalnızca tıbbi olmayan profesyonel bakıcılar olan ebeveynler için teknik zorluklar değil, duygusal sıkıntılar da yaratmaktadır (Tong ve ark., 2022). Malerbi ve ark., (2012) tarafından yapılan çalışmada ebeveynlerin diyabet komplikasyonları konusunda endişeli ve diyabet bakımı nedeniyle bunalmış oldukları görülmüştür.

Amerikan Diyabet Derneği ve sağlık bakım ekipleri tarafından sunulan diyabet yönetimi kılavuzları, açık bir şekilde, sıkı glisemik kontrolü sürdürmek nihai hedefi ile yaşı küçük olan çocukların kan şekeri düzeylerini izlemek, insülin uygulamak, diyet ve fiziksel aktiviteyi izlemek için ebeveynlere yüksek sorumluluk yükü getirmektedir. Ne yazık ki, bu sıkı kontrol, davranışların öngörülemez olduğu, tip 1 diyabetin fizyolojik olarak kontrol edilmesinin zor olabileceği, ebeveynlik stresinin yükselebileceği ve bakıcıların normal çocuk bakım rutinleri tarafından zorlandığı hassas bir gelişim döneminde ihtiyaç duyulmaktadır (Streisand ve Monaghan, 2014).

Ebeveynler, çocuklarının diyabet tanısını çevreleyen yüksek düzeyde stres yaşamaktadır. Her bir ailenin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış destek sağlamak, psikolojik ve tıbbi faydalar sağlayabilir. Ebeveynlere etkili yönetim becerilerini öğretmek ve diyabetle ilgili destek sunmak, ebeveynleri çocukları için optimal diyabet bakımının rol modelleri olacak şekilde donatmak ve daha sonraki beceri kazanımlarının temelini atmak için tasarlanmış önleyici bir stratejidir (Hilliard ve ark., 2017).

Diyabetli çocuk, hastalığın yönetim zorluklarıyla baş etmek için ailesinin ve diyabet ekibinin desteğine sahip olmalıdır. Diyabetli çocuğun ve ailesinin günlük diyabet görevleriyle ilgili belirli rolleri bulunmaktadır. Çocuğun gelişimsel dönemleri olan erken çocukluk, orta çocukluk/ okul çağı veya ergenlik dönemiyle ilintili olarak roller farklılaşmaktadır. Dolayısıyla çocuklara ve ailelere gelişimsel olarak uyarlanmış diyabet öz bakım eğitimi ve desteği sağlanmalıdır (T Markowitz ve ark., 2015). Diyabet tanısı konulduğunda, ailenin psikososyal durumu tıbbi öykünün bir parçası olarak mutlaka kaydedilmelidir. Ailelerin hastalığa uyum sağlamasının kolaylaşması için psikososyal danışmanlık almaları önemlidir. Disiplinlerarası bir ekip tarafından diyabeti iyi yönetebilmek için çocuğun ihtiyaçlarına göre terapötik yardım sunulmalıdır. Anne babanın ve diğer bakıcıların ruh sağlığı durumları dikkate alınmalıdır (Neu ve ark., 2019).

Sikorová ve Bužgová'nın (2016) kronik hastalığı olan çocukların ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi ile ailede kullanılan başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkileri belirlemeyi amaçladıkları çalışmada diyabetli çocuklar en yüksek yaşam kalitesine sahipken; diyabetli çocukların ebeveynlerinin çalışmadaki tüm hastalık grupları arasında en düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür.

Geleneksel Türk aile yapımızda çocuğun bakım rolleri ağırlıklı olarak annededir. Tütüncüoğlu ve Balkan'ın (2013) yaptıkları çalışmada çocuğuna tip 1 diyabet tanısı konulan annelerin sağlıklı çocuk anneleriyle karşılaştırıldığında duygusal tepki verebilme, problem çözme, davranış kontrolü ve aile işlevselliklerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca tip 1 diyabetli çocukları olan aileler önemli bir sosyal damgalanma yaşamaktadırlar. Bu istenilmeyen durum çocukların sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Capistrant ve ark. (2019) yaptığı çalışmada çocuklarının diyabetiyle ilişkili sosyal damgalanmayla karşılaşan depresif semptomlara sahip ebeveynlerin çocuklarının HbA1C seviyeleri üzerinde etkileri olabileceği görülmüştür.

Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerinin bakım verme yükünün araştırmak amacıyla nitel bir kapsam incelemesi yapan Azimi ve ark. (2024) tarafından ebeveynlerin çocuklarının hiçbir sonuç doğurmadan yemek yiyememesinden dolayı üzüntü duydukları, kendileri ve çocukları için spontaneliğin ve özgürlüğün kaybolduğu, glikoz sayılarını takip ederek sağlık sonuçlarından korkarak bir hayat geçirdikleri ve tüm bunların ebeveynlerde kronik bir üzüntüye neden olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca tip 1 diyabetin kötü yönetimi sonucu çocukta ortaya çıkan hipoglisemi, insülin tedavisinin yaygın bir komplikasyonudur ve tedavi edilmezse ciddi sonuçlara yol açabilir. Bu, bunun olmasını önlemek için her şeyi yapan ebeveynlerde büyük bir korku yaratmaktadır (Alamanos ve Rasch, 2024).

Tip 1 diyabetli çocuğun yaşı da ebeveynlerin psikososyal sağlığını etkilemektedir. Jönsson ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada daha küçük çocukların (5-7 yaş) ve ebeveynlerinin, daha büyük çocuklara ve ebeveynlerine kıyasla daha fazla endişeli oldukları saptanmıştır. Ailelere kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin bakımıyla ilgili zorluklarla başa çıkmak için gerekli desteği sunabilecek etkili müdahalelerin çocuğun gelişim dönemi gözetilerek planlanması ve uygulanması gerekmektedir.

1.2.7. Ailenin Diyabet Yönetimindeki Rolü

İşleyen bir sistem olan aileyi meydana getiren karı-koca alt sistemi, anne-baba alt sistemi, ebeveyn-çocuk alt sistemi gibi sistemlerin birbirleri ile arasındaki etkileşimler, sınırlar ve sistemler arasındaki karşılıklı etkiler aile örüntüsünün sağlıklı/sağlıksız olduğunu anlamada oldukça önemlidir (Aydoğan ve Özbay, 2017).

Bireye hastalık tanısı konulduktan sonra ortaya çıkan sorunlar hem hasta birey hem de ailesi üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Yapılan bir araştırmada diyabetin aile üzerinde olumsuz etkiler yarattığı ve bu olumsuz etkilerin artıkça ebeveynlerin çocuklarının diyabet bakımı üzerindeki izlem düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (Tatar, 2023). Davranışsal literatür, çocuklar becerilerini geliştirdikçe ve yavaş yavaş diyabetin kendi kendine yönetimine katıldıkları zamanlarda da ebeveynlerin bu bakım görevleri için sorumluluğunu sürdürmesi gerektiğini kuvvetle önermektedir. Sürekli ebeveyn katılımı beklentisi mümkün olduğu kadar erken ortaya konulmalıdır (Anderson ve Laffel, 1997).

Ebeveynin hastalıkla başa çıkma sürecinde; inanmama, bilgi eksikliği ve suçluluk, bakım vermeyi öğrenme, normalleştirme, belirsizlik ve yeniden düzenleme olmak üzere toplam 6 aşama belirlenmiştir (Seppänen ve ark., 1999). Ailede kronik bir hastaya bakım veren bireyler genellikle bakım sağlamaya hazır hissetmeseler de rollerini çoğunlukla ahlaki veya sosyal yükümlülük duyguları nedeniyle kabul ederler (Marwi ve ark., 2024).

Tarı ve Kitiş'in (2016) yaptıkları çalışmada çocukların %90'ına yakınının okulunda sağlık hizmet birimi ve hemşire, doktor gibi sağlık profesyoneli bulunmadığı, bundan dolayı diyabetli çocukların ailelerinin %54,6'sı çocuğun genel sağlık durumunu takip etmek ya da diyetle uygun öğünü çocuğa ulaştırmak için okula gittikleri görülmektedir.

Hasta ve ailesi karşılaştıkları sorunları çözümlemek ve hastalığa uyum sağlamak için farklı süreçlerden geçmektedirler. Hastaların ve ailelerin geçirdikleri bu süreçte psikososyal bağlamda desteklenme ve tedaviye uyumu sağlamayı amaçlayan tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri hastanın ve ailesinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Özbesler, 2013).

1.3. TIBBİ SOSYAL HİZMET

Sosyal bilimlerin profesyonel bir alanı olan sosyal hizmet, bireylerin, grupların ve toplumun psikososyal ve ekonomik sorunlarının sistematik tedavisi ve çözümüyle ilgilenmektedir. Sosyal hizmet bütüncül bir bakış açısına sahiptir. Birbiriyle bağlantılı psikososyal, ekonomik, kültürel, tarihsel, politik ve kişisel faktörlerin bireyin gelişimi ve refahı için fırsatlar ve/veya engeller olduğunu kabul etmektedir. Sosyal hizmet dezavantajlı olan bireylerle dayanışma içindedir. Bu bağlamda yoksulluğu hafifletmeye, savunmasız ve ezilenleri özgürleştirmeye ve sosyal katılımı ve sosyal uyumu teşvik etmeye çalışmaktadır (IFSW, 2014). Sağlık alanı sosyal hizmetin temel uygulama alanlarından biridir.

Günümüzde modernleşme sürecinin etkisiyle sağlık hizmetlerinin artık yalnızca tıbbi tedaviden ibaret olmadığı anlaşılmıştır. Hastalıkların psikososyal ve ekonomik boyutunu da içeren bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması gerekliliği felsefesiyle yürütülen tıbbi sosyal hizmet uygulamaları bu kapsamda önemlidir (Aslantürk, 2019). Tıbbi sosyal hizmet, psikososyal ve ekonomik yardıma ihtiyaç duyan hastalara ve ailelerine yardımcı olur. Tıbbi alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları hastaların ve ailelerinin biyopsikososyal ve ruhsal gereksinimlerini değerlendirir ve onları toplumdaki gerekli kaynaklara ulaştırmak için aracılık eder; hastaların toplumdaki sosyal işlevlerini güçlendirmek için destekleyici danışmanlık ve psikoterapi yapar (Hassan, 2016).

Tıbbi sosyal hizmetin temel amacı sağlık hizmeti alan hastaların bu hizmetlerden etkin bir biçimde yararlanmalarını sağlamaktır. Bu bağlamda tıbbi sosyal hizmet; hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları psikolojik, sosyal ve ekonomik problemlerin çözülmesi için mikro, mezo ve makro düzeyde uygulamalar bütünüdür. Tıbbi sosyal hizmet multidisipliner ekiple iş birliği içerisinde yürütülen ve bireyi çevresi içinde ele alarak profesyonel planlı müdahalelerin yapıldığı sosyal hizmet alanlarından biridir (Zengin, 2015).

Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının uygulamaları hastalara ve ailelerine sosyal hizmet müdahalesi yapmakla sınırlı değildir. Uzmanlar aynı zamanda belirli hastalar ve aileleriyle grup çalışması yapar, danışmanlık ve bağlantı kurucu rollerini hastalar ve ailelerin refahını artırmak için kullanır, diğer sağlık personellerinin/uzmanlarının eğitimi gibi hizmetler yürütür ve sağlık planlama ve politikaları geliştirmeye çalışırlar

(Zastrow, 2015). Günümüzde sağlık alanındaki değişen yaklaşımlar ve sosyal süreçlerin medikalizasyonu tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının önemini artırmıştır.

Müdahaleler sağlama ve yönlendirmeler yapma konusunda tıbbi sosyal hizmet uzmanları, tedavi ekibinin hasta ve ailesi için kültürel ve dilsel açıdan önemli bir şekilde iletişim kurmasını sağlamak için mükemmel bir konumdadır. Sosyal hizmet uzmanlarının gelişmiş psikososyal eğitimi ve ekolojik bakış açısı (hastayı çevresi içinde incelemek), onları hastalar ve multidisipliner ekip arasında iletilen sağlık bilgilerinin yorumlayıcıları olarak hareket etmek için ideal bir konuma getirir (Maramaldi ve ark., 2014). Sağlık sistemindeki eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı ve herkesin bu hizmetlere erişimini sağlamayı amaçlayan tıbbi sosyal hizmet uzmanları hastalar ve aileler için kaynak seferberliği, maddi destek, bakıcı desteği, tedavi öncesi ve sonrası duygusal ve psikolojik destek ve danışmanlık hizmeti sunarlar.

Tıbbi SHU'ların biyopsikososyal faktörlere ve bunların etkileşimiyle ortaya çıkan bağlama her vaka için ayrı önem verilmesi gerekir. Çocuklarla çalışmak, sosyal hizmet uzmanlarının anne ve babaları çocuğun sorunu çözümleyebilmek için gerekli paydaşlar olarak sürece dahil etmeyi gerektirir. SHU'lar ebeveyn ya da bakım veren kişi ile yaptığı görüşmede çocuk ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olabilir (Boyd Webb, 2017). Elde edilen yeni bilgiler de yapılan müdahalenin etkililiğini artırabilir.

1.3.1. Tip 1 Diyabette Sosyal Hizmet Müdahalesi

Diyabeti yönetme sürecinde çocuğa yalnızca tıbbi yaklaşımda bulunmak hastalık odaklı bir çözüm sunmak demektir. Çocuğun tedavi sürecine aktif katılım göstermesi, tıbbi tedavisini sürdürmesi, tedavinin sürekliliğinin sağlanması, ailesinin ve sosyal çevresinin çocuğa ve diyabete uyum sağlayabilmesi ve diyabetin tıbbi açıdan kontrol altında tutulabilmesi için tıbbi desteğe ek olarak çocuk ile ailesi psikososyal ve ekonomik anlamda da desteklenmelidir. Birçok psikolojik, sosyal, ailevi ve çevresel etmen hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmektedir. Böyle bir durumda diyabet kişilerin fizyolojik ve psikososyal sağlığını da bozmaktadır (Aytar Yılmaz ve ark., 2013).

Sosyal destek sağlamak ve sürekli eğitimler planlamak kronik hastalıklara uyumda yadsınamaz bir öneme sahiptir. Bundan dolayı tip 1 diyabetli çocukların ve ailelerinin eğitim alabilecekleri, sorunlarını paylaşabilecekleri sosyal destek

gruplarının kurulması, tıbbi sosyal hizmet uzmanı, diyabet hemşiresi, psikolog, diyetisyen gibi sağlık profesyonellerinin de aralarında yer aldığı bir ekip tarafından bilgilendirme ve sosyal destek toplantılarının yapılması gerekmektedir (Altundağ, 2018). Aytar Yılmaz ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada aileye sunulan sosyal hizmet müdahalesi sonrasında ailelerin yaşadığı sorunların olumsuz etkilerinin azaldığı ve bazı sorunların çözümlendiği kaydedilmiştir.

Tip 1 diyabet, içerisinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal unsurları içeren toplumsal bir sorundur. Bu alanda çalışan tıbbi sosyal hizmet uzmanları öncelikle hasta çocuk, ailesi ve risklerine yönelik ayrıntılı bir inceleme ve akabinde değerlendirme yapmaktadır. Yaptığı inceleme sonucunda, çocuğun hayatında yer alan ve hastalığına etki eden psikolojik ve sosyal etmenleri belirlemekte ve müdahale stratejileri geliştirmektedirler. Sosyal hizmet müdahaleleri hastaya özgüdür ve hastanın bulunduğu yerden başlanıp yüksek yararı gözetilecek şekilde planlanmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları tip 1 diyabetli çocuğa, ailesine, çevresine ve çocuğun içinde bulunduğu sistemin yapısına odaklanarak bütüncül bir iyileşme hedeflemektedir. Uzmanlar, ilk değerlendirme ve ilerleme değerlendirmeleri sırasında ilgili psikososyal faktörleri araya sokabilir, güçlü yönleri, ihtiyaçları, aile katılımını ve işleyişini yorumlayabilir ve çocuk, aile ve grup kültürlerinin sonuçlar üzerindeki etkilerini vurgulayabilir.

Tip 1 diyabet tanısı alan çocuk ve ailelerinin psikososyal yönden değerlendirilmesi, danışmanlık ve eğitim hizmeti verilmesi gerekmektedir. Böylece çocuk ve ailenin hastalığa uyumları sağlanacak, komplikasyonların önüne geçilecek ve yaşam kalitesi artacaktır (Kaleci ve Geçkil, 2019). Bu anlamda tıbbi sosyal hizmet uzmanları vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Diyabetli çocuklarla yapılan sosyal hizmet müdahalesinin genel hedefleri, hastalığın olumsuz psikolojik ve sosyal sonuçlarını önlemek/azaltmak ve hastalığa duygusal olarak uyum sağlama yeteneğini desteklemektir. İlk adım, bütünsel bir yaklaşım kullanarak hastanın yaşam koşullarını keşfetmektir. Amacı, hastanın diyabetle yaşama uyum sağlama yeteneğiyle ilgili önemli sosyal ve psikolojik koşulları ve kaynakları araştırmaktır. Bu bilgi daha sonra hastayı desteklemek için gereken müdahalelerin değerlendirilmesinde kullanılır. Bu tür müdahaleler psikososyal danışmanlık, psikososyal destek veya sosyal refah önlemlerini içerebilir (Rane ve Gåfvels, 2017).

Tip 1 diyabetli çocuk ve ailesinin diyabeti başarılı bir şekilde yönetmesi çeşitli faktörlere bağlıdır. Ayrıca, ebeveynlerin tip 1 diyabet tanısını kabul etmesi önemlidir. Diyabet tanısını kabul eden ebeveynlerin çocukları daha iyi T1D glikozlanmış hemoglobin sonuçlarına sahiptir (Goldberg ve Wiseman, 2016). Kan şekeri ölçümü veya insülin alma gibi diyabet yönetiminin merkezinde yer alan eylemler ve davranışlar çocuk ve ailesinin yaşam biçimini değiştirmekte, psikososyal etkilere neden olmaktadır.

Everson ve ark. (2002) diyabetin sosyoekonomik konumla ilişkili olduğunu, Peyrot ve ark. (2005) diyabetlilerin büyük çoğunluğunun diyabet kaynaklı psikososyal sorunlar yaşadığını ve psikolojik refahlarının zayıf olduğunu, Rassart ve ark. (2015) tip 1 diyabetli yeni yetişkinlerde yüksek depresif semptomlar saptamıştır. Greenfield ve ark. (2011) tarafından yapılan hastaların diyabet yönetimine ilişkin kendi değerlendirmelerini derinlemesine incelendiği çalışmada ise diyabetlilerin kötü hastalık kontrolünün onların yaşadıkları olumsuz olaylar, ani kayıplar gibi karmaşık olan çok sayıda faktörden etkilendiği görülmüştür.

Tip 1 diyabetli çocuk ve aileleriyle sosyal hizmet müdahalesi ihmal edilen bir uygulama alanıdır. Bu kronik hastalığa sosyal hizmet katılımı sınırlı görünmektedir; bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanları diyabetle baş etmeye çalışan insanların yaşamlarında dikkate değer farklılıklar yaratma potansiyeline sahiptir (DeCoster, 2001). Diyabetli çocukların ve ebeveynlerinin hastalıkla ilgili nasıl anlam yarattığını ve bu anlamın gerçek ve potansiyel sağlık sorunlarını nasıl etkilediğini anlamak, etkili sağlık hizmeti sağlanması hususunda çocuğun ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamada önemlidir (Marshall ve ark., 2009). Multidisipliner diyabet ekibi arasında aile merkezli bir yaklaşımı (müdahalenin odak noktası olarak aile) kolaylaştırmak, direnci ele almak için daha önleyici bir yaklaşım olabilir (DeCoster, 2001). Tıbbi sosyal hizmet uzmanları diyabetik müracaatçılara ve ailelerine yönelik yaptıkları uygulamalarda danışman veya eğitmen olarak çok değerlidirler. Aynı şekilde, uzmanlar, çocukların ve ailelerinin bilgi ve beceri ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik eğitim programlarının ve materyallerinin tasarlanması ve uygulanmasında vazgeçilmezdir.

Kronik hastaları tedavi eden birçok pediatrik merkez, sosyal hizmet ve psikiyatrik psikolojik bakımı içerir. Müdahale hasta için olduğu kadar aile için de geçerli olmalıdır (Geist, Grdisa ve Otley, 2003). Çünkü bir aile üyesinin kronik bir

hastalığa yakalanması aile işleyişini derinden etkiler ve ailede krize neden olabilir. Kriz sürecinde ve kriz durumu atlatıldıktan sonrasında ailelerin bu hastalıkla baş etme stratejileri geliştirmesine yönelik bir müdahale planlanması gerekir. Bu müdahalede kullanılabilecek yöntemlerden bir tanesi ÇOT yaklaşımıdır. Yaklaşım gruplarda da etkin bir şekilde kullanılabilir. Grup çalışmaları kronik hastalığı olan çocuk sahibi aile üyelerini hastalığın kendisi, uyum ve bununla ilişkili konular hakkında eğitmeye yardımcı olabilir. Bu toplantılar, diyabetli çocuk için destek ve iletişimi artıran aile merkezli bir müdahale sağlamaya yardımcı olabilir.

Sonuç olarak tip 1 diyabetli çocuklar ve ailelerinin hastalıkla baş etmelerinde sosyal hizmet uzmanları hayati bir rol oynamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, bu ailelere hastalık yönetimi konusunda bilgi edinmelerinde, sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamada ve psikososyal destek sunarak uyum süreçlerini güçlendirmede önemli katkılar sunmaktadır. Ayrıca, okullar ve topluluk kaynakları ile iş birliği yaparak, çocukların eğitim ve sosyal yaşamlarında aksaklık yaşamamalarını sağlamaktadırlar. Ek olarak sosyal hizmet uzmanları, tip 1 diyabetin aile üzerindeki ekonomik ve psikososyal etkilerini en aza indirmeye yönelik stratejiler geliştirir ve bu süreçte ailelerin dayanıklılıklarını artırarak, çocukların sağlıklı gelişimlerine destek olmaktadır. Kübler-Ross (2010) eğer yardımcı mesleklerin üyelerinin, hasta ile çevresi arasındaki çelişki ya da uyumsuzluğa dair daha bilinçli kılınabilirse hem ailelere hem de hastaya büyük bir yardımda bulunmuş olacaklarını; Rane ve Gåfvels (2017) diyabetli hastaların çoğunun, yeni tanı aldıklarında tıbbi bir sosyal hizmet uzmanından destek almasının faydalı olduğunu belirtmiştir.

1.3.2. Çözüm Odaklı Terapi (ÇOT)

ÇOT Milwaukee Wisconsin’de Brief Family Therapy Centre (Kısa Aile Terapi Merkezinde) adlı merkezde geliştirilmiştir. Aile hizmetleri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı Steve De Shazer, eşi Inso Kim Berg ve arkadaşları çözüm odaklı terapinin kurucularındandır. Çözüm odaklı terapi müracaatçının sorunlarına değil sorunlarının çözümüne odaklanır. Yaklaşımın temalarının birçoğu güçlendirme ve eleştiri kuramlarından etkilenmiştir. ÇOT ‘sorun çözme’ bireye yardımın odak noktası olarak görmeyi reddeder. Asıl amaç müracaatçıların ve ailelilerin gelecekte olumlu yaşam oluşturabilmeleri için, kendi potansiyellerini ve güçlü yönlerini

keşfederek mevcut sorunlarını çözümlemelerine yardımcı olmaktadır (Payne, 2020). Yaklaşımda, odak olarak sorunun konuşulmaması, müracaatçının sorunu dışında, hayatının farklı yönleri hakkında konuşmasına fırsat yaratmaktadır. Terapist, müracaatçının problem ne olursa olsun devam etmek ve geliştirmek isteyeceği yaşamın yönlerini keşfetmesini amaçlar. Müracaatçıların ve durumlarının ortaya çıkmasının daha kapsamlı bir resmini sağlar (Lethem, 2002).

ÇOT, geleneksel psikopatoloji/eksiklik modelinin tersine terapiye yönelik bir yeterlilik yönelimi benimser. Müracaatçıların yetkin, kendi kendine yönlendirilen değişim ajanları olduğu kabul edilir ve sorunlarını çözümleyebilmek için gerekli becerilere ve kaynaklara sahip oldukları varsayılır. Müdahalede terapistin rolü, müracaatçıların güçlü yönlerini fark etmelerini sağlamaktır (Daki ve Savage, 2010). Terapide, kasıtlı olarak "çözüm ve güçlü yönler" dili ve sembolleri kullanılır ve sorunlar yerine çözüm oluşturma sürecine odaklanılır. Güçlü yönlerin çözümün bir parçası olabileceğine inanılır (Lee, 2013; İme, 2019). ÇOT müracaatçıyı giderek özgürleştirmeyi kapsar. Terapist, müracaatçıya yaşadığı sorunları çözmenin yolunu keşfetmesi için koçluk yapar. Müracaatçının kendi sorununu kendi yeteneğini kullanarak çözümleyebilmesi için, destekleyici bir rol üstlenir (Bannink, 2007).

Çözüm odaklı bir bakış açısı temelde etkileşimseldir ve yalnızca terapi için değil, aynı zamanda danışma, süpervizyon ve değişimin istendiği çeşitli durumlar için de fayda sağlamaktadır. Yaklaşım bireyler ve gruplarla kullanılmaya uygundur (Lethem, 2002). Esnekliği, sorunu yaşayan kişinin o sorunu çözmede uzman olarak kabul edilmesi, terapi süresinin kısa olması, yaşanan sorunun ve sorunun çözümünün müracaatçının kişisel değerleri kapsamında değerlendirmesi, sosyal yapılandırmacı bakış açısı, müracaatçının yüksek menfaati için yalnızca tek bir doğrunun olmaması gibi niteliklerinden dolayı ÇOT post modern bir müdahale olarak kabul görmektedir (Zengin, 2015).

Çeşitli sorunları çözümleyebilmek için çözüm odaklı terapiden yararlanılabilir. Bu terapide çoğunlukla, müracaatçının sorunların çözümleri hakkında zaten bir fikri olduğu kabul edilir. Müracaatçı endişeleri ve sorunları çözümleme konusunda "uzman" olarak görülür, hatta çözümün veya en azından bir kısmının muhtemelen zaten gerçekleştiği varsayılır ve terapist, müracaatçının çözümlerini veya değişikliğin nasıl görüneceğini zihninde canlandırmaya çalışır ve ardından çözüm yolları bulması için müracaatçıyı teşvik eder. Bu modalite, sorunların altında yatan nedenler yerine

çözümlerine odaklandığından, bazı endişeleri tedavi etmede etkin olabilir (Gingerich ve Eisengart, 2000; Antin, 2018).

1.3.2.1. Çözüm Odaklı Terapinin Temel Felsefesi

Bozuk Değilse Onarma: Her sorunun müracaatçının yaşamının her alanını etkilemediği varsayımına inanır. Başka bir deyişle; müracaatçının yaşadığı bir sorun işlevselliğini bozmuyorsa onarmaya ihtiyaç yoktur (Frederick, 2008).

İşe Yarayan Çözüm Yoluna Devam Et: Müracaatçılar esasen amaca yöneliktir. Yani müracaatçının çözüm yolunu keşfetmesi sağlanır ve terapist onu bu süreçte teşvik eder (Frederick, 2008).

İşlemeyen Çözüm Yollarında Israr Etme, Farklı Çözüm Yolları Dene: Müracaatçıların sorunları çözümlmek için kullandıkları çözüm yollarını fark etmelerini ve işlemeyen çözüm yollarını tekrarlamaktan kaçınmaları ve işe yarayan yeni çözüm yolları bulmaları amaçlanır. Müracaatçıların sorunun olmadığı ya da daha az hissedildiği “**istisnai durumları**” üzerinde durularak çözüm yollarını görebilmeleri ve farklı çözüm yöntemleri geliştirmesi amaçlanır (Doğasal ve Karakartal, 2021).

Bu üç temel felsefeye bağlı olarak, ÇOT’un amacı müracaatçıların yaşamlarında yolunda giden şeyleri devam etmelerini ve işe yaramadığını düşündükleri çözüm yollarının yerine yenilerini denemelerini sağlamaktır (Kondrat, 2015).

1.3.2.2. Çözüm Odaklı Terapi Süreci

De Jong ve Berg (2008) çözüm odaklı terapi sürecini 5 aşamada tanımlamaktadır:

1.Aşama Problemi Tanımlama: İlk aşama olan problemi tanımlama aşaması önemli ve dikkat edilmesi gereken bir aşamadır. Bu aşamada terapist ve müracaatçı; müracaatçıyı terapiye getiren yardım arayışında olduğu problemler hakkında konuşurlar. Terapist sorun hakkında bilgi almaya çalışır fakat sorunun ana kaynağına girmemeye dikkat eder. Terapist müracaatçının problemlerini dinlerken aynı zamanda onu çözüme yönelten konuşmaya doğru çeker.

2.Aşama İyi Formüle Edilmiş Amaçlar Oluşturma: Bu aşamada terapist müracaatçıya arzu ettiği geleceği resmettirmeye çalışır. Müracaatçının hayal ettiği geleceği kurgulaması için . ÇOT'un Mucize Soru, Geleceği Okuma gibi tekniklerinden yararlanılır.

3.Aşama İstisnai Durumların Keşfi: Bu aşamada müracaatçının sorunun olmadığı ya da etkisinin önemsiz gibi algılandığı zamanlar keşfedilir. Terapist müracaatçıların bu istisnaları yaratmadaki rollerini görmeleri için farkındalık sağlar.

4.Aşama Oturum Sonu Geribildirim: Her oturum sonunda terapist müracaatçının gelişim gösterdiği durumları hatırlaması için müracaatçıya övgüde bulunur ve kendi potansiyelini fark etmesini amaçlar.

5.Aşama Müracaatçının İlerlemesini Değerlendirme: Çözüm odaklı uygulayıcılar müracaatçıların hedeflerini gerçekleştirme sürecindeki ilerlemeleri değerlendirebilmek için 0'dan 10'a kadar derecelerin yer aldığı 'Derecelendirme Ölçeği' kullanırlar.

1.3.2.3. Çözüm Odaklı Terapi Teknikleri

ÇOT müracaatçının sorun üzerinde düşünmek/konuşmak yerine çözümler üzerinde düşünmesini/konuşmasını amaçlar. Bu amacı gerçekleştirmek için bir dizi teknik geliştirilmiştir. Bu teknikler; 1. İlk Oturum Görevini Formüle Etmek, 2. Mucize Soru 3. Derecelendirme Soruları, 4. İstisnalar, 5. Başa Çıkma Soruları, 6. Oturum Öncesi Değişmeye Dikkat Çeken Sorular, 7. Geleceği Okuma Tekniği, 8. Kâbus Soruları, 9. Ara Vermek, 10. Övgü/İltifat Etme, 11. Ev Ödevi Vermek olarak sıralanabilir (Doğan, 1999).

İlk Oturum Görevini Formüle Etmek

Terapinin ilk seansında tedavi öncesi değişimlere odaklanmak yararlı olmaktadır. Daha spesifik olarak, müracaatçıların tedavi öncesi değişimleri tartışmak, ilk seanslarda hedefler üzerinde çalışmaktan terapötik sonuçlar açısından daha yararlı olabileceği fikrine geçici bir destek bile sağlayabilir (Duncan ve ark., 1996).

Mucize Soru

Müracaatçının sorunun çözümüne dair bir fikrinin olmaması halinde onun amacını ortaya çıkartmak ve bu amacı belirginleştirmek amacıyla bu teknik oluşturulmuştur (De Shazer ve ark., 2007). Net hedeflere ulaşmanın çözüm için önemi büyüktür. Bu bağlamda "mucize soru" etrafında gelişen sohbet müracaatçıların güçlü bir şekilde hedeflere ulaşmasına yardımcı olmaktadır (Duncan ve ark., 1996).

Derecelendirme Soruları

Çözüm odaklı bir terapi için en elverişli çerçevelerden biri, 10'un tüm hedeflere ulaşmayı, sıfırın ise en kötü olası senaryoyu ifade ettiği 0 ile 10 ölçeğidir. Müracaatçıdan mevcut pozisyonunu ve yeterli tatmin noktasını belirlemesi istenir. Bu çerçeve içinde nihai hedefleri, müşterinin bunlara ulaşmak için halihazırda ne yaptığını ve bir sonraki adımın ne olabileceğini tanımlamak mümkündür (Iveson, 2002). *Ölçekleme soruları* mucizeden hedefe geçmek için yararlı bir teknik sağlar. Örneğin, "0'dan 10'a kadar bir ölçekte, 0 en kötü şeyleri ve 10 mucizeden sonrasını (veya gerçekten iyi bir günde en iyi halinizi) temsil eder, bugün nerede olduğunuzu söylersiniz?" (Lethem, 2002). Yapılan her görüşmede müracaatçıların kendilerindeki değişimi görmesi için 'Derecelendirme Soruları' tekniğini kullanması önemlidir.

İstisnalar

Terapist tarafından müracaatçıya istisnai sorular sorulur. Bu soruların amacı müracaatçının bugün ve geçmiş başarılarının amaçlarıyla ilgisini araştırmaktır. İstisnaları sorgulamak, hangi olumlu eylemlerin daha büyük ölçüde veya daha sık gerçekleşebileceğine dair içgörü sağlar; varsayımsal çözümleri sorgulamak da aramanın yönüne dair içgörü sağlar. Bu tekniğin kullanılmasıyla müracaatçı hedeflediği diğer değişikliklerin gerçekleşmesini bekleyerek kartopu etkisine inanmaya başlayacaktır. İstisnaları ayrıntılandırılarak müracaatçıların kişisel olarak güçlü olma duyarlılıkları ve kendi yaşamları üzerinde güçlerinin olduğunu hissetmesi amaçlanır (Kondrat, 2015; Bannink, 2007).

Başa Çıkma Soruları

Genellikle insanlar hayatlarında bir veya daha fazla zorluk yaşar veya yaşamıştır. İnsanlar zorluk yaşarken bazen içinde bulundukları koşullarda değerli olan şeyleri göremezler. İlerlemenin bir yolu, onların nasıl başa çıktıklarını merak etmektir; zorluklara rağmen nasıl dayanmayı başardıklarını fark etmelerini sağlamaktır. Çözüm odaklı terapi seanslarının önemli bir parçası, müracaatçının güçlü yanlarını ve kaynaklarını bulup bunlar hakkında yorum yapmaktır. Başa çıkma soruları müracaatçının başarılarını anlatmaya dayalıdır. *‘Umut ve özgüven yeniden inşa edilebileceği’* varsayımıyla müracaatçılar başarı hikayelerini hatırlatmaya ve anlatmaya yönlendirilir (Iveson, 2002; Bannink, 2007). Örneğin; tip 1 diyabetli çocuğun kan şekeri seviyesinin istenilen durumlarda olmadığı zaman SHU’nun çocuğun başardığı eski zamanları hatırlatarak o anlara dair tartışmak baş etme sorularını oluşturmaktadır.

Oturum Öncesi Değişmeye Dikkat Çeken Sorular

Çözüm odaklı yaklaşımı içselleştiren profesyoneller, müracaatçıların yaşam döngülerinde değişimin kaçınılmaz ve sürekli olduğunu savunur. Bu çerçevede müracaatçının terapiye ilk başvurduğu veya yönlendirildiği zaman ile ilk görüşmenin yapıldığı zaman aralığında yaşanan değişimlere vurgu yapmak amacıyla terapi sürecinde müracaatçının düşüncelerindeki ve bakış açısındaki değişimi sorgulayan sorulara yer verilir. Örneğin, “Başvurunuzdan bu yana hayatınızda neler daha iyi gidiyor?” sorusu ile müracaatçının olumlu değişimlere odaklanması teşvik edilir (Danış ve Büber, 2018).

Geleceği Okuma Tekniği

Geleceği okuma tekniğinde müracaatçının sorununun çözümlendiği bir geleceği hayal etmesi ve resmetmesi amaçlanır. Bu amaçla terapist müracaatçıyı terapiye getiren sorununun ve sorunun neden olduğu krizin artık yaşanmadığı bir geleceği düşünmeye sevk eder. Bu teknik ile müracaatçıların yaşadıkları sorunların çözümleri hakkında düşünmeleri adına ilk adım atılmaktadır. İlaveten bu teknik sayesinde müracaatçı onu terapiye getiren sorun ile başa çıkabilseydi nelerin

değişeceğini düşünerek sorunun çözümlenmesi halinde kendisini bekleyen olumlu geleceğin nasıl olacağı hakkında fikir sahibi olmaktadır (Danış ve Büber, 2018).

Kâbus Soruları

Kabul Soruları tekniği “sorun hakkında konuşmanın” çok özel bir şeklidir. Terapist bu teknikte sorun hakkında konuşarak, müracaatçının sorunun derinleşmesini önlemek için neler yapabileceğini düşünmesine olanak sağlar ve çözüm üretme sürecini kolaylaştırır (Berg ve Reuss, 1998; akt., Çakır, 2020).

Kâbus soru şöyle sorulabilir: *“Bu gece uyku sırasında bir kâbus gördüğünü farz et. Bu kâbusta yaşadığın problemler daha da kötüleşiyor. Bu bir kâbus olmalı. Ancak bu kâbus gerçekleşiyor. Yarın sabah kâbusla ilgili dikkatini çeken konu ne olur?”* Soru sorulduktan ve üzerinde tartışıldıktan sonra terapist müracaatçının kâbusunun gerçekleşmemesi adına *“Bu gece böyle bir kâbus görmemen için kim ne yapmalı?”* sorusunu yönlendirir.

Ara Vermek

Çözüm odaklı terapide müracaatçıya verilecek geribildirim düzenlemesi için ara verme tekniğinden yararlanılmaktadır. Mümkün olduğunda görüşmenin sonuna doğru, terapistin düşüncelerini toparlaması için müracaatçıya geri bildirim vermeden önce bir mola vermek faydalıdır. Terapist bu teknikle müracaatçıyla girdiği karşılıklı etkileşim ortamından uzaklaşarak seansla ilgili daha rahat düşünme olanağına sahip olur (Zengin, 2021; Lethem, 2002).

Övgü/İltifat Etme

Terapist, müracaatçının sorunu çözümleyebilmek adına hâlihazırda yapmış ve yapmakta olduğu faydalı noktalara değinerek ve müracaatçının başarılı yönlerini takdir etmektedir. Bu amaçla ona övgüde bulunur. Terapist ara verdiği zaman diliminde müracaatçıya hangi konuda iltifat edeceğine karar vermektedir (Şahin ve Siyez, 2023; Zengin, 2015).

Ev Ödevi Vermek

Ev ödevi verme tekniği müracaatçının çözüm inşa etme sürecine önemli katkılar sağlamaktadır. Verilen ödev bir sonraki oturumda müracaatçıyla beraber değerlendirilir. Eğer ödev işe yaramışsa müracaatçının bunu nasıl başardığını fark etmesi ve yaptıklarına devam etmesi gerektiğinin altı çizilir. Verilen ödev işe yaramamışsa müracaatçının yaptığı şeyi durdurması istenir ve farklı çözüm yolları üzerinde çalışılır (Zengin, 2021).

ÇOT kalıcı bir değışiklik başlatmak için yalnızca küçük değışikliklerin gerekli olduğunu, her müracaatçının çözümleri keşfetme ve uygulama yeteneğine sahip olduğunu ve müracaatçıyı aktif olmaya ve hareket etmeye teşvik etmenin tedavi sonucu için hayati önem taşıdığını varsayar. ÇOT' un felsefeleri ve teknikleri, terapidaki vurguyu müracaatçının geçmişinden uzaklaştırmaya ve konsantrasyonu kesinlikle daha iyi bir hayata yol açan çözümler bulmaya odaklamaya çalışmaktadır (de Shazer ve ark., 1986; akt., Bozeman, 1999).

1.4. KONU İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR

1.4.1. Çözüm Odaklı Terapi/Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımı ile İlgili Yapılan Araştırmalar

Bu bölümde çözüm odaklı terapi/çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımı ile ilgili daha önceki yıllarda yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Viner ve ark. (2003) 11-17 yaş aralığındaki tip 1 diyabeti zayıf kontrol altında olan ($HbA1c > \%8,5$) gençlerde glisemik kontrolü iyileştirmek amacıyla çözüm odaklı terapiye dayalı bir grup çalışması yapmışlardır. Çalışma kapsamında müdahale ve kontrol grupları oluşturulmuş ve müdahale grubuna 6 haftalık bir grup müdahalesi gerçekleştirilmiştir. Grup çalışması tamamlandıktan sonra müdahale ve kontrol grubunda bulunan çocukların $HbA1c$ (kan şekeri testi), psikolojik stres (SDQ) ve özyeterlilik (SED) düzeyleri ölçülmüş ve müdahale grubunda yer alan çocukların kontrol grubunda yer alan çocuklara göre özyeterlilik ve $HbA1c$ ($\%1.5$ azalmıştır) düzeylerinde olumlu değişimler gözlemlendiği görülmüştür.

Kim (2008) çalışmasında çözüm odaklı kısa terapinin etkililiğini değerlendirmek için bir meta-analiz yürütmüştür. Çalışmada yöntem olarak, birincil çalışmaları sentezleyerek, genel etki büyüklüğü tahminini hesaplamak ve çalışmalar arası değişkenliği test etmek için hiyerarşik doğrusal modelleme yazılımı kullanmıştır. Çalışmanın sonucunda, çözüm odaklı kısa terapi, sonuç ölçümlerinde çözüm odaklı kısa terapi grubunu destekleyen küçük ancak olumlu tedavi etkileri göstermiştir. Yalnızca içselleştirme davranış sorunları için etkinin büyüklüğü istatistiksel olarak anlamlı iken, bu da çözüm odaklı kısa terapi grubu için tedavi etkisinin kontrol grubundan farklı olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, çözüm odaklı kısa terapiyle ilgilenen sosyal hizmet uzmanlarının ampirik kanıtlarını hızlı ve daha kesin bilgilerle incelemesine olanak tanımaktadır.

Smock ve ark. (2008) 1. seviye madde bağımlıları için çözüm odaklı grup terapisinin etkililiğini saptamak amacıyla üniversite tabanlı bir toplum evlilik ve aile terapisi kliniğine madde bağımlılığı tedavisi için yönlendirilen 56 katılımcı ile bir çalışma yürütmüşlerdir. Rastgele deney (27) veya kontrol (29) grubuna denekler atanarak 56 danışandan otuz sekizi süreci tamamlamıştır. 56 öntest toplanırken, yalnızca 38 sontest tamamlanan araştırma sonuçlarında katılımcıların 19'u kontrol grubunda ve 19'u deney grubunda yer almıştır. Yapılan müdahale sonucunda çözüm

odaklı grup terapisinin seviye 1 madde bağımlıları için depresyonu azaltmada yararlı bir tedavi olduğu görülmüştür.

Daki ve Savage (2010) yaptıkları çalışmada ÇOT'un okuma güçlüğü çeken çocuklar üzerinde de etkili bir müdahale olduğunu bulmuştur.

Gingerich ve Peterson (2013) ÇOT etkililiğini değerlendirmek amacıyla 43 ÇOT müdahale çalışmasını incelemiş ve terapinin davranışsal ve psikolojik sonuçlar için etkili bir tedavi olduğunu saptamışlardır.

Carrera ve ark. (2016) rutin klinik uygulama ortamında psikolojik sıkıntı ve hafif-orta şiddette depresyon tedavisinde çözüm odaklı grup terapisinin etkililiğini değerlendirmek amacıyla deney grubunda bulunan katılımcılarla 9 hafta içinde yedi grup seansı (1 saatlik terapi seansları) tamamlamışlardır. Grup çalışmasının sonunda danışanların bildirdiği zorlukların terapi sonrasında terapi öncesine göre önemli ölçüde azaldığı görülmüş, çözüm odaklı yaklaşıma dayalı grup terapisinin psikolojik sıkıntı ve depresyon tedavisinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Zhang ve ark. (2018) tarafından ÇOT'un tıbbi ortamlardaki uygulamalarını ve etkinliğini incelemek amacıyla yaklaşımın kullanıldığı dokuz çalışmanın meta-analizinin yapıldığı çalışmada ÇOT'un psikososyal sonuçlar için etkili bir müdahale olduğu ve tıbbi ortamlarda olumlu davranışsal sonuçlar için umut verici bir yaklaşım olduğu görülmüştür.

Bilgin (2020) Türkiye'de ÇOT ile yürütülen deneysel çalışmaları analiz ettiği çalışmasında ÇOT uygulanan deney grubu üzerinde bir tanesi dışında tüm çalışmaların anlamlı düzeyde etkisinin olduğunu saptamıştır.

Özdağ'ın (2021) lise öğrencileri ile yürüttüğü bilişsel davranışçı terapi ve çözüm odaklı yaklaşıma dayalı grup çalışması bulgularında deney grubundaki öğrencilerin son test sınav kaygısı ölçek puanlarının, ilk test puanlarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüş, çözüm odaklı yaklaşıma dayalı grup çalışmasına katılan öğrencilerin sınav kaygısının azaldığı görülmüştür.

Ramos-Heinrichs (2023) klinik odaklı çalışmasında, çözüm odaklı kısa terapide kekeme olan üç okul çağındaki çocuğun vaka çalışmalarını takip ederek tedavi özelliklerini vurgulamaktadır ve olumlu sonuçlarını göstermektedir. Bir devlet okulu bölgesinde, orta ve şiddetli düzeyde kekemeliği olan katılımcılar, algıladıkları kekemelik şiddetini çeşitli bağlamlarda ve kitlelerde ölçmek için Klinik Öz-Bildirim

Kullanımını kullandılar. Önerilen teknikleri klinikte ve doğal ortamlarında uyguladılar ve sonraki terapi seansları sırasında ilgili geri bildirimleri paylaştılar. Çalışmanın sonucunda katılımcılar kekemelik sorunlarını çözdüler ve kendi tedavilerinin sorumluluğunu üstlendiler. 5 haftalık çözüm odaklı kısa terapiden sonra, 18 yaşındaki öğrenci programdan taburcu olmayı kabul edecek kadar yeterli problem çözme becerisi göstermiştir. Kalan iki öğrenci de bireysel hedeflerine doğru gelişim göstermiştir. Kendi kekemelik durumları hakkında merak gösterdiler. Terapi seanslarında uygulanan ve formüle edilen yenilikçi stratejileri dış dünyada uyguladılar. Katılımcılar konuşma dil patoloğu, öğretmenler, akranlar ve aile üyeleriyle sohbetlere katıldılar. Sohbetleri, düşünceleri, performans ölçeklerini ve kişisel hedeflerini günlüklerine kaydettiler. Terapi seansları sırasında, çocuklar gerçek yaşam hedeflerini netleştirdiler ve kekemelik zorluklarını yönetmek için teknikler denemişlerdir.

Ahangar ve ark. (2024) tarafından evli kadınlarda çözüm odaklı tek seanslık terapinin öz şefkat, affedicilik ve evlilik çatışması düzeyleri üzerindeki etkinliğini araştırmayı amaçlayan çalışmada Tahran’da evlilik çatışması yaşayan 5 kadınla tek seans terapi yapılmış ve sonuçları test edilmiştir. Çalışma sonucunda çözüm odaklı tek seanslık terapinin evli kadınlarda öz şefkat ve affetme becerilerindeki ortalama iyileşme yüzdesinde 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir artışa, evlilik çatışmalarındaki ortalama iyileşme yüzdesinde ise azalmaya yol açtığını göstermiştir.

Dartina ve ark. (2024) tarafından yapılan çalışma, çözüm odaklı kısa terapi grupla psikolojik danışma anlayışını, aşılın sorunların kapsamını, uygulama prosedürünü ve uygulama prosedürlerini içeren Çözüm Odaklı Kısa Terapi (SFBT) yaklaşımıyla grupla psikolojik danışma hizmetlerinin ortaokul öğrencilerine (ergenlere) nasıl uygulanacağını belirlemeyi amaçlamaktadır. Z kuşağı öğrencilerinin ihtiyaçlarını karşıladığı düşünülen psikolojik danışmanlığa alternatif olarak çözüm odaklı kısa terapi grup danışmanlığının başarısı düşünülmektedir. Çalışma Sistematik Literatür Taraması (SLR) şeklinde dokümantasyon teknikleri kullanılarak veri toplanmıştır. Veri seçimi sonrasında incelenen literatür miktarı 21’dir. Veri analizi için içerik analizi yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları, çözüm odaklı kısa terapi grupla psikolojik danışma uygulamasının, 40 ila 70 dakika süren 4 ila 8 oturumla yapılabildiği ve danışma sürecinin sorunlara iyi odaklanmadığı, farkındalık odaklı olduğu için çözüm odaklı kısa bir terapi olduğunu ortaya koymuştur. Çözüm odaklı kısa terapi

grup danışmanlığının, Rehberlik Danışmanlığı hizmetleri alanlarını yani kişisel, sosyal, akademik ve kariyer alanlarını kapsayan ortaöğretim okullarında öğrencilerin çeşitli sorunlarının yanı sıra gelişimlerinde de etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Dong ve ark. (2024) koroner kalp hastalığı riski taşıyan yaşayan yaşlı yetişkinler arasında öz bakım becerilerini ve ruh sağlığını iyileştirmede Çözüm Odaklı Kısa Terapi'ye (ÇOBT) dayalı olarak geliştirilen bir hemşirelik programının etkinliği test edildiği çalışmada toplam 120 yaşlı yetişkin rastgele bir şekilde ÇOBT grubuna (60) veya kontrol grubuna (60) atanarak 6 aylık müdahaleden sonra müdahale grubunda öz kavram, öz beceriler, öz bakım farkındalığı ve sağlık bilgisi puanları başlangıç ve kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha yüksek ($P < 0,05$) olduğu, Müdahale grubunun depresyon ve anksiyete puanları başlangıç ve kontrol grubundan önemli ölçüde daha düşük ($P < 0,05$) bulunmuştur.

Elgamasy ve ark. (2024) gebelik diyabeti olan kadınlarda çözüme dayalı müdahalenin psikolojik sorunlar ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkisini incelemek yaptığı çalışmada 100 kadın rastgele çalışma ($n=50$) ve kontrol ($n=50$) grubuna atanmıştır. Çözüme dayalı müdahale haftada iki gün, her biri 50-60 dakika süren sekiz seansta gerçekleştirilen çalışma grubunda depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinde $p=.000$ ile ön ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Ayrıca çalışmanın bulguları, çözüme dayalı müdahalenin çözüme dayalı başa çıkma stratejisini artırdığını ortaya koymuştur.

Franklin ve ark. (2024) ÇOT üzerine randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinin yapıldığı çalışmada ÇOT'un ergenler, yetişkin danışanlar ve aileleriyle ayakta tedavi, toplum temelli hizmetlerde kullanıldığında etkili olduğu görülmüştür. Sonuçlar, ÇOT'un toplum temelli hizmetlerde sunulduğunda depresyon, davranışsal sağlık işlevi, aile işlevi ve psikososyal sonuçlar için etkili bir müdahale olduğunu göstermiştir.

Ho ve ark. (2024) çalışmasında çözüm odaklı kısa terapi ile ilişkili müdahale sonuçlarına ilişkin artan bilgiye rağmen, özellikle Batılı olmayan, Asyalı bir ortamda aynı organizasyonun sosyal hizmet uzmanlarını içeren uygulayıcı merkezli eğitim ve uygulama süreçlerinin araştırma boşluğu olarak kalmaya devam ettiğini belirtmişlerdir. Çalışmada 1 yıldan fazla bir süredir, eğitim ve uygulamanın bireysel

ve kurumsal deneyimlerini anlamak için Singapurlu gençlik çalışanlarıyla derinlemesine nitel görüşmeler kullanılarak, bulgular, kronolojik ve kümülatif olarak, biçimlendirici bir eğitim deneyimi, bireysel uygulama, kurumsal ve ekip deneyimlerinin birleşiminin kişisel ve profesyonel gelişime yol açtığını göstermişlerdir. Bu çalışma, gençlik çalışanlarının terapiyi bireysel ve kurumsal olarak daha iyi anlamalarını ve böylece uzun vadeli etkisini iyileştirmeleri için çıkarımlara sahip olduklarını göstermiştir.

Neipp ve Beyebach (2024) tarafından sistematik bir literatür taraması şeklinde hazırlanan çalışma, çözüm odaklı kısa terapi hakkında 251 yayınlanmış sonuç çalışmasını ortaya koymuştur. Çalışmanın sonucunda çözüm odaklı kısa terapi, her on çalışmadan neredeyse dokuzunda kontrol gruplarından veya son testte üstün bulunmuştur. Araştırmaların sonuçları müdahale türüne ve biçimine, kılavuza ve çözüm odaklı kısa terapi bileşenlerine göre biraz değişmiştir. Ayrıca, karşılaştırmacı türüne ve tanı kriterlerinin kullanımına göre daha fazla değişmiştir. Bu sonuçlar çözüm odaklı kısa terapi için kanıt tabanını genişletmektedir.

Zhang ve ark. (2024) huzurevlerinde yapmış oldukları çalışmada çözüm odaklı program (NTCSF) ile birleştirilmiş bir anlatı terapisinin huzurevi sakinlerinin psikolojik uyumu, depresyonu ve öz yeterliği üzerindeki uygulanabilirliğini ve etkilerini incelemişlerdir. Çin'in Fujian kentinde dört ayrı huzurevinden 81 katılımcının (müdahale = 41, kontrol = 40) yer aldığı rastgele olmayan eş zamanlı kontrollü bir çalışma yürütülmüştür. Kontrol grubu rutin kurumsal bakım alırken, müdahale grubu rutin bakıma ek olarak üç haftalık bir çözüm odaklı programa tabi tutulmuştur. Yapılan varyans analizlerinde, kontrol grubuna kıyasla "psikolojik uyum" ve "öz yeterlik" açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca başlangıçta gruplar arasında "depresyon" açısından anlamlı bir fark yokken, deney grubunda müdahaleden sonra depresyonda anlamlı bir azalma görülmüştür. Araştırmada programın huzurevi sakinlerinin psikolojik uyumunu iyileştirmede etkili olduğu sonucu bulunmuştur.

1.4.2. Tip 1 Diyabetli Çocuğu Olan Ailelere Yönelik Yapılan Araştırmalar

Bu bölümde tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelere yönelik daha önceki yıllarda yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Azimi ve ark. (2024) tarafından tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerindeki bakıcı yükünün, yaşadıkları finansal, fiziksel, sosyal, ruhsal, duygusal ve psikolojik sorunların incelendiği çalışmada diyabetin bakım görevlerinin (özellikle hipoglisemi olayları korkusu nedeniyle) ailede sürekli bir tetikte olma hissine yol açtığı ve ebeveynlerin genellikle diyabet yönetimi nedeniyle iş taleplerini dengeleme konusunda zorluklar yaşadıkları ve bu zorlukların da kariyer ve mali fedakarlıkları beraberinde getirdiği görülmüştür.

Ryan ve ark. (2024) tarafından beş kıtadan olmak üzere 18 çalışmada 2044 ebeveynnden oluşan toplam bir örnekleimde alınan verilerin meta analizinin yapıldığı çalışmada 0 ila 18 yaş arasındaki tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerinde orta düzeyde depresyon ve üzeri için yaygınlık %18,4, hafif depresyon ve üzeri için ise %32,7 olduğu saptanmıştır. Annelerde bu oranın babalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Monzon ve ark. (2024) tarafından 12 aylık bir süre boyunca ebeveyn hipoglisemi korkusu yörüngelerinin incelendiği çalışmada tip 1 diyabetin yakın başlangıçlı döneminde klinik olarak anlamlı artışlar bulmuşlardır.

Tilden ve ark. (2024) tarafından tip 1 diyabetli ergenlere bakım veren annelerin gözlemlenen ebeveynlik davranışları ile psikososyal ve glisemik sonuçlar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada daha yüksek düzeyde müdahaleci ebeveynlik davranışlarını ergenlerde daha yüksek diyabet sıkıntısıyla ilişkilendirmiş, ancak ergenin HbA1c'de fark olmamıştır.

Bazus ve ark. (2024) tip 1 diyabetli çocuğu olan 88 ebeveyn ile yaptığı çalışmada çocuğun diyabeti nedeniyle çalışamayacağını belirten 9/88 ebeveynin (%10,2) olduğu ve 37/88 (%42,0) ebeveynin diyabetik çocuğa bakım sağlamak için işini uyarlamak zorunda kaldığı ve ebeveynlerin neredeyse yarısının (%47,0) kendilerine çok nadiren vakit ayırabildikleri veya hiç vakit ayıramadıkları görülmüştür.

Holt ve Kalra'nın (2013) içinde Türkiye'nin de yer aldığı 17 ülkede toplam 8596 diyabetli yetişkin, 2057 diyabetli aile üyesi ve 4785 sağlık çalışanı olmak üzere 15.000'den fazla katılımcı ile gerçekleştirdiği *'İkinci Diyabet Tutumları, İstekleri ve İhtiyaçları (DAWN-2)'* çalışmasında diyabetli kişilerin, aile üyelerinin ve sağlık çalışanlarının psikososyal sorunları ve sağlık hizmeti sunumları değerlendirmiştir. Gerçekleştirilen çalışmada Türkiye'deki diyabetli kişilerin ayrımcılık oranının diğer ülkelerdeki ayrımcılık oranına göre ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Diyabet sıkıntısı aile üyelerinin yaklaşık %40'ı tarafından bildirilmiş ve özellikle Hindistan, Cezayir ve Türkiye'de (hepsi > %60) oranların yüksek olduğu görülmüştür.

Özyazıcıoğlu ve ark. (2017) Bursa'daki Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniği ve Polikliniklerine kayıtlı tip 1 diyabetli çocuklar ile ebeveynlerinin yaşam kalitesini belirlemek ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada PedsQL puanları genel olarak iyi düzeyde bulunmasına karşın çocukların sosyal işlev alt ölçeğindeki puanları yüksek iken, duygusal ve okul işlevi alt ölçeklerindeki puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca tip 1 diyabetli çocuğun psikososyal sağlığını oluşturan faktörlerin -çocuğun duyguları, sosyal ilişkileri ve okul başarısı- kan şekeri kontrolünden olumsuz etkilendiğini bulunmuştur. Bu sonuçlar tip 1 diyabetli çocukların ve ailelerinin psikososyal gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin karşılanması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Lansing ve ark. (2024) tip 1 diyabet tanısı sırasında başlatılan, kendi kendine yönlendirilen, web tabanlı bir aile becerileri yönetim programının çocuklarda glisemik sonuçlara etkisini inceledikleri çalışmada 37 birincil bakım veren ebeveyne, REDCap (Research Electronic Data Capture; Vanderbilt University) anket platformu aracılığıyla sunulan aile yönetimi becerilerini öğreten 5 modülden oluşan web tabanlı bir öğrenme programına erişim sağlanmıştır. Modüller ebeveynler için sosyal desteği artırma, tip 1 diyabet ile ilgili zorlukların üstesinden gelmek için işbirlikçi problem çözme becerileri, tip 1 diyabet yönetimi için iletişim becerileri ve çocukların tip 1 diyabet yönetim görevlerine uyum sağlamasına yardımcı olmak için destekleyici davranış değişikliği stratejileri içermektedir. Çalışmada bir çocuğun tip 1 diyabet tanısı sırasında başlatılan kendi kendine yönlendirilen dijital aile destek müdahalesinin büyük ölçüde uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya

katılan aileler, gelecekte programa daha fazla erişim talep ederek müdahalenin olumlu faydalarını bildirmişlerdir.

Sand ve ark. (2018) tarafından bir çocuğa tip 1 diyabet teşhisi konulduğunda aile dinamikleri sürecini keşfetmek amacıyla yapılan çalışmada tip 1 diyabetli 20 çocuğun 29 ebeveyni ve 7 kardeşinin katıldığı dokuz odak grup görüşmesi yapılmıştır. Yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda tip 1 diyabet hakkındaki önyargıların ailelerde tanıyı kavrama ve ona yanıt vermeye çalışırken kritik bir rol oynadığı, tip 1 diyabetli daha büyük çocukların annelerinin, daha küçük çocukların annelerine göre çocuğun geleceği konusunda daha fazla endişeli olduğu, babaların annelerin aksine daha tekdüze duygusal ve davranışsal kalıplar gösterdiği ve tip 1 diyabet başlangıcının (daha önce sağlıklı olan çocuğun aniden tip 1 diyabetli çocuğa dönüşmesi) aile dinamiklerini ve aile içindeki yapısal rolleri etkilediği saptanmıştır.

Marshall ve ark. (2009) tarafından tip 1 diyabet ile yaşayan yaşları 4-17 yaşları arasında olan 10 çocuk ve ebeveynleri ile yapılan çalışmada diyabetle yaşayan ailelerin çok benzer deneyimler yaşadıkları görülmüştür. Ebeveynler çocuklarının sağlığını kaybetmesi sonrasında yaşamlarında ciddi bir düzensizlik yaşamış ve ebeveyn-çocuk bağlanma ilişkileri etkilenmiştir. Bu durumu, doğal bir yas süreci takip etmiş ve sonunda ebeveynlerin bu kayıpla yüzleşerek çocuklarına gereken diyabet bakımını sağladıkları görülmüştür. Ayrıca, çocuklarının sağlık sorunları nedeniyle büyüme ve bağımsızlaşma süreçleri hakkında ebeveynlerin kaygı duydukları saptanmıştır.

1.5. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Çocukluk çağı diyabeti olarak da tanımlanan tip 1 diyabet hastalığı çocukluk çağında yaygın görülen kronik hastalıklarından biridir. Dünya çapında her yıl 15 yaşından küçük yaklaşık 108.200 çocuk ve ergenin tip 1 diyabet geliştirdiği tahmin edilmektedir ve hastalığın yaygınlık oranı 10.000 kişide 9,5'tir (Mobasseri ve ark., 2020; IDF, 2021; Bowden ve ark., 2024).

Diyabetin diğer bir alt tipi olan tip 2 diyabete göre tip 1 diyabetin temel patolojik, fizyolojik ve psikososyal doğası ülkemizde tam olarak bilinmemektedir. Çocukların ve ailelerin tip 1 diyabetle ilgili bilgi eksiliği vardır. Dolayısıyla çocuğun ve ailenin hastalıkla tanışması çoğu zaman tanı konulduğunda başlamaktadır. Bebeklik/çocukluk döneminde diyabet tanısı konduğunda, tedavi sorumluluklarının çoğunu üstlenebilmek için başlangıçta kendilerini yeni duruma uyum sağlaması ve günlük yönetim becerilerini öğrenmesi gereken kişiler ebeveynler olmaktadır (Martin ve ark., 1994).

Sağlık hizmeti sunucuları tarafından çoğunlukla hastalığın tıbbi boyutuna odaklanılmaktadır. Dolayısıyla psikososyal ve ekonomik bağlamda çocuk ve ailenin yetersiz destek mekanizması ile ihtiyaçları tam olarak karşılanamamaktadır. Bu nedenle, bir çocukta tip 1 diyabetin teşhis ve tedavi süreci çocuk ve ebeveynleri için travmatik olaylar oluşturmaktadır. Çocuğa diyabet teşhisi konulduktan sonra meydana gelen değişimler ailelerde uyum sorunlarını gündeme taşımaktadır. Yapılan çalışmalar tip 1 diyabetin ailelerin fiziksel, psikolojik ve sosyal refahını olumsuz etkileyerek ebeveynlik stresini artırdığını ve depresyona neden olduğunu göstermektedir (Alazmi ve ark., 2024; Bilgehan ve Uludaşdemir, 2024; Mohan ve ark., 2024). Bu bağlamda çalışmanın odak noktası, tip 1 diyabetli çocuklara bakım veren ebeveynlerin diyabet nedeniyle yaşadıkları problemler, aile işlevsellikleri ve hastalığa uyumları üzerine kurulmaktadır.

Tip 1 diyabet yönetiminde aile müdahaleleri, diyabet yönetimi ve bakımı konusunda ebeveyn-çocuk çatışmasını azaltmada yardımcı olabilir (Grey, 2000; Salcudean ve Lica, 2024; Mitchell ve ark., 2024; Tully ve ark., 2024). Hastalık dolayısıyla ihmal ya da istismara maruz kalan çocuğun güçlendirilmesi için ailesinin sürece aktif katılımı sağlanmalıdır. Ebeveyn katılımı, diyabet yönetiminin çok önemli bir yönü olduğundan dolayı sağlık hizmeti sağlayıcılarının diyabetli bir çocuğa

ebeveynlik yapma deneyimini takdir etmeleri esastır. Tıbbi ortamlardaki sosyal hizmet uzmanları, bu ihmal edilmiş birinci basamak alanını hedefleyen aile odaklı stratejiler geliştirmek için benzersiz bir konumdadır, diyabet tedavisinde aile odaklı sosyal hizmete ihtiyaç vardır (Thompson ve ark., 2001; Mellin ve ark., 2004).



1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın genel amacı, tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerde hastalığın algılanan ağırlığını, aile işlevselliğini ve diyabetin aileye olan etkisini saptamak akabinde ailelerin hastalığa uyumunda çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin etkililiğini test etmektir. Bu amaç doğrultusunda araştırma iki aşama şeklinde tasarlanmıştır. Araştırmanın ilk aşaması olan genel tarama aşamasında, tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalığa ilişkin öznel algılarını, aile işlevselliklerinden duyulan memnuniyet düzeylerini ve diyabetin aileye etkilerini saptamak amaçlanmıştır. Bu aşamada temel amaç, tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin diyabet algılarını, diyabetin aile sistemine etkilerini, ebeveynlerin algıladıkları sosyal destek mekanizmalarını ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeylerini saptamaktır.

Araştırmanın ikinci aşaması ise deney öncesi araştırma tasarımını içeren bir çalışmadan oluşmaktadır. Bu aşamada sosyal hizmet müdahale yaklaşımları arasında giderek daha fazla tercih edilen bir müdahale modeli olarak çözüm odaklı yaklaşımın psikososyal hizmetlere ihtiyaç duyan bir müracaatçı grubu olan tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerinde grup çalışması şeklinde uygulanması ve etkilerinin test edilmesi amaçlanmıştır. Bu sebeple her iki aşamaya yönelik sorular ve hipotezler birbirinden ayrı olarak sunulmuştur.

Araştırmanın birinci aşaması olan genel tarama aşamasında aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

- Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin, çocuklarının sağlığı ile ilgili yaşadıkları stresin öncelikli nedenleri nelerdir?
- Diyabetli bir çocuğa sahip olmanın ebeveynlerin sosyal ilişkilerini etkileme durumu nedir?
- Ebeveynlerin hastalığa ilişkin öznel algıları nasıldır?
- Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin diyabet nedeniyle yaşadıkları sorunlar nelerdir?
- Tip 1 diyabetin aile sistemi içerisinde okul, iş, maddi durum ve iyilik haline etkisi nedir?
- Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyleri nasıldır?

- Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler bakım verme sürecinde ne sıklıkla psikolojik destek almayı düşünmektedir?

Bu kapsamda araştırmanın bu aşamasının temel hipotezi “Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerde hastalığın algılanan ağırlığı yüksektir, aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyi düşüktür ve diyabet aileyi olumsuz yönde etkilemektedir” şeklindedir.

H1: Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerde hastalığın algılanan ağırlığı yüksektir.

H2: Tip 1 diyabet hastalığının çocuğun okul yaşamına olumsuz etkisi yüksektir.

H3: Tip 1 diyabet hastalığının ailenin iş yaşamına olumsuz etkisi yüksektir.

H4: Tip 1 diyabet hastalığının ailenin maddi durumuna olumsuz etkisi yüksektir.

H5: Tip 1 diyabet hastalığının ailenin iyilik haline olumsuz etkisi yüksektir.

H6: Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyi düşüktür.

Araştırmanın ikinci aşamasında çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin hastalığa uyum düzeylerine etkisini saptamak amaçlanmıştır. Bu kapsamda araştırmanın bu aşamasının genel amacı, çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal müdahalesinin tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalığa uyum konusundaki rolünü ortaya koymaktır.

Araştırmanın genel sorusu; “deney grubunda bulunan katılımcılara uygulanan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin ebeveynlerin hastalığa uyumu, hastalığın ebeveynler tarafından algılanan ağırlığı ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyi üzerindeki etkisi nasıldır?” şeklindedir. Araştırmanın bu genel sorusu doğrultusunda cevap aranan alt sorular şu şekildedir:

- Grup çalışması sonrasında; deney grubunda bulunan katılımcıların *Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Anne/Baba Formu* öntest ve sontest puanları arasında fark var mıdır?
- Grup çalışması sonrasında; deney grubunda bulunan katılımcıların *Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği* öntest ve sontest puanları arasında fark var mıdır?
- Grup çalışması sonrasında; deney grubunda bulunan katılımcıların *Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği Okul alt boyutu* öntest ve sontest puanları arasında fark var mıdır?
- Grup çalışması sonrasında; deney grubunda bulunan katılımcıların *Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği İş alt boyutu* öntest ve sontest puanları arasında fark var mıdır?
- Grup çalışması sonrasında; deney grubunda bulunan katılımcıların *Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği Maddi Durum alt boyutu* öntest ve sontest puanları arasında fark var mıdır?
- Grup çalışması sonrasında; deney grubunda bulunan katılımcıların *Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği İyilik Hali alt boyutu* öntest ve sontest puanları arasında fark var mıdır?
- Grup çalışması sonrasında; deney grubunda bulunan katılımcıların *Aile APGAR ölçeği* öntest ve sontest puanları arasında fark var mıdır?

Araştırmanın ikinci aşamasının bir diğer amacı ise grup çalışmasına katılan ebeveynlerin grup çalışması sürecini nasıl deneyimlediklerini ve değerlendirdiklerini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler grup çalışmasına katılma amaçlarını nasıl tanımlamaktadır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler yaşamlarındaki mucizeyi nasıl tanımlamaktadır?

- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler yaşamlarındaki istisnaları nasıl tanımlamaktadır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında yapılan grup çalışmasının tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin diyabetle başa çıkma becerilerine etkisi nasıldır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında yapılan grup çalışmasının tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin olumlu davranış geliştirme becerilerine etkisi nasıldır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler yaşamlarındaki kâbusu nasıl tanımlamaktadır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler grup çalışmasının diyabetle baş etme becerilerine etkisini nasıl tanımlamaktadır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerilerine etkisini nasıl tanımlamaktadır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler grup çalışmasının aile ilişkileri üzerindeki etkisini nasıl tanımlamaktadır?
- Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler grup çalışmasının çocuğu ile ilişkileri üzerindeki etkisini nasıl tanımlamaktadır?

Bu kapsamda araştırmanın ikinci aşamasının temel hipotezi “Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerde diyabetin aileye etkisi, hastalığın algılanan ağırlığı ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet anlamlı düzeyde farklılaşır” şeklindedir.

H7: Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği’ne ait sontest puanları öntest puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür.

H8: Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği Okul alt boyutuna ait sontest puanları öntest puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür.

H9: Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği İş alt boyutuna ait sontest puanları öntest puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür.

H10: Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği Maddi Durum alt boyutuna ait sontest puanları ile öntest puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

H11: Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği İyilik Hali alt boyutuna ait sontest puanları öntest puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür.

H12: Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Hastalığa İlişkin Öznel Algılar-Anne/Baba Formu'na ait sontest puanları öntest puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür.

H13: Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Aile APGAR Ölçeği'ne ait sontest puanları öntest puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Karma araştırma yöntemleri desenlerinden biri olan ve araştırmada da kullanılan yakınsayan paralel desene göre şu soruya cevap aranmaktadır:

Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılan sosyodemografik bilgi formundan ve ölçeklerden elde edilen nicel veriler ile ebeveynlerin grup çalışması deneyimleri ve deneyimlerine ilişkin görüşleri birleştirildiğinde/karşılaştırıldığında nitel sonuçlar nicel sonuçları nasıl desteklemektedir?

1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Tip 1 diyabetli çocuk ve ailesi ile mesleki çalışmalar yürütmekte olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer sağlık profesyonellerinin çocukların birincil bakıcıları olan ailelerin mevcut durumlarını ve yaşadıkları sorunları bilmeleri gerekmektedir. Bu ailelerin deneyimlerini aktarma amacı gütmesi çalışmayı önemli kılmaktadır.

Bu araştırma, tip 1 diyabetli çocukların ailelerinin diyabet algılarında, diyabete uyum sağlamalarında, diyabetin aileye olumsuz etkilerinin azaltılmasında ve aile işlevselliklerinde çözüm odaklı yaklaşımına dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin etkili olup olmadığını saptayarak, diyabetin aileye olumsuz etkilerinin azaltılması ve diyabete uyum sağlanması hususunda tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının hangi tür mesleki çalışmalar yürütmesi gerektiğinin bilinmesine katkıda bulunacağından ve tip 1 diyabetli çocuğu olan aileler ile ilgili sınırlı olan sosyal hizmet literatürünü zenginleştireceğinden dolayı önem taşımaktadır.

Türkiye’de yapılan araştırmalar incelendiğinde tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler ile çözüm odaklı yaklaşıma dayalı grup çalışması ile ilgili herhangi bir deneysel çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma aynı zamanda Türkiye’de sosyal hizmet disiplinde çözüm odaklı yaklaşımın ilk kez grup çalışması olarak tip 1 diyabetli çocukların ailelerinde denenmesi açısından önemlidir. Bu bağlamda çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin psikososyal gereksinimleri yoğun olan diyabetli çocukların ailelerindeki etkililiğinin sınanması bu çalışmayı önemli kılmaktadır.

1.8. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

Araştırmada kullanılan Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği, Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Formu (Anne/Baba) ve Aile APGAR Ölçeği’nin (araştırmanın veri toplama araçları) diyabetli çocuğu olan ailelerin hastalığa uyumlarını ölçmeye yeterlikte ve nitelikte araçlar olduğu,

Araştırmanın genel tarama aşamasına katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin sorulan soruları samimi ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevap verdikleri,

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan ebeveynlerin sorulan soruları samimi ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevap verdikleri,

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nun yapılan grup çalışmasının ebeveyne ve aile işlevselliğine etkililiğini ölçmeye yeterlikte ve nitelikte bir araç olduğu,

Ebeveynlere uygulanan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi dışında ebeveynlerin hastalığa uyum düzeylerini artırmaya yönelik herhangi bir müdahalenin olmadığı varsayılmaktadır.

1.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma sonucunda elde edilecek bulgular aşağıda belirtilen sınırlılıklar dâhilinde geçerli olacaktır:

Araştırmanın müdahale örneklemini Kütahya ilinde bulunan Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji bölümünde tedavi görmekte olan çocukların ebeveynleri ile sınırlıdır.

1.10. TANIMLAR

Tip 1 Diyabet: Çocukluk çağı diyabeti olarak da anılan, 0-18 yaş arası çocuklarda ortaya çıkan metabolik kronik hastalığı ifade etmektedir.

Çocuk: 5-18 yaş arasındaki tip 1 diyabetli çocukları ifade etmektedir.

Hasta: Tip 1 diyabet hastalığına sahip olan çocuk bireyleri ifade etmektedir.

Bakım veren ebeveynler: Tip 1 diyabetli çocukların temel bakıcıları olan ebeveynleri tanımlamaktadır.

Ebeveyn İzlemi: Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarının diyabet hastalığı ile ilgili takibini tanımlamaktadır.

Çözüm Odaklı Yaklaşıma Dayalı Gruplarla Sosyal Hizmet Müdahalesi: Çözüm odaklı terapi tekniği kullanılarak deney grubunda bulunan tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerine yapılan gruplarla sosyal hizmet müdahalesini ifade etmektedir.

Hastalığa İlişkin Öznel Algı: Ebeveynler açısından tip 1 diyabet hastalığını, diyabet tedavisinin zorlayıcı olup olmadığını ve günlük yaşama olan etkilerini belirlemeye yarayan ve bu çalışma kapsamında kullanılan Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu'ndan elde edilen puanları tanımlamaktadır.

Diyabetin Aileye Etkisi: Tip 1 diyabetin çocuğun okul yaşamına, ailenin iş, maddi durum ve iyilik haline olan etkilerini belirlemeye yarayan ve bu araştırma kapsamında kullanılan Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği'nden elde edilen puanları tanımlamaktadır.

Aile İşlevselliğinden Memnun Olma Durumu: Tip 1 diyabetli çocuğa bakım veren ebeveynlerin aile işlevselliklerinden memnun olup olmadığını saptamaya yarayan, aile işlevselliğini değerlendiren ve bu araştırma kapsamında kullanılan Aile APGAR Ölçeği'nden elde edilen puanları tanımlamaktadır.

Hastalığa Uyum: Ebeveynlerin tip 1 diyabetli çocuğa bakım vermeye başladıkları ilk andan itibaren deneyimledikleri sorunları, psikososyal durumlarını, tedavi ekibi ve tutumları konusundaki görüşlerini, tip 1 diyabet hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerini, mevcut sağlık sistemine yönelik değerlendirmelerini ve yaşadıkları mali ve iş gücü kayıplarını ifade etmektedir.

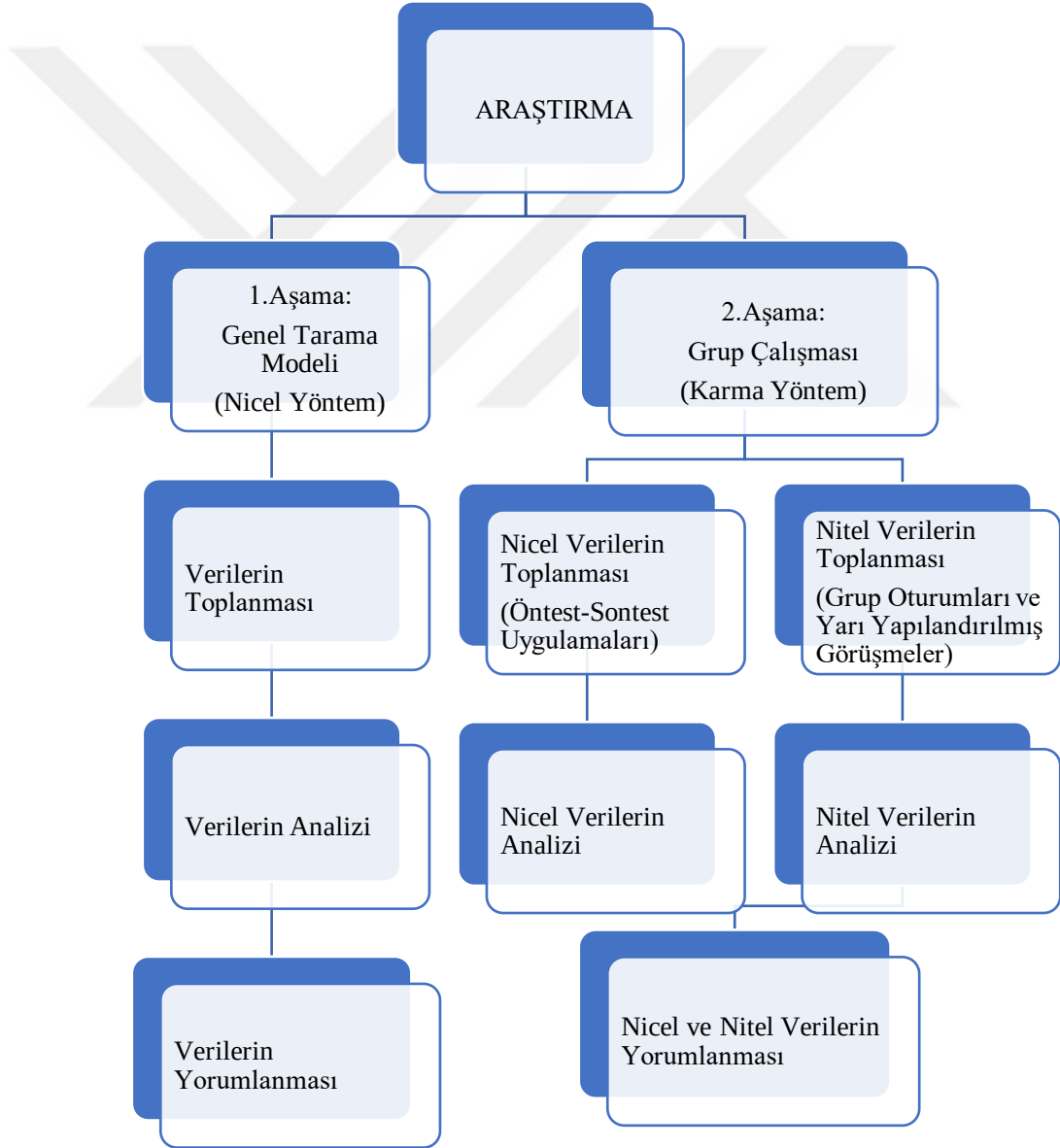
İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, evren ve örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi hakkında bilgi verilmiştir.

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Hem nicel hem de nitel tasarımı içeren karma desenli model kullanılan araştırma iki aşamadan oluşmaktadır.



Şekil 2. Araştırma Modeli

Araştırmanın birinci aşaması nicel bir araştırma olup genel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Nicel tarama çalışmaları, genellikle geniş bir katılımcı kitlesine yönelik olarak yapılan ve belirli bir konu ya da olgunun mevcut durumunu tanımlamayı amaçlayan araştırma türüdür ve en önemli avantajı geniş çaplı popülasyonlar hakkında genellenebilir bilgi sunabilmesidir (Creswell, 2014). Araştırmanın birinci aşamasında tip 1 diyabetli çocuk sahibi ailelerin var olan durumunu tespit etme ve evren hakkında genel bir yargıya varmaya yönelik genel tarama modeli kullanılarak ebeveynler tarafından algılanan hastalık ağırlığı, ebeveynlerin aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyi ve diyabetin aileye etkisi ortaya konmuştur.

Araştırmanın ikinci aşaması ise nicel ve nitel araştırma yönteminin birlikte kullanıldığı karma yöntem araştırmalarında yaygın bir şekilde kullanılan yakınsayan paralel desenle tasarlanmıştır. Creswell (2006) karma yöntem araştırmasını, *“çalışmada hem nicel hem de nitel verileri toplamaya, analiz etmeye ve karıştırmaya odaklanır.”* şeklinde ifade etmektedir. Yöntemin en önemli avantajlarından biri araştırma kapsamında birleştirilmiş nicel ve nitel yöntemlerin, insan ve sosyal dünyanın daha karmaşık yönlerini ve ilişkilerini keşfetmeyi sağlamaya yardımcı olmasıdır (Malina ve ark., 2011). Karma yöntem araştırmalarında, nicel ve nitel yaklaşımlardan elde edilen verilerin tutarlılığı, birbiriyle örtüşüp örtüşmediği, sonuçların birbirini bütünlemesi, yeni araştırma soruları veya hipotezlerin geliştirilmesi ile çalışmanın kapsamının genişletilmesi gibi temel amaçlar gözetilmektedir (Baki ve Gökçek, 2012). Karma yöntem araştırma tasarımlarından biri olan yakınsayan paralel desende nicel ve nitel veriler aynı zamanda toplanarak analizi yapılır. Verilerin analizi genelde ayrı ayrı yapılmaktadır ve veriler yorumlama esnasında birleştirilmektedir. Araştırma sonuçlarını test etmek ve güçlendirmek için oldukça etkili bir tasarım olduğu kabul edilmektedir (Özdemir ve ark., 2021). Bu kapsamda araştırmanın bu aşaması deney öncesi tasarım araştırmalarında yaygın bir şekilde kullanılan metotlardan biri olan “Tek Gruplu Ön Test-Son Test” tasarımına göre yapılandırılmıştır. Bu tasarımda bir grup, bir ön test, bir tedavi ve bir son test vardır. Bir gruba yapılan deneysel müdahalenin etkililiği test edilir. Kontrol grubu ve rastgele atamanın bulunmadığı bir tasarımdır (Neuman, 2014). Tek grup öntest-sontest tasarımlı çalışmalarının müdahalenin etkililiğini değerlendirmek ve müdahale süresince meydana gelen değişimlerin ölçülmesi için oldukça kullanışlı olduğu kabul

edilmektedir (Krysik ve Finn, 2015). Bu doğrultuda araştırmanın ikinci aşamasında deney gruplu öntest-sontest modeline dayalı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi öncesinde deney grubuna öntest ve müdahale tamamlandıktan sonra sontest yapılmıştır. Ayrıca yapılan müdahale oturumları ve oturumlar tamamlandıktan sonra katılımcılara uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formu nitel verileri araştırmacı tarafından deşifre edilmiş ve çözümlenmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni ailelerin hastalığa uyum düzeyi, bağımsız değişken ise tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalığa uyum düzeyini artırmayı amaçlayan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesidir. Araştırmanın bu aşamasında tek gruplu öntest-sontest modeline dayalı deney öncesi tasarım çalışması kapsamında Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji bölümünde tedavi görmekte olan çocukların ebeveynleri arasından grup çalışmasına katılmak için gönüllü olan sekiz ebeveyn deney grubunu oluşturmakta olup bu ebeveynler ile toplam 8 oturum çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi yapılmıştır. Aynı grup üzerinden öntest-sontest sonuçları alınmış ve elde edilen nicel farklar analiz edilmiştir. Ayrıca yapılan toplam 8 grup oturumu ve müdahale sonrasında katılımcılara uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen nitel bulgular çözümlenerek nicel veriler desteklenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda tip-1 diyabetli çocuk sahibi ailelerin durumsal değişimlerinin analizi ve müdahalenin hastalığa uyuma etki edip etmediği değerlendirilmeye çalışılmıştır.

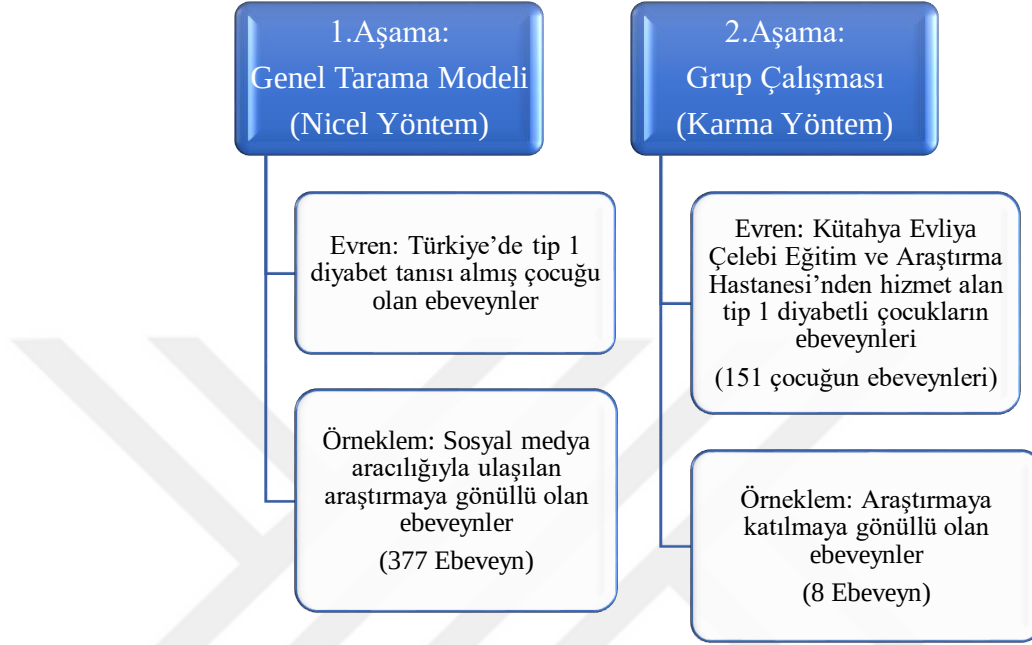
Ön görüşmelerin yapılmasının ardından gruba katılacak üyelerin kesinleştirilmesi ile birlikte, 15 Şubat 2024 tarihinde grup çalışması başlatılmıştır. Her hafta bir gün olacak şekilde toplam 8 grup oturumu tamamlanmıştır.

Tablo 1. Müdahale Grubuna Uygulanan Deneysel İşlem

	Öntest	İşlem	Sontest
Müdahale Grubu	HIÖA-A/B Formu DAEÖ AAP Ölçekleri'nin uygulanması	Sekiz hafta süreyle çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi	HIÖA-A/B Formu DAEÖ AAP Ölçekleri ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nun uygulanması

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu başlık altında araştırmanın çalışma grubu genel tarama ve deneysel aşamalara uygun şekilde ayrı olarak sunulmaktadır.



Şekil 3. Evren/Örneklem

2.2.1. Genel Tarama Çalışma Grubu

Araştırma amacı dahilinde araştırmanın bu aşamasının hedef evrenini Türkiye’de tip 1 diyabet tanısı almış çocuğu olan ebeveynler oluşturmaktadır. Ancak tüm evrene ulaşmak zaman sınırlılığı ve olanaklar çerçevesinde mümkün olmadığı için araştırmanın bu aşamasında kesitsel çalışma kullanılmıştır. Kesitsel çalışmalar bir zaman diliminde belirli bir popülasyondan toplanan verinin incelenmesidir. Bu çalışmalar, herhangi bir hastalık veya durumun yaygınlığını belirlemek, risk faktörlerini değerlendirmek veya popülasyon genelindeki eğilimleri tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Setia, 2016). Araştırmanın bu aşamasında belirlenen örneklem bir olgu serisini bulmayı amaçlayan bir örnek olay çalışması olduğu için belirli bir örneklem sayısına ulaşılması beklenmemekte olup ulaşılabilen hasta yakınları araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Araştırmanın tanımlayıcı-kesitsel tasarımıdaki bu aşamasının çalışma evrenini; 01 Mayıs- 01 Ağustos 2023 tarihleri arasında tip 1 diyabetli çocuğa olan ebeveynlerin oluşturduğu sosyal medya

platformdaki topluluk ve WhatsApp grupları aracılığıyla web tabanlı bir anket ile erişilen 5-18 yaş arasında tip 1 diyabetli çocuğu olan 377 ebeveyn oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Tip 1 diyabetli çocuğa bakım veriyor olmak,
- Çocuğun 5-18 yaş arasında olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya 5-18 yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerinin dahil edilme nedenleri; belirtilen yaş aralığındaki çocukların eğitim yaşamının devam ediyor olması ve ebeveynlerin diyabet yönetimi sürecinde aktif bir rol oynamasıdır.

2.2.2. Deneysel Çalışma Grubu

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini Kütahya ilinde bulunan Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden tedavi hizmeti alan tip 1 diyabetli çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Bu kapsamda araştırmanın evrenini ilgili hastane tarafından takip edilen 151 tip diyabetli çocuğun ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmanın bu aşamasının çalışma evreni ise rastgele olmayan (tesadüfi olmayan) örnekleme türleri arasında yer alan amaçlı örnekleme yönteminin homojen (türdeş) örnekleme tekniğine göre belirlenmiştir. Amaçlı örneklemin temel amacı, ilgi duyulan bir popülasyonun belirli özelliklerine odaklanmaktır. Amaçlı örnekleme, dahil edilecek bireylerle ilgili kararların araştırmacı tarafından, araştırma konusu hakkında uzman bilgisi veya araştırmaya katılma kapasitesi ve isteği gibi çeşitli kriterlere dayanarak alındığı bir olasılık dışı örnekleme biçimidir. Homojen (türdeş) örnekleme, araştırma konusunun anahtar değişkenine göre aynı türde üye bulmak amaçlanmaktadır (Rai ve Thapa, 2015; Sayım, 2019). Bu kapsamda araştırmanın bu aşamasının örneklemini Kütahya ili kent merkezinde bulunan Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk endokrinoloji kliniğinden tedavi hizmeti almakta olan, en az 1 yıldır tip 1 diyabet tanısı konmuş 5-18 yaş arası çocukların psikiyatrik bir tanısı olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynleri oluşturmaktadır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk endokrinoloji kliniğinden tedavi hizmeti alan çocuğu bulunmak,

- Çocuğa en az 1 yıldır tip 1 diyabet tanısı konmuş olması,
- Çocuğun 5-18 yaş arasında olması,
- Psikiyatrik bir tanı almış olmamak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.

Dışlayıcı kriterleri ise şunlardır;

- Son altı ay içinde düzenli olarak psikolojik destek almış ya da almaya devam ediyor olmak,
- Son altı aylık dönemde ciddi bir kriz ya da kayıp yaşamış olmak,
- En az iki oturuma katılım sağlamamak olarak belirlenmiştir.

Çalışma grubunda en az 1 yıldır tip 1 diyabet tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinin seçilmesinin nedeni; bu yaş aralığındaki çocukların ebeveynlerinin diyabet yönetim sorumluluğunun devam ediyor olması ve diyabetle yaşamaya başladıkları ilk andan itibaren belli bir süre geçirerek hastalığın ebeveynler tarafından tecrübe edilmesine olanak sağlanmasıdır. Çocukların yaş aralığının 5-18 ile sınırlandırılmasının nedeni ise; çocukların eğitim hayatının aktif olmasıdır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada katılımcıların demografik ve kişisel özelliklerine yönelik gerekli bilgileri elde etmek için “Sosyodemografik Bilgi Formu”, diyabetin aileye olan etkisini anlamak için “Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği”, ebeveynlerin diyabet algısını anlamak için “Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu” ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeylerini anlamak için “Aile APGAR Ölçeği”, ebeveynlerin grup çalışması sürecini nasıl deneyimlediklerini ortaya koymak amacıyla grup oturumları ve çalışmanın etkililiğini saptamak amacıyla Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılmıştır.

2.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-3)

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formunda 33 adet soru bulunmaktadır. Bu soru formunda katılımcıların kişisel özellikleri ve diyabetli çocuğa sahip olmanın stres yaratma ve olumsuz etkileme durumlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

2.3.2. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu (Ek-4)

Ölçek Gökler'in (2008) "Sistem Yaklaşımı ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması" adlı doktora tezinden alınmıştır. Gökler (2008) tarafından ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır.

Hastalık ve hastalığa bağlı tedavinin, hastalığı yaşayan çocuğun/ergenin ebeveynleri tarafından nasıl algılandığını anlamak üzere üçlü likert tipinde geliştirilen ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 0-2 arasında puan alıp, ölçekten alınabilecek en yüksek puan 22'dir. Ölçekten alınan toplam puana bakılarak ebeveynin hastalığı algılama düzeyi hakkında bir sonuca varılmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, hastalığın anne/baba tarafından algılanan ağırlığının yüksek olduğunu göstermektedir.

2.3.3. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (Ek-5)

Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 'Diabetes Family Impact Scale' adı ile Katz ve ark. (2015) tarafından 5-18 yaş aralığındaki çocuk/ergenlerde tip 1 diyabet hastalığının aile sistemine olan etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.

Ölçek dörtlü likert tipinde olup "okul", "iş", "maddi durum" ve "iyilik hali" olmak üzere 4 alt boyut ve 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk dört maddesi "okul" alt boyutunu, 5, 6 ve 7. maddeleri "iş" alt boyutunu, 8, 9 ve 10. maddeleri "maddi durum" alt boyutunu; son dört maddesi ise "iyilik hali" alt boyutunu oluşturmaktadır.

"Neredeyse Hiç: 0 puan", "Bazen: 1 puan", "Sıklıkla: 2 puan", "Her Zaman: 3 puan" şeklinde puanlanan ölçek maddelerinden alınan puan ortalaması 100 ile çarpılıp 3'e bölünerek sonuç değerlendirilmektedir. Ölçeğin dört alt boyutunun puanlaması ve değerlendirilmesi de aynı şekildedir. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 100 arasında değişmekte olup ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça, diyabetin aileye olumsuz etkisi artmaktadır. Aynı şekilde ölçeğin alt boyut/boyutlarından alınan puan arttıkça, ilgili alt boyutta/boyutlarda diyabetin aileye olumsuz etkisi artmaktadır.

Katz ve ark. (2015) tarafından Cronbach Alpha değeri 0.84, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Çetintaş ve Akgün Kostak (2021) tarafından 0,881 olarak hesaplanan ölçekten alınan puanın artması diyabetin aileye olumsuz etkisinin arttığını ifade etmektedir.

2.3.4. Aile APGAR Ölçeği (Ek-6)

Smilkstein (1978) tarafından üçlü likert tipinde geliştirilen ölçek toplam 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçek parametreleri “neredeyse hiçbir zaman: 0 puan”, “bazen: 1 puan” ve “neredeyse her zaman: 2 puan” olarak sıralanmaktadır. Ölçekte yer alan her bir göstergeden alınan puanın toplanması ile toplam puan elde edilmektedir ve alınabilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir. 7-10 puan arası “yüksek”, 4-6 puan arası “orta”, 0-3 puan arası “düşük” aile işlevselliği memnuniyet düzeyi olarak değerlendirilmektedir. Ölçeği Türkçe’ye uyarlayan Özcan ve ark. (2011) tarafından Cronbach Alpha Katsayısı 0.793 olarak hesaplanmıştır.

2.3.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek-7)

Yarı yapılandırılmış görüşme formu yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin etkililiğini incelemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda yer alan 6 madde ile grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerisi ve ebeveynin çocuk ile ilişkisi, aile ilişkisi ve diyabetle baş etme becerisi üzerindeki etkisini anlamak amaçlanmıştır.

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Bu bölümde araştırmanın iki aşamasına ait veri toplama süreci ayrı başlıklar altında ele alınmıştır.

2.4.1. Genel Tarama Verilerinin Toplanması

Veri toplama aşamasına geçilmeden önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır (Ek-1). İzinler alındıktan sonra genel tarama sürecinde kullanılacak olan veri toplama araçları (Sosyodemografik Bilgi Formu, Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği, Hastalığa İlişkin

Öznel Algılar Anne/Baba Formu ve APGAR Ölçeği) Google Form aracılığıyla birleştirilmiştir. Oluşturulan nihai form araştırmacı tarafından 01 Mayıs- 01 Ağustos 2023 tarihleri arasında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin oluşturduğu WhatsApp ve sosyal medya platformlarındaki topluluk gruplarından katılımcılara ulaştırılmış ve veriler toplanmıştır.

2.4.2. Deneysel Çalışma Verilerinin Toplanması

2.4.2.1. Müdahale Öncesi Hazırlık

Müdahale öncesinde ilk olarak 30 saatlik Çözüm Odaklı Terapi Eğitimine katılmış ve terapiyi yürütecek yeterliğe sahip olunmuştur (Ek-10). Bu eğitimin ardından tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin psikososyal özellikleri, karşılaştıkları zorluklar ve bu ailelere yönelik sunulan psikososyal destek hizmetleri üzerine kapsamlı bir literatür incelemesi gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşamasına geçilmeden önce çalışmanın yapılacağı Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kütahya İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır (Ek-2). İzinler alındıktan sonra Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Uzmanı ve Diyabet Hemşiresi ile toplantı yapılarak kliniğe tedavi için devam eden tip 1 diyabetli çocukların ailelerinin dahil olduğu WhatsApp grubunda çalışma yapılacağı ile ilgili duyuru yapılmıştır. Eş zamanlı olarak araştırmacı tarafından ebeveynlere uygulanacak çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahale programının uygulama planı hazırlanmıştır.

2.4.2.1.1. Çözüm Odaklı Yaklaşıma Dayalı Gruplarla Sosyal Hizmet Müdahale Programı

Deney grubunda bulunan ebeveynlere; 1. müdahale olan hazırlık müdahalesi, 6 müdahaleden oluşan çözüm odaklı gruplarla sosyal hizmet müdahale programı, programın kapanışının yapıldığı ve son testlerin uygulandığı müdahale de dâhil olmak üzere toplam 8 müdahale uygulanması planlanmıştır. Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahale programı aşağıda kısaca verilmiştir.

Çözüm Odaklı Yaklaşım Dayalı Gruplarla Sosyal Hizmet Müdahale Programı'nın uygulama planı:

1. Müdahale (Hazırlık Müdahalesi):

Ebeveynlerin çalışmaya katılımının sağlanması,

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi ve müdahale süreci hakkında bilgilendirme ve onam alma,

Ebeveynlere öntestlerin uygulanması (Sosyodemografik Bilgi Formu, Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ), Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Formu (Anne/Baba) ve Aile APGAR Ölçeği) şeklindedir.

2, 3, 4, 5, 6,7. Müdahaleler

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahale programının uygulanması şeklindedir.

8. Müdahale:

Sontestlerin uygulanması (Sosyodemografik Bilgi Formu, Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ), Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Formu (Anne-baba), Aile APGAR Ölçeği ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu)

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahale programının sonlandırılması şeklindedir.

1. Müdahale: Tanışma, Amaç ve Kural Belirleme, Ön Testlerin Uygulanması

Müdahalenin amaçları doğrultusunda, deney grubunda yer alan ebeveynlerin birbirini tanımaları, grup kurallarının belirlenmesi, hastalığa uyum hakkındaki düşüncelerin paylaşılması, katılımcıların pozitif bireysel amaçlar oluşturmaları amacıyla ilk müdahale sürecinin içeriği oluşturulmuştur.

2. Müdahale: Mucize Soru, Hedeflenen Değişimler, Geleceğe dair olumlu vizyonlar

Araştırmacı, ikinci müdahalede ebeveynlerin amaçlarının netleştirilmesini, değişen gelişimi fark etmelerini ve sorunlara odaklanmak yerine çözümlere odaklanmalarını desteklemeyi amaçlamıştır.

3. Müdahale Süreci: İstisnaların Fark Edilmesi

Ebeveynlere, çocuklarının tip 1 diyabet nedeniyle yaşadıkları sorunların hissedilmediği zamanları hatırlatılıp bu zamanlarda kullandıkları güçlü yönlerini, kaynaklarını ve çözümlerini düşünmelerini sağlamaya yönelik içerik oluşturulmuştur.

4. Müdahale: Başa Çıkma Becerisi Geliştirme ve Farkındalık

Bu müdahalede, ebeveynlerin hastalıkla uyum ile ilgili kendileri için hedefledikleri amaca ulaşmak için etkili olan faktörlerin neler olduğunu fark etmeleri, karşılaşılan sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmeleri, çevrelerindeki destekçileri fark etmelerini sağlamak ve sahip oldukları kaynaklar ve işe yarayan çözüm yolları hakkında farkındalık yaratmak amacıyla oturumun içeriği oluşturulmuştur.

5. Müdahale Süreci- Geleceği Olumlu Bir Şekilde Tasarlamak

Ebeveynlerin sorun yaşamadıkları geleceği hayal etmeleri, geleceğe umutla bakabilmeleri ve hayal edilen geleceğe ulaşmak için yapılması gerekenleri paylaşımları amacıyla oturumun içeriği oluşturulmuştur.

6. Müdahale Süreci: Kâbus Soruları

Ebeveynlerin hayatında olası olumsuz durumların gerçekleşmemesi için çözüm yollarını fark etme, alternatif çözüm yolları bulma ve olumlu davranışları pekiştirmeleri amacıyla oturumun içeriği oluşturulmuştur.

7. Müdahale Süreci: Farklı Bir Şey Yapma

Bu müdahale sürecine kadar yaşanan olumlu değişimlerin fark edilmesi, katılımcıların mevcut sorunlarının da farklı bir şey yaparak çözümlenebileceğini fark etmeleri sağlamak amacıyla müdahalenin içeriği oluşturulmuştur.

8. Müdahale: Sonlandırma

Müdahale süreçlerinde gerçekleşen değişimleri, kazanımları değerlendirerek 7 grup oturumu boyunca ebeveynlerin hissettikleri duygu ve düşünceleri paylaşmak, müdahale süreci hakkında bireysel değerlendirmeler yapmak ve müdahale sürecini sonlandırmak amacıyla müdahalenin içeriği oluşturulmuştur.

Program içeriği oluşturulduktan sonra Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Uzmanı ve Diyabet Hemşiresi'nin aracılığıyla oluşturulan katılımcı havuzunda bulunan tüm ebeveynlere araştırma yapılacağı duyurulmuştur. Ebeveynlere grup çalışmasının hangi amaçla, ne zaman ve nasıl yapılacağı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bu kapsamda grup çalışmasında toplanan veriler ile bireysel değerlendirme yapılmayacağı, yalnızca araştırma amaçlı kullanılacağı ifade edilmiştir. Gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine gönüllü olarak katılmak isteyen ebeveynlerin telefon numaraları alınmıştır. Araştırmacı tarafından gönüllü ebeveynlerle daha hızlı ve sağlıklı bir şekilde iletişim kurmak amacıyla WhatsApp grubu oluşturulmuştur. WhatsApp grubu üzerinden ilk oturum öncesinde oturumun günü, yeri ve saati tüm katılımcılara iletilmiştir. Gönüllü olarak katılmak isteyen 16 ebeveyn ile müdahale sürecinin ilk oturumunu gerçekleştirmek üzere 15.02.2024 tarihinde Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi eğitim salonunda toplanılmıştır. İlk oturuma başlamadan önce ebeveynlerden 3'ü yoğun çalıştığı için yeterli vakti ayıramayacağını, 2'si devamlılık konusunda kendisine güvenemediğini, 1'i de küçük çocuğuna bakım verdiği için çalışmaya katılmak konusunda zorlanacağını açıklayarak grup çalışmasına katılmaktan vazgeçtiklerini bildirmiştir. 10 kişi ile grup oturumlarına başlanmış fakat iki üye yapılan 8 grup oturumuna (kapalı grup) iki veya daha fazla kez katılmadıkları için devamsız sayılmış olup verileri analizlere dâhil edilmemiştir.

2.4.2.2. Müdahale Süreci

Müdahale süreci 15.02.2024 tarihinde ilk oturum ile başlamış, son oturum ise 04.04.2024 tarihinde gerçekleştirilerek süreç sona erdirilmiştir. İlk oturumun başında katılımcılara hem sözlü hem de yazılı bir şekilde müdahale süreci hakkında tekrar bilgi verilmiş olup ayrıca bilgilendirilmiş onam formu da imzalatılmıştır. İlaveten tüm katılımcıların onayı ile grup oturumlarının ses kaydı alınmıştır. Ayrıca her oturum öncesi müdahalelerin yapılacağı eğitim salonu araştırmacı tarafından katılımcıların kendilerini rahat hissedeceği bir şekilde düzenlenmiştir.

Müdahale günleri her hafta bir gün olmak üzere sekiz haftada toplam 8 grup oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturumlar ortalama 2 saat sürmüş ve ses kayıt cihazı aracılığıyla kaydedilmiştir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahale oturumları aşağıda verilmiştir.

1.OTURUM

Oturumun Amaçları:

- Araştırmacının kendisini katılımcılara tanıtması
- Katılımcıların kendisini tanıtması ve tanışma
- Müdahalenin amacının açıklanması
- Müdahale süreci hakkında bilgilendirme
- Grup kurallarının belirlenmesi
- Çözüm odaklı terapinin amacını ve temel felsefesini aktarmak ve çözüm odaklı grup çalışmasının tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlere uygulama sürecini açıklamak
- Çocuğunun tip 1 diyabetli olması ve hastalığın katılımcılara ve aileye etkileri hakkında düşünceleri paylaşmak
- Sorunu tanımlamak ve çözümün öneminin anlaşılması
- Ön testlerin uygulanması
- Mevcut durumu değerlendirmek
- Pozitif amaçlar oluşturmak
- Ev ödevi vermek
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Ön test için ölçekler
- Yazı tahtası ve tahta kalem
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Ölçeklendirme Soruları Tekniği
- Övgü Tekniği

Süre

- 118 dakika

Müdahale I. “Tanışma, Amaç ve Kural Belirleme, Ön Testlerin Uygulanması”

Müdahale deney grubundaki tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin katılımlarıyla Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi eğitim salonunda 15 Şubat 2024 Perşembe günü saat 14.00’te başlamıştır. Araştırmacı tarafından ebeveynler gelmeden önce oturumun yapılacağı eğitim salonundaki sandalyeler bir daire oluşturacak şekilde düzenlenerek oturma planı hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından ilk oturumun açılışı yapılarak kendisi tanıtılmış ve katılımcılara grubun hangi amaçla oluşturulduğu anlatılarak her katılımcının kendisini tanıtmayı istenmiştir. Katılımcılar kendilerini tanıttıktan sonra araştırmacı grup çalışmasının her hafta aynı gün ve saat olmak üzere 8 oturumluk bir süreç olarak planlandığını katılımcılara aktarmıştır. Araştırmacı grup süreci ve tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlere yönelik çözüm odaklı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin temelleri hakkında grup üyelerini bilgilendirmiştir. Grup Üyeliğine Katılım Sözleşmesi (Bilgilendirilmiş Onam) katılımcılara dağıtılmış ve müdahale sürecine katılım göstermek isteyen gönüllü ebeveynlerle gizlilik konusunda anlaşmaya varıldıktan sonra katılımcılara grup çalışması oturumlarına tam zamanında katılım sağlanmasının, doğru ve içten paylaşımların yapılmasının ve her oturum sonunda verilen ödevlerin yapılması gerektiğinin önemi iletilmiştir. Bu müdahale sürecinde nelerin yaşanacağı kısaca resmedilerek katılımcıların ne gibi kazanımlar elde edecekleri açıklanmıştır. Bu doğrultuda araştırmacı grup müdahalesinin amaçlarını şu şekilde ifade etmektedir:

- Tip 1 diyabetli çocuğu olan katılımcılara hastalık nedeniyle yaşadıkları problemlerle başa çıkma becerileri kazandırmak
- Katılımcıların pozitif amaçlar oluşturmalarını sağlamak
- Katılımcılara çözüm odaklı düşünce ve davranış becerisi kazandırmak
- Katılımcıların niteliklerini, güçlü yönlerini ve kaynaklarını fark etmelerini sağlamak
- Katılımcıların problemlerle başa çıkmaya çalışırken işe yarayan ve işe yaramayan çözüm yollarını fark etmelerini sağlamak ve işe yaramayan çözüm yollarını terk ederek işe yarayan çözüm yollarına odaklanmalarını sağlamak
- Katılımcılara hayal ettikleri geleceğe yönelik yeni çözüm yolları oluşturabilme becerisi geliştirmek
- Katılımcıların hastalığa uyum sağlama becerisini geliştirmek

Araştırmacı tarafından planlanan müdahale ile ilgili ebeveynlerin düşünce ve hislerini paylaşmaları istenmiştir. Ebeveynler gerçek düşünceleri ve hislerini aktarmaları için desteklenerek her katılımcıya söz hakkı tanınmıştır. Daha sonra çözüm odaklı terapinin felsefesinden bahsedilerek soruna değil çözüme odaklanmanın pozitif değişim için öneminin altı çizilerek, müdahalenin başı olduğu için sorunu ana hatlarıyla belirlemeleri amacıyla katılımcılara sorular yöneltilmiştir. Akabinde çözüm yolları bulmak için sorunu tanımlamanın önemi belirtilerek çözüm yolları üzerinde konuşulmuştur.

Araştırmacı tarafından, katılımcıların her birisine mevcut durumlarını 0-10 arasında değişen aralıkta değerlendirebilmeleri için “Derecelendirme Skalası” tekniğine dayalı soru kağıdını verilip doldurmaları istenmiştir (Ek-8).

Katılımcılara ev ödevi verilmiş, gelecek oturumun gün ve saati hatırlatarak oturum sonlandırılmıştır.

2.OTURUM

Oturumun Amaçları:

- Probleme odaklanmak yerine çözüme odaklanmak
- Pozitif değişim beklentisi oluşturmak
- Farkındalık çalışmaları yapmak
- Değerlendirme yapmak
- Ev ödevi vermek
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Yazı tahtası ve tahta kalem
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Ölçeklendirme Soruları Tekniği
- Mucize Soru Tekniği
- Övgü Tekniği

Süre

- 112 dakika

Müdahale II. “Mucize Soru, Hedeflenen Değişimler, Geleceğe dair olumlu vizyonlar”

2. müdahale hastanenin eğitim salonunda ilk müdahaledeki oturum düzeni alınarak 22 Şubat Perşembe günü saat 14.00’ te başlamıştır. İlk olarak araştırmacı tarafından ebeveynlere bu hafta kendilerini nasıl hissettikleri sorulmuş genel olarak iyi oldukları öğrenildikten sonra müdahale süreci başlamıştır. Araştırmacı ebeveynlerin grup çalışmasına katılımlarının arzu edilen değişime ulaşma konusundaki öneminin altını çizip her katılımcıya ayrı ayrı iltifatlar ederek onları cesaretlendirmiştir.

Araştırmacı katılımcıların güçlü yönlerini fark etmeleri amacıyla kendileri ile ilgili düşüncelerini istemiştir. Daha sonra arzu eden katılımcıların bu yönlerini, niteliklerini, yeteneklerini ve kaynaklarını paylaşmaları istenmiştir. Araştırmacı katılımcıların başa çıkma becerilerini vurgulamak için onlara iltifatlar etmiştir.

Araştırmacı katılımcıların çocuğunun hastalığından dolayı kötü hissetmedikleri ve hastalığa uyum problemleri yaşamadıkları zamanlarda kendilerini nasıl hissettiklerini ve yaşamlarında nelerin değişeceğini öğrenmek amacıyla çözüm odaklı yaklaşım tekniklerinden “Mucize Soru Tekniğini” uygulamıştır. Araştırmacı katılımcıların amaçlarını net bir biçimde ortaya koyabilmesi amacıyla tüm katılımcıların gözlerini kapatmalarını rica edip katılımcılara; mucize soruyu (“Size oldukça tuhaf bir soru soracağım. Görüşmemiz tamamlandıktan sonra, işe, okula, eve geri döneceksiniz ve günün geri kalanında çocuklarla ilgilenmek, yemek pişirmek, televizyon seyretmek gibi ihtiyacınız olan şeyleri yapacaksınız. Yatma zamanı gelecek ve evinizdeki herkes sessizleşecek. Huzur içinde uyuyacaksınız. Gece siz uyurken bir mucize olacak ve bugün sizi buraya getiren sorun çözülecek. Ancak bu mucize siz uyurken gerçekleştiği için bir mucize olduğunu ve sorunun çözüldüğünü bilmeyeceksiniz. Sabah uyandığınızda, size bir mucizenin olduğunu ve sorunun ortadan kalktığını gösteren ilk küçük işaret ne olur?”) sorarak farkındalık sağlama çalışması yapmıştır. Akabinde her katılımcının kendi mucizesini gerçekleştirmek için neler yapabileceğini düşünmeleri istenmiştir. Araştırmacı ebeveynlerin iyi bir geleceği hayal ederek bu doğrultuda çözüm/çözümler üzerine düşünmelerini amaçlamıştır. Daha sonra katılımcıların yaşadıkları problemlere odaklanmak yerine bu problemlerin çözümlerine odaklanmalarını destekleyerek hedefledikleri amaçlara ulaşabilmeleri ve alternatif çözüm yolları oluşturabilmeleri amacıyla ‘bu mucize gerçekleşmiş olsaydı nasıl hissederdiniz?’, ‘başka ne gibi farklılıklar olurdu?’, ‘bu değişimin yaşanması için daha başka neler yapılabilir?’ gibi sorular sorulmuştur.

Ebeveynlerden kendilerindeki ilk değişimi fark edebilmeleri ve değişim konusunda cesaretlenmeleri için “Derecelendirme Skalası” tekniğine dayalı soru kâğıdını tekrar doldurmaları istenmiştir. İlk oturum ve şimdiki oturum sonuçlarını paylaşmak isteyen gönüllü ebeveynlere söz hakkı verilmiş ve en az bir derece daha ilerlemek için ne yapmaları gerektiği üzerine sorular sorarak amaçların netleşmesi amaçlanmıştır. Ev ödevi verilerek müdahale sonlandırılmıştır.

3. OTURUM

Oturumun Amaçları:

- “İstisnai durumları” fark etmek
- Motivasyonu artırmak, olumlu değişim için cesaretlendirmek
- Farkındalık çalışmaları yapmak
- Değerlendirme yapmak
- Ev ödevi vermek
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Yazı tahtası ve tahta kalem
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Ölçeklendirme Soruları Tekniği
- İstisnai/Nadir Durumlar Tekniği
- İstisnaları Geliştirme Tekniği
- Övgü Tekniği

Süre

- 108 dakika

Müdahale III. İstisnaların Fark Edilmesi

3. müdahale hastanenin eğitim salonunda önceki müdahalelerdeki oturum düzeni alınarak 1 Mart Cuma günü saat 14.00’ te başlamıştır. İlk olarak araştırmacı tarafından ebeveynlere geçen haftadan bu haftaya kadar yaşadıkları değişimler ve kendilerini nasıl hissettikleri sorulmuş genel olarak iyi oldukları ve birçoğunun iyi değişimler yaşadığı öğrenildikten sonra müdahale süreci başlamıştır. Araştırmacı tarafından, katılımcılara bir önceki oturumdaki durumları ile şimdiki durumlarını 0-10 arasında değişen aralıkta değerlendirebilmeleri için “Derecelendirme Skalası” tekniğine dayalı soru kâğıdı verilip doldurmaları istenmiştir. Akabinde üyeler ile bir önceki oturum ve şimdiki oturum puanları üzerinde tartışılarak arzu edilen puana ulaşmak için neler yapabilecekleri üzerine konuşulmuştur.

Araştırmacı geçen oturumdan itibaren katılımcıların mucizelerini gerçekleştirmek için neler yaptıklarını sormuş ve katılımcılara yaptıkları karşısında övgüde bulunarak olumlu değişimlerin pekişmesini sağlamıştır. Katılımcıların mucizelerini gerçekleştirmek için yaptıkları işe yarayan çözüm yollarını unutmamaları ve onları geliştirerek daha fazla kez kullanmaları, işe yaramayan çözüm yollarından ise vazgeçerek farklı çözüm yolları bulmaları istenmiştir. Mucizeleri henüz gerçekleşmediyse bile denemekten vazgeçmemeleri konusunda motive edici konuşmalar gerçekleştirilmiştir.

Araştırmacı tarafından katılımcılara Çözüm Odaklı Terapinin ‘İstisnai/Nadir Durumlar’ tekniği hakkında kısa bir bilgilendirme yapılarak her bir katılımcının kendi hayatlarındaki istisnai durumları düşünmeleri için oturuma 5 dakika ara verilmiştir. Ara sonunda gönüllü olan katılımcılar hayatlarındaki istisnaları paylaşmışlardır. İstisnai/nadir durumları fark etmenin hedeflenen amaçlara ulaşma konusundaki önemi katılımcılara anlatılmış ve ‘İstisnaları Geliştirme Tekniği’ kullanılarak katılımcıların geçmiş ve şimdiki istisnalarını gelecek açısından geliştirmek için halihazırda neler yapabilecekleri tartışılmıştır.

Araştırmacı, katılımcılara ev ödevi olarak bir sonraki oturuma kadar hayatlarındaki istisnai durumlara ait gözlem yapmayı, istisnai durumları artırıcı girişimlerde bulunmayı ve bunları not almayı önererek oturumu sonlandırmıştır.

4. OTURUM

Oturumun Amaçları:

- Problemlerle başa çıkma becerisi geliştirmek
- Güçlü yönle ve kaynaklara yönelik farkındalık çalışmaları yapmak
- İşe yarayan- işe yaramayan çözüm yollarını tartışmak
- İşe yarayan çözüm yollarını denemeyi artırmak
- Değerlendirme yapmak
- Ev ödevi vermek
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Yazı tahtası ve tahta klemi
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Ölçeklendirme Soruları Tekniğı
- Övgü Tekniğı

Süre

- 127 dakika

Müdahale IV. Başa Çıkma Becerisi Geliştirme

4. müdahale önceki müdahalelerin yapıldığı eğitim salonunda 7 Mart Perşembe günü saat 14:00'te başlamıştır. Araştırmacı, katılımcılara kendilerini nasıl hissettiklerini sormuş ve 3. müdahaleden beri hayatlarında güzel olan, olumlu değişimlerden bahsetmelerini istemiştir. Böylece ebeveynlerin küçük değişimleri fark etmeleri sağlanmıştır. Araştırmacı iltifat ve övgü tekniğı kullanarak katılımcıların kendi güçlerini fark etmelerini sağlamıştır. Akabinde katılımcılara bir önceki müdahale sürecinde verilen ödevi paylaşmaya yönelik sorular sorulmuş ve değerlendirme yapılmıştır. Gönüllü olarak paylaşımda bulunan ebeveynlere iltifatlar edilmiştir.

Araştırmacı tarafından, katılımcıların her birisine mevcut durumlarını 0-10 arasında değişen aralıkta değerlendirebilmeleri için “Derecelendirme Skalası” tekniğine dayalı soru kâğıdı verilip doldurmaları istenmiştir.

Araştırmacı oturumun amaçları hakkında bilgi verdikten sonra katılımcıların problemlerle başa çıkma becerilerini, problem çözme stratejilerini fark etmelerini sağlamak amacıyla çözüm odaklı terapi yaklaşımının “başa çıkma soruları” tekniğine dayalı sorular yöneltmiştir. Katılımcıların işe yarayan çözümleri düşünmelerini sağlamak için, sorun yaşadıkları zamanlar küçükte olsa işe yaradığına inandıkları çözümleri düşünmeleri ve paylaşımları istenmiştir. Katılımcıların çözüm odaklı düşünmesi desteklenerek, problemler karşısında işe yarayan- işe yaramayan çözüm yolları üzerinde tartışılmış ve katılımcıların işe yarayan çözüm yollarına devam

etmeleri, işe yaramayan çözüm yollarında ısrarcı olmamaları gerektiğinden bahsedilmiştir.

Araştırmacı tarafından katılımcılara ev ödevi olarak bir sonraki oturuma kadar problemlerle başa çıkmak için kullandıkları çözüm yollarına ve sonuçlarına ait gözlem yapmak, işe yarayan çözüm yollarını çeşitlendirici girişimlerde bulunmaları önerilerek oturum sonlandırılmıştır.

5. OTURUM

Oturumun Amaçları:

- Geleceği olumlu bir şekilde tasarlamak
- Gelecekteki hedeflere ulaşmanın önündeki engelleri tartışmak
- Gelecekteki hedeflere ulaşmanın önündeki engellerinin ortadan kaldırılması için zihin egzersizi yapma
- Değerlendirme yapmak
- Ev ödevi vermek
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Yazı tahtası ve tahta kalem
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Ölçeklendirme Soruları Tekniği
- Üç Sandalye Tekniği
- Övgü Tekniği

Süre

- 114 dakika

Müdahale V. Geleceği Olumlu Bir Şekilde Tasarlamak

5. müdahale önceki müdahalelerin yapıldığı eğitim salonunda aynı oturum düzeni alınarak 14 Mart Perşembe günü her zamanki saatinde başlamıştır. Araştırmacı tarafından, katılımcılara kendilerini nasıl hissettiklerini sorulmuş ve geçen oturumdan itibaren yaşadıkları problemler karşısında inandıkları işe yarayan çözüm yollarından bahsetmeleri istenmiştir. Övgü tekniği kullanılarak ebeveynlerin problem çözme stratejilerini fark etmeleri ve kendi güçlerini hatırlamaları sağlanmıştır.

Oturumun amaçları hakkında kısa bir bilgilendirme yapıldıktan sonra “Geleceği Okuma Tekniği” kullanılarak katılımcıların hedefledikleri geleceği düşünmeleri istenmiştir. Bu teknikle katılımcıların kendisini artık problemlerin olmadığı, gelecekteki bir durum içinde hayal etmesini sağlamak amaçlanmıştır. Akabinde hedefledikleri geleceğe nasıl ulaşabilecekleri ve bu geleceğin önündeki engeller hakkında düşünmeleri için 5 dk zaman tanınmıştır. Katılımcılar hazır olduktan sonra hayal ettikleri gelecek ve amaçlarına ulaşırken karşılaşılabilecekleri engeller üzerine tartışılmıştır. Katılımcıların engellerle karşılaşmadan önce çözümleri keşfedebilmeleri amacıyla “engellerle karşılaşırsanız ne yaparsınız, nasıl bir çözüm düşünürsünüz?” soruları sorulmuştur.

Araştırmacı tekniğin daha iyi pekişmesi adına 'Geleceği Okuma Tekniği'ne paralel olan 'üç sandalye' tekniği katılımcılara anlatmıştır. Daha sonra ortaya yan yana 3 sandalye konulup ve her katılımcının beş yıl önceki geçmişi, şimdiyi ve gelecekte neler olabileceğini canlandırması istenmiştir. Bütün üyeler uygulamaya katıldıktan sonra araştırmacı paylaşımları alıp olumluları göstermeye çalışmıştır. Akabinde katılımcılara övgülerde bulunulmuştur. Katılımcıların geçmiş, şimdi ve geleceği görmeleri açısından 'üç sandalye' tekniğinden yararlanılmıştır.

Araştırmacı tarafından katılımcıların her birisine bir önceki oturumdaki durumları ile şimdiki durumlarını 0-10 arasında değişen aralıkta değerlendirebilmeleri için “Derecelendirme Skalası” tekniğine dayalı formu dağıtılmış ve form katılımcılar tarafından doldurulduktan sonra sonuçlar paylaşılmıştır. Derecelerin artması için yapılabilecekler üzerine tartışıldıktan sonra gelecek oturumun gün ve saati üyelere hatırlatılarak grup oturumu sonlandırılmıştır.

6. OTURUM

Oturumun Amaçları:

- Gelecekteki olumlu durumlara ulaşmanın önündeki engelleri fark etme
- Sorunlar karşısında çözüm yollarını pekiştirme/ yeni alternatifler geliştirme
- Gelecekteki olası olumsuz durumlarının önüne geçme
- Değerlendirme yapmak
- Ev ödevi vermek
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Yazı tahtası ve tahta kalem
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Ölçeklendirme Soruları Tekniği
- Övgü Tekniği
- Kâbus Soru
- Yaz, Oku ve Yak

Süre

- 93 dakika

Müdahale VI. Kâbus Soruları

6. müdahale hastanenin eğitim salonunda önceki müdahalelerdeki oturum düzeni alınarak 21 Mart Perşembe günü saat 14.00’ te başlamıştır. Katılımcılar ile geçen müdahaleden itibaren hayatlarında olan durumlar üzerine yapılan sohbetin ardından katılımcıların bir önceki oturumdaki durumları ile şimdiki durumlarını 0-10 değişen aralıkta değerlendirebilmeleri için “Derecelendirme Skalası” formu dağıtılmıştır. Bu sayede katılımcıların kendisindeki gelişimi fark etmesi ve 1 puan daha yükselebilmesi için hedef oluşturma amaçlanmıştır. Daha sonra araştırmacı, bir önceki müdahale sürecinde verdiği ödevlerin etkililiğini değerlendirmek için ödevle yönelik sorular sormuş ve paylaşımda bulunan katılımcılara övgüde bulunmuştur.

Araştırmacı 6. müdahalenin amacını açıkladıktan sonra katılımcılara “Bu gece uyuduğunuz sırada bir kâbus gördüğünüzü farz edin. Bu kâbusta yaşadığınız problemler daha da kötüleşiyor. Bu bir kâbus olmalı. Ancak bu kâbus gerçekleşiyor. Yarın sabah kâbusla ilgili dikkatinizi çeken konu ne olur?” diye sorup düşünceleri için 5 dk süre vermiştir. Paylaşımında bulunmak isteyen katılımcılar kâbuslarını anlatmışlardır. Akabinde “Bu gece böyle bir kâbus görmemeniz için kim ne yapmalı?” diye sorulmuştur. Katılımcılar kendi kâbuslarının yaşanmaması için neler yapabileceklerini paylaşmış ve araştırmacı her katılımcıya ayrı ayrı övgüde bulunmuştur. Araştırmacı bu sayede katılımcıların kâbuslarının gerçekleşmemesi için çözüm yollarını fark etme, alternatif çözüm yolları bulma ve olumlu davranışları pekiştirmelerini amaçlamıştır.

Araştırmacı tarafından “Yaz, Oku ve Yak” tekniğinden hareketle katılımcılara ev ödevi olarak bir sonraki oturuma kadar istediği bir günde problemi ile ilgili olarak bir şeyler yazması, ertesi gün ise önce yazdıklarını okuması ve hemen sonrasında bu notları yakması istenmiştir. Bir sonraki oturumun tarih ve saati hatırlatılarak müdahale sonlandırılmıştır.

7. OTURUM

Oturumun Amaçları:

- Sorunu çözmek için hayatta bir şeylerin değişmesi gerekliliği
- Değiştirebileceklerin belirlenmesi
- Gelecekteki hedeflere ulaşmak için değişim durumları oluşturma
- Değerlendirme yapmak
- Ev ödevi vermek
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Yazı tahtası ve tahta kalem
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Ölçeklendirme Soruları Tekniği
- Övgü Tekniği

Süre

- 106 dakika

Müdahale VII. Farklı Bir Şey Yapma

7. müdahale hastanenin eğitim salonunda önceki müdahalelerdeki oturum düzeni alınarak 28 Mart Perşembe günü saat 14.00’ te başlamıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılara nasıl oldukları ve geçen oturumdan itibaren neler yaşandıkları sorulmuş, akabinde geçen oturumda verilen ödev ve etkileri değerlendirilmiştir.

Oturumun amaçları açıklanarak katılımcıların sorunlarının davranış değişikliği ile çözümlenebilir olup olmadığını düşünmeleri istenmiştir. Çözüm odaklı terapinin ana prensiplerinden biri olan ‘işe yaramıyorsa farklı bir şey yap’ felsefesiyle davranış değişikliği ile sorunun çözümlenebileceği vurgulanmıştır. Katılımcıların kendilerindeki değişimleri fark edebilmeleri ve değişim konusunda cesaretlenmeleri için “Derecelendirme Skalası” tekniğine dayalı form tekrar uygulanmıştır. Bugünkü müdahale sürecine kadar yaşanan olumlu değişimlerin fark edilmesi sağlanarak katılımcıların mevcut sorunlarının da farklı bir şey yaparak çözümlenebileceğinin anlaşılması amaçlanmıştır. Akabinde tüm katılımcılara ayrı ayrı övgüde bulunularak oturum sonlandırılmıştır.

8. OTURUM

Oturumun Amaçları:

- Müdahale süreci ile ilgili duygu ve düşüncelerin paylaşılması.
- Katılımcıların müdahale süreci kazanımlarıyla ilgili geribildirim vermeleri
- Müdahaleden elde edinilen kazanımları değerlendirme ve kazanılan becerileri diğer alanlara transfer edebilme
- Öğrendiklerini gelecekte kullanabilme
- Son testlerin uygulanması
- Oturumu sonlandırmak

Kullanılan Araçlar:

- Yazı tahtası ve tahta kalem
- Kâğıt ve kalem

Kullanılan Teknikler:

- Övgü Tekniği

Süre

- 125 dakika

Müdahale VIII. Genel Değerlendirme ve Sonlandırma

Müdahalenin son oturumu olan 8. oturum da önceki oturumlarda olduğu gibi hastanenin eğitim salonunda 4 Nisan Perşembe günü saat 14:00’ te başlamıştır.

Katılımcıların müdahale başında belirledikleri amaçlara ulaşip ulaşamadıklarını değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından katılımcılara şimdiki durumlarını 0-10 arasında değişen aralıkta puanlamaları için “Derecelendirme Skalası” tekniğine dayalı soru kâğıdı verilip, doldurmaları istenmiştir. Akabinde katılımcıların müdahalenin ilk oturumundaki ölçek puanları ve bu oturumdaki ölçek puanlarını karşılaştırmaları ve kendi gelişimlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırmacı katılımcılarla, gelişmelerin neler olduğu hakkında konuşmuş, değişimlere övgüde bulunarak katılımcıları olumluya yönlendirmek amacıyla çözüm odaklı terapi yaklaşımının birincil prensibi olan ana problemten uzaklaşıp çözümlere odaklanmanın önemini tekrar hatırlatmıştır.

Araştırmacı müdahale sürecini özetleyerek katılımcılardan süreçle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmalarını istemiş, birlikte detaylı bir değerlendirme yapmışlardır. Daha sonra son testler uygulanmıştır.

Araştırmacı müdahale sürecine büyük bir özveriyle katılım gösterdikleri için her katılımcıya ayrı ayrı teşekkür etmiş ve bundan sonraki süreçte istedikleri takdirde kendisiyle iletişime geçebileceklerini söyleyerek vedalaşmıştır.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ

2.5.1. Genel Tarama Aşamasına İlişkin Verilerin Analizi

Araştırmanın birinci aşaması olan genel tarama aşamasına ait verilerin işlenmesi ve analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 istatistik programı aracılığıyla yapılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermesi ve değişkenlerin bağımsız olması nedeniyle karşılaştırmalarda parametrik testlerden T-Testi ve ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Ölçeklere İlişkin Verdiği Yanıtlara İlişkin Güvenirlilik Analizi Sonuçları

Ölçekler	n	Cronbach Alpha
DAEÖ	14	0,912
Okul	4	0,799
İş	3	0,831
Maddi Durum	3	0,858
İyilik Hali	4	0,826
HİÖA-A/B	11	0,881
AAP	5	0,873

Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ), Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu (HİÖA-A/B) ve Aile APGAR Ölçeğinin (AAP) iç tutarlılık katsayılarının hesabı yapılmıştır. Yapılmış olan analiz neticesinde Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,912, Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu Cronbach's Alpha değeri 0,881 ve Aile APGAR Ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,873 olarak tespit edilmiştir.

2.5.2. Deneysel Çalışmaya İlişkin Nicel Verilerin Analizi

Araştırmanın ikinci aşaması olan deneysel aşamada katılımcı kaybı olmuştur. Deney grubunda bulunan iki üye yapılan 8 grup oturumuna (kapalı grup) iki veya daha fazla kez katılmadıkları için devamsız sayılmış olup verileri analizlere dâhil edilmemiştir. Araştırma sonucunda 8 katılımcıdan elde edilen verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) paket programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı kategorik verilerde sayı ve yüzde, nicel verilerde ise ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Örneklem sayısının 8 ($n < 30$) olmasından dolayı merkezi limit teoremine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında nonparametrik yöntemlerin kullanılmasına karar verilmiştir. İki bağımsız grup ortancalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, iki bağımlı grup ortancalarının karşılaştırılması için Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, ikiden fazla grup ortancalarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Kayıp veri olmadığı saptanmıştır. Aşağıdaki tabloda katılımcıların ölçeklere ve alt boyutlara verdiği cevaplara ilişkin güvenirlik analizi sonucunda elde edilen Cronbach Alpha değerleri verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Ölçeklere İlişkin Verdiği Yanıtlara İlişkin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	n	Cronbach Alpha
HİÖA-A/B (ön test)	11	0,719
HİÖA-A/B (son test)	11	0,419
DAEÖ (ön test)	14	0,785
DAEÖ (son test)	14	0,737
AAP (ön test)	5	0,815
AAP (son test)	5	0,734

Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu (HİÖA-A/B) ön test Cronbach Alpha değerinin 0.719, son test için Cronbach Alpha değerinin ise 0.419 olduğu, Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ön test için Cronbach Alpha değerinin 0.785, son test için Cronbach Alpha değerinin 0.737, Aile APGAR Ölçeği (AAP) ön

test için Cronbach Alpha değerinin 0.815, son test için Cronbach Alpha değerinin 0.734 olduğu bulunmuştur.

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değil,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir,

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir

bir ölçek olduğu göz önüne alındığında; Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu (HİÖA-A/B) son test puanı için Cronbach Alpha değerinin düşük çıkmasının sebebinin örneklem sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

2.5.3. Deneysel Çalışmaya İlişkin Nitel Verilerin Analizi

Grup çalışması oturumlarında ve akabinde ebeveynlere uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen nitel veriler MAXQDA 24 programı kullanılarak çözümlenmiştir. Grup çalışmalarında yapılan ses kayıtları (903 dakika) ve grup çalışması sonrasında katılımcılara uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formu verileri araştırmacı tarafından deşifre edilerek programa aktarılmıştır. Veri seti okunarak kodlamalar yapılmıştır.

Bu aşamada nitel veri analiz teknikleri arasında sıklıkla kullanılan tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Tematik analiz tekniği, nitel verilerdeki anlam kalıplarını (temalar) tanımlamak, analiz etmek ve yorumlamak için kullanılan bir yöntemdir. Bu teknikte, bir veri setinde tekrar eden fikirleri (temalar) aramak esastır. Teknik, teorik olarak bilgilendirilmiş ve sınırlandırılmış bir araştırma çerçevesi yerine, teorik taahhütlerle sınırlandırılmamış bir araç veya teknik sunmaktadır (Clarke ve Braun, 2017).

Ebeveynlerin kişisel bilgilerinin gizliliğinin korunması amacıyla araştırmada çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi katılımcıları K1, K2, K3...K8 şeklinde kodlanmıştır. Yalnızca K8 baba iken, diğer katılımcılar annelerden oluşmaktadır. Nitel veri çözümlemesi bulgularında katılımcıların uygulama sürecinde nicel verileri desteklediği düşünülen kısımlara yer verilmiştir. Nitel verilerde uygulama sürecinde ebeveynlerle yapılan grup çalışmasındaki söylemleri ve grup çalışması sonrasında yarı yapılandırılmış görüşme formuna

verdikleri yanıtlarla birlikte araştırmacının gözlemleri, yorumları, çıkarımları aktarılmıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde genel tarama ve grup çalışmasından elde edilen bulgular ve bulguların yorumlarına yer verilmiştir. İki aşamadan oluşan araştırmanın bulguları genel tarama bulguları ve deneysel çalışmaya ilişkin bulgular başlıkları adı altında ayrı bir şekilde ele alınmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN GENEL TARAMA BULGULARI

Araştırmanın genel tarama bulguları kısmında öncelikle tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri ele alınmıştır. Bunun ardından tip 1 diyabetli çocukların sosyodemografik bilgilerine ilişkin verilere yer verilmiştir. Daha sonra çocukların tedavi süreçlerine ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Akabinde de sırasıyla ebeveynlerin bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunlara, diyabet yönetimi sürecinde destek alma durumlarına ve diyabetten psikososyal olarak etkilenme durumlarına ilişkin veriler ele alınmıştır. Son olarak katılımcıların ölçek ve alt boyut puan ortalamalarına yer verilmiştir.

3.1.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan ebeveynlerin cinsiyet durumuna ilişkin elde edilen bulgulara Tablo 4'te yer verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	316	83,8
Erkek	61	16,2
Toplam	377	100,0

Araştırmaya katılan 377 ebeveynin 316'sını kadınlar (%83,8), 61'ini erkekler (16,2) oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kadın olması

dolayısıyla tip 1 diyabetli çocuğa bakım veren ebeveynlerin çoğunlukla anneler olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş durumlar ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 5’te yer verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Yaş Durumlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı(n)	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	SS
	377	25	60	39.58	5.82

Araştırmaya katılan 377 ebeveynin yaşları 25 ile 60 yaş arasında değişmekte olup ortalama yaş 39.58 ± 5.82 ’dir. Katılımcıların ortalama yaşını referans alarak katılımcıların büyük çoğunluğunun yaşamlarının yetişkinlik döneminde bulundukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin medeni durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 6’da yer verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	355	94,2
Boşanmış	14	3,7
Eşi ölmüş	4	1,1
Bekar	4	1,1
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %94,2’ si evli, %5,8’ u bekârdır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin eğitim durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 7’de yer verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlköğretim ve altı	135	35,8
Lise	138	36,6
Üniversite ve üstü	104	27,6
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %27,6'sının üniversite mezunu olduğu, %36,6' sının lise mezunu olduğu, %35,8'inin ilköğretim ve altında eğitim aldıkları görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın olması göz önünde bulundurulduğunda ebeveynlerin %72,4'ünün üniversite eğitimi almadığının görülmesi ülkemizde kadınların lisans ve/veya lisansüstü eğitim alma oranının düşüklüğüne işaret etmektedir. TÜİK'in verilerine bakıldığında 2022 yılında yükseköğretim mezunu olan 25 ve daha yukarı yaştaki kadınların oranının %23,9 olduğu ve verilerin araştırmamızda çıkan sonuca benzer olduğu görülmektedir (TÜİK, 2022).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaşadıkları yer ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 8'de yer verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Yaşadıkları Yere Göre Dağılımı

Yaşanılan Yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Şehir	228	60,5
Büyükşehir	80	21,2
Köy	40	10,6
Kasaba	29	7,7
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %81,7'sinin şehir ve büyükşehirlerde, %18,3'ünün köy ve kasabalarda yaşadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun şehirlerde yaşadığı görülmektedir. Küreselleşme, kentte kırsala göre

yeni ve çeşitli iş kolları, tarımla uğraşan kesimin gelir dağılımından az pay alması, doğal afetler, sosyal ve çevresel faktörler gibi nedenlerle ülkemizde kırdan kente göç eden insan nüfusunun artması dolayısıyla katılımcıların büyük çoğunluğunun şehirlerde yaşadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaşadıkları bölge ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 9’da yer verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Yaşadıkları Bölgelere Göre Dağılımı

Yaşanılan Bölge	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ege	123	32,6
Karadeniz	118	31,3
Marmara	115	30,5
İç Anadolu	8	2,1
Akdeniz	5	1,3
Doğu Anadolu	5	1,3
Güneydoğu Anadolu	3	0,8
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %32,6’sının Ege bölgesinde, %31,3’ünün Karadeniz bölgesinde, %30,5’inin Marmara bölgesinde, %5,6’sının ise diğer bölgelerde yaşadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun Marmara, Ege ve Karadeniz bölgelerinde yaşadığı görülmektedir. Rastgele seçilen örnekleme Güneydoğu Anadolu, Doğu ve İç Anadolu bölgelerinde yaşayan ailelere ulaşma noktasında yaşanan zorluklar nedeniyle bu bölgelerde yaşayan tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin araştırmaya katılımının az olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çalışma durumu ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 10’da yer verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışmıyor	252	66,8
Çalışıyor	125	33,2
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %33,2'sinin çalıştığı, %66,8'inin çalışmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %83,8'inin kadınlardan oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda tip 1 diyabetli çocuğa bakım veren annelerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı ortaya çıkmıştır. TÜİK' in verilerine bakıldığında da 2021 yılında 15-64 yaş arası kadın nüfus içinde kadın istihdamı oranının %28,0 olduğu görülmektedir ki bu oran araştırmada çıkan bulgulara paralel bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (TÜİK, 2021).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin eşlerinin çalışma durumu ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 11'de yer verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Eş Çalışma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışıyor	276	73,2
Çalışmıyor	79	21,0
Eşi yok	22	5,8
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %73,2'sinin eşinin çalıştığı, %21'inin eşinin çalışmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğunun kadın olması göz önünde bulundurulduğunda ailenin maddi geçim yükünü erkeklerin üstlendiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyal güvence durumu ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 12'de yer verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	324	85,9
Yok	53	14,1
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %85,9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %14,1'inin sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %66,8'inin çalışmadığı göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin eşleri ya da anneleri/babaları tarafından sağlandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hanelerine giren aylık ortalama gelir miktarlarını değerlendirme durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 13'te yer verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

Gelir Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelir gidere denk	199	52,8
Gelir giderden az	137	36,3
Gelir giderden fazla	41	10,9
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %52,8'inin gelirleri ile giderlerinin denk olduğu, %36,3'ünün gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %10,9'unun gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu görülmektedir. Katılımcıların yalnızca %10,9'unun gelirlerinin giderlerinden fazla olması katılımcıların büyük çoğunun sosyoekonomik refah seviyesinin düşük olduğunu göstermektedir. Katılımcıların %36,3'lük bir kısmının gelirlerinin giderlerinden az olması dolayısıyla katılımcıların 3'te birinden fazlasının geçim sıkıntısı yaşadığı düşünülmektedir. Bakım veren ebeveynlerin yalnızca 10'da birinin gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, yarısından biraz fazlasının giderlerini

karşılacak kadar gelire sahip olduğu, üçte birinden biraz fazlasının ise gelir-gider dengesini sağlayamaları görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tip 1 diyabetli çocuklarına ilişkin bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

3.1.2. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuklarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde tip 1 diyabetli çocukların sosyodemografik bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuklarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	201	53,3
Kız	176	46,7
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %53,3'ünün erkek çocuğu, %46,7'sinin kız çocuğu olduğu görülmektedir. Araştırmaya dolaylı olarak katılan tip 1 diyabetli çocuklar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde dağılımın neredeyse eşit olduğu görülmektedir. Tip 1 diyabetin hem erkek hem de kız çocuklarının ortak olarak karşılaştıkları hastalıklardan biri olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının yaş durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 15'te yer verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı(n)	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	SS
	377	5	18 yaş	11.97	3.88

Katılımcıların çocuklarının yaşları 5 ile 18 yaş arasında değişmekte olup ortalama yaş 11.97±3.88'dir. Katılımcıların çocuklarının ortalama yaşını referans

olarak tip 1 diyabetli çocukların büyük çoğunluğunun yaşamlarının ikinci çocukluk döneminde bulundukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 16’da yer verilmiştir.

Tablo 16. Tip 1 Diyabetli Çocukların Başka Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Başka Bir Hastalığa Sahip Olma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Başka bir kronik hastalık yok	329	87,3
Başka bir kronik hastalık daha var	48	12,7
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %87,3’ünün tip 1 diyabeti olan çocuğunun başka kronik bir hastalığının olmadığı, %12,7’sinin çocuğunun tip 1 diyabet dışında farklı bir kronik hastalığının olduğu görülmektedir. Katılımcılarının büyük çoğunluğunun çocuğunda kronik hastalık olarak yalnızca tip 1 diyabet hastalığı olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının hastalığa sahip olma süreleri ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 17’de yer verilmiştir.

Tablo 17. Tip 1 Diyabetli Çocukların Hastalığa Sahip Olma Sürelerine Göre Dağılımı

Süre	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-1 yıl	54	14,3
1-3 yıl	104	27,6
3-5 yıl	72	19,1
5-7 yıl	56	14,9
7-10 yıl	56	14,9
10 yıldan fazla	35	9,3
Toplam	377	100,0

Katılımcıların çocuklarının tip 1 diyabetli olma süreleri incelendiğinde çocukların %27,6'sının 1-3 yıl arasında, %19,1'inin 3-5 yıl arasında, %14,9'unun 5-7 ve 7-10 yıl, %14,3'ünün 0-1 yıl arasında, %9,3'ünün çocuğunun ise 10 yıldan fazladır tip 1 diyabetli olduğu görülmektedir. Çocukların tip 1 diyabetli olma sürelerine bakıldığında hastalık tanısı alma süresinin yıl bazındaki dağılımının dengeli olduğu görülmektedir.

Aşağıda araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının tedavi sürecine ilişkin elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1.3. Çocuğun Tedavi Sürecine İlişkin Bulgular

Aşağıda araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının tedavi sürecine ilişkin elde edilen bulgulara ait tablolara yer verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların Çocuğu Tedavi/Takip İçin Hastaneye Götürme Sıklık Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğu Hastaneye Götürme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ayda 1	18	4,8
Üç ayda 1	298	79,0
Altı ayda 1	42	11,1
Yılda 1	13	3,4
Rasgele	6	1,6
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %79'unun üç ayda bir, %11,1'inin altı ayda bir, %4,8'inin ayda bir, %3,4'ünün yılda bir, %1,6'sının ise rasgele tip 1 diyabetli çocuğunu tedavi/takip için hastaneye götürdüğü görülmektedir. Katılımcıların neredeyse 5'te dördünün çocuğunu üç ayda 1 hastaneye götürdüğü görülmektedir. Tip 1 diyabet tedavisinde diyabetlinin 1-3 ay aralıklarla izlemi yapılması, üç ayda bir HbA1c değerlerine bakılması ve hipoglisemi atakları izlenmesi gerekmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2019). Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun diyabetin kontrol takvimine uyduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının koma halinde (diyabetik ketoasidoz tablosuyla) hastaneye götürme sıklık durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 19’da yer verilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Çocuğu Koma Halinde (Diyabetik Ketoasidoz Tablosuyla) Hastaneye Götürme Sıklık Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğu Koma Halinde Hastaneye Götürme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	253	67,1
1-2 kez	106	28,1
3-4 kez	12	3,2
5 ve daha fazla	6	1,6
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %67,1’inin tip 1 diyabeti olan çocuğunu diyabetik ketoasidoz tablosuyla (koma halinde) hastaneye götürmediği görülürken %32,9’unun çocuğunu koma halinde en az 1-2 kez hastaneye götürdüğü görülmektedir. Diyabetik ketoasidoz tablosuyla çocuğu hastaneye götürmenin ciddiyeti göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların neredeyse 3’te birinin tip 1 diyabet tedavisine uyum sağlayamadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının uygulanan tedaviye (insülin, diyet vs.) uyum durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 20’de yer verilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Çocuğa Uygulanan Tedaviye (İnsülin, Diyet vs.) Uyum Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğun Tedaviye Uyum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Uyum sağlıyor	231	61,3
Kısmen uyum sağlıyor	138	36,6
Uyum sağlamıyor	8	2,1
Toplam	377	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %61,3'ünün tip 1 diyabeti olan çocuğu tedaviye uyum sağlarken %38,7'sinin çocuğunun tedaviye kısmen uyum sağladığı ya da uyum sağlayamadığı görülmektedir. Katılımcıların 3'te birinden çoğunun çocuğunun diyabet tedavisine uyum sağlayamadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarına diyet ya da özel beslenme programı uygulama durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 21'de yer verilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuğa Yönelik Diyet ya da Özel Beslenme Programı Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğa Özel Diyet/Beslenme Programı Uygulama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kısmen uyguluyor	190	50,4
Uyguluyor	138	36,6
Uygulamıyor	49	13,0
Toplam	377	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %36,6'sının tip 1 diyabeti olan çocuğuna diyet ya da özel beslenme programı uyguladığı, yarısının (%50,4) kısmen uyguladığı görülmektedir. Katılımcıların %13'ünün ise herhangi bir diyet ya da özel beslenme programı uygulamadığı görülmektedir. Tip 1 diyabetli çocuğun sağlıklı ve dengeli beslenmesi ve kan şekeri düzeylerini normal sınırlar (4-7 mmol/l) içinde tutmasının diyabet yönetimindeki önemi göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların %63,4'ünün çocuğa yönelik herhangi bir diyet ya da özel beslenme programını yeterli düzeyde uygulayamamasının çocuğun diyabet yönetimini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğun bakımı ile ilgili gerekli rolleri uygulama durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 22'de yer verilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Çocuğun Bakımı ile İlgili Gerekli Roller (Kan Şekeri Ölçümü, Tıbbi Kontrolleri İçin Hastaneye Götürme, Kan Şekeri Düzeyini Takip Ederek İnsülin Dozunu Ayarlama ve Beslenme Düzeni vb.) Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğunun Bakımı ile İlgili Gerekli Roller Uygulama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her zaman	209	55,4
Çoğu zaman	129	34,2
Bazen	38	10,1
Hiçbir zaman	1	0,3
Toplam	377	100,0

Araştırmaya katılan 377 katılımcının büyük çoğunluğunu oluşturan 338 kişinin (%89,6) tip 1 diyabeti olan çocuğunun bakımı ile ilgili gerekli rolleri (kan şekeri ölçümü, tıbbi kontrolleri için hastaneye götürme, kan şekeri düzeyini takip ederek insülin dozunu ayarlama ve beslenme düzeni gibi) yeterince uygulayabildiği, 38 kişinin (%10,1) bazen uygulayabildiği, 1 kişinin ise hiçbir zaman uygulayamadığı görülmektedir.

Aşağıda araştırmaya katılan ebeveynlerin bakım verme sürecine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

3.1.4. Katılımcıların Bakım Verme Sürecine İlişkin Bulgular

Ebeveynlerin tip 1 diyabetli çocuklarına bakım verme sürecine ilişkin elde edilen bulgulara bu başlık altında yer verilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Tip 1 Diyabet Hastalığı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalık Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sahip	328	87,0
Sahip değil	49	13,0
Toplam	377	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %87'sinin tip 1 diyabet hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündükleri, %13'ünün ise hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmedikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tip 1 diyabetli çocuğa bakım verme konusunda kendilerine güvenme durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 24'te yer verilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocuğa Bakım Verme Konusunda Kendilerine Güvenme Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğuna Bakım Verme Konusunda Kendine Olan Güven	Sayı (n)	Yüzde (%)
Güveniyor	268	71,1
Kısmen güveniyor	101	26,8
Güvenmiyor	8	2,1
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %71,1'i tip 1 diyabeti olan çocuğuna bakım verme konusunda kendisine yeterince güvendiğini, %28,9'uysa bakım verme konusunda kendisine kısmen güvendiğini ya da güvenmediğini ifade etmiştir. Bakım verme yükünün

ağırlıklı olarak kadınlarda olduğu göz önünde bulundurulduğunda annelerin büyük birçoğunun (%71,1) bakım verme konusunda kendilerine yeterince güvendiği ortaya çıkmıştır. Katılımcıların %26,8'inin bakım verme konusunda kendilerinde birtakım eksiklikler görmesine rağmen kısmen de olsa kendilerine güvendikleri, %2,1'inin ise kendilerine yeterince güvenmediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tip 1 diyabet hastalığının ek ekonomik güçlük getirme durumunu değerlendirme durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 25'te yer verilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların Tip 1 Diyabet Hastalığının Ek Ekonomik Güçlük Getirme Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalığın Getirdiği Ek		
Ekonomik Güçlük Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ek ekonomik güçlük getiriyor	313	83,0
Ek ekonomik güçlük getirmiyor	64	17,0
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %83'ü tip 1 diyabet hastalığının aileye ek ekonomik güçlükler getirdiğini, %17'si ek ekonomik güçlükler getirmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83) hastalığın ek ekonomik güçlükler getirdiğini ifade etmesi nedeniyle tip 1 diyabet hastalığının maliyeti yüksek bir hastalık olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmasının varsa diğer çocuk/çocuklarıyla ilgilenmelerini etkileme durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 26'da yer verilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Olmasının Diğer Çocuk/Çocuklarıyla İlgilenmelerini Etkileme Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalığın Diğer Çocuklarla İlgilenme Durumuna Etkileme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Etkilemiyor	218	57,8
Etkiliyor	104	27,6
Başka çocuk yok	55	14,6
Toplam	377	100,0

Araştırmada tip 1 diyabetin ebeveynin diğer çocukları ile ilgilenmesini etkileme durumu incelendiğinde birden fazla çocuğu olan 322 ebeveynin 104'ünde (27,6) hastalığın diğer çocuğa/çocuklara bakımı etkilediği, 218'inde (57,8) ise hastalığın diğer çocuğa/çocuklara bakımı etkilemediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tip 1 diyabeti olan çocuklarının sağlık durumları hakkında yaşadıkları stresin öncelikli nedenleri ile ilgili elde edilen bulgulara tablo 27'de yer verilmiştir.

3.1.5. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocuklarının Sağlık Durumları Hakkında Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 27. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocukların Sağlık Durumları Hakkında Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı

Tip 1 Diyabeti Olan Çocukların Sağlık Durumları Hakkında Yaşanan Stresin Öncelikli Nedenleri (n=377) *	Sayı	Yüzde (%)
Tip 1 Diyabeti Olan Çocukta Hastalığın Kalıcı Olmasından Korku Duyma	296	78,5
Tip 1 Diyabeti Olan Çocuğumun Geleceği ile İlgili Kaygıların Bulunması	278	73,7
Tedavi, İlaç, Yol vb. Masrafların Ekonomik Yükü	187	49,6
Tip 1 Diyabeti Olan Çocuğumla İstediğim Düzeyde İletişim Kuramamam	86	22,8
Tip 1 Diyabet Hakkındaki Bilgisizlik	66	17,5
Eşimle/Partnerimle İstenilen Düzeyde İletişim Kurulamaması	60	15,9
Hastanenin Yapısı ve Hastane İçi Sistemin Ebeveynleri Yorması	41	10,9
Tıbbi Tedavi Ekibi ile İstenilen Düzeyde İletişim Kuramama	21	5,6
Tıbbi Tedavi Ekibine Güven Duymama	13	3,4
Tıbbi Tedavi Yöntemlerine Güven Duymamam	10	2,7

* Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %78,5'i (296) tip 1 diyabetli olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini diyabetli çocuğunda diyabetin kalıcı olmasından duyduğu korku ile açıklamıştır. Katılımcıların yaklaşık 5'te 4'ünün çocuğunun diyabetin kronik olması dolayısıyla stres yaşadığı göz önünde bulundurulduğunda çocukta ömür boyu süren bir hastalığa sahip olmanın çocuğun ebeveyni için başlıca stres kaynağı olduğu görülmektedir. Benzer bir şekilde Yıldırım'ın (2017) yaptığı çalışmada katılımcıların %84,3'ü (253 bakım veren anne) kronik hastalığı (astım) olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini astımlı çocuğunda hastalığın kalıcı olmasından duyduğu korku ile açıklamıştır. Katılımcıların %73,7'si tip 1 diyabeti olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini çocuğunun geleceği ile ilgili kaygılarının bulunması ile açıklamıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%73,7) çocuğunun geleceği ile ilgili kaygılarının bulunmasının, çocuğun sağlığı ile ilgili

öncelikli stres nedeni olduğu göz önünde bulundurulduğunda ebeveynlerin; tip 1 diyabet hastalığını çocuğun geleceğini olumsuz etkileyen bir hastalık olarak nitelendirdikleri ve bundan dolayı önemli ölçüde stres yaşadıkları söylenebilmektedir. Katılımcıların %49,6'sı yaşadıkları stresin öncelikli nedenini çocuğunun tip 1 diyabet hastalığı dolayısıyla tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yükü ile açıklamıştır. Katılımcıların neredeyse yarısı (%49,6) için tip 1 diyabet tedavisinin ekonomik yükünün öncelikli stres faktörü olması nedeniyle tip 1 diyabet hastalığının maliyetli bir hastalık olduğu söylenebilmektedir. Özetle tip 1 diyabetli çocuklarının sağlık durumları hakkından ebeveynleri strese sokan başlıca üç unsur; tip 1 diyabetin çocuklarında kalıcı olmasından dolayı duydukları korku, çocuğun geleceği ile ilgili kaygıların bulunması ve tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yüküdür. Söz konusu üç unsura tip 1 diyabetli çocuk ile istenilen düzeyde iletişim kuramama (22,8) da eklendiği zaman ebeveynlerin bakım verme sürecinde psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden sıkıntılar yaşadığı görülmektedir.

Katılımcıların %17,5'i tip 1 diyabetli olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini tip 1 diyabet hastalığı hakkındaki bilgi eksikliği ile açıklamıştır. Katılımcıların %17,5'inin hastalık hakkında bilgi eksikliği yaşaması göz önünde bulundurulduğunda tip 1 diyabetli çocuğu olan her ebeveynin hastalığın doğasını yeterince bilmediğini ve bunun çocuğun sağlığı ile ilgili stres yaşamalarına yol açtığını söylemek mümkündür. Enformal ve yarı profesyonel bilgi kaynağı olan 311(%82,5) ebeveynin tip 1 diyabetle ilgili herhangi bir eğitim ya da yeni bir bilgi türüne ihtiyacı olmadığını söylenebilir.

Ayrıca katılımcıların %15,9'u (60) tip 1 diyabetli olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini eşiyle/partneriyle istediği düzeyde iletişim kuramaması ve %10,9'u (41) çocuğunun tedavi gördüğü hastanenin yapısı ve hastane içi sistemin kendisini yorması ile açıklamıştır.

Katılımcılarının çok az bir kısmı (%5,6'sı ile 21 bakım veren ebeveyn) tip 1 diyabetli çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini tıbbi tedavi ekibi ile istediği düzeyde iletişim kuramaması ile açıklarken %3,4'ü (13 bakım veren ebeveyn) tıbbi tedavi ekibine güven duymaması, yalnızca %2,7'si (10 bakım veren ebeveyn) ise tıbbi tedavi yöntemlerine güven duymaması ile açıklamıştır.

Katılımcıların %17,5'i tip 1 diyabeti olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini hastalık hakkındaki bilgisizliği ile açıklarken %82,5'i yaşadığı stresin öncelikli nedeni olarak görmemektedir. Katılımcıların 5'te birinin tip 1 diyabet hastalığı hakkında bilgi eksikliği yaşaması göz önünde bulundurulduğunda tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin tip 1 diyabetin doğasını yeterince bilinmediği ve bundan dolayı stres yaşadıkları görülmektedir. Enformal ve yarı profesyonel bilgi kaynağı olan 311(%82,5) ebeveynin tip 1 diyabetle ilgili herhangi bir eğitim ya da yeni bir bilgi türüne ihtiyacı olmadığını ifade edebiliriz.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tip 1 diyabetten psikososyal olarak etkilenme durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 28'de yer verilmiştir.

3.1.6. Katılımcıların Hastalıktan Psikososyal Olarak Etkilenme Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 28. Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Olmanın Katılımcıları Psikososyal Olarak Olumsuz Etkileme Durumlarına İlişkin Bulgular

Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Olmanın		
Ebeveynleri Olumsuz Etkileme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Duygusal Dünyayı	235	62,3
Sosyal Aktivitelere Katılmayı	121	32,1
Olumsuz Etkilenilen Bir Durum Yok	106	28,1
Aile İlişkileri	82	21,8
Eş/Partner İlişkileri	59	15,6
Yakın Çevre ile İlişkileri	55	14,6
Kişisel Bakımı	51	13,5
Arkadaş İlişkileri	45	11,9

* Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%62,3 ile 235 ebeveyn) çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının duygusal dünyasını olumsuz bir şekilde etkilediğini ifade etmektedir. Katılımcıların 5'te üçünden fazlasının (%62,3), çocuğunun tip 1 diyabetli olması nedeniyle duygusal dünyasının olumsuz etkilendiği göz önünde

bulundurulduğunda çocuğunun tip 1 diyabet hastası olması ebeveynlerde stres, mutsuzluk ve kaygı yaratmaktadır. Katılımcıların %32,1'i çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının sosyal aktivitelere katılmasını olumsuz bir şekilde etkilediğini ifade etmektedir. Katılımcıların neredeyse 3'te birinin çocuğunun diyabetinin sosyal aktivitelere katılmasını olumsuz etkileyen bir durum olması göz önünde bulundurulduğunda tip 1 diyabetin bakım verme yükünün ağır ve bakım veren kişiyi sosyal yaşamda kısıtlayan bir hastalık olduğu görülmektedir. Katılımcıların %28,1'i çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının aile, eş/partner, arkadaş ve yakın çevre ile ilişkileri, sosyal aktivitelere katılmayı, kişisel bakımı ya da duygusal dünyayı olumsuz bir şekilde etkilemediğini ifade etmektedir. Katılımcıların %71,9'unun ise çocuğunun tip 1 diyabetli olması nedeniyle yukarıda sayılan faktörlerden en az birinden/birden fazlasından olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Katılımcıların %21,8'i çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının aile ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Tip 1 diyabet hastalığının katılımcıların 5'te birinden fazlasının aile ilişkilerini olumsuz etkilediği göz önünde bulundurulduğunda hastalığın yalnızca diyabetli çocuğu değil çocuğun aile üyelerini ve sistemini de etkileyen çok boyutlu bir hastalık olduğu görülmektedir.

Ayrıca katılımcıların sırasıyla %15,6'sı çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının eş/partner ilişkilerini, %14,6'sı yakın çevresi ile ilişkilerini, %13,5'i kişisel bakımını, %11,9'u arkadaş ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Katılımcıların neredeyse 4'te üçü çocuğunun tip 1 diyabetli olması nedeniyle bireysel, aile ve sosyal ilişkilerinde birtakım sorunlar yaşamaktadır.

Aşağıda araştırmaya katılan ebeveynlerin hastalık yönetimi sürecinde destek alma durumu ile ilgili elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1.7. Katılımcıların Hastalık Yönetimi Sürecinde Destek Alma Durumlarına İlişkin Bulgular

Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalık yönetimi sürecinde destek alma durumları ile ilgili bilgilere bu başlık altında yer verilmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların Ailelerinde Kendileri Dışında Çocuğun Bakımı ile İlgilenen Birinin Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Çocuğun Bakımı ile İlgilenen Başka Birinin Olma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	228	60,5
Var	149	39,5
Toplam	377	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %39,5’inde ailesinde kendisi dışında tip 1 diyabeti olan çocuğun bakımı ile ilgilenen başka birinin olduğu görülürken %60,5’inin ailesinde kendisi dışında çocuğun bakımı ile ilgilenen başka birinin olmadığı görülmektedir. Katılımcıların %83,8’inin kadın olduğu göz önünde bulundurulduğunda ailedeki erkeklerin(babaların) tip 1 diyabeti olan çocuğa bakım verme konusunda annelere destek vermediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tip 1 diyabetli çocuğun hastalığı ile ilgili en çok kimden destek gördüklerine ilişkin elde edilen bulgulara Tablo 30’da yer verilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların Çocuğun Hastalığı ile İlgili Desteği En Çok Kimden Gördüklerine Göre Dağılımı

En Çok Destek Görülen Kişi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eş/partner	261	69,2
Sağlık ekibi	81	21,5
Anne	16	4,2
Yakın akraba	11	2,9
Baba	6	1,6
Arkadaş	2	0,5
Toplam	377	100,0

Katılımcıların çocuğunun hastalığı ile ilgili en çok desteği kimden gördükleri incelendiğinde %69,2'sinin eşinden/partnerinden, %21,5'inin sağlık ekibinden, %5,8'inin anne-babasından, %2,9'unun yakın akrabalarından, ,5'inin ise arkadaşlarından destek gördüğü görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hastalık yönetim sürecinde profesyonel bir meslek elemanında destek alma durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 31'de yer verilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların Hastalık Yönetim Sürecinde Profesyonel Bir Meslek Elemanından (Psikolog, Sosyal Çalışmacı, Çocuk Gelişim Uzmanı vb.) Destek Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Meslek Elemanından Destek Alma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır	257	68,1
Evet	120	31,8
Toplam	377	100,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %31,8'inin çocuğunun hastalığı süresince profesyonel bir meslek elemanından (psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişim uzmanı vb.) destek aldığı, %68,1'inin ise herhangi bir destek almadığı görülmektedir.

Katılımcıların %68,1'inin psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişim uzmanı gibi profesyonel bir meslek elemanından destek almadıkları göz önünde bulundurulduğunda tip 1 diyabetli çocukların tedavisinde psikososyal destek hizmetlerinin ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında yeterli düzeyde verilemediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuğuna bakım verme sürecinde destek aldığı profesyonel meslek elemanı grupları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 32'de yer verilmiştir.

Tablo 32. Katılımcıların Bakım Verme Süreçleri Boyunca Destek Aldığı Profesyonel Meslek Elemanı Gruplarına Göre Dağılımları

Meslek Elemanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikolog	64	54,7
Sosyal Hizmet Uzmanı	44	37,6
Diyabet Hemşiresi	24	20,5
Psikiyatrist	20	17,0
Çocuk Gelişimci	19	16,2
Endokrin Doktoru	19	16,2
Diyetisyen	18	15,3

* Bu soruda birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Destek gören 120 katılımcıdan 3'ü hangi profesyonel meslek grubundan destek gördüğünü belirtmemiştir. Hangi meslek grubundan destek gördüğünü açıklayan 117 katılımcının destek aldığı en yoğun meslekler sırasıyla psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyabet hemşiresi, psikiyatrist, çocuk gelişimi uzmanı, endokrin doktoru ve diyetisyendir. Çocuğa tip 1 diyabet tanısı konulduğu andan itibaren bireylerin çocuk endokrinoloji uzmanı ve diyabet hemşiresi ile temas kurdukları göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların çoğunun çocuk endokrinoloji uzmanı ve diyabet hemşiresini belirtmediği düşünülmekte ve bundan dolayı bu iki meslek elemanının oranın düşük çıktığı tahmin edilmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin bakım verme süreci boyunca hangi sıklıkla psikolojik destek almayı düşünme durumları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 33’te yer verilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların Bakım Verme Süreci Boyunca Hangi Sıklıkla Psikolojik Destek Almayı Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Psikolojik Destek Almayı Düşünme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bazen	188	49,9
Hiçbir zaman	114	30,2
Çoğu zaman	52	13,8
Her zaman	23	6,1
Toplam	377	100,0

Katılımcıların %69,8’i bakım verme sürecinde psikolojik destek almayı düşündüğünü, %30,2’si bu süreçte hiçbir zaman psikolojik destek almayı düşünmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun (%69,8) tip 1 diyabetli çocuğuna bakım verme sürecinde psikolojik destek almayı düşünmesi nedeniyle tip 1 diyabetli çocuğa bakım veren ebeveynlerin bakım verme sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ölçek puanları ile ilgili elde edilen bulgulara Tablo 34’te yer verilmiştir.

3.1.8. Katılımcıların Ölçek Puanları

Tablo 34. Katılımcıların Psikososyal Özelliklerini Açıklayan Ölçekler ve Alt Ölçeklerden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları

Ölçek Adı	Sayı	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	SS
DAEÖ	377	0	100	29,85	20,87
Okul	377	0	100	25,90	20,98
İş	377	0	100	25,52	29,13
Maddi Durum	377	0	100	44,23	29,20
İyilik Hali	377	0	100	26,28	24,26
HİÖA-A/B	377	0	22	15,10	4,53
AAP	377	0	10	7,62	2,51

Ölçeklerin genellerinin ve alt ölçeklerinin ortalama ve standart sapmaları tabloda gösterilmiştir. Buna göre DAEÖ (Diyabetin Aileye Etkisi Ölçek) puanları 0 (sağlıklı) ile 3.00 (sağlıksız) arasında, HİÖA-A/B (Hastalığa İlişkin Öznel Algılar-Anne/Baba Formu) puanları 0 (sağlıklı) ile 2.00 (sağlıksız) arasında değişmektedir. İki ölçek için de ölçekten alınan toplam puan arttıkça, diyabetin aileye olumsuz etkisi artmaktadır. AAP (Aile APGAR Ölçeği) puanları ise 0 (sağlıksız) ile 2 (sağlıklı) arasında değişmektedir. AAP ölçeğinden alınan toplam puan arttıkça aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyi artmaktadır.

Tabloya göre katılımcıların DAEÖ genel puan ortalamaları $29,85 \pm 20,87$, “okul” alt boyutu puan ortalamaları $25,90 \pm 20,98$, “iş” alt boyutu puan ortalamaları $25,52 \pm 29,13$, “maddi durum” alt boyutu puan ortalamaları $44,23 \pm 29,20$ ve “iyilik hali” alt boyutu puan ortalamaları $26,28 \pm 24,26$ olarak saptanmıştır. Ölçek ve alt boyutlarından alınan puan arttıkça diyabetin aileye olumsuz etkisi artmaktadır. DAEÖ ve alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanın 100 olduğu göz önüne alındığında diyabetin aileye olumsuz etkisi düşük düzeydedir. “Maddi durum” alt boyutu ($44,23 \pm 29,20$) puan ortalamaları ölçek geneli ve diğer alt boyut puan ortalamalarından yüksektir ki bu da diyabetin aileleri en fazla ekonomik olarak olumsuz etkilediğini göstermektedir. HİÖA-A/B formu puan ortalamaları $15,10 \pm 4,53$ ’tür. HİÖA-A/B formundan alınabilecek en yüksek puanın 22 olduğu göz önüne alındığında katılımcılar tarafından hastalığın algılanan ağırlığı oldukça yüksektir. AAP Ölçeği

puanları ortalaması $7,62 \pm 2,51$ olarak saptanmıştır. AAP ölçeğinden alınan toplam puan artıkça aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet yükselmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 10 olduğu göz önüne alındığında katılımcıların aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyi yüksektir.



3.1.9. İki Bağımsız Değişken İçin T-Testleri ve İkidenden Fazla Bağımsız Değişken İçin ANOVA Testleri

Tablo 35. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerinin Karşılaştırılması

Faktör	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	SS	p
Tip 1 Diyabet Hakkındaki Bilgisizliğin Stres Yaratma Durumu	Kadın	316	1,8291	0,37701	0,345
	Erkek	61	1,8033	0,40082	
Tip 1 Diyabeti Olan Çocukta Hastalığın Kalıcı Olması	Kadın	316	1,2152	0,41161	0,942
	Erkek	61	1,2131	0,41291	
Tip 1 Diyabeti Olan Çocuğun Geleceği ile İlgili Kaygıların Bulunması	Kadın	316	1,2247	0,41804	0,000*
	Erkek	61	1,4590	0,50245	
Tip 1 Diyabeti Olan Çocukla İstenilen Düzeyde İletişim Kuramama	Kadın	316	1,7563	0,42998	0,000*
	Erkek	61	1,8525	0,35759	
Eş/Partnerle İstenilen Düzeyde İletişim Kuramama	Kadın	316	1,8323	0,37421	0,029*
	Erkek	61	1,8852	0,32137	
Hastanenin Yapısı ve Hastane İçi Sistemin Yoruculuğu	Kadın	316	1,9019	0,29792	0,004*
	Erkek	61	1,8361	0,37329	
Tıbbi Tedavi Ekibine Güven Duymama	Kadın	316	1,9684	0,17533	0,176
	Erkek	61	1,9508	0,21804	
Tıbbi Tedavi Ekibi ile İstenilen Düzeyde İletişim Kuramama	Kadın	316	1,9525	0,21298	0,002*
	Erkek	61	1,9016	0,30027	
Tıbbi Tedavi Yöntemlerine Güven Duymama	Kadın	316	1,9715	0,16661	0,279
	Erkek	61	1,9836	0,12804	
Tedavi, İlaç, Yol Vb. Masrafların Ekonomik Yüğü	Kadın	316	1,5063	0,50075	0,954
	Erkek	61	1,4918	0,50408	

***p<0,05**

Katılımcıların cinsiyeti ile çocuklarının sağlığı ile ilgili yaşadıkları stresin öncelikli nedenleri arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan t-testi analizine göre katılımcıların cinsiyetleri ile tip 1 diyabetli çocuğunun geleceğiyle ilgili kaygılarının stres yaratma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu araştırmada, kadın katılımcıların tip 1 diyabeti olan

çocuğunun geleceği ile ilgili kaygı durumlarının erkek katılımcılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyeti ile diyabetli çocuğuyla istenilen düzeyde iletişim kuramamasının stres yaratma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Araştırmada, kadın katılımcıların diyabetli çocuğuyla istenilen düzeyde iletişim kuramamadan dolayı erkek katılımcılara göre daha fazla stres yarattığı saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile eşleriyle/partnerleriyle istedikleri düzeyde iletişim kuramamalarının stres yaratma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Araştırmada, kadın katılımcıların eşleriyle/partnerleriyle istedikleri düzeyde iletişim kuramadığı için erkek katılımcılara göre daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile hastanenin yapısı ve hastane içi sistemin yoruculuğunun stres yaratma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Araştırmada, erkek katılımcıların hastanenin yapısı ve hastane içi sistemin karmaşıklığından dolayı kadın katılımcılara göre daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile tıbbi tedavi ekibi ile istedikleri düzeyde iletişim kuramamalarının stres yaratma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Araştırmada, erkek katılımcıların tıbbi tedavi ekibi ile istedikleri düzeyde iletişim kuramadıkları için kadın katılımcılara göre daha fazla stres yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleriyle 'tip 1 diyabet hakkındaki bilgisizliğin, tip 1 diyabeti olan çocukta hastalığın kalıcı olması, tıbbi tedavi ekibine güven duymama, tıbbi tedavi yöntemlerine güven duymama ve tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yükü' ile ilgili kaygılarının stres yaratma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Fakat puan ortalamaları incelendiğinde tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yükünün hem kadın hem de erkek katılımcılar açısından ($\bar{x}$: K/1,5063, E/1,4918) oldukça stres yarattığı görülmektedir.

Tablo 36. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Olmanın Hangi Durumlarını Olumsuz Etkilediğinin Karşılaştırılması

Faktör	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	SS	p
Aile ilişkileri	Kadın	316	1,7911	0,40714	0,084
	Erkek	61	1,7377	0,44353	
Eş/partner ilişkileri	Kadın	316	1,8576	0,35002	0,002*
	Erkek	61	1,7705	0,42401	
Arkadaş ilişkileri	Kadın	316	1,8766	0,32944	0,260
	Erkek	61	1,9016	0,30027	
Yakın çevre ile ilişkileri	Kadın	316	1,8544	0,35323	0,937
	Erkek	61	1,8525	0,35759	
Sosyal aktivitelere katılmayı	Kadın	316	1,6962	0,46063	0,011*
	Erkek	61	1,5902	0,49588	
Kişisel bakımı	Kadın	316	1,8544	0,35323	0,005*
	Erkek	61	1,9180	0,27659	
Duygusal dünyayı	Kadın	316	1,3513	0,47812	0,016*
	Erkek	61	1,5082	0,50408	
Hiçbirini	Kadın	316	1,7215	0,44896	0,608
	Erkek	61	1,7049	0,45986	

***p<0,05**

Katılımcıların cinsiyeti ile tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın hangi durumlarını olumsuz etkilediği arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan t testi analizine göre katılımcıların cinsiyetleri ile tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın eş/partner ilişkisini olumsuz etkileme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın eş/partner ilişkisini daha fazla olumsuz etkilediğini ifade etmektedir.

Katılımcıların cinsiyetleri ile tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın sosyal aktivitelere katılmayı olumsuz etkileme algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın sosyal aktivitelere katılmayı daha fazla olumsuz etkilediğini ifade etmektedir.

Katılımcıların cinsiyetleri ile tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın kişisel bakımı olumsuz etkileme algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın kişisel bakımı daha fazla olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Genellikle kadınların erkeklere göre kişisel bakımının daha kapsamlı olması ve kadınların kişisel bakımı erkeklere göre daha fazla önemsemesi nedeniyle cinsiyet açısından anlamlı bir fark ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetleri ile tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın duygusal dünyayı olumsuz etkileme algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın duygusal dünyalarını daha fazla olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Duygusal dünyayı olumsuz etkileme puan ortalamaları incelendiğinde ($\bar{x}$: K/1,3513, E/1,5082) her iki cinsiyet için de tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın duygusal dünyayı olumsuz etkilediği görülmektedir. Yani kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre daha yoğun hissetse de erkek katılımcılar açısından da tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmak duygusal dünyayı oldukça olumsuz etkileyen bir durumdur. Tip 1 diyabetli çocuğa sahip olan annelerin de babaların da duygusal açıdan yoğun bir şekilde etkilenmesinin yanı sıra buradaki cinsiyet temelinde istatistiksel açıdan anlamlı olan farkın çoğunlukla kadınların genetikleri nedeniyle erkeklere göre daha duygusal olmaları ve annelik duygusunun ağır basmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetleriyle tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın ‘Aile ilişkileri’, ‘Arkadaş ilişkileri’ ve ‘Yakın çevre ile ilişkileri’ olumsuz etkileme algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 37. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Anne/Baba Formu Bulgularının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	SS	p
Çocuğunuzun hastalığı sizce ne derece ağır bir hastalıktır?	Kadın	316	1,47	0,629	0,461
	Erkek	61	1,43	0,670	
Hastalığından dolayı çocuğunuzun başına kötü bir şey geleceğinden korkar mısınız?	Kadın	316	1,40	0,919	0,002*
	Erkek	61	1,11	1,002	
Çocuğunuzun hastalığı sizi ne derece endişelendirmektedir?	Kadın	316	1,72	0,463	0,007*
	Erkek	61	1,59	0,496	
Çocuğunuzun hastalığı, sizce çocuğunuzu ne derece endişelendirmektedir?	Kadın	316	1,18	0,679	0,780
	Erkek	61	1,18	0,671	
Çocuğunuzun hastalığı sizce tüm ailenizi ne derece endişelendirmektedir?	Kadın	316	1,44	0,606	0,334
	Erkek	61	1,44	0,563	
Çocuğunuzun tedavisi sizin için ne kadar zorlayıcıdır?	Kadın	316	1,31	0,605	0,865
	Erkek	61	1,36	0,578	
Çocuğunuzun tedavisi sizce çocuğunuz için ne kadar zorlayıcıdır?	Kadın	316	1,45	0,602	0,780
	Erkek	61	1,44	0,620	
Çocuğunuzun tedavisi sizce tüm aileniz için ne kadar zorlayıcıdır?	Kadın	316	1,26	0,615	0,477
	Erkek	61	1,30	0,641	
Çocuğunuzun hastalığı sizin gündelik yaşamınızı ne kadar etkilemektedir?	Kadın	316	1,21	0,648	0,979
	Erkek	61	1,26	0,630	
Sizce, hastalığı çocuğunuzun gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?	Kadın	316	1,31	0,646	0,877
	Erkek	61	1,41	0,616	
Sizce, çocuğunuzun hastalığı tüm ailenizin gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?	Kadın	316	1,07	0,670	0,680
	Erkek	61	1,18	0,646	

*p<0,05

Katılımcıların cinsiyeti ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Anne/Baba Formu bulguları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan t-testi analizine göre katılımcıların cinsiyetlerine göre diyabetinden dolayı çocuğunun başına kötü bir şey geleceğinden korkma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre anneler babalara göre çocuğunun diyabetinden dolayı çocuklarının başına kötü bir şey geleceğinden daha fazla korkmaktadır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre çocuğun hastalığının endişelendirme dereceleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre çocuğunun tip 1 diyabetli olması anneleri babalara göre daha fazla endişelendirmektedir.

Katılımcıların cinsiyeti ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Anne/Baba formu arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre üstteki faktörler dışında kalan diğer faktörler ve cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 38. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve Alt Boyutları Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	SS	p
Okul	Kadın	316	25,0264	20,83464	0,272
	Erkek	61	30,4645	21,34837	
İş	Kadın	316	24,1913	28,85275	0,431
	Erkek	61	32,4226	29,83460	
Maddi Durum	Kadın	316	43,4599	29,01154	0,746
	Erkek	61	48,2696	30,08118	
İyilik Hali	Kadın	316	25,4483	24,23469	0,640
	Erkek	61	30,6011	24,18684	
DAEÖ	Kadın	316	28,9180	20,75376	0,299
	Erkek	61	34,7385	21,00272	

*** $p<0,05$**

Katılımcıların cinsiyeti ile Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan t-testi analizine göre bu

iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görölmektedir ($p>0,05$).

Tablo 39. Aile APGAR Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre T-Testi Sonuçları

Faktör	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	SS	p
AAP1	Kadın	316	1,48	0,654	0,003*
	Erkek	61	1,66	0,544	
AAP2	Kadın	316	1,53	0,619	0,035*
	Erkek	61	1,64	0,549	
AAP3	Kadın	316	1,52	0,625	0,405
	Erkek	61	1,56	0,592	
AAP4	Kadın	316	1,43	0,626	0,881
	Erkek	61	1,46	0,621	
AAP5	Kadın	316	1,59	0,612	0,035*
	Erkek	61	1,67	0,507	
AİLE	Kadın	316	7,5506	2,55491	0,223
APGAR	Erkek	61	7,9836	2,28394	
TOTAL					

*** $p<0,05$**

Katılımcıların cinsiyeti ile Aile APGAR Ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan t-testi analizine göre katılımcıların cinsiyeti ve Aile APGAR ölçeğinin 1.faktörü (Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyorum.) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görölmektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcıların bir sorun yaşadıklarında ailesinden yardım alma düzeyi kadın katılımcılara göre daha fazladır.

Katılımcıların cinsiyeti ve Aile APGAR ölçeğinin 2.faktörü (Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.) arasında istatistiksel açıdan

anlamalı bir fark olduğu gör÷lmektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcıların ailesinin kendi ile konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnuniyet derecesi kadın katılımcılara göre daha fazladır.

Katılımcıların cinsiyeti ve Aile APGAR ölçeğinin 5.faktörü (Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.) arasında istatistiksel açıdan anlamalı bir fark olduğu gör÷lmektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcıların ailesiyle vakit geçirme şeklinden memnuniyet düzeyi kadın katılımcılara göre daha fazladır.

Katılımcıların cinsiyeti ve Aile APGAR ölçeğinin 3.faktörü (Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.), 4.faktörü (Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularımı ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.) ve Aile APGAR toplam ölçek arasında istatistiksel açıdan anlamalı fark olmadığı gör÷lmektedir ($p>0,05$).

Tablo 40. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve Alt Boyutları Puanlarının Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre ANOVA Sonuçları

Faktör	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	SS	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p
Okul	İlköğretim ve altı	135	26,0494	21,02350	G.Arası	4,858	2	2,429	0,005	0,995
	Lise	138	25,7850	20,90044	G.İçi	165588,275	374	442,749		
	Üniversite ve üstü	104	25,8814	21,25125	Toplam	165593,133				
	Toplam	377	25,9063	20,98588						
İş	İlköğretim ve altı	135	22,9630	26,98538	G.Arası	2551,252	2	1275,626	1,507	0,223
	Lise	138	25,0403	29,29165	G.İçi	316550,821	374	846,393		
	Üniversite ve üstü	104	29,4872	31,37999	Toplam	319102,073				
	Toplam	377	25,5231	29,13204						
Maddi Durum	İlköğretim ve altı(1)	135	42,9630	29,764	G.Arası	8941,443	2	4470,721	5,365	0,005* 3>2
	Lise(2)	138	39,7746	25,252	G.İçi	311659,795	374	833,315		
	Üniversite ve üstü(3)	104	51,8162	32,016	Toplam	320601,238				
	Toplam	377	44,2381	29,200						
İyilik Hali	İlköğretim ve altı(1)	135	24,1358	23,08759	G.Arası	3673,157	2	1836,579	3,154	0,044* 3>2>1
	Lise(2)	138	24,5773	24,52556	G.İçi	217790,518	374	582,328		
	Üniversite ve üstü(3)	104	31,3301	24,91883	Toplam	221463,675	376	1836,579		
	Toplam	377	26,2821	24,26930						
DAEÖ Toplam	İlköğretim ve altı	135	28,4656	20,51860	G.Arası	2196,399	2	1098,199	2,540	0,080
	Lise	138	28,2781	20,38544	G.İçi	161678,957	374	432,297		
	Üniversite ve üstü	104	33,7683	21,66171	Toplam	163875,356	376			
	Toplam	377	29,8598	20,87675						

*p<0,05

Katılımcıların eğitim durumu ile Diyabetin Aile Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve alt boyutları puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre katılımcıların eğitim durumu ile ölçeğin alt boyutu olan Maddi Durum puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tukey HSD ve Scheffe testlerine göre üniversite ve üstü eğitim alan katılımcıların puan ortalaması lise düzeyinde eğitim alan katılımcılardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Buna göre diyabetin ailenin maddi durumuna olumsuz etkisi üniversite ve üstü eğitim alan katılımcılarda lise düzeyinde eğitim alan katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumu ile Diyabetin Aile Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre katılımcıların eğitim durumu ile ölçeğin alt boyutu olan İyilik Hali puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tukey HSD ve Scheffe testlerine göre üniversite ve üstü eğitim alan katılımcıların iyilik hali puan ortalaması ilköğretim ve altı ve lise düzeyinde eğitim alan katılımcılardan daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Buna göre diyabetin ailenin iyilik haline olumsuz etkisi üniversite ve üstü eğitim alan katılımcılarda ilköğretim ve altı ve lise düzeyinde eğitim alan katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumu ile Diyabetin Aile Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre katılımcıların eğitim durumu ile Diyabetin Aile Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve ölçeğin alt boyutları olan okul ve iş puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 41. Aile APGAR Ölçeğinin Puanlarının Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktör	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	SS	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p
Aile APGAR	İlköğretim ve altı	135	7,6963	2,48660	G.Arası	4,430	2	2,215	0,349	0,706
	Lise	138	7,4783	2,52641	G.İçi	2374,329	374	6,348		
	Üniversite ve üstü	104	7,7115	2,55302	Toplam	2378,759	376			
	Toplam	377	7,6207	2,51525						

*p<0,05

Katılımcıların eğitim durumu ile Aile APGAR Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 42. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne-Baba Formu Puanlarının Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

Faktör	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}$	SS	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p
HİÖA-A/B	İlköğretim ve altı	135	15,0370	4,86751	G.Arası	5,833	2	2,916	0,141	0,869
	Lise	138	15,2609	4,42835	G.İçi	7734,337	374	20,680		
	Üniversite ve üstü	104	14,9712	4,26423	Toplam	7740,170	376			
	Toplam	377	15,1008	4,53713						

***p<0,05**

Katılımcıların eğitim durumu ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar-Anne/Baba formu puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 43. DAEÖ, Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne-Baba Formu ve Aile APGAR Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Çocuğunun Tip 1 Diyabetli Olma Sürelerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Hastalığa Sahip Olma Süresi	n	$\bar{x}$	SS	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p
DAEÖ	0-1 yıl	55	37,0563	23,57808	G.Arası	3744,072	5	748,814		
	1-3 yıl	104	29,8306	19,94245	G.İçi	160131,283	371	431,621		
	3-5 yıl	71	27,8001	20,29015	Toplam	163875,356	376		1,735	0,126
	5-7 yıl	56	28,9966	21,08237						
	7-10 yıl	55	28,6147	20,66284						
	10 yıldan fazla	36	26,2566	19,14504						
	Toplam	377	29,8598	20,87675						

*p<0,05

Katılımcıların tip 1 diyabetli çocuklarına bakım verme süreleri ile Diyabetin Aile Etkisi Ölçeği (DAEÖ) puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 44. Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne-Baba Formu Puanlarının Katılımcıların Çocuğunun Tip 1 Diyabetli Olma Sürelerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Hastalığa Sahip Olma Süresi	n	$\bar{x}$	SS	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p
HİÖA-A/B	0-1 yıl (1)	55	16,5091	3,95284	G.Arası	332,740	5	66,548		
	1-3 yıl (2)	104	15,9423	4,55352	G.İçi	7407,430	371	19,966		
	3-5 yıl (3)	71	14,4648	4,39425	Toplam	7740,170	376		3,333	0,006*
										1>6
	5-7 yıl (4)	56	14,4821	4,94328						
	7-10 yıl (5)	55	14,5455	4,41721						
	10 yıldan fazla (6)	36	13,5833	4,40373						
	Toplam	377	15,1008	4,53713						

*p<0,05

Katılımcıların tip 1 diyabetli çocuklarına bakım verme süreleri ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar-Anne/Baba formu puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre katılımcıların tip 1 diyabetli çocuklarına bakım verme süreleri ile HİÖA-A/B formu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tukey HSD testine göre 0-1 yıl arasında tip 1 diyabetli çocuğuna bakım veren katılımcıların puan ortalaması 10 yıldan fazla bir süredir bakım veren katılımcılardan daha yüksektir ve aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Başka bir ifadeyle yeni tanı alan ebeveynlerde 10 yıldan fazladır bakım veren ebeveynlere göre hastalığın algılanan ağırlığı daha yüksektir.

Tablo 45. Aile APGAR Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Çocuğunun Tip 1 Diyabetli Olma Sürelerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Hastalığa Sahip Olma Süresi	n	$\bar{x}$	SS	Varyansın Kaynağı	KT	sd	KO	F	p
Aile Apgar	0-1 yıl	55	7,6364	2,45978	G.Arası	35,814	5	7,163		
	1-3 yıl	104	7,6923	2,44186	G.İçi	2342,944	371	6,315		
	3-5 yıl	71	7,5634	2,45957	Toplam	2378,759	376		1,134	0,342
	5-7 yıl	56	7,2679	2,64569						
	7-10 yıl	55	7,3636	2,89549						
	10 yıldan fazla	36	8,4444	2,00634						
	Toplam	377	7,6207	2,51525						

*p<0,05

Katılımcıların tip 1 diyabetli çocuklarına bakım verme süreleri ile Aile APGAR ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine dair verileri içeren tabloya göre bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Tablo 46. Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ) ve Alt Boyutları ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne/Baba Formu (HİÖA-A/B) ve Aile APGAR Ölçeği Korelasyonu

		Okul	İş	Maddi Durum	İyilik Hali	DAEÖ	Aile APGAR	HİÖA-A/B
Okul	Pearson r	1	0,537**	0,474**	0,562**	0,776**	-0,232**	0,434**
	p		0	0	0	0	0	0
	n	377	377	377	377	377	377	377
İş	Pearson r		1	0,531**	0,627**	0,820**	-0,190**	0,359**
	p			0	0	0	0	0
	n		377	377	377	377	377	377
Maddi Durum	Pearson r			1	0,640**	0,807**	-0,179**	0,352**
	p				0	0	0	0
	n			377	377	377	377	377
İyilik Hali	Pearson r				1	0,873**	-0,263**	0,421**
	p					0	0	0
	n				377	377	377	377
DAEÖ	Pearson r					1	-0,264**	0,477**
	p						0	0
	n					377	377	377
Aile APGAR	Pearson r						1	-0,155**
	p							0,003
	n						377	377
HİÖA-A/B	Pearson r							1
	p							
	n							377

** Korelasyon değeri 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği ve alt boyutları ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne-Baba Formu ve Aile APGAR ölçeği arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular tablo 60'ta gösterilmiştir.

DAEÖ alt boyutu olan Okul ile İş ($r=0.537$), Maddi Durum ($r=0.474$), İyi Hali ($r=0.562$) ve Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne Baba Formu ($r=0.434$) puanı arasında pozitif yönlü orta kuvvetli, Aile APGAR puanı ($r= -0,232$) arasında negatif yönlü zayıf kuvvetli ve Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği ($r=0.776$) toplam puanı arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

DAEÖ alt boyutu olan İş ile Maddi Durum ($r=0.531$), İyi Hali ($r=0.627$) ve Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne Baba Formu ($r=0.359$) puanı arasında pozitif yönlü orta kuvvetli, Aile APGAR puanı ($r= -0,190$) arasında negatif yönlü zayıf kuvvetli ve Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği ($r=0.820$) puanı arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

DAEÖ alt boyutu olan Maddi Durum ile İyi Hali ($r=0.640$) ve Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne Baba Formu ($r=0.352$) puanı arasında pozitif yönlü orta kuvvetli, Aile APGAR puanı ($r= -0,179$) arasında negatif yönlü zayıf kuvvetli ve Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği ($r=0.807$) puanı arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

DAEÖ alt boyutu olan İyi Hali ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne Baba Formu ($r=0.421$) puanı arasında pozitif yönlü orta kuvvetli, Aile APGAR puanı ($r= -0,263$) arasında negatif yönlü zayıf kuvvetli ve Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği ($r=0.873$) puanı arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

DAEÖ puanı ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne Baba Formu ($r=0.477$) puanı arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ve Aile APGAR puanı ($r= -0,264$) arasında negatif yönlü zayıf kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

Aile APGAR ile Hastalığa İlişkin Öznel Algılar Anne Baba Formu ($r= -0,155$) puanı arasında negatif yönlü zayıf kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

3.2. DENEYSEL ÇALIŞMAYA İLİŞKİN NİCEL BULGULAR

3.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Aşağıda çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan ebeveynlerin ve çocuklarının sosyodemografik özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 47. Katılımcılara ve Çocuklarına İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	7	87.5
	Erkek	1	12.5
Medeni durum	Evli	8	100
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	2	25
	Lise	2	25
	Üniversite ve üzeri	4	50
Çalışma durumu	Çalışıyor	3	37.5
	Çalışmıyor	5	62.5
Tip 1 diyabetli çocuğun cinsiyeti	Kız	5	62.5
	Erkek	3	37.5
Çocuğun tedaviye uyumu (ön test)	Evet	1	12.5
	Kısmen	5	62.5
	Hayır	2	25
Çocuğun tedaviye uyumu (son test)	Evet	2	25
	Kısmen	6	75
Ebeveyn yaşı	Ortalama $\bar{x}$ SS	42 $\pm$ 4.87	
	Minimum-maksimum	34-49	
Çocuk yaşı	Ortalama $\bar{x}$ SS	12.69 $\pm$ 3.30	
	Minimum-maksimum	8-17	
Hastalık süresi	Ortalama $\bar{x}$ SS	5.13 $\pm$ 2.85	
	Minimum-maksimum	1-10	

Yukarıdaki tabloda katılımcıların ve çocuklarının bilgilerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere (n, %) yer verilmiştir. Araştırmaya katılanların %87,5'inin kadın,

%12.5'inin erkek olduğu, tamamının evli olduğu, eğitim durumu incelendiğindeyse %25'inin ortaokul ve altı, %25'inin lise, %50'sinin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Çalışma durumu incelendiğinde %37.5'inin çalıştığı, %62.5'inin çalışmadığı, tip 1 diyabetli çocuklarının cinsiyeti incelendiğinde ise %62.5'inin kız, %37.5'inin erkek çocuğu olduğu görölmektedir. Çocuğun tedaviye uyumu ön testte incelendiğinde katılımcıların %12.5'inin çocuğunun tedaviye uyumlu olduğu, %62.5'inin çocuğunun kısmen uyumlu olduğu, %25'inin çocuğununsa tedaviye uyumlu olmadığı görölmektedir. Son testte çocuğun tedaviye uyumu değerlendirildiğinde ise katılımcıların %25'inin çocuğunun tedaviye uyumlu olduğu, %75'inin çocuğunun kısmen uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çözüm odaklı sosyal hizmet grup çalışmasının katılımcıların çocuğunun hastalığa uyumu üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Ebeveynlerin yaş ortalamasının 42 ± 4.87 , minimum 34, maksimum 49 olduğu, çocukların yaş ortalamasının 12.69 ± 3.30 , minimum 8, maksimum 17 olduğu, hastalık süresi ortalamasının 5.13 ± 2.85 , minimum 1, maksimum 10 yıl olduğu saptanmıştır.

Tablo 48. Katılımcıların Tip 1 Diyabeti Olan Çocuğun Sağlık Durumu Hakkında Yaşadıkları Stresin Öncelikli Nedenlerine Göre İncelenmesi

Değişkenler	Kategoriler	Frekans(n)	Yüzde(%)
Tip 1 diyabeti olan çocuğun sağlık durumu hakkında yaşanan stresin öncelikli nedenleri (ön test)	Tip 1 diyabet hakkındaki bilgisizlik	1	3.4
	Tip 1 diyabeti olan çocukta hastalığın kalıcı olması	7	24.1
	Tip 1 diyabeti olan çocuğun geleceği ile ilgili kaygıların bulunması	8	27.6
	Tip 1 diyabeti olan çocukla istenilen düzeyde iletişim kuramama	6	20.7
	Eş/partner ile istenilen düzeyde iletişim kuramama	3	10.3
	Tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yükü	4	13.8
Tip 1 diyabeti olan çocuğun sağlık durumu hakkında yaşanan stresin öncelikli nedenleri (son test)	Tip 1 diyabet hakkındaki bilgisizlik	1	5.6
	Tip 1 diyabeti olan çocukta hastalığın kalıcı olması	6	33.3
	Tip 1 diyabeti olan çocuğun geleceği ile ilgili kaygıların bulunması	6	33.3
	Tip 1 diyabeti olan çocukla istenilen düzeyde iletişim kuramama	1	5.6
	Eş/partner ile istenilen düzeyde iletişim kuramama	1	5.6
	Tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yükü	3	16.7
Tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın ebeveynleri olumsuz etkileme durumu (ön test)	Aile ilişkilerini	4	20
	Eş/partner ilişkilerini	3	15
	Arkadaş ilişkilerini	1	5
	Yakın çevre ile ilişkileri	2	10
	Sosyal aktivitelere katılmayı	2	10
	Kişisel bakımı	1	5
	Duygusal dünyayı	7	35
Tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın ebeveynleri olumsuz etkileme durumu (son test)	Aile ilişkilerini	3	18.8
	Eş/partner ilişkilerini	3	18.8
	Yakın çevre ile ilişkileri	1	6.3
	Sosyal aktivitelere katılmayı	1	6.3
	Duygusal dünyayı	8	50

Tip 1 diyabeti olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadıkları stresin öncelikli nedenleri incelendiğinde ön testte katılımcıların %3.4'ü tip 1 diyabet hakkındaki bilgisizliğin, %24.1'i çocuğunda diyabetin kalıcı olmasının, %27.6'sı çocuğunun geleceği ile ilgili kaygılarının olmasının, %20.7'si tip 1 diyabeti olan çocuğuyla istediği düzeyde iletişim kuramamasının, %10.3'ü eşiyle/partneriyle istediği düzeyde iletişim kuramamasının, %13.8'i tedavi, ilaç, yol vb masrafların ekonomik yükünün öncelikli stres nedeni olduğunu ifade ederken, son testte katılımcıların %5.6'sı tip 1 diyabet hakkında bilgisizliğin, %33.3'ü tip 1 diyabeti olan çocuğunda hastalığın kalıcı olması, %33.3'ü çocuğunun geleceği ile ilgili kaygılarının olması, %5.6'sı diyabeti olan çocuğuyla istediği düzeyde iletişim kuramaması, %5.6'sı eşiyle/partneriyle istediği düzeyde iletişim kuramaması, %16.7'si tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yükünün öncelikli stres nedeni olduğunu ifade etmiştir.

Hastalık nedeniyle olumsuz etkilenilen durumlar incelendiğinde ön testte katılımcıların %20'si diyabetin aile ilişkilerini, %15'i eş/partner ilişkilerini, %5'i arkadaş ilişkilerini, %10'u yakın çevre ile ilişkileri, %10'u sosyal aktivitelere katılımı, %5'i kişisel bakımı, %35'i duygusal dünyayı olumsuz etkilediğini ifade ederken, son testte %18.8'i aile ilişkilerini, %18.8'i aile/partner ilişkilerini, %6.3'ü yakın çevre ile ilişkileri, %6.3'ü sosyal aktivitelere katılımı, %50'si duygusal dünyayı olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

3.2.2. Katılımcıların Öntest-Sontest Bulguları

Tablo 49. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları

Kişi	DAEÖ		DAEÖ okul		DAEÖ iş		DAEÖ maddi durum		DAEÖ iyilik hali		HİÖA-A/B		APP	
	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S	Ö	S
K1	45.2	35.7	25	8.3	44.4	44.4	100	100	25	8.3	13	3	6	9
K2	33.3	9.5	41.6	8.3	55.5	0	33.3	11.1	50	16.6	20	11	0	5
K3	45.24	11.9	16.6	8.3	66.6	0	100	22.2	58.3	16.6	21	8	10	10
K4	50	7.14	41.6	8.3	55.5	0	44.4	11.1	58.3	8.3	18	8	7	7
K5	61.9	38.1	91.6	50	66.6	0	100	55.5	50	41.6	20	10	2	6
K6	11.9	16.6	16.6	16.6	44.4	0	22.2	44.4	8.3	8.3	13	7	5	9
K7	11.9	11.9	41.6	25	44.4	0	0	11.1	0	8.3	15	8	6	8
K8	57.1	26.1	50	8.3	44.4	0	100	100	41.6	8.3	18	9	7	9
$\bar{x}$	39.58	19.64	40.62	16.66	52.77	5.55	62.5	44.44	36.45	14.58	17.25	8	5.37	7.87
SS	19.08	12.12	24.16	14.77	9.84	15.71	41.96	38.02	22.68	11.57	3.19	2.39	3.11	1.72
Çarpıklık	-0.94	-1.30	1.38	2.05	0.61	2.82	-0.33	0.77	-0.75	2.29	-0.40	-1.2	-0.5	-0.6
Basıklık	-0.94	-1.30	2.65	4.19	-1.48	8	-1.95	-1.12	-1.10	5.53	-1.64	2.70	0.33	-0.7

Ö: Öntest; S: Sontest

Yukarıdaki tabloda araştırmada kullanılan ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. DAEÖ toplam ön test puanı ortalamasının 39.58 ± 19.08 , minimum puanın 11.90, maksimum puanının 61.90, çarpıklık değerinin -0.942, basıklık değerinin -0.942 olduğu, DAEÖ toplam son test puan ortalamasının 19.64 ± 12.12 , minimum puanın 7.14, maksimum 38.10, çarpıklık değerinin -1.304, DAEÖ okul boyutu ön test puan ortalamasının 40.62 ± 24.16 , minimum puanın 16.67, maksimum puanın 91.67 olduğu, son test puan ortalamasının 16.66 ± 14.77 minimum puanın 8.33, maksimum puanın 50, çarpıklık değerinin 2.051, basıklık değerinin 4.194 olduğu, DAEÖ iş boyutu ön test puan ortalamasının 52.77 ± 9.84 , minimum puanın 44.44, maksimum puanın 66.67, çarpıklık değerinin 0.615, basıklık değerinin -1.481, son test puan ortalamasının 5.55 ± 15.71 , minimum puanın 0, maksimum puanın 44.4, çarpıklık değerinin 2.828, basıklık değerinin 8 olduğu saptanmıştır. DAEÖ maddi durum ön test puan ortalamasının 62.5 ± 41.96 , minimum puanın 0, maksimum puanın 100 olduğu, çarpıklık değerinin -0.333, basıklık değerinin ise -1.957 olduğu, son test puan ortalamasının 44.44 ± 38.02 , minimum puanın 11.11, maksimum puanın 100, çarpıklık değerinin 0.770, basıklık değerinin -1.127 olduğu saptanmıştır. DAEÖ iyilik hali ön test puan ortalamasının 36.45 ± 22.68 , minimum puanın 0, maksimum puanın 58.33, çarpıklık değerinin -0.753, basıklık değerinin -1.100 olduğu, son test puan ortalamasının 14.58 ± 11.57 , minimum puanın 8.33, maksimum puanın 41.67, çarpıklık değerinin 2.294, basıklık değerinin 5.531 olduğu tespit edilmiştir. HİÖA-A/B toplam ön test puan ortalamasının 17.25 ± 3.19 , minimum puanın 13, maksimum puanın 21, çarpıklık değerin -0.407, basıklık değerinin -1.644, son test puan ortalamasının 8 ± 2.39 , minimum puanın 3, maksimum puanın 11, çarpıklık değerinin -1.255, basıklık değerinin 2.702 olduğu bulunmuştur. AAP toplam ön test puan ortalamasının 5.37 ± 3.11 , minimum puanın 0, maksimum puanın 10, çarpıklık değerinin -0.541, basıklık değerinin 0.337 olduğu, son test puan ortalamasının 7.87 ± 1.72 , minimum puanın 5, maksimum puanın 10, çarpıklık değerinin -0.635, basıklık değerinin -0.796 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 50. Katılımcıların Grup Çalışması Öncesi ve Grup Çalışması Sonrası Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları (sontest-öntest)		N	Sıra sayı ortalaması	Sıra sayılar toplamı	z	p
DAEÖ Toplam	Negatif sıralar	6	4.50	27		
	Pozitif sıralar	1	1	1	-2.201	0.028*
	Eşit	1				
DAEÖ Okul	Negatif sıralar	7	4	28		
	Pozitif sıralar	0	0	0	-2.379	0.017*
	Eşit	1				
DAEÖ İş	Negatif sıralar	7	4	28		
	Pozitif sıralar	0	0		-2.392	0.017*
	Eşit	1				
DAEÖ Maddi Durum	Negatif sıralar	4	4.38	17.5		
	Pozitif sıralar	2	1.75	3.5	-1.472	0.141
	Eşit	2				
DAEÖ İyilik Hali	Negatif sıralar	6	4.42	26.5		
	Pozitif sıralar	1	1.5	1.5	-2.120	0.034*
	Eşit	1				
AAP	Negatif sıralar	0	0	0		
	Pozitif sıralar	6	3.5	21	-2.214	0.027*
	Eşit	2				
HİÖA-A/B	Negatif sıralar	8	4.5	36		
	Pozitif sıralar	0	0	0	-2.536	0.011*
	Eşit	0				

***p<0,05**

Yukarıdaki tabloda katılımcıların ön test ve son test ölçek puanları Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ile karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların ön testteki DAEÖ toplam puanıyla son testteki puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre ön test ortancaları ile son test ortancaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu söylenebilir. Yapılan çözüm odaklı

sosyal hizmet grup çalışmasının katılımcılar üzerinde etkili olduğu ve diyabetin aileye olumsuz etkisini azalttığı söylenebilir.

Katılımcıların ön test DAEÖ okul alt boyutu puanıyla son testteki puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre katılımcıların ön test ortancalarıyla son test ortancaları arasında farklılık olduğu söylenebilir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin diyabetli çocuğun okul ile ilgili yaşadığı sorunlar üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Katılımcıların ön test DAEÖ iş alt boyutu puanıyla son testteki puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre katılımcıların ön test ortancalarıyla son test ortancaları arasında farklılık olduğu söylenebilir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin katılımcıların/eşlerinin iş ile ilgili yaşadıkları sorunlar üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Katılımcıların ön test DAEÖ maddi durum ön test puanlarıyla son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin maddi durum bakımından katılımcılarda bir farklılık oluşturmadığı söylenebilir.

Katılımcıların ön test DAEÖ iyilik hali ön test puanlarıyla son test puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre katılımcıların iyilik hallerinde grup çalışması sonrasında çalışma öncesine göre bir artış gözlenmiştir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin katılımcıların iyilik hali üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Katılımcıların ön test AAP toplam puanıyla son testteki puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre katılımcıların ön test ortancalarıyla son test ortancaları arasında farklılık olduğu söylenebilir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin katılımcıların aile işlevselliği üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Katılımcıların ön test HİÖA-A/B toplam puanıyla son testteki puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre katılımcıların ön test ortancalarıyla son test ortancaları arasında farklılık olduğu söylenebilir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin katılımcıların

hastalığa ilişkin öznel algılarında etkili olduğu ve katılımcılarda hastalığın algılanan ağırlığının azaldığı söylenebilir.

Tablo 51. Katılımcıların Ön Test Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ölçekler		DAEÖ toplam ön test	DAEÖ okul ön test	DAEÖ iş ön test	DAEÖ maddi durum ön test	DAEÖ iyilik hali ön test	AAP toplam ön test	HİÖA-A/B ön test toplam
DAEÖ toplam ön test	r		0.646	0.456	0.809*	0.567	0.220	0.429
	p	1	0.083	0.257	0.015	0.143	0.601	0.288
	n		8	8	8	8	8	8
DAEÖ okul ön test	r			0.146	0.203	0.081	-0.261	0.256
	p		1	0.730	0.630	0.849	0.533	0.540
	n			8	8	8	8	8
	r				0.384		0.013	0.877*
DAEÖ iş ön test	p			1	0.348	0.010	0.976	0.004
	n				8	8	8	8
DAEÖ maddi durum ön test	r					0.501	0.359	0.381
	p				1	0.206	0.382	0.352
	n					8	8	8
DAEÖ iyilik hali ön test	r						0.323	0.779*
	p					1	0.435	0.023
	n						8	8
AAP toplam ön test	r							0.117
	p						1	0.783
	n							8
HİÖA-A/B ön test toplam	r							
	p							1
	n							

*p<0,05

Yukarıdaki tabloda katılımcıların ön testte ölçeklere verdikleri yanıtlara göre ölçekler arasında ilişkiler Spearman Korelasyon analiziyle incelenmiştir.

Katılımcıların DAEÖ toplam ön test puanıyla DAEÖ okul, iş iyilik hali puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), maddi durum alt boyutuyla arasında anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre hastalık katılımcıların maddi durumunu olumsuz etkiledikçe diyabetin aileye olumsuz

etkisinin de artış göstereceği söylenebilir. DAEÖ toplam ön test puanıyla AAP toplam ve HİÖA-A/B puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

DAEÖ okul ön test puanıyla, DAEÖ iş, maddi durum, iyilik hali alt boyutları, AAP toplam ve HİÖA-A/B toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

DAEÖ iş ön test puanıyla DAEÖ maddi durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$) DAEÖ iyilik hali alt boyutu bakımından anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre diyabetin aileye iş konusundaki olumsuz etkisi artıkça ailenin iyilik halinde de olumsuz etkinin artacağı söylenebilir.

DAEÖ iyilik hali ön test puanıyla AAP toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), HİÖA-A/B ön test puanı arasında anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre diyabetin ailenin iyilik haline olumsuz etkisi artıkça hastalığa ilişkin öznel algıların da negatif yönde artacağı söylenebilir.

Katılımcıların AAP toplam ön test puanıyla, HİÖA-A/B ön test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 52. Katılımcıların Son Test Ölçek Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ölçekler		DAEÖ toplam son test	DAEÖ okul son test	DAEÖ iş son test	DAEO maddi durum son test	DAEO iyilik hali son test	AAP toplam son test	HİÖA-A/B son test toplam
DAEÖ toplam son test	r		0.412	0.415	0.877*	0.145	0.221	-0.123
	p	1	0.311	0.307	0.004	0.732	0.599	0.772
	n		8	8	8	8	8	8
DAEÖ okul son test	r			-0.283	-0.028	0.220	-0.280	0.084
	p		1	0.496	0.947	0.600	0.503	0.844
	n			8	8	8	8	8
DAEÖ iş son test	r				0.510	-0.286	0.254	-0.592
	p			1	0.196	0.493	0.545	0.122
	n				8	8	8	8
DAEO maddi durum son test	r					-0.085	0.453	-0.239
	p				1	0.841	0.260	0.569
	n					8	8	8
DAEO iyilik hali son test	r						-0.352	0.648
	p					1	0.392	0.082
	n						8	8
AAP toplam son test	r							-0.650
	p						1	0.081
	n							8
HİÖA-A/B son test toplam son test	r							
	p							1
	n							

*p<0,05

Yukarıdaki tabloda katılımcıların son testte ölçeklere verdikleri yanıtlara göre ölçekler arasında ilişkiler Spearman Korelasyon analiziyle incelenmiştir.

DAEÖ toplam son test puanıyla DAEÖ okul, iş, iyilik hali son test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken($p>0.05$), maddi durum alt boyutu bakımından anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre hastalık katılımcıların maddi durumunu olumsuz etkiledikçe diyabetin aileye olumsuz etkisinin de artış göstereceği söylenebilir. DAEÖ toplam puanıyla AAP toplam puanı ve HİÖA-A/B toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

DAEÖ okul son test puanıyla DAEÖ iş, maddi durum, iyilik hali son test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). DAEÖ okul alt boyut puanıyla AAP toplam puanı ve HİÖA-A/B toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

DAEÖ iş son test puanıyla DAEÖ maddi durum ve iyilik hali son test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). DAEÖ iş son test puanıyla AAP toplam ve HİÖA-A/B son test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

DAEÖ maddi durum son test puanıyla DAEÖ iyilik hali son test puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca DAEÖ maddi durum son test puanıyla AAP toplam ve HİÖA-A/B toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

DAEÖ iyilik hali son test puanıyla AAP toplam ve HİÖA-A/B toplam son test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

AAP toplam ve HİÖA-A/B toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.3. DENEYSEL ÇALIŞMAYA İLİŞKİN NİTEL BULGULAR

Araştırmanın ikinci aşaması olan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinde elde edilen nitel verilere ilişkin bulgular bu bölümde ele alınmıştır.

3.3.1. Ebeveynlerin Müdahale Uygulaması Süreci Durumlarına İlişkin Öz Değerlendirmeleri

Bu başlıkta ÇOT' un önemli tekniklerinden biri olan ve araştırmacı tarafından katılımcılara her müdahale öncesi uygulanan derecelendirme ölçeği ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Katılımcıların 1. 4. ve 8. müdahaleye ilişkin kendilerini değerlendirme puanları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 53. Katılımcıların Müdahale Uygulaması Süreci Durumlarına İlişkin Öz Değerlendirmeleri

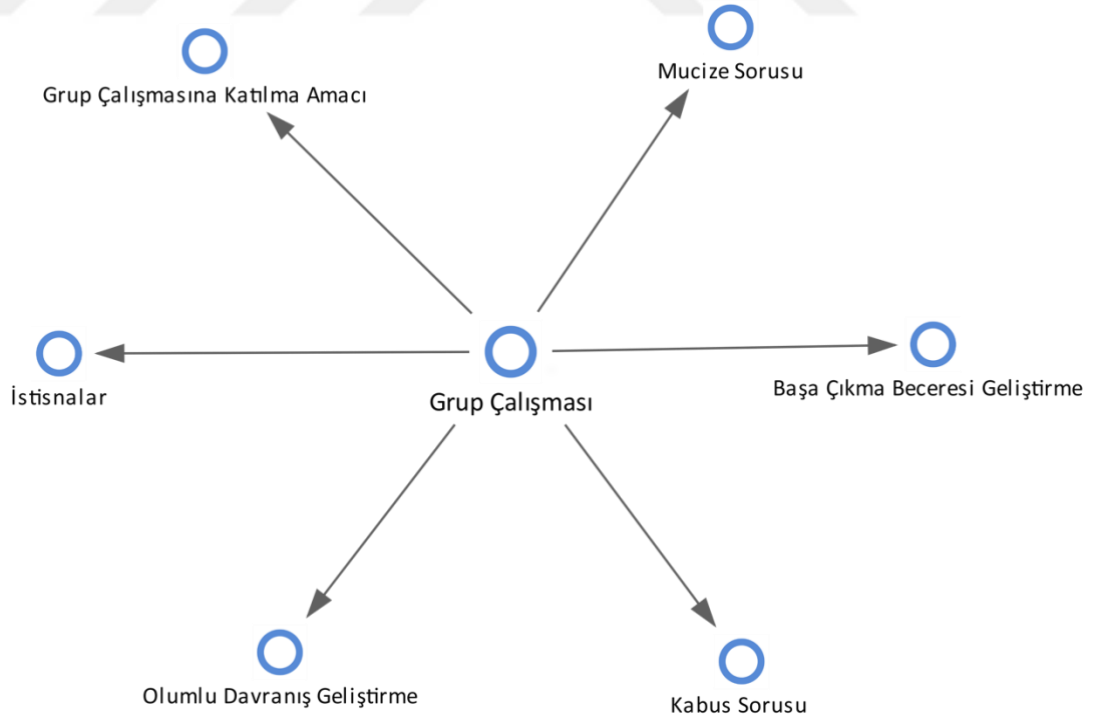
Katılımcı Kodu	İlk Müdahale	Müdahale Ortası	Müdahale Sonu
K1	6	9	10
K2	3	5	8
K3	3	6	9
K4	4	7	9
K5	6	8	9
K6	1	4	5
K7	5	7	8
K8	5	7	9

Bu derecelendirme skalasında 0 en kötü durumu 10 ise ulaşılmak istenen hedefi ifade etmektedir. Bu puanlamaya göre ebeveynler, müdahalenin sonunda kendilerinde

oldukça yüksek derecede ilerleme görmektedir. İlk müdahalede puanlar 1-6 arasında, müdahalelerin ortasında 4-9 arasında, müdahaleler tamamlandıktan sonra ise 5-10 arasındadır. Yalnızca bir ebeveynin (K6) müdahale sonundaki puanının ortalama bir puan olduğu görülmektedir. Diğer ebeveynlerin 8-10 arasında puana ulaştıkları görülmektedir. Ayrıca bir ebeveynin (K1) son durumunu 10 olarak değerlendirdiği görülmektedir. O ebeveynin ideeline ulaştığı söylenebilir.

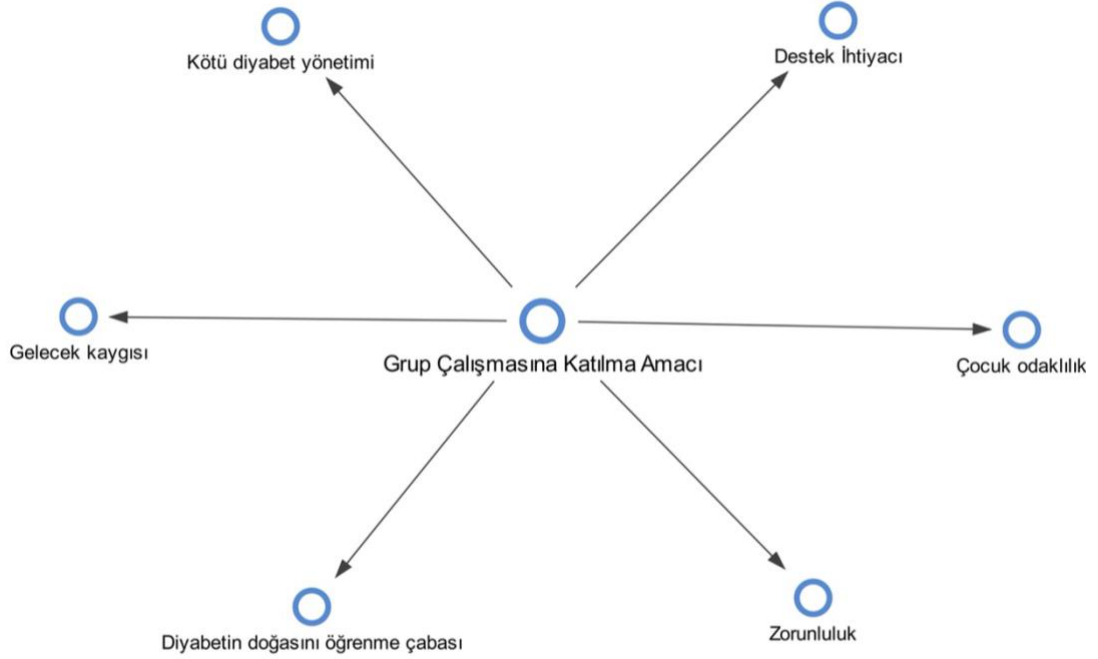
3.3.2. Grup Çalışması Oturumlarına İlişkin Nitel Bulguların Çözümlemesi

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi kapsamında sekiz ebeveyn ile her hafta bir oturum olmak üzere toplam 8 oturum yapılmıştır. Grup çalışmasında elde edilen verilerin çözümlemesi sonucunda 6 temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar “Grup Çalışmasına Katılma Amacı, Mucize Sorusu, Başa Çıkma Becerisi Geliştirme, İstisnalar, Olumlu Davranış Geliştirme ve Kâbus Sorusu” temalarıdır.



Şekil 4. Grup Çalışmasında Ortaya Çıkan Verilerin Çözümlemesini Yansıtan MAXMaps Grafiği

Grup Çalışmasına Katılma Amacı



Şekil 5. Ebeveynlerin Grup Çalışmasına Katılma Amacını Yansıtan MAXMaps Grafiği

Ebeveynlerin Grup Çalışmasına Katılma Amacı teması altında 6 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar “Kötü Diyabet Yönetimi, Destek İhtiyacı, Çocuk Odaklılık, Gelecek Kaygısı, Zorunluluk ve Diyabetin Doğasını Öğrenme Çabası” alt temalarıdır.

Kötü Diyabet Yönetimi

Grup çalışmasına katılma amacı teması kapsamında kötü diyabet yönetimine yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K7: "Çocuğumun şekeri yok yüksek seyrediyor. İnşallah bu çalışma sayesinde elimden bir şey gelir."

K2: "Son 1 yıldır çok zorlanıyoruz diyabeti yönetme konusunda (☹)."

K8: "Çocuğum (diyabetli olan çocuk) ile ilgili yaşanan sorunlar inşallah hafifler, isteğim bu."

İfadelere göre, ebeveynlerin yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine tip 1 diyabetli çocuğun diyabeti kötü yönetmesi ve ebeveynlerin bu sorunun çözümüne katkı sağlamak amacıyla katıldıkları anlaşılmaktadır. Çocukların diyabet yönetimi sürecinin stabil bir şekilde ilerlemediği, dönem dönem diyabetin kötü yönetildiği ve bu değişken durumun bazı ebeveynlerde stres ve üzüntüye neden olduğu görülmektedir.

Destek İhtiyacı

Grup çalışmasına katılma amacı teması kapsamında destek ihtiyacına yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K7: "Hastaneye gelmemiz hep bir olay. Gelmek istemiyor. Canı yanıyor. 5 hemşireyle beraber kan veriyoruz. Onu öyle görmek beni mahvediyor (☹)."

K4: "... Ama biz ebeveynler de çok yıpranıyoruz tabi. Bazen dayanamayacak hale geliyorum ben."

K5: "Ben şu anda yaşadığım problemi çözebilir miyim diye geldim aslında. Çocuğum gittiği her yere iğnelerini götürmek zorunda. O çok sıkıntı oluyor. Günde 4 kere ölçüyor ve iğne vuruyor. İğne vurmak çok zor geliyor ona. Anne bu hastalığın hapi olsa da hapını içsem keşke iğne vurmasam diyor. Artık o da ben de çok yıprandık. Onu öyle görmek beni de üzüyor (☹)."

K2: "Ben çocuğumu uyardığımda bana kızıyor, beni düşman görüyor. Ben çok yıprandım. Kendimi de sorguluyorum. Acaba çocuğuma çok mu yükleniyorum diyorum. Ağlayacak durumdayım yani (☹)."

İfadelere göre ebeveynlerin en fazla çocuklarının diyabeti yönetememesi nedeniyle zorluk yaşadıkları görülmektedir. Çocukların diyabeti iyi yönetememesinin ebeveynleri duygusal açıdan etkilediği anlaşılmaktadır. Ayrıca diyabetin kronik olması sebebiyle diyabet tedavisinin de sürekli olmasının ebeveynlerde tükenmişliğe neden olduğu görülmektedir. Bu ifadelerle göre tedavinin sürekliliğinin ebeveynlerin psikososyal sağlığını olumsuz etkilediği ve ebeveynlerin desteğe ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır.

Çocuk Odaklılık

Grup çalışmasına katılma amacı teması kapsamında çocuk odaklılığına yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K4: "Çocuğumuz birinci planda biz ikinci plandayız hocam. Çocuklara odaklıyız. İster istemez kendimizi hep ikinci plana attık. Ondan belki de hep önce çocuklar geliyor aklımıza."

K6: "Çocuğumuz iyi olursa biz iyiyiz hocam."

İfadelere göre ebeveynlerin diyabetli çocuğu yaşamlarında ön planda tuttıkları ve çocuğa fayda sağlamak amacıyla çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılmayı istedikleri anlaşılmaktadır.

Gelecek Kaygısı

Grup çalışmasına katılma amacı teması kapsamında gelecek kaygısına yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Benim çocuğum küçük olduğu için şu an çok zorluk yaşıyorum işin aslı. Ama ileride çocuğum ergenliğe girdiğinde durumu, diyabeti ve psikolojimi yönetmek için geldim buraya."

K5: "Dönem dönem diyabet yönetimimiz kötüleşiyor. Bunu engellemek için buradayım."

İfadelere göre bir katılımcının çocuğunun diyabeti iyi yönettiği fakat bu iyi yönetimin ileride de sürdürülebilir olması için, bir başka katılımcının da diyabetin iyi yönetimini standardize etmek amacıyla çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılmayı istediği anlaşılmaktadır.

Zorunluluk

Grup çalışmasına katılma amacı teması kapsamında zorunluluğa yönelik ebeveyn ifadesi şu şekildedir:

K8: "Hocam aslında ben değil eşim katılacaktı. Ama hamile ve doğum yakın. Ondan dolayı ben geldim. Bu süreçte öğrendiklerimi ona aktaracağım."

Çalışmaya katılan tek erkek olan K8'in ifadesine göre eşinin sağlık durumu nedeniyle yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılım gösterememesinden dolayı kendisinin katıldığı anlaşılmaktadır. Bu durumun çocuğun ebeveynlerinden genellikle annenin birincil bakım veren konumunda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Paralel bir şekilde, çalışmada yer alan ebeveynlerden yedisi anne iken yalnızca birisi baba'dır. Literatürde de değinildiği gibi çocuğa/hastaya bakım verme yükünün ağırlıklı olarak annelerde olması nedeniyle grup çalışmasında cinsiyet dağılımının bu şekilde olduğu düşünülmektedir.

Diyabetin Doğasını Öğrenme Çabası

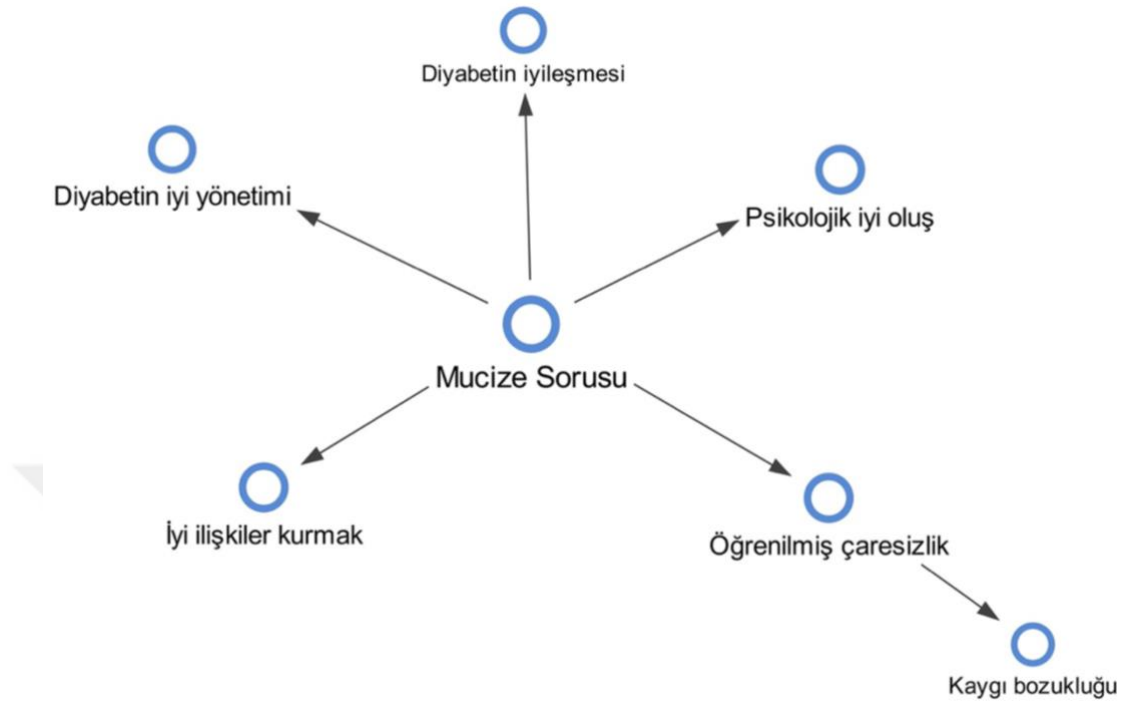
Grup çalışmasına katılma amacı teması kapsamında diyabetin doğasını öğrenme çabasına yönelik bir ebeveynin ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Diyabeti anlayamadım ben hocam. Aslında eğitime de katıldım ama daha karbonhidrat sayımı, insülin dozunu ayarlama vs. tam anlamıyla çözemedim. Belki ona bir faydası olur dedim."

İfadeye göre ebeveynin diyabetin doğasını ve yönetimini yeterince bilmediği ve yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine diyabeti ve tedavi rutinini öğrenmesine yardımcı olacağını düşündüğü için katıldığı görülmektedir. Tüm ebeveynlere yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi başlamadan önce müdahalenin amacı anlatılmış olsa da bir katılımcının grup çalışmasında diyabet yönetimi ile ilgili teknik bilgiler öğreneceğini umut ederek katıldığı anlaşılmaktadır. Ebeveyne ve diğer ebeveynlere müdahalenin amacı tekrar anlatılmış olup, ilgili ebeveynin verilen ev ödevleriyle sorununun çözümlemesine yardımcı olunmuştur.

Özetle ebeveynlerin yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılma nedenlerinin temelinde çocuğun diyabet yönetiminde yaşanan zorluklar, sorunlar ve çocuğun sağlığı ile ilgili gelecek kaygısı olduğu anlaşılmaktadır.

Mucize Sorusu



Şekil 6. Ebeveynlerin Mucize Sorusuna Verdiği Cevapları Yansıtan MAXMaps Grafiği

Araştırmacı tüm katılımcılara amaçlarını belirginleştirmek amacıyla mucize soruyu (“Size oldukça tuhaf bir soru soracağım. Görüşmemiz tamamlandıktan sonra, işe, okula, eve geri döneceksiniz ve günün geri kalanında çocuklarla ilgilenmek, yemek pişirmek, televizyon seyretmek gibi ihtiyacınız olan şeyleri yapacaksınız. Yatma zamanı gelecek ve evinizdeki herkes sessizleşecek. Huzur içinde uyuyacaksınız. Gece siz uyurken bir mucize olacak ve bugün sizi buraya getiren sorun çözülecek. Ancak bu mucize siz uyurken gerçekleştiği için bir mucize olduğunu ve sorunun çözüldüğünü bilmeyeceksiniz. Sabah uyandığınızda, size bir mucizenin olduğunu ve sorunun ortadan kalktığını gösteren ilk küçük işaret ne olur?”) sormuştur. Bu kapsamda mucize sorusu teması altında 5 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Diyabetin İyi Yönetimi, İyi İlişkiler Kurmak, Psikolojik İyi Oluş, Diyabetin İyileşmesi ve Öğrenilmiş Çaresizlik" alt temalarıdır.

Diyabetin İyi Yönetimi

Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinde mucize sorusu teması kapsamında ebeveynlerin diyabetin iyi yönetimine yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Hocam benim mucizem çocuğumun diyabeti iyi yönetmesiydi. Yani diyabetle ilgili sorun yaşamaz ve hayatımıza devam ediyor olurduk. Uyanınca normalde olduğu gibi yine kahvaltı yapardık çok bir şey değişmezdi bence hayatımızda."

K2: "Benim de mucizem oydu."

K6: "Benim mucizem de çocuğumun diyabeti iyi yönetebilmesiydi."

K5: "Çocuğumun diyabeti başarılı bir şekilde yönettiğini hayal ettim ben de."

İfadelere göre ebeveynlerin çoğunun amacının çocuğun diyabeti iyi yönetmesi olduğu görülmektedir. Çocuğun sağlık problemi nedeniyle yaşadığı sorunların ebeveynleri derinden etkilediği anlaşılmaktadır.

İyi İlişkiler Kurmak

Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinde mucize sorusu teması kapsamında ebeveynlerin iyi ilişkiler kurmaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K6: "Mucizem gerçekleşseydi bizde çatışmalar biterdi. Biz artık oğlumla kavga etmez, iyi geçinirdik. Oğlumun benimle gülümseyerek konuşması ilk değişiklik olurdu bence. Bu aralar ergenlik ve sınav döneminde olduğumuz için sürekli çatışıyoruz, onlar biterdi."

K8: "O zaman oğlum sinirli olmazdı ve baba oğul olarak daha iyi anlaşırdık."

K2: "Bizde de çatışmalar biterdi herhâlde hocam. Daha rahat ve mutlu olurduk. Çok mutlu olurdum. İlk değişimi çocuğum fark ederdi bence. Daha rahat olacağım için o zaman onunla daha iyi vakit geçirebilirdim (☺)."

İfadelere göre ebeveynlerin amaçlarının gerçekleşmesinin ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkinin iyileşmesini sağlayacağı anlaşılmaktadır. Çocuğun diyabet yönetme durumunun ebeveyn ile çocuk ilişkisi üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

Çözüm odaklı terapinin önemli tekniklerinden biri olan mucize soru tekniği ile müracaatçıların sorunlarının çözümlendiği geleceği hayal etmeleri ve bu doğrultuda motivasyonlarının artması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda yapılan çalışmada ebeveyn/çocuk ilişkisinin iyileşmesine yönelik hayali geleceğin paylaşılmasının ebeveynlerin sorunlarının çözümüne yönelik motivasyonlarını artırdığı görülmektedir. Buna ek olarak bu ifadelerden çocuğun diyabet yönetiminin aile içinde çatışmalara yol açtığı ve ebeveynleri psikolojik açıdan olumsuz etkilediği anlaşılmaktadır. Bir ebeveynin (K6) ifadesinde çocuğun kendisiyle gülümseyerek konuşmasına yaptığı vurgu hastalığın yönetiminin ebeveyn/çocuk ilişki üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ve olumlu iletişim kalıplarına zarar verdiğini göstermektedir.

Psikolojik İyi Oluş

Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinde mucize sorusu teması kapsamında ebeveynlerin psikolojik iyi oluşa yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Mucizem gerçekleşseydi kuş gibi hafıflardım. Daha mutlu olurum. İlk olarak hemen diyabetle ilgili olan her şeyi, iğneyi, insülin cihazını atardım. Sonra çocuğumun hayatında artık özgür hareket ettiğini görürdüm sanırım. Ben de onunla birlikte özgürleşirdim."

K8: "Endişelerim bir hayli azalırdı, onun (çocuğun) sağlıklı olması beni çok rahatlatır tabi."

İfadelere göre diyabet tedavisinin ebeveynler tarafından çocuğun yaşamında özgürlüğü kısıtlayan bir faktör olarak değerlendirildiği ve çocukların iyi diyabet yönetimine sahip olmasının ebeveynlerin psikolojik sağlığına olumlu etkiler yaratacağı anlaşılmaktadır. Ebeveynlerin çocuğun sağlığı ile ilgili kaygı duyması göz önünde bulundurulduğunda bu kronik hastalığın onların psikososyal sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu anlaşılmaktadır.

Diyabetin İyileşmesi

Grup çalışmasında mucize sorusu teması kapsamında ebeveynlerin diyabetin iyileşmesine yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Benim mucizem çocuğumun tamamen iyileşmesiydi hocam."

K8: "Benim de mucizem oğlumun tamamen iyileşmesi olurdu"

İfadelere göre ebeveynlerden ikisinin çocuklarında tip 1 diyabetin tamamen geçmesini mucizeleri olarak nitelendirdikleri anlaşılmaktadır. Mucize soru tekniğinin uygulanmadan önce tüm ebeveynlere anlatılmış olmasına rağmen iki ebeveynin fantezi kurmaya devam ettikleri, gerçekçi olmayan beklentiler içerisinde oldukları ve mevcut hastalık durumunu gerçekçi olarak kabul edemedikleri anlaşılmaktadır. Ebeveynlere teknik tekrar anlatılmış, mevcut bilimsel koşullar çerçevesinde bilim insanları tarafından çalışmalar devam etse de şu anda tip 1 diyabetin kronik bir hastalık olduğu hatırlatılmıştır. Bu doğrultuda soru tekrar sorulduğunda iki ebeveyn de mucizlerinin çocuğun diyabeti iyi yönetmesi olarak ifade etmişlerdir.

Öğrenilmiş Çaresizlik

Grup çalışmasında mucize sorusu teması kapsamında bir ebeveynin öğrenilmiş çaresizliğe yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K7: "İnanın aklıma bir mucize gelmedi. Sorunum hiç geçmeyecek sanki. İncam yok sanırım ondan hayal edemedim. Çocuklarımla uğraşmaktan çok yoruldum ve artık değişeceğine inanmadığım için, biraz geri çekildim, kendi haline bıraktım artık."

İfadeye göre ebeveynin geçmişteki olumsuz deneyimleri ve karşılaştığı başarısız sonuçların etkisiyle geleceğe olan inancını yitirdiği anlaşılmaktadır. Ebeveynin duygusal tükenmişliğinin öğrenilmiş çaresizliğe neden olduğu düşünülmektedir.

Kaygı bozukluğu

K5: "Benim endişelerim devam ederdi bence. Ben yine sanki çocuğuma aynı şekilde davranmaya, üzerine titremeye devam ederdim. Ya sonra tekrar bozulursa, eskiye dönersek. O korku sanırım hep benimle kalacak. Ben yine çocuğuma yediğine içtiğine dikkat et derdim ya tekrar eskiye dönerse? Ben de çocuğumu aynı şekilde beslerdim, değişiklik olmazdı bence."

İfadeye göre bir ebeveynin yaşadığı olumsuz deneyimler nedeniyle mucizesi gerçekleşse bile çocuğunun sağlığı ile ilgili kaygı duymaya devam edeceği görülmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının sağlığı ile ilgili yaşadığı kaygıların yoğunluğunun onlarda derin izler bıraktığı ve psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu anlaşılmaktadır. Ebeveynler tarafından tip 1 diyabetli bir çocuğa sahip olmanın ruhsal anlamda zorlayıcı olduğu düşünülmektedir.

Mucizelerinin gerçekleşmesi için katılımcılara neler yapabilecekleri sorulduğunda katılımcılar öncelikle yapabilecekleri bir şey olmadığını söylemiş, düşünceleri için süre tanındığında ise hastalığın iyi yönetimi için çocukla yaşanan çatışmaların azaltılarak ve çocuklara diyabeti yönetme konusunda onları kötü hissettirmeden destek vererek mucizelerini gerçekleştirebileceklerini ifade etmişlerdir.

K5: "Hocam ben elimden geleni yapmaya çalışıyorum. Ama çocukta bitiyor iş. Tabi anne baba olarak onlara destek olmamız gerekiyor o zaman diyabetin yönetimi daha kolay olur."

K6: "Ben oğluma sağlığı için sürekli telkinde bulunurken o bunu yanlış anlıyor. Üzerine çok gittiğimi söylüyor. Bu süreçte belki ona böyle hissettirmeden destek olmaya devam edebilirsem hem diyabeti iyi yönetir hem de çatışmalarımız azalır. Mucizemi gerçekleştirmek için şimdilik aklıma gelenler bunlar."

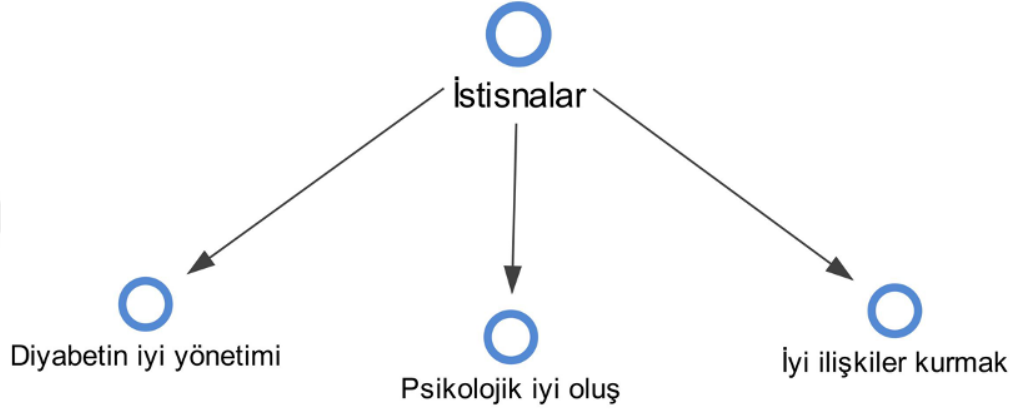
K2: "Sanırım stresimi ve kaygılarımı çocuğuma belli etmemeye çalışırsam çatışmalarımız azalabilir. Bu ona da iyi gelir tabi, diyabeti daha iyi yönetebilir."

K1: "Kızım büyüyüp ergenliğe girdiğinde bocalayabilir o zamanlar kızıma daha fazla destek olursam diyabeti yönetme konusunda sıkıntı yaşamayız diye düşünüyorum."

Bu ifadelere göre ebeveynlerin çocuğunun diyabet yönetiminde aktif bir rol oynadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca diyabetli çocuğa destek olmanın diyabetin iyi yönetilmesine yardımcı olduğunun ebeveynler tarafından öneminin anlaşıldığı görülmektedir. Ebeveynlerin ifadelerine göre yaşanan stres ve kaygıların ebeveyn/çocuk ilişkisine zarar verdiği, çocuğun sağlığını korumak amacıyla sarfedilen

bazı söylemlerin çocuklar tarafından tepkiyle karşılandığı ve çatışmalara yol açtığı görülmektedir. İfadelere göre çocuğu rahatsız hissettirmeden diyabet yönetimine dahil olmanın ebeveynler tarafından zorlayıcı olduğu anlaşılmaktadır.

İstisnalar



Şekil 7. Ebeveynlerin İstisnalarını Yansıtan MAXMaps Grafiği

Araştırmacı katılımcıların diyabetin şiddetini yoğun bir şekilde hissetmedikleri zamanları hatırlatarak sorunlara karşı varsayımsal çözümleri keşfedebilmelerini sağlamak amacıyla ebeveynlerin istisnalarını sorgulamıştır. Bu bağlamda ebeveynlerin istisnaları teması altında 3 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Diyabetin İyi Yönetimi, Psikolojik İyi Oluş ve İyi İlişkiler Kurmak" alt temalarıdır.

Diyabetin İyi Yönetimi

Grup çalışmasında istisnalar teması kapsamında ebeveynlerin diyabetin iyi yönetimine yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Çocuğumun değerlerinin normal olduğu zamanlar. Hocam o zamanlar daha huzurluyum."

K8: "Sanırım çocuğumun sağlığı yerindeyken diyabet bu kadar da ağır gelmiyor bana. Ailemiz için de bu böyle bence."

K3: "Çocuğumun sağığının yerinde olduğı zamanlar benim mutlu olduğum anlar hep o zamanlar..."

İfadelere göre ebeveynlerin çocuğın diyabet yönetimi iyi olduğunda psikolojik açıdan daha sağıklı oldukları anlaşılmaktadır. Çocuğın diyabet yönetiminin ebeveynin de diyabet yönetimini ve ruhsal sağığını doğrudan etkilediğı görölmektedir.

Psikolojik İyi Oluş

Grup çalışmasında istisnalar teması kapsamında ebeveynlerin psikolojik iyi oluşıya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Elbette her zaman aynı yoğunlukta olmuyor dertler. Bazen öyle güzel şeyler yaşıyoruz ki ben çocuğumun tip 1 diyabetli olduğunu bile unutuyorum. Sonra tabi özellikle yemek saatleri gelince tekrar hatırlıyorum. İçim burkuluyor ama her zaman kötü hissetmiyorum tabi. İç huzur önemli bence. İç huzurumu sağlarsam benim için her şey daha kolay oluyor. Burada da sanırım hayatımızdaki negatiflere odaklanmak yerine onları pozitifte çevirmeye uğraşmak lazım."

K3: "Bazen hayat o kadar yolunda oluyor ki çocuğumun diyabetli olduğunu bile unutuyorum. İçten gülüyorum. Böyle zamanlar diyabetin aslında çok da kötü bir hastalık olmadığına inandığım zamanlar. Ama bazen bu düşüncelerim değişiyor. Kaygılanıyorum. O zamanlar daha mutsuzum. Sanırım mutlu olduğum zamanlar diyabetten korkmadığım zamanlar."

İfadelere göre ebeveynlerde hastalığın algılanan ağırlığı ile psikolojik sağılıkları arasında güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.

İyi İlişkiler Kurmak

Grup çalışmasında istisnalar teması kapsamında ebeveynlerin iyi ilişkiler kurmaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K4: "Hocam sorunlar hep var, olacak da. Ama biz ailecek güzel vakit geçirdiğimizde yaşadığımız sorunlar o kadar ağır gelmiyor. Düşününce benim

istisnalarım hep o zamanlar. O yüzden sanırım bizim ailecek birlikte daha çok vakit geçirmemiz lazım. Ödevleri yaparken bunun yalnızca bana değil, hepimize (aile üyeleri) çok iyi geldiğini gördüm. Ondan dolayı ben hep ailemi eğleneceğimiz oyunlara, birlikte gideceğimiz gezilere ya da beraber film gecesi gibi etkinliklere yönlendirmeye karar verdim. O anlarda diyabetin olumsuz etkisi ortadan kalkıyor, hafifliyoruz sanki."

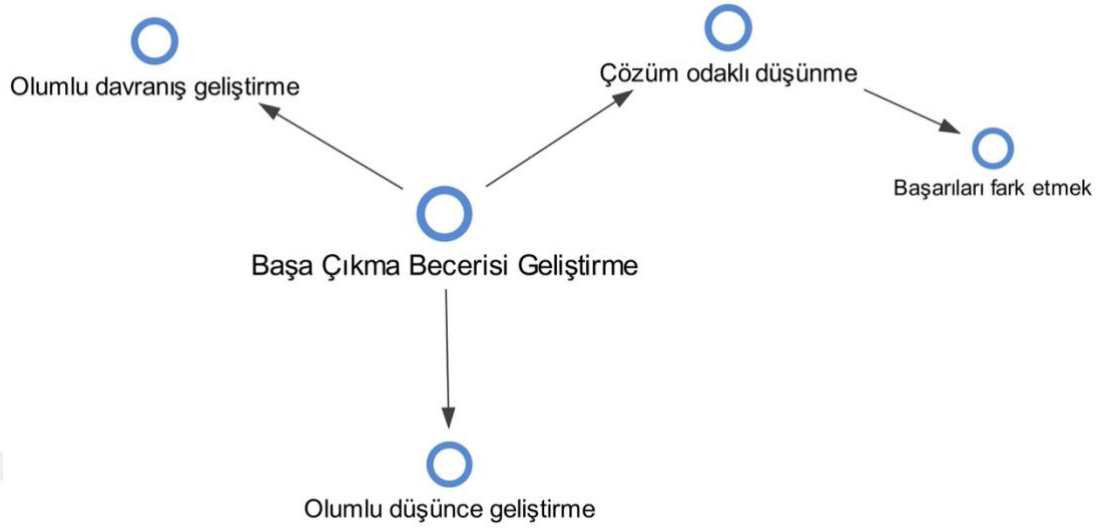
K8: "Oğlumla tartışmalarımız azaldığı zamanlar bunlar... Daha çok eğlenceli ve huzurlu oluyoruz."

K1: "... Kaygılarım olmuyor ilk başta. Ben daha huzurlu olduğum için bu eve de yansıyor tabi ki. Birlikte daha çok vakit geçiyoruz o zamanlar mesela şimdi siz sorunca fark ettim."

İfadelere göre ebeveynlerin aile içi çatışmaların azaldığı ve ilişkilerinin iyi olduğu zamanları istisnaları olarak tanımladıkları ve o zamanlarda aile içi paylaşımlarının arttığı görülmektedir.

Özetle ifadelere göre neredeyse tüm ebeveynlerin diyabetin olumsuz etkisinin azaldığı zamanları istisnaları olarak tanımladıkları görülmektedir. Çocuklar diyabeti iyi yönettiği zamanlarda ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkilerinin iyileştiği ve kaygılarının azaldığı anlaşılmaktadır. Ek olarak ifadelere göre ebeveynlerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve çocuğun diyabet yönetimi ile ebeveynlerin psikolojik iyi oluşları ve iyi aile ilişkileri kurulması arasında güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır.

Başa Çıkma Becerisi Geliştirme



Şekil 8. Ebeveynlerin Başa Çıkma Becerilerini Geliştirmelerini Yansıtan MAXMaps Grafiği

Araştırmacı ebeveynlerin geçmiş ve şimdiki başarılarını hatırlayıp yeni başarılar elde etmek için motivasyonlarını artırmayı amaçlayarak katılımcılara başarılarını sormuştur. Katılımcıların geçmiş, şimdi ve geleceği görmeleri açısından 'üç sandalye tekniği'nden yararlanılmıştır. Araştırmacı ortaya 3 sandalye koymuş ve her katılımcının tanı konulduğu zamandaki geçmişi, şimdiyi ve gelecekte neler olabileceğini canlandırmalarını istemiştir. Bu bağlamda ebeveynlerin başa çıkma becerisi geliştirme teması altında 3 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Olumlu Düşünce Geliştirme, Çözüm Odaklı Düşünme ve Olumlu Davranış Geliştirme" alt temalarıdır.

Tanı konulduğu zamanki geçmişe yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K1: "İlk tanı aldığımızda hayatım kararmıştı sanki. Ne yapacağım, çocuğuma ne olacak diye çok korkmuştum. Kendimde o gücü görememiştim. Kimse yoktu yanımda, babası da yoktu o dönem. Ben hem anne hem baba oldum. O günleri düşündüğümde helal olsun diyorum kendime."

K3: "Tanıya hazırlıksız yakalanmıştık biz de. O birkaç hafta oldukça zor geçmişti. Fakat hastaneden çıkıp evimize geçtiğimizde artık sorumluluğun

çoğunlukla bende olduğu fikri beni mutsuzlaştırmıştı. Ama yavaş yavaş alıştım."

K7: "Hocam ben ilk zamanlar çok mutsuzdum."

İfadelere göre çocuğa tip 1 diyabet tanısı konulmasının ebeveynleri üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu görülmektedir. Çocuğa tanı konulmasının ebeveynlerin kaygı düzeylerini artırdığı, panik yaşamalarına neden olduğu ve sürecin ebeveynler açısından zorlayıcı geçtiği anlaşılmaktadır. Ebeveynlerin o süreçte çocuğun sağlığı ile ilgili yüksek düzeyde stres yaşadıkları, psikososyal sağlıklarının olumsuz etkilendiği ve çocuğun bakımı ile ilgili rolleri yerine getirme konusunda kaygı yaşadıkları görülmektedir. Bu ifadelere göre hastalık nedeniyle yüklenen yeni bakım rollerinin, ebeveynlerin ruhsal olarak dirençlerini olumsuz etkilediği anlaşılmakla birlikte ilerleyen dönemlerde diyabetle baş etme becerilerinin geliştiği anlaşılmaktadır.

Tanı konulduğu zamanki geçmiş hislere yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K4: "Mesela ben ilk tanı aldığımızda kendimi çok suçladığımı hatırlıyorum. Acaba iyi bir anne olamadım mı? Beslenmesine, sağlığına yeteri kadar dikkat etmedim mi? Benim yüzümden mi çocuğum diyabetli oldu diye çok üzülüyordum o dönemlerde. Ama zaman geçtikçe ve hastalığı daha iyi öğrenince bunun benim anneliğimle ilgili olmadığını fark ettim."

K5: "Biz de ilk tanı aldığımızda kendi ailem dahil eşimin ailesi, konu komşu herkes beni suçlamıştı. Çok yaralanmıştım. Şimdi geriye dönüp baktığımda ben de boşa kendimi üzmüşüm, keşke onlara cevap verseydim diyorum. Bence artık kendimizi suçlamamamız da bir başarı."

İfadelere göre çocuğa tip 1 diyabet tanısı konulmasının bazı katılımcılarda ebeveynlik becerilerini sorgulattığı ve suçluluğa neden olduğu görülmektedir. Bu yanlış ve olumsuz algının oluşmasında ebeveynlerin aile ve sosyal çevrelerinin de etkili olduğu anlaşılmaktadır. Çocuğa tip 1 diyabet tanısı konulmasının katılımcıların kendi ebeveynlik becerilerinden kaynaklanmadığının hastalığın doğasının anlaşılmasıyla birlikte anlaşıldığı görülmektedir.

Şimdiye yönelik bazı ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Şimdiye geldiğimizde kendimi tebrik ediyorum. Ara ara düşsem de genelde süreci iyi yönettiğimi düşünüyorum."

K3: "O yılları düşündüğümde şimdi çok yol katettiğimi görebiliyorum."

K1: "Ben çocuğumla olan iletişim ve ilişkimin onun şu an diyabetle barışık bir şekilde yaşamasına çok yardımcı olduğunu düşünüyorum. Bu benim en büyük başarılarımdandır."

K7: "En azından çözümü var, eğer beslenmemize, sağlığınıza dikkat edersek çocuğumun diğer çocuklardan farkı olmayacak. Hatta onlardan bile daha sağlıklı olacak diye kendimi telkin ederdim. Çok kolay olmadı ama şimdi gerçekten böyle düşünüyorum. Bu düşünceyi gerçekten benimsemek de bir başarı bence. Bana çok iyi geldi."

İfadelere göre ebeveynlerde tanı konulan zamana göre şimdiki zamanlarda diyabetin olumsuz etkisinin daha hafif olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin tanı konulan zamandan itibaren birçok başarı elde ettikleri ve diyabet yönetim sürecinde gelişim gösterdikleri anlaşılmaktadır. Bir katılımcının ifadesinden (K1) ebeveyn ile çocuk arasındaki olumlu iletişim ve ilişki kalıplarının, çocuğun diyabeti iyi yönetmesine katkı sağladığı anlaşılmaktadır.

Geleceğe yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Muhtemelen 5 yıl sonra daha da hafiflemiş olacağım. Çocuğum artık iyi kontrollü, ben daha az kaygılı kısaca daha mutlu bir hayatımız olacağını düşünüyorum."

K7: "5 yıl sonraysa çocuğumun hastalık yönetiminin de hayatımızın da daha iyi olacağını, çok daha mutlu olacağımızı düşünüyorum."

K1: "Ara ara sorun hep yaşayacağız, hayatın kanunu bu ama ileride yaşayacağımız sorunları çözecek gücü kendimde görüyorum. 5 yıl sonra hayatımız şimdikinden de iyi ve yolunda olacak inşallah."

İfadelere göre ebeveynlerin geleceğe yönelik umutlu oldukları anlaşılmıştır. Yaşadıkları deneyimlerde elde ettikleri başarıları fark etmelerinin ebeveynlerin geleceğe yönelik olumlu bakış açısına katkı sağladığı görülmektedir.

Olumlu Düşünce Geliştirme

Grup çalışmasında başa çıkma becerisi teması kapsamında olumlu düşünce geliştirmeye yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Bu çalışmanın bende aydınlatma yarattığını söyleyebilirim. Düşünce olarak yani. Düşünce biçimim önceden daha olumsuzdu."

K3: "Sanırım ben yalnız başıma sorunları çözemeyeceğimden korktuğum için çözmeye çalışmamışım bile. Artık biliyorum o gücün kendimde olduğunu."

İfadelere göre katılımcıların düşünce yapılarının olumlu yönde değiştiği ve güçlü yönlerini keşfettikleri anlaşılmıştır.

Çözüm Odaklı Düşünme

Grup çalışmasında başa çıkma becerisi teması kapsamında çözüm odaklı düşünmeye yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K7: "Çözüm odaklı düşünce yapısını gerçekten benimsemek de bir başarı bence. Bana çok iyi geldi."

K2: "Şimdi sorun karşısında hemen ilk aklıma nasıl çözebiliriz? sorusu geliyor."

K3: "Bu çalışma sayesinde ben de çözümünden ziyade soruna enerjimi harcadığımı fark ettim."

K8: "Hocam ben bu çalışmada artık çocuğumla ilgili şikayetlerimde (örneğin bilgisayarda çok oyun oynaması) çözümün sadece onda olmadığını anladım diyebilirim. Ben bu sorunun çözülmesi için ne yapabilirim? Çocuğumun ekran süresini azaltmaya katkım olabilir mi? diye düşünüyorum artık."

İfadelere göre çalışmanın başladığı andan itibaren geçen sürede ebeveynlerin çözüm odaklı düşünme becerisinin geliştiği anlaşılmaktadır.

Olumlu Davranış Geliştirme

Grup çalışmasında başa çıkma becerisi teması kapsamında olumlu davranış geliştirmeye yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

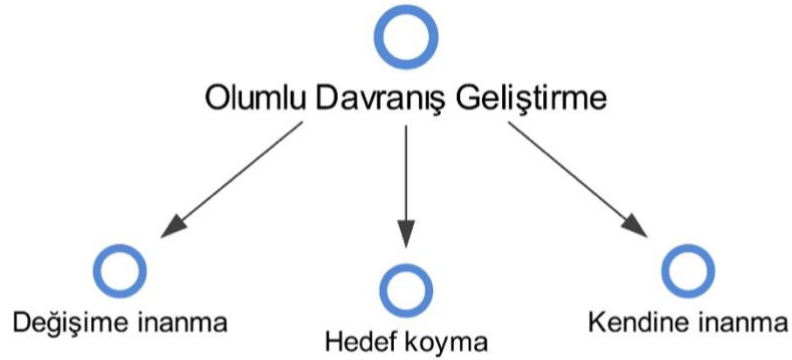
K2: "Bu (*çözüm odaklı düşünme*) da tabi davranışlarımı değiştirdi. Mesela çocuğum geçen gün artık çok sıkıldığını söyledi bu hastalıktan. Ona hak veriyorum vermesine ama eskiden olsa ben ondan çok üzülür, mutsuz olurum. Ama şimdi onunla sohbet ettim, bunun sürekli olduğu için arada bezginlik verebileceğini, bunun normal bir duygu olduğunu ama bu duygunun da geçici olduğunu ona anlattım. Bu rutinlerin genel sağlığı için aslında daha iyi olduğunu anlattım. Ve o zaman onun da rahatladığını, sıkıntısının azaldığını gördüm."

K8: "Verdiğiniz ödev var ya basket oynama, çocuğumla basket oynamaktan gerçekten çok keyif aldım, siz bir gün demenize rağmen o gün o kadar keyif aldık ki ertesi gün de çıktık oynamaya. Bunu hep yapacağız artık."

İfadelere göre katılımcıların sorun yaşadıklarında çözüm yollarına yönelik düşüncelerinin davranışlarının da olumlu yönde farklılaşmasına katkı sağladığı görülmektedir.

Olumlu düşünce geliştirme, çözüm odaklı düşünme ve olumlu davranış geliştirmenin ebeveynlerin başa çıkma becerisine önemli düzeyde katkı sağladığı anlaşılmıştır.

Olumlu Davranış Geliştirme



Şekil 9. Ebeveynlerin Olumlu Davranış Geliştirme Durumlarını Yansıtan MAXMaps Grafiği

Araştırmacı ebeveynlerin olumlu davranışlar geliştirmelerini amaçlayarak katılımcılara bu kapsamda neler yapabileceklerini sormuştur. Bu bağlamda ebeveynlerin olumlu davranış geliştirme teması altında 3 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Değişime İnanma, Hedef Koyma ve Kendine İnanma" alt temalarıdır.

Değişime İnanma

Grup çalışmasında olumlu davranış geliştirme teması kapsamında değişime inanmaya yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K6: "Hocam benim sizin sayenizde umudum yeşerdi. İlk oturumda bahsetmiştim ya ben artık bırakmıştım çocuğumu. Elimden bir şey gelmez diye düşünüyordum. Ama buraya geldikten sonra umut besleyebildim."

K7: "Kendimi artık daha iyi ifade ediyorum bu konuda. Çocuğum artık utanmıyor eskisi kadar, sanki onun da diyabet algısı yavaş yavaş değişiyor. Çok mutlu oluyorum."

İfadelere göre ebeveynlerin geleceğin olumlu değişimine yönelik inanç geliştirdikleri anlaşılmıştır. Geleceğin olumlu değişimine artan inancın ebeveynlerin olumlu davranış geliştirmelerine yol açtığı anlaşılmıştır. İfadelere göre ebeveynlerin olumlu davranış geliştirmeye yönelik kendine olan inançlarının arttığı görülmektedir. Ebeveynlerin yaşanan sorunların çözümüne yönelik kendi davranış kalıplarını

sorguladıkları ve farklı davranış kalıbı geliştirerek istenilen sonuca ulaşmak için gayret gösterdikleri anlaşılmıştır.

Hedef Koyma

Grup çalışmasında olumlu davranış geliştirme teması kapsamında hedef koymaya yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K4: "Hocam ben sizin verdiğiniz ödevler kapsamında kızımın her hafta bazen haftada iki kere yaklaşık bir saat anne-kız saati yapmaya başladım. Bu bize çok iyi geldi ve hep yapmaya karar verdik. Bunu eşimle de deneyeceğim."

K2: "Öncelikle daha sakin yaklaşmalıyım. Bunun için önce çocuğumu dinleyip, anlamaya çalışmalıyım. Son birkaç haftadır bunu yapmaya çalıştığım çatışmalarımızın azaldığını gördüm. Çocuğumun da gerginliği azaldı."

İfadelere göre ebeveynlerin yeni hedefler koyarak olumlu davranış geliştirdikleri anlaşılmıştır. Bu kapsamda bir ebeveyne çalışma kapsamında verilen ev ödevinin çocuğuyla olan ilişkisi üzerinde olumlu etkiler yarattığı anlaşılmış, ebeveynin yeni hedefler koyduğu ve verilen ödevi uyarlayarak eşile de denemeye karar verdiği görülmektedir. Bir başka ebeveynin ise çocuğu ile yaşanan çatışmaları çözümleyebilmek amacıyla olumlu davranışlar geliştirdiği ve geliştirilen davranışların sorunun çözümünde etkili olduğu anlaşılmıştır.

Kendine İnanma

Grup çalışmasında olumlu davranış geliştirme teması kapsamında kendine inanmaya yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K6: "Artık düşüncelerim ve davranışlarım daha ılımlı ve yapabileceğim çok şey olduğunu da artık biliyorum."

K8: "Hocam ben bu çalışmalarda artık çocuğumla ilgili şikayetlerimde (örneğin bilgisayarda çok oyun oynaması) çözümün sadece onda olmadığını anladım diyebilirim. Ben bu sorunun çözülmesi için ne yapabilirim?"

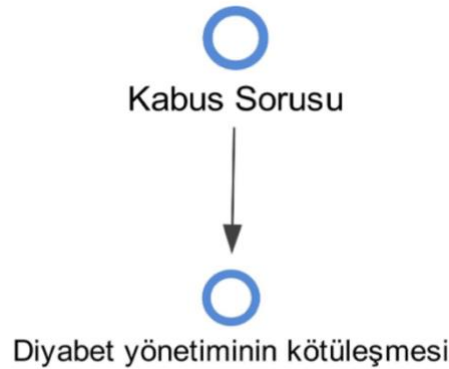
Çocuğumun ekran süresini azaltmaya katkı olabilir mi? diye düşünüyorum artık. Ve geçen hafta verdiğiniz ödevi yaparken daha bununla ilgili yapabileceğim çok fazla şey olduğunu anladım."

K2: "Bu çalışmalarda olumlu davranış geliştirebileceğimi öğrendim."

K7: "Ben çocuğuma bunun utanılmaması gerektiğini, bu hastalığın aslında dikkat edilirse olumsuz hiçbir etkisinin olmadığını güzel bir dille aktarmaya başladığımı düşünüyorum."

İfadelere göre ebeveynlerin grup çalışması deneyimlerinin kendilerine olan inancı geliştirdiği anlaşılmıştır. Grup çalışmalarının ve verilen ev ödevlerinin ebeveynlerin çözüm odaklı düşünme becerilerini geliştirdiği, yaşadıkları sorunlara bakış açılarında sorunların çözümlenmesi bağlamında olumlu farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu kapsamda ebeveynlerin davranışlarının geri dönüşünün olumlu olduğu ve ebeveynlerin kendilerine olan inancını artırdığı anlaşılmıştır.

Kâbus Sorusu



Şekil 10. Ebeveynlerin Kâbus Sorusuna Verdiği Cevapları Yansıtan MAXMaps Grafiği

Araştırmacı katılımcılara "Bu gece uyku sırasında bir kâbus gördüğünüzü farz edin. Bu kâbusa yaşadığınız problemler daha da kötüleşiyor. Bu bir kâbus olmalı. Ancak bu kâbus gerçekleşiyor. Yarın sabah kâbusla ilgili dikkatinizi çeken konu ne olurdu?" sorusunu yöneltmiştir. Bu bağlamda kâbus teması altında 1 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu tema "Diyabet Yönetiminin Kötüleşmesi" alt temasıdır.

Diyabet Yönetiminin Kötüleşmesi

Grup çalışmasında kâbus sorusu teması kapsamında ebeveynlerin diyabet yönetiminin kötüleşmesine yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Çocuğumun diyabet yönetiminin daha kötüye gitmesi, evet kötüye gitmesi. İlk zamanlarda ve sonra ara ara güçlük yaşadığımız zamanlar oldu. Bir keresinde bayılma şeklinde geldi. Zaten dediğim gibi sensörden önce her saat başı saat alarmı kurardım. Sürekli bakar dururdum. Şimdi biraz daha rahat artık. Kâbusum o kötü günlerin tekrar gelmesi."

K3: "Çocuğumun başına kötü bir şey gelmesi benim kâbusum olurdu."

K1: "Kızım şu anda diyabeti gayet iyi yönetiyor. Siz soruyu sorduğunuzda benim de aklıma ilk gelen şey bunun değişmesiydi."

K7: "Benim de kâbusum çocuğumun kötüleşmesi hocam."

K8: "Oğlumun sağlığının kötüleşmesi benim de en büyük kâbusum"

İfadelere göre tüm ebeveynlerin kabuslarının çocuğun diyabet yönetiminin kötüleşmesi olduğu anlaşılmıştır.

Gelen cevaplar üzerine araştırmacı ebeveynlere “*bu gece böyle bir kâbus görmemek için ne yapmalısınız?*” diye sormuştur.

Kâbusun görülmemesi sorusuna yönelik ebeveynlerin ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Çocuğumla iletişimimi koruyarak onun her zaman yanında olursam bu kâbus gerçekleşmez."

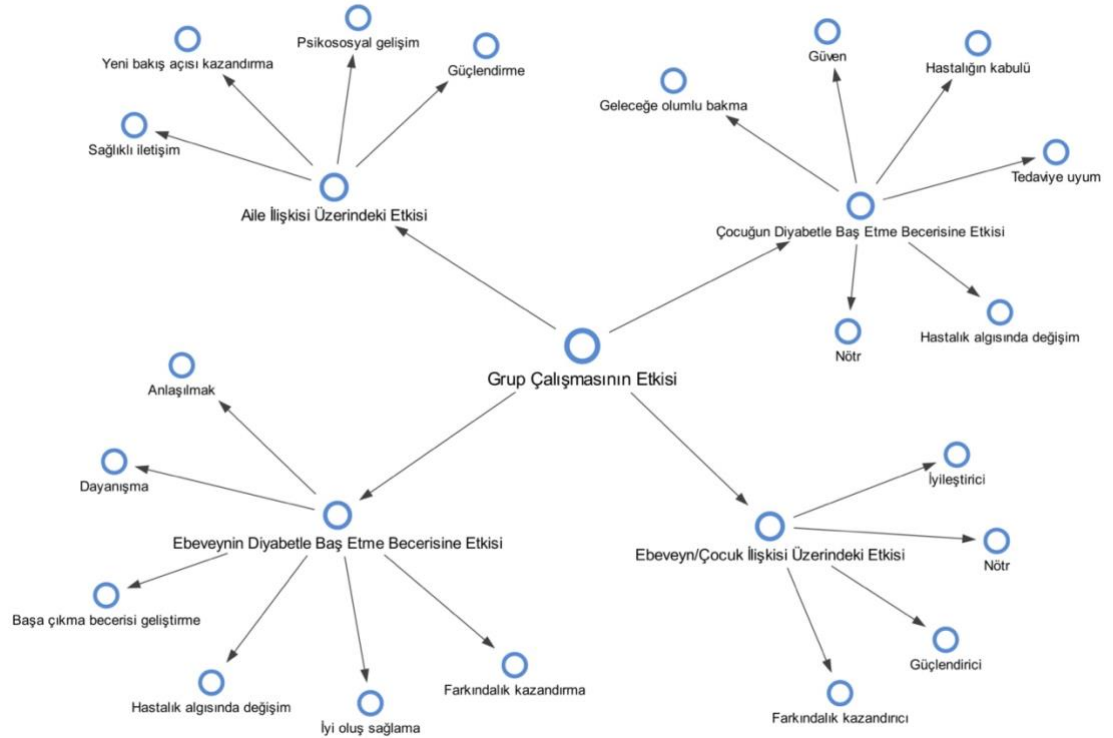
K2: "Destek olarak hocam onların her zaman yanında olup tökezlediklerinde kalkmaları için yardım ederek kâbusun yaşanmasını önleyebiliriz."

K7: "Çocuğum bunaldığında onu motive ederek, üzüldüğünde mutluluğu için uğraşarak, bir anne olarak onun her zaman yanında olarak inşallah kâbusumuzu hiçbir zaman yaşamayız."

İfadelere göre ebeveynlerin diyabet yönetim sürecinde çocukları ile sağlıklı iletişim kurarak ve onlara psikolojik destek sağlayarak çocuğun diyabet yönetimine katkı sağlayabilecekleri anlaşılmıştır.

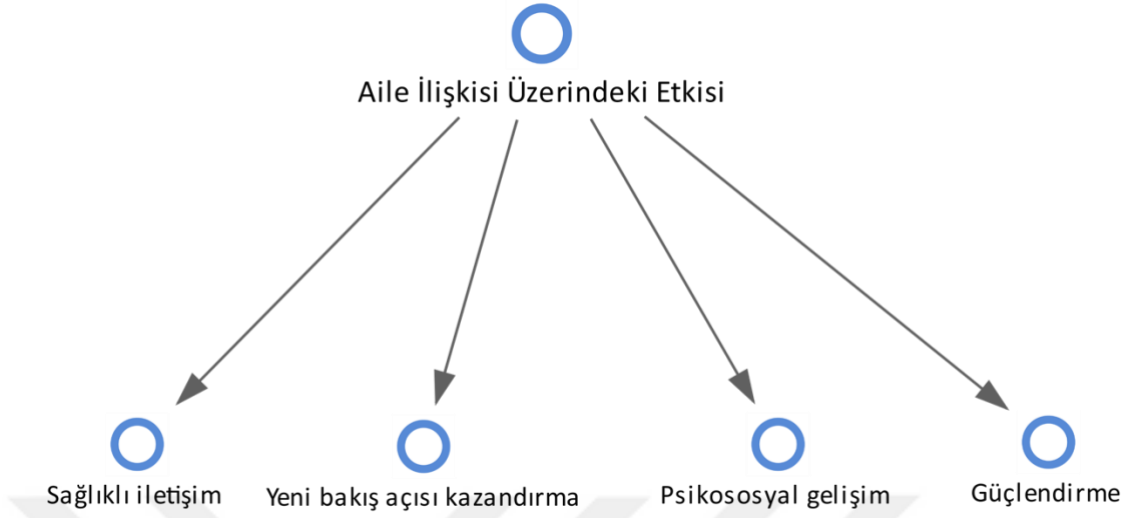
3.3.3. Grup Çalışmasının Etkisi

Grup çalışması tamamlandıktan sonra çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahale sürecinin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu katılımcılara uygulanmış ve yapılan müdahalenin ebeveynlere olan etkisi analiz edilmiştir. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'ndan elde edilen verilerin çözülmesi sonucunda 4 temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Aile İlişkisi Üzerindeki Etkisi, Çocuğun Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkisi, Ebeveynin Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkisi ve Ebeveyn/Çocuk İlişkisi Üzerindeki Etkisi" temalarıdır.



Şekil 11. Ebeveynlerde Grup Çalışmasının Yarattığı Etkileri Yansıtan MAXMaps Grafiği

Aile İlişkisi Üzerindeki Etkisi



Şekil 12. Ebeveynlerde Grup Çalışmasının Aile İlişkisi Üzerinde Yarattığı Etkileri Yansıtan MAXMaps Grafiği

Grup çalışmasının Aile İlişkisi Üzerindeki Etkisi teması altında 4 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Sağlıklı İletişim, Yeni Bakış Açısı Kazanma, Psikososyal Gelişim ve Güçlendirme" alt temalarıdır.

Sağlıklı İletişim

Grup çalışmasının aile ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin sağlıklı iletişime yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Kesinlikle aile ilişkilerimizi olumlu yönde değiştirdiğini düşünüyorum. Aile üyelerim bu oturumlara şahsen katılmasa da onlarla olan iletişimim değiştiği için ailemize de çok iyi geldi bu çalışma."

K3: "Çalışmanın bizim aileye kattığı en önemli şeylerden biri iletişimimizi güçlendirmesi oldu bence. Artık ailemle hep beraberken güzel güzel konuşabiliyor ve karar alabiliyoruz. Örneğin çocuğum ileride ergenliğe girince birlik olup yememize içmemize hepimizin dikkat etmesi konusunda uzlaştık ve bu bizi daha çok kenetlendirdi."

İfadelere göre grup çalışmasının ebeveynlerin iletişim becerileri üzerinde olumlu etkiler yarattığı anlaşılmaktadır. Ebeveynlerin bireysel ve duygusal farkındalık

kazanmasının ve iletişim becerilerinin artmasının aile içi iletişimi güçlendirdiği ve aile üyeleriyle paylaşımlarının artırdığı anlaşılmaktadır. İfadelere göre yapılan çalışmanın ebeveynlerin aile üyeleriyle daha sağlıklı ve yapıcı bir etkileşim kurmasına yardımcı olduğu anlaşılmaktadır.

Yeni bakış açısı kazandırma

Grup çalışmasının aile ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin yeni bakış açısı kazandırmaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K7: "Grup çalışmasında aile ilişkilerine de farklı yönlerden bakabileceğimizi, çözümsüz gibi görünen sorunlarda bile bir çözüm yolu olabileceğini anladım. Bunu aile üyelerimle de paylaştım ve onlar da sorunlarımızı çözebileceğimize olan inançlarını tazelediler. Artık sorunları çözümlenebileceğimizi biliyoruz. "

K2: "Örneğin aile içerisinde çok fazla sorumluluk üstlendiğimi fark ettiğimde davranış değişikliğine gittim. Her şeyi aslında ben üstlenmişim, çocuklarımı ve eşimi ben alıştırmışım sonra da onlara sorumluluk üstlenmiyorlar diye içten içe kızgınlık duymuşum. Bunun yanlış olduğunu fark etmemi sağladı bu çalışma ve diyabet yönetimine onları da dahil etmeye başladım sayenizde. Sonra gördüm ki bensiz de idare edebiliyorlarmış aslında bu onları da güçlendirdi, kendilerine olan güvenleri tazelandı ve aile ilişkilerimize de olumlu yansıdı."

İfadelere göre grup çalışmasının ebeveynlerin bakış açısı üzerinde olumlu etkiler yarattığı anlaşılmaktadır. Ebeveynlerin bakış açısında meydana gelen olumlu değişimin aile üyelerinin bakış açısı üzerinde de etkili olduğu anlaşılmaktadır. Grup çalışmasındaki paylaşımların, sorunların çözümleri üzerinde yoğunlaşmanın ve verilen ödevlerin ebeveynlerde farkındalık yarattığı ve düşünceleri üzerinde olumlu farklılık yarattığı görülmektedir. Ayrıca ifadelere göre ebeveynler meydana gelen değişimin aile üyeleri üzerinde de olumlu etkiler yarattığı anlaşılmaktadır.

Güçlendirme

Grup çalışmasının aile ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin güçlendirmeye yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Ailemizi güçlendirdiğini söyleyebilirim."

K3: "Bu çalışmaya katılmamın aile birliğimizi güçlendirdiğini düşünüyorum."

K7: "Aile üyelerimizle birlik olduk. Şu an tüm sorunlarımız çözümlenmese de farklı çözüm yolları deneyerek sorunların üstesinden gelebileceğimizi artık hepimiz biliyoruz. Bu anlamda bu çalışmanın bizi kenetlediğini söyleyebilirim."

İfadelere ve yapılan vurgulama yoğunluğuna göre grup çalışmasının aile üyeleri arasında birlik ve beraberliği artırdığı görülmektedir. Çözüm odaklı düşünme felsefesinin ebeveynlerin aile üyeleri tarafından da değer gördüğü ve aile ilişkilerini güçlendirdiği anlaşılmaktadır.

K6: "Grup çalışmasına aile bireylerimin hepsi katılmadığı için aile ilişkimiz üzerine çok etkisi olmadı. Ama benim çocuğuma ve eşime olan yaklaşımım daha olumlu bir hal aldığı için dolaylı olarak aile ilişkilerimiz de aslında biraz değişti ve iyileşti."

Bu ifadeye göre, çalışmanın ebeveynin davranışları üzerinde olumlu etkiler yarattığı ve bunun aile içi ilişkilerine az da olsa yansıdığı anlaşılmaktadır.

Psikososyal gelişim

Grup çalışmasının aile ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin psikososyal gelişime yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Ben artık eskisi kadar yorgun, öfkeli ve onlara kızgın değilim, dolayısıyla onlarla daha iyi ilişkiler kuruyorum."

K8: "Ben rahatlayınca aile içindeki gerginliğin azaldığını gördüm."

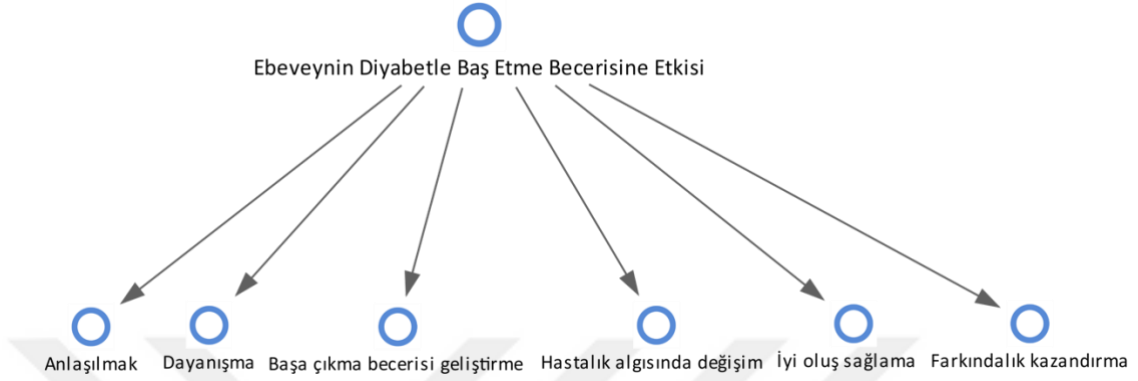
K7: "Bu öncelikle bana kendimi çok iyi hissettirdi ve sorunlara yaklaşımım değişti."

İfadelere göre çalışmanın ebeveynlerin psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkiler yarattığı ve bunun aile içi çatışmaları azaltmaya katkı sağladığı anlaşılmaktadır.

Grup çalışmasının ebeveynlerin aile ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yarattığı, aile içi iletişimi güçlendirdiği ve ebeveynlerin bakış açısı üzerinde olumlu etkiler

yarattığı görülmektedir. Grup çalışmasının aile ilişkilerine olumlu etkisi noktasında ebeveynlerin çözüm odaklı bakış açısı kazanmaları yadsınamaz bir öneme sahiptir.

Ebeveynin Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkisi



Şekil 13. Ebeveynlerde Grup Çalışmasının Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkilerini Yansıtan MAXMaps Grafiği

Grup çalışmasının Ebeveynin Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkisi teması altında 6 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Dayanışma, Başa Çıkma Becerisi Geliştirme, Anlaşılmak, Hastalık Algısında Değişim, İyi Oluş Sağlama ve Farkındalık Kazandırma" alt temalarıdır.

Dayanışma

Grup çalışmasının ebeveynin diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin dayanışmaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Özellikle benimle aynı kaderi yaşayan insanlarla karşılıklı konuşmak çok iyi geldi bana."

K4: "Grup arkadaşlarımdan hepsi ve ben de hayatımızdaki olumlu yanları fark ettik ve mutlu olduk, ben sizden ve onlardan eğer kafana bir şeyi gerçekten koyduysan onun yapılabileceğini öğrendim."

K1: "Grupta benim çocuğumdan büyük yaştaki çocukların ebeveynleri yer alıyordu onları dinlediğimde ileride oluşabilecek sorunları öğrenmeme ve nasıl başa çıkmam gerektiğini kızımın oluşabilecek sorunlarda bağlarımızın daha

kuvvetli olması için çaba sarf etmem gerektiğini ve ailecek bu sorunlarda birlikte hareket etmemiz gerektiğini öğrendim."

İfadelere göre katılımcıların grup çalışmasında tip 1 diyabetli çocuğu olan başka ebeveynlerle paylaşımda bulunmasının onlar üzerinde olumlu etkiler yarattığı görülmektedir. Ebeveynlerin kendileriyle benzer süreçler yaşayan başka ebeveynlerin deneyimlerini, düşüncelerini ve davranışlarını keşfetmelerinin onlara fayda sağladığı anlaşılmaktadır. Bu ifadeler 'Nasreddin Hoca'nın damdan düşmesi sonucunda komşularının doktor çağırılım teklifine, bana damdan düşen birini getirin diye cevap vermesi'ni akla getirmiştir. Ebeveynlerin çalışmada kendileriyle benzer deneyimleri yaşayan kişilerle biraraya gelmesinin dayanışma ruhunu güçlendirdiği anlaşılmıştır.

Anlaşılmak

Grup çalışmasının ebeveynin diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin anlaşılmaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Uzun zamandır beni anlayan birileriyle konuşmadığımı fark ettim."

K5: "Burada hepimiz aynı durumda olduğumuz için çok yorulmadan derdimizi anlatabiliyoruz."

İfadelere göre, ebeveynlerin çalışmada kendileriyle benzer deneyimleri yaşayan kişilerle biraraya gelmesinin anlaşılmaya duygusunu güçlendirdiği anlaşılmıştır.

Baş Çıkma Becerisi Geliştirme

Grup çalışmasının ebeveynin diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin başa çıkma becerisi geliştirmeye yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Bu çalışma yapabileceklerimin farkında olmamı öğreten bir deneyim sundu bana. En önemli kazancı ise diyabetle baş edebileceğime yönelik gücümü görmüş oldum."

K7: "Sorunların içinde boğuluyormuşum ama başka bakış açıları da varmış. Bu çalışma bunları anlamama yardımcı oldu ve düşünce yapımı değiştirdi. Bir de

çözümlerden ziyade sorunlara odaklanıyordum. Şimdi sorun yaşadığımda hemen nasıl çözebilirim diye düşünüyorum."

K6: "Ben kendi adıma çok rahatladım çalışma süresince. Çocuğumun diyabeti nedeniyle hep kötü bir şey olacak diye düşünür dururdum. Kaygılarım azaldı bu süreçte. Oğlumun diyabet yönetimi hala kötü ama ben psikolojik anlamda biraz daha iyiyim."

K4: "Diyabetle baş etmeye çalışırken çok kontrolcü olduğumu fark ettim. Her şeyi akışına bırakıp biraz daha iyimser düşününce aslında duygusal anlamda çok rahatladığımı gördüm. Bu anlamda diyabetle baş etmemi çok kolaylaştırdı bu çalışma. Ben sizden ve onlardan (diğer ebeveynler) eğer kafana bir şeyi gerçekten koyduysan onun yapılabileceğini öğrendim."

İfadelere göre katılımcıların grup çalışması deneyimlerinin diyabetle baş etme becerileri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu anlaşılmıştır. Çalışmanın ebeveynler üzerinde psikolojik iyi oluşa katkı sağlaması ve çözüm odaklı düşünme felsefesinin özümсенmesinin diyabeti yönetme konusunda etkili olduğu görülmektedir.

Hastalık Algısında Değişim

Grup çalışmasının ebeveynin diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin hastalık algısında değişime yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Bu hastalığın korktuğum kadar kötü olmadığını; arabayı düzgün kullanırsak kaza yapma olasılığının daha az olduğunu anladım."

K3: "... Sonrasında sizin bize kattıklarınız aslında sizin sayenizde kendi kendimize kattıklarımız bu süreçte benim diyabetle barışmamı sağladı. Ben bu hastalığın çocuğumu hayatta çok geriye düşüreceğini düşünürdüm fakat gördüm ki diyabeti başarılı bir şekilde yönettikten sonra benim çocuğumun arkadaşlarından hiçbir farkı yok aslında."

K8: "Sürekli çocuğumun başına kötü bir şey geleceğinden korkardım şimdi biliyorum ki diyabeti kontrol altında tuttuğumuz sürece inşallah çocuğuma kötü bir şey olmayacak."

K5: "Çocuğumun hastalığını kabul etmem ve hastalığın benim gözümdeki kadar zor olmadığını anladığımda her şey kolaylaştı sanki."

İfadelere göre katılımcıların grup çalışması deneyimlerinin ebeveynlerde diyabetin algılanan ağırlığını azalttığı anlaşılmıştır. İyi diyabet yönetiminin çocuğun yaşamını sağlıklı akranlarının yaşamından farklı kılmayacağını özümsemesinin ebeveynlerde diyabetin algılanan ağırlığının azalmasına katkı sağladığı görülmektedir.

İyi Oluş Sağlama

Grup çalışmasının ebeveynin diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin iyi oluş sağlamaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Yeni bir şeyler öğrenmek beni mutlu etti ve diğer arkadaşlarımın da hayatlarının benim gibi olduğunu öğrendim."

K4: "Her şeyi akışına bırakıp biraz daha iyimser düşününce aslında duygusal anlamda çok rahatladığımı gördüm. Sonra ben hatırlatmadığımda çocuğum ne yapıyor diye gözlemledim ve zaten insülinini uyguladığını gördüm. Onu uzaktan takip ederek sürece çok fazla dahil olmadığım için gerginliğim azaldı ve duygusal anlamda artık kendimi daha iyi hissediyorum. Grup arkadaşlarımın hepsi ve ben de hayatımızdaki olumlu yanları fark ettik ve mutlu olduk."

K8: "Kan şekerini normal aralıkta tutamadığı için son zamanlarda çok sık hastaneye gelirdik. Sürekli işten izin almak zorunda kalırdım. Azaldı artık, şükür değerlerimiz iyi gidiyor."

İfadelere göre katılımcıların grup çalışmasına katılmalarının onlara psikososyal açıdan iyi geldiği, bilgi birikim düzeyini artırdığı ve çocuğun diyabet yönetimine olumlu katkılar sağladığı anlaşılmıştır.

Farkındalık Kazandırma

Grup çalışmasının ebeveynin diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin farkındalık kazandırmaya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K4: "Diyabetle baş etmeye çalışırken çok kontrolcü olduğumu fark ettim. Kızımın insülin zamanları çok fazla hatırlatma yaptığımı ve kızımı çok bunalttığımı fark ettim."

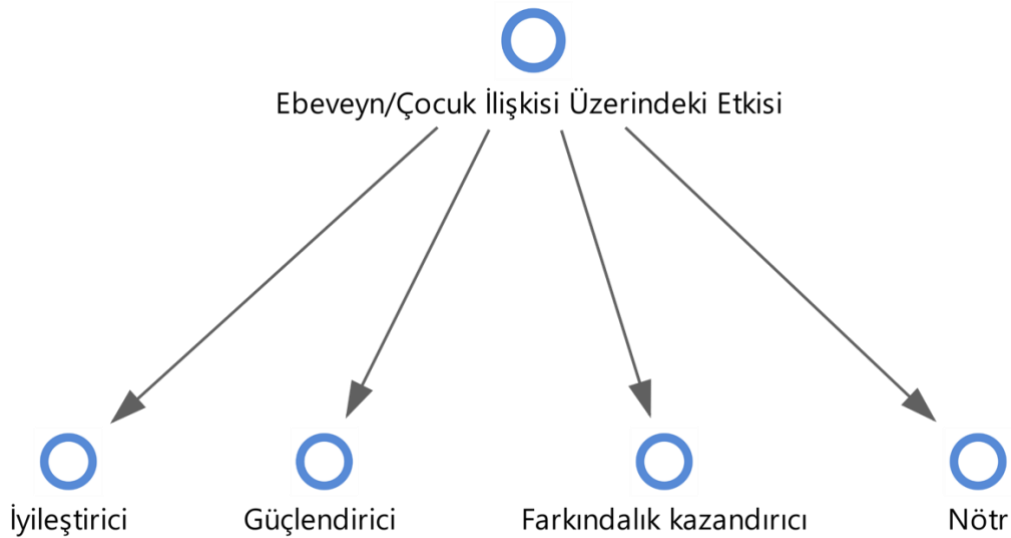
K3: "Sorunların içinde boğuluyormuşum ama başka bakış açıları da varmış. Önceden hep başaramadıklarımızda takılı kalmışım ben, başardığımız onca şeyi göz ardı etmişim bu da çocuğumu olumsuzluklara boğmama neden olarak ilişkimizi kötü etkilemiş."

K8: "Diyabetle baş etme süreci çok endişeli bir süreç. Bu grup çalışmasının en belirgin özelliği endişelerimin azalması oldu. Artık kendimi daha az endişeli hissediyorum ve bu beni hafifletti."

K5: "Ayrıca duygusal anlamda da beni çok rahatlatı bu çalışma."

Grup çalışmasının ebeveynlerin diyabetle baş etme becerisini geliştirme noktasında ebeveynlerin diyabet algılarındaki olumlu değişim ve çözüm odaklı bakış açısı kazanmaları yadsınamaz öneme sahiptir. Grup çalışmasının katılımcıların diyabetle baş etme becerileri üzerinde olumlu etkiler yarattığı, özellikle kendileriyle aynı sorunu yaşayan ebeveynlerle bir arada olmanın onlara iyi geldiği, yaşadıkları sorunları paylaşmanın ve anlaşılmanın onlara iyi hissettirdiği ve yapılan çalışmanın ebeveynlerin diyabet algıları üzerinde olumlu etkiler yarattığı görülmektedir.

Ebeveyn/ Çocuk İlişkisi Üzerindeki Etkisi



Şekil 14. Grup Çalışmasının Ebeveyn/ Çocuk İlişkisi Üzerindeki Etkilerini Yansıtan MAXMaps Grafiği

Grup çalışmasının Ebeveyn/ Çocuk İlişkisi Üzerindeki Etkisi teması altında 4 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "İyileştirici, Güçlendirici, Farkındalık Kazandırıcı ve Nötr" alt temalarıdır.

İyileştirici

Grup çalışmasının ebeveyn/ çocuk ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin iyileştirici alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K3: "Bir de bu çalışma beni daha ılımlı bir insana dönüştürdü diyebilirim. E tabii bu da çocuğumla yaşadığım çatışmaları azalttı ve birlikte geçirdiğimiz zamanı artırdı."

K2: ".... kendimdeki olumlu değişim çocuğumla olan ilişkiyi de iyileştirdi."

K5: "Davranışlarımı değiştirmeye başlayınca çatışmalarımız azaldı."

K3: "Son bir aydır çocuğumla daha çok zaman geçirdim, konuştum."

K1: "Mesela çalışmadan önce iğnelerinin vurulması hakkında kızımı uyardığım zaman daha sert tepki veriyordu şimdi ona nasıl yaklaşmam gerektiğini öğrendim ve kızımın üstünde fazla baskı oluşturmam gerektiğinde ilişkimizde çatışmaların azaldığını gördüm. Sonuç kesinlikle daha iyi."

K4: "Yine kızımı takip etmeye devam ettim ama bu sefer uzaktan takip ettim, onun gururunu incitmeden ve güçlü yönlerini kabul edip ona güvenerek."

Güçlendirici

Grup çalışmasının ebeveyn/ çocuk ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin güçlendirici alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K7: "Bu çalışma sayesinde paylaşımlarımız arttı ve ilişkimiz daha da güçlendi."

K3: "Bir tek kendimin değil onun da başarılı yönlerini gördüm. Onu takdir ettim, sen çok özelsin benim için deyip onun her konuda yanımda olduğumu ona hissettirmeyi öğrendim aslında."

K1: "Bu çalışmaya başlamadan önceki zamanı düşündüğümde şu an çocuğumla ilişkimin daha iyi olduğunu söyleyebilirim."

K8: "Örneğin oturumlarda da bahsetmiştim ya çocuğum çok fazla bilgisayar oyunu oynuyor. Sizin önerilerinizle çocuğumla oyun aktiviteleri gerçekleştirdim ve fark ettim ki çocuğumun boş zaman aktivitelerine dahil olabiliyorum. Bu durum ilişkimizi daha da güçlendirdi."

Farkındalık Kazandırıcı

Grup çalışmasının ebeveyn/ çocuk ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin farkındalık kazandırıcı alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K2: "Çalışmalarda anladım, bir ilişkiyi yalnızca çocuk değil ebeveynler de belirler. Bunu fark ettikten sonra çocuğumla konuşmama, davranışlarıma ve çocuğumdan isteklerime daha özenli davrandım."

K5: "Çocuğuma yaklaşımın yanlış olduğunu, özellikle diyabet yönetimi konusunda baskıcı olduğumu ve bu çalışma başlamadan önce çok fazla olumsuzluklarla dolu olduğumu fark ettim e tabii bunlar çocuğumla ilişkilerime yansımış."

K3: "Kendi güçlü ve zayıf yönlerimi keşfedip güçlü yönlerimi arttırmaya çalışınca çocuğumla ilişkimizin daha iyi olduğunu gördüm."

K4: "Ben yaptığımız görüşmelerde sizin ve diğer arkadaşların katkılarıyla çocuğuma çok müdahale ettiğimi fark ettim. Kızımı bu süreçte çok boğduğumu aslında onun iyiliğini istediğim için korkumdan ona çok yüklendiğimi ve bunun ilişkimize zarar verdiğini anladım."

Nötr

Grup çalışmasının ebeveyn/ çocuk ilişkisi üzerindeki etkisi teması kapsamında ebeveynlerin nötr alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

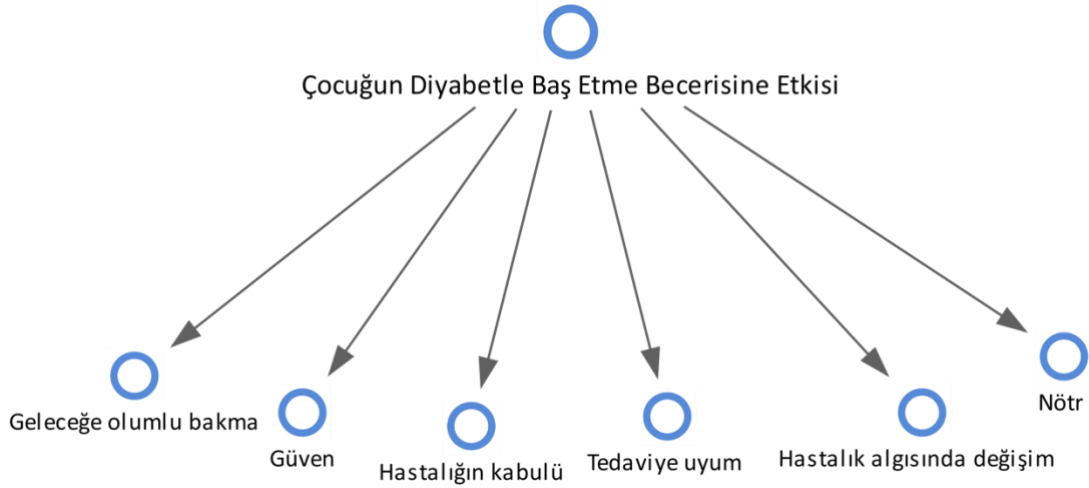
K6: "Maalesef çocuğumla ilişkiye bir etkisi olmadı. Bu sizle ya da diğer arkadaşlarla ilgili değil. Çocuğum bildiğiniz gibi şu an üniversite sınavına hazırlanıyor ve yaşı itibarıyla ergenlik döneminde olduğundan zaten

bahsetmiştim. Çok agresif bir çocuk. Ben aslında çalışma süresince ilişkimizi iyileştirmek amacıyla adımlar attım fakat çocuğum pek de yanaşmadı. Bundan dolayı ilişkimize bir etkisi olduğunu düşünmüyorum."

Çalışmanın ebeveynin çocuğuyla ilişkisi üzerinde bir etkisinin olmamasının; çocuğun cinsiyetinin erkek olması ve aynı zamanda ergenlik ve sınav döneminde olmasından dolayı ebeveynine grup çalışması sürecinde destek olmaması ve ebeveyne verilen ödevlere (çocukla birlikte yapılması gereken ödevler) eşlik etmemesi nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Yapılan grup çalışmasının ebeveynlerde farkındalık yarattığı, ebeveynlere çözüm odaklı bakış açısı kazandırdığı ve olumlu davranış değişikliğine yol açtığı, tüm bu faktörlerin de bir ebeveyn (K6) dışında tüm ebeveynlerin çocuklarıyla ilişkisini olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Çocuğun Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkisi



Şekil 15. Grup Çalışmasının Ebeveynlerin Çocuğunun Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkilerini Yansıtan MAXMaps Grafiği

Grup çalışmasının Çocuğun Diyabetle Baş Etme Becerisine Etkisi teması altında 6 alt temaya ulaşılmıştır. Ortaya çıkan bu temalar "Geleceğe Olumlu Bakma,

Güven, Hastalığın Kabulü, Tedaviye Uyum, Hastalık Algısındaki Değişim ve Nötr" alt temalarıdır.

Geleceğe Olumlu Bakma

Grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin geleceğe olumlu bakma alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Çocuğumun kendine olan güveni geldi ileride oluşabilecek problemlerle ilgili ılımlı yaklaşımı oldu."

K5: "Böyle olunca onun da daha mutlu ve huzurlu olduğunu görüyorum. Bu beni çok rahatlatıyor."

Güven

Grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin güven alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Örneğin insülini kendi vurmaya başladı ve bu benim için çok önemliydi çünkü hep ağlıyor ve yapamayacağını söylüyordu"

K2: "Çocuğuma da uygulamaya başlayınca (öğrenilen yeni yöntemler) değişimler olmaya başladı. Çocuğumla sağlıklı iletişim kurmaya başlayınca çocuğum daha da bilinçlenmeye ve kendine güvenmeye başladı."

Hastalığın Kabulü

Grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin hastalığın kabulü alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K1: "Konuştuğumuz zaman tip 1 diyabeti kabul ettiğini (çocuk) belirtti."

K5: "Kızım insülinlerini daha düzenli veriyor eskiden bilerek vurmazdı zayıflamak adına ya da çok sık vurmayı unuturdu. Artık yediklerine ve zamanına biraz daha dikkat etmeye başladı."

Tedaviye Uyum

Grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin tedaviye uyum alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K4: "Onu (çocuğu) rahatlatmaya çalıştım ve verilen ödevler buna çok yardımcı oldu. O da biraz rahatlayınca diyabeti yönetmesi daha kolay oldu."

K5: "Psikolojik olarak baş etmesinde (çocuğun) bu çalışmanın katkısı olduğunu söyleyebilirim."

K8: "Çocuğumun diyabet yönetimi çok iyi değildi. Çok sık telefonda ve bilgisayarda vakit geçirmesi nedeniyle tedavisini aksatıyordu. Grup çalışmaları sayesinde çocuğumla olan iletişimim artınca onu bu konuda olumlu bir şekilde etkilemeyi başardım ve şu an kan şekeri takibini ve insülini daha düzenli yapmaya başladı. Bu anlamda ona iyi geldiğini söyleyebilirim."

Hastalık Algısındaki Değişim

Grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin hastalık algısındaki değişim alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K1: "... artık utanmadığını (çocuk) belirtti."

K5: "Okulda da arkadaşlarından eskisi kadar utanmıyor (çocuk) artık. Diyabetle barışmaya başlaması beni çok mutlu ediyor."

K4: "Bu çalışmayla birlikte diyabetin benim düşündüğüm kadar kötü bir hastalık olmadığını idrak ettim bu doğrultuda kızımın sohbetler ettiğimizde bu yeni düşüncemin ona iyi geldiğini, onu iyi hissettirdiğini gördüm."

K7: "Biliyorsunuz kızım diyabet olduğunu çevresinden gizliyor ve toplumda bu durumun dile gelmesini istemiyordu. Bu çalışmanın çocuğumun diyabetle baş etmesinde en önemli avantajı bence ondaki utanma duygusunu biraz olsun hafifletmesi oldu. Hala herkese hastalığını söylemese de yakın arkadaşlarına artık söylediğini ve bu durumdan utanmadığını görüyorum."

K4: "Bu çalışmayla birlikte diyabetin benim düşündüğüm kadar kötü bir hastalık olmadığını idrak ettim bu doğrultuda kızımın sohbetler ettiğimizde bu

yeni düşüncemin ona iyi geldiğini, onu iyi hissettirdiğini gördüm. Onu rahatlatmaya çalıştım ve verilen ödevler buna çok yardımcı oldu. O da biraz rahatlayınca diyabeti yönetmesi daha kolay oldu."

Nötr

Grup çalışmasının çocuğun diyabetle baş etme becerisine etkisi teması kapsamında ebeveynlerin nötr alt temasına yönelik ifadeleri şu şekildedir:

K6: "Grup çalışmasının çocuğumun diyabetle baş etme becerisine çok bir katkısı olmadı. Çünkü çocuğum ergenlik döneminde olduğundan dolayı diyabetini kendisinin daha iyi yöneteceğini düşünüyor ve bizim müdahale etmemize izin vermiyor."

Grup çalışmasının katılımcıların çocuklarının diyabetle baş etme becerisini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Ebeveynlerde çözüm odaklı düşünme ve akabinde olumlu davranış geliştirme çocukların kendine olan güvenini artırarak diyabet yönetimi konusunda olumlu değişimlere yol açmıştır. Bir ebeveynin (K6) çocuğu dışında tüm ebeveynlerin çocuklarında yapılan çalışmaların çocuğun diyabetle baş etme becerisi üzerinde olumlu yansımaları olduğu söylenebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. TARTIŞMA

Tip 1 diyabet tanısı çoğunlukla çocukluk döneminde konulmaktadır. Tanı konulan çocuk küçük yaşta ve tedavi sorumluluğunu kendi başına üstlenemeyecek durumda olduğunda hastalığın tedavisinde ebeveyn katılımı yoğun ve önemli olmaktadır. Diyabetli çocukların birincil bakım verenlerinin genellikle anneleri olduğunu (Faulkner, 1996; Malerbi ve ark., 2012) ve genç hastaların tip 1 diyabete uyum sağlamalarında aile bağlamının önemini (Malerbi ve ark., 2012) gösteren birçok çalışma vardır. Ayrıca yapılan çalışmalar, ebeveynlerin diyabet bakımına katılımının iyi çocuk sağlığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Gowers ve ark., 1995; Anderson ve ark., 1997; Yamaguchi ve ark., 2023).

Bu kapsamda “Çözüm Odaklı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Tip-1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ailelerin Hastalığa Uyumuna Etkisi” başlıklı bu çalışmada ilk olarak, tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerde diyabetin algılanan ağırlığı, ebeveynlerin hastalık nedeniyle yaşadıkları sorunlar, aile işlevsellikleri ve diyabetin aileye olan etkisi bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde incelenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın birinci aşaması kapsamında, ebeveynlerin var olan durumunu tespit etme ve evren hakkında genel bir yargıya varmaya yönelik genel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşaması olan deneysel aşama dahilinde ise çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin ailelerin hastalığa uyum düzeyleri, algılanan diyabet ağırlığı, aile işlevselliği ve diyabetin aile üzerindeki olumsuz etkisini azaltma konusundaki etkililiği incelenmiştir.

Bu bölümde, nicel istatistiklerin ortaya koyduğu bulgular ile çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan deney grubundan elde edilen nitel verilerin çözümlenmesi ve uygulanan öntest-sontest puanlarından elde edilen bulgular güncel literatür kapsamında tartışılarak yorumlanmaya çalışılmıştır.

4.1.1. Genel Tarama Bulgularına İlişkin Tartışma

Araştırmanın ilk aşamasında tip 1 diyabetli çocuğu olan 377 ebeveyn ile genel tarama çalışması yapılmıştır. Bu aşamada amaç tip 1 diyabetli çocuğu olan ailelerin

hastalığa uyumunu, aile işlevselliklerini, diyabetin ailede algılanan ağırlığını ve aileye etkisini değerlendirmektedir. Araştırmanın bu aşamasına katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%83,8) annelerden oluşmaktadır. Annelerin bu araştırmaya daha fazla katılımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkek egemenliği hakimiyetinin yoğun olması ve annelerin çocukların tıbbi bakım sorumluluğunu üstlendiği kültürel değerlerin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan benzer araştırmalarda (Gökler, 2008; Tatar, 2023) da kronik hastalığa sahip çocukların bakım sorumluluğunun genellikle anneler tarafından üstlenildiği ortaya konmuş, aile bakıcılarındaki kaygının kadın bakıcı olmak ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Toledano-Toledano ve ark., 2019). Katılımcıların çoğu evli (%94,2) ve gelir getiren bir işte çalışmıyor (%66,8) olup düşük ya da orta düzey gelire sahiptir (%89,1). Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83,8) kadın olması göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların %66,8'inin çalışma hayatında aktif olarak yer almaması kadının en önemli toplumsal cinsiyet rolünün "analık" olarak algılanmasıyla ilişkilendirilmektedir. Kadının çalışan kimliği geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri etrafında şekillendiğinden kadınlara yüklenen bu rol onların çalışma yaşamına girmesini engelleyen bir faktördür (KSGM, 2014). Katılımcıların çoğu ilköğretim ve altı veya lise mezunudur (%72,4). Araştırmanın örneklem profili, kronik hastalığı olan çocukların aile bakıcıları üzerine yapılan önceki araştırmalarda açıklanan profillerle örtüşmektedir (Üstün, 2011; Yıldırım, 2017; Tatar, 2023).

Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynleri çocuklarının karmaşık diyabet yönetimi sürecinde çocuğun hastalığı yönetebilmesini kolaylaştırmak amacıyla birden fazla konuya odaklanmaktadır. Katılımcıların çoğunluğunda (%60,5) çocuğun bakımı ile ilgilenen başka birinin olmadığı görülmektedir. Kadınlar, aile içinde çocuk bakımı ile yaşlı ve hasta bireylerin bakımına yönelik sorumluluklarını hem eşleriyle hem de devletle ortaklaşa üstlenmek durumundadır. Ancak, Türkiye'de kreşler ve gündüz bakım evleri gibi sosyal destek hizmetlerinin yetersiz olması, kadınların çalışma hayatına katılımını önemli ölçüde kısıtlamaktadır (KSGM, 2012; akt., Yıldırım, 2013).

Tip 1 diyabet hastalığının sıklıkla komplikasyonlara neden olması ve kapsamlı bir tedaviyi içermesi de aile üyelerinin ruhsal ve toplumsal sorunlar yaşamalarına temel hazırlamaktadır. Çocuklarda özellikle diyet yönetiminde olmak üzere kan şekeri değerini normal aralıkta tutma baskısı, insülin enjeksiyonları, kan şekeri takibi ve diyet kısıtlamalarının neden olduğu fiziksel ve zihinsel ağrı, diyabet nedeniyle ruh hali

değişiklikleri ve hastalığın çocukların geleceği üzerindeki etkisi ebeveynlerin üzerinde psikolojik yük oluşturmaktadır (Tong ve ark., 2022).

Araştırma bulgularında tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin %78,5'inin diyabeti olan çocuğun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedeninin diyabetli çocuğunda tip 1 diyabetin kalıcı olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Katılımcıların yaklaşık 5'te 4'ünün diyabet hastalığının kronik olması dolayısıyla stres yaşadığı göz önünde bulundurulduğunda çocukta ömür boyu süren bir hastalığa sahip olmanın ebeveyn açısından başlıca stres kaynağı olduğu söylenebilir. Benzer bir şekilde Yıldırım (2017) tarafından astımlı çocukların anneleriyle yapılan araştırmada katılımcıların %84,3'ünde çocuğunda hastalığın kalıcı olmasının stres yarattığı görülmektedir. Rifshana ve ark. (2017) tarafından tip 1 diyabetli bir çocuğa bakan ebeveynlerin deneyimlerinin incelendiği araştırmada bazı ebeveynler diyabetin ömür boyu süren kronik bir rahatsızlık olması nedeniyle, bir ebeveyn ise, iyileşmenin olmaması nedeniyle diyabetle yaşamının zorluklarının net ve kesin bir sonu olmadığını göstermişlerdir. Diyabetin kronik bir hastalık olması, ebeveynlerin çocuğunun sağlığının kaybı için yas tutmayı bıraktıkları net bir nokta olmaması anlamına gelmektedir. Bu sebeple tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerde 'sürekli keder' mevcuttur.

Araştırmada katılımcıların %73,7'i diyabeti olan çocuğun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini çocuğunun geleceği ile ilgili duyduğu kaygı ile açıklamıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun çocuğunun geleceği ile ilgili kaygılarının bulunmasının başlıca stres faktörü olması nedeniyle ebeveynlerin tip 1 diyabet hastalığını çocuğun geleceğini olumsuz etkileyen bir hastalık olarak nitelendirdikleri söylenebilir. İlaveten ebeveynlerin cinsiyetleri ile tip 1 diyabeti olan çocuğun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedeninin çocuğunun geleceğiyle ilgili kaygı duyma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Araştırmaya katılan annelerin tip 1 diyabeti olan çocuğun geleceği ile ilgili kaygı duyma durumlarının babalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Khandan ve ark. (2018) tarafından yapılan diyabetli çocukları olan annelerin yaşadıkları deneyimlerinin incelendiği araştırmada, diyabetin çocukların hayatlarının çeşitli yönleri üzerindeki etkisi nedeniyle, annelerin diyabeti çocukların sağlığı için bir tehdit olarak gördükleri ve diyabet komplikasyonlarının onları daha sonra etkileyebileceğini düşünerek endişelerle dolu bir hayat yaşadıkları saptanmıştır.

Ayrıca bazı annelerin diyabet komplikasyonları olan çocuklarının evlenip evlenemeyeceğini ve toplumun bu çocukları kabul edip etmeyeceği konusunda endişeli olduğu kaydedilmiştir. Çocuğun diyabet yönetimi ve geleceğine ilişkin sürekli endişe duyulması, ebeveynlerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilir.

Katılımcıların neredeyse yarısında (%49,6) tip diyabetin tedavi, ilaç, yol vb. masrafların yarattığı ekonomik yükün öncelikli strese neden olduğu görülmektedir. Katılımcıların neredeyse yarısı için tip 1 diyabet tedavisinin ekonomik yükünün öncelikli stres faktörü olması nedeniyle tip 1 diyabet hastalığının maliyetli bir hastalık olduğu söylenebilir. Sarı ve Bozdemir'in (2022) yaptığı çalışmada tip 1 diyabetli bir hastanın cepten harcadığı sağlık harcamaları insülin pompası kullanmayan hastalar için yıllık ortalama 825,15 ABD doları, insülin pompası kullanan hastalar için yıllık ortalama 1.579,77 ABD doları ve sürekli glukoz ölçüm sensörü kullanan hastalar için yıllık ortalama 4.732,15 ABD doları olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde 12 Aralık 2024 tarihinde Sürekli Glukoz İzleme Sensörü SUT (SGK Sağlık Uygulama Tebliği) kapsamına girmiştir. Bu kapsamda 2-18 yaş grubu çocuklar için aylık 3500 TL devlet desteği sağlanacaktır (Resmî Gazete, 2024). Bu olumlu gelişmenin ailede yaşanan mali stresi azaltacağı düşünülmekle birlikte destek miktarının yetersiz olduğu ve artırılması gerektiği düşünülmektedir. Marwi ve ark. (2024) yaptıkları araştırmada tip 1 diyabetli çocuğa bakım vermenin tasarruf, harcama ve genel finansal stres ve yük seviyesi üzerindeki finansal etkisi arasında güçlü bir korelasyon olduğu, Rohilla ve ark. (2022) yaptıkları araştırmada tip 1 diyabetli çocukların aileleri arasında diyabet bakımının yüksek bir mali yükü olduğu, Khandan ve ark. (2018) yaptıkları araştırmada yaşam boyu insülin tedavisinin maliyeti, kan şekerinin sürekli kontrolü ve özel diyabet diyetiyle birlikte çocuk bakımı yönetimi gereksinimlerinin bu aileler için, özellikle düşük gelirli olanlar için çok zor olduğu, ailelere ağır bir mali yük getirdiği ve ailelerin genellikle tedavi maliyetini karşılamak için diğer aile harcamalarını kıstak zorunda kaldıkları görülmüştür. Moghadam ve ark. (2022) yaptığı çalışmada ise diyabetli bir çocuğa bakım yükünün, annelerin mesleği üzerinde büyük etkiye sahip olduğu ve birçok durumda annelerin işini bırakmak zorunda kaldığı, bu durumun da aile gelirini azalttığı görülmüştür. Bu bulgular, tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin ekonomik olarak desteklenmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Katılımcıların %22,8'i diyabeti olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini tip 1 diyabetli çocuk ile istenilen düzeyde iletişim

kuramama ile açıklamıştır. Diyabet yönetimi görevlerinin ebeveynler ve çocuk/ergenler arasında paylaşılması, bu nüfus için özellikle belirgin bir zorluktur. Ebeveyn ile çocuk/ergen arasındaki ilişkilerde ve iletişim kalıplarında meydana gelen değişiklikler diyabet yönetimi ve glisemik sonuç üzerinde etkili olabilir (DeBoer ve ark., 2017). Dolayısıyla ebeveyn-çocuk arasındaki iletişimin istenilen düzeyde olmaması diyabetli çocuğun fizyolojik sağlığını da olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir.

Katılımcıların %17,5'i diyabeti olan çocuğunun sağlık durumu hakkında yaşadığı stresin öncelikli nedenini tip 1 diyabet hastalığı hakkında bilgi eksikliği yaşaması ile açıklamıştır. Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin bazıları tarafından tip 1 diyabetin doğasının yeterince bilinmediği ve bu durumun ebeveynlerin stres yaşamalarına neden olduğunu söylemek mümkündür. Araştırmada enformal ve yarı profesyonel bilgi kaynağı olan 311 (%82,5) ebeveynin tip 1 diyabetle ilgili herhangi bir eğitim ya da yeni bir bilgi türüne ihtiyaç duymadığı söylenebilir. Alhomood ve ark. (2020) diyabetli çocukların ebeveynleri ile yaptıkları araştırmada ebeveynlerin üçte birinden fazlasının (%37,9) DKA ile ilgili (açlık ve tokluk kan şekerinin normal aralığı, HbA1c'nin normal aralığı, diyabetli çocuğun ne zaman doktora götürülmesi gerektiği vb.) bilgi düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Çocuğun diyabet yönetiminde aktif rol alan ebeveynlerin diyabetin niteliği, tedavinin temel prensipleri, metabolik bozukluklar ve komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olması önemlidir.

Özetle tip 1 diyabetli çocukların sağlık durumları hakkında ebeveynlerde stres yaratan başlıca üç unsur; tip 1 diyabetin kalıcı olması (%78,5), çocuğun geleceği ile ilgili kaygıların bulunması (%73,7) ve tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yüküdür (%49,6). Söz konusu bu üç unsura tip 1 diyabetli çocuk ile istenilen düzeyde iletişim kuramama (%22,8) ve tip 1 diyabet hakkındaki bilgisizlik (%17,5) eklendiği zaman ebeveynlerin bakım verme sürecinde psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu bulgular, tip 1 diyabetli çocukların ailelerinin psikososyal ve ekonomik açıdan desteklenmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Araştırma bulgularında tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın ebeveynlerin duygusal dünyası üzerinde olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Çocuğunun tip 1 diyabetli olması katılımcıların büyük çoğunluğunun (%62,3 ile 235 ebeveyn) duygusal dünyasını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Literatürde de değinildiği gibi tip 1 diyabetin kronik doğası, ebeveynlerin günlük yaşamlarına sürekli bakım ve yönetim

sorumlulukları eklemektedir. Bu sorumluluklar, ebeveynlerin duygusal yüklerini artırarak psikolojik iyi oluşlarını tehdit etmektedir. Katılımcıların 5'te üçünden fazlasının (%62,3), çocuğunun tip 1 diyabetli olması nedeniyle duygusal dünyalarının olumsuz etkilendiği göz önünde bulundurulduğunda tip 1 diyabetin ebeveynlerde stres, mutsuzluk ve kaygı yarattığı söylenebilir. Yapılan benzer araştırmalarda (Hilliard ve ark., 2012; Ryan, 2023; Carrigan ve ark., 2024; Carosi Arcangeli ve ark., 2024) da çocuğun tip 1 diyabetli olmasının ebeveynlerde stres, kaygı, mutsuzluk ve depresyon yarattığı saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu, tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin duygusal dünyalarının desteklenmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Çocuğun tip 1 diyabetli olmasının katılımcıların %32,1'inin sosyal aktivitelere katılımını olumsuz bir şekilde etkilediği görülmektedir. Katılımcıların neredeyse 3'te birinin çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının sosyal aktivitelere katılımını olumsuz etkileyen bir durum olarak ifade etmesi göz önünde bulundurulduğunda tip 1 diyabetin bakım verme yükünün ağır ve bakım veren kişiyi sosyal yaşamda kısıtlayan bir hastalık olduğu söylenebilir. Katılımcıların cinsiyetleri ile tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın sosyal aktivitelere katılmayı olumsuz etkileme algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre tip 1 diyabetli çocuğa sahip olmanın sosyal aktivitelere katılmayı daha fazla olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Kronik hasta olan bir çocuğa bakım verme yükü ebeveynlerin daha fazla tedavi sorumluluğu üstlenmeleri ve diğer sorumluluklara ek olarak bu görevleri yerine getirmek için ekstra zaman ve enerjiye ihtiyaç duymaları anlamına gelebilir, bunun bir sonucu olarak birincil bakım verenin sosyal aktivitelere katılımı olumsuz etkilenebilir. Yapılan benzer araştırmalarda (Gopalan ve ark., 2006; Kara ve ark., 2023) da kronik bir hastalığa sahip çocuğa bakım verme yükü, birincil bakım veren ebeveynin sosyal yaşamında olumsuz etkiler yaratarak kişinin günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmuş, kronik bir hastaya bakım veren kadınlar sosyal izolasyon yaşamışlardır. Ayrıca kronik hasta çocuğa bakım vermek ebeveynleri istihdam sürecinde açıkça etkilemektedir (Kish ve ark., 2018). Diyabetli olan çocuğuna bakmak için istihdam sürecine aktif bir şekilde dahil olamayan ebeveynler sosyal yaşamda kısıtlanabilir bu da sosyal aktivitelere katılımı olumsuz bir şekilde etkileyebilir. Literatürde özellikle birincil bakım veren ebeveynlerin sosyal yaşamının kısıtlandığı ifade edilmektedir. Araştırmada babaların

annelere kıyasla daha fazla tip 1 diyabeti sosyal aktiviteleri kısıtlayan bir hastalık olarak nitelendirmelerinin nedeninin erkek katılımcıların birincil bakım veren kişiler olabileceğinden ya da diyabetin tedavi rutinin sıklıkla sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektirmesinden ve bunun çoğunlukla babalar aracılığıyla giderilmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların %21,8'i çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının aile ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Tip 1 diyabet hastalığının katılımcıların 5'te birinden fazlasının aile ilişkilerini olumsuz etkilediği göz önünde bulundurulduğunda hastalığın yalnızca diyabetli çocuğu değil çocuğun aile üyelerini ve sistemini de etkileyen çok boyutlu bir hastalık olduğu söylenebilir. Her ailenin, onu kendine özgü kılan kendine has özellikleri olduğu ve bu nedenle bir bireyin kronik bir hastalığa yakalanması durumunda uyum ihtiyacına bağlı olarak farklı davranışlar sergilediği bilinmektedir. Aile üyelerinden birinin kronik bir hastalığa yakalanması, aile üyelerini hasta bakımına yoğun bir şekilde odaklanmaya ve aile yaşamının biyopsikososyal yönlerini yeniden formüle etmeye iten bir güç olabilir. Yapılan çalışmalarda aile bakımı gerektiren kronik hastalıklara ailenin yeniden yapılandırılması ve yeniden düzenlenmesi ihtiyacının eşlik ettiği, hasta açısından çatışma ve memnuniyetsizliği tetikleyebilecek faktörlerin aile ilişkilerini zorlaştırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Santos ve ark., 2012; Koutra ve ark., 2014; Perez ve ark., 2024).

Katılımcıların %28,1'i çocuğunun tip 1 diyabetli olmasının aile, eş/partner, arkadaş ve yakın çevre ile ilişkileri, sosyal aktivitelere katılmayı, kişisel bakımı ya da duygusal dünyayı olumsuz bir şekilde etkilemediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %71,9'unun ise çocuğunun tip 1 diyabetli olması nedeniyle yukarıda sayılan faktörlerden en az biri ya da birden fazlasının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Özetle katılımcıların neredeyse 4'te üçünün çocuğunun tip 1 diyabetli olması nedeniyle bireysel, aile ve sosyal ilişkilerinde birtakım sorunlar yaşadıkları görülmektedir.

Araştırmada katılımcıların %31,8'inin çocuğun hastalığı süresince profesyonel bir meslek elemanından (psikolog, sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı, çocuk gelişim uzmanı vb.) destek aldığı görülürken %%68,1'inin ise herhangi bir destek almadığı görülmektedir. Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında tip 1 diyabetli çocukların tedavi sürecinde çocukların ailelerine psikososyal destek hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmediği söylenebilir. Tip 1 diyabetli çocukların sürekli glikoz izlemi, diyet

yönetimi, egzersiz faaliyetlerine katılımı ve insülin yönetimi gibi diyabet yönetiminin günlük parçalarını oluşturan faktörleri düzenlemeye ve takip etmeye çalışan ebeveynleri bu kronik süreçte zaman içerisinde tükenmişlik yaşayabilmekte ve zaman zaman kendilerini yalnız hissederek psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar. Nitekim araştırmaya katılan ebeveynlerin %69,8'i bakım verme sürecinde psikolojik destek almayı düşündüğünü ifade etmiştir. Literatürde bu çocukların ailelerinin yüksek stres, kaygı ve depresyon düzeylerine sahip olduğu ve bu durumun genellikle yetersiz psikososyal destek mekanizmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Mevcut psikososyal destek sistemlerinin yetersizliği, özellikle düşük gelirli ailelerde daha belirgin hale gelmekte ve bu da ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratmaktadır (Bhadada ve ark., 2011; Helgeson ve ark., 2012; Streisand ve Monaghan, 2014; Allen ve ark., 2024; Marwi ve ark., 2024).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Hastalığa İlişkin Öznel Algılar-Anne/Baba Formu puan ortalaması 15,10'dur ve hastalığın algılanan ağırlığı oldukça yüksektir. Araştırmanın bu bulgusu H₁ hipotezini desteklemektedir. Benzer olarak Üstün'ün (2011) yaptığı çalışmada da tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin Hastalığa İlişkin Öznel Algılar-Anne/Baba formu puan ortalaması 15,41 olarak saptanmıştır. Ebeveynlerin Diyabetin Aileye Etkisi Ölçek toplam puan ortalaması 29,85'tir. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; Okul alt boyutunun puan ortalaması 25,90 olarak saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu H₂ hipotezini desteklememektedir. Ölçeğin İş alt boyutunun puan ortalaması 25,52 olarak saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu H₃ hipotezini desteklememektedir. Ölçeğin Maddi Durum alt boyutunun puan ortalaması 44,23 olarak saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu H₄ hipotezini desteklememektedir. Ancak Maddi Durum alt boyutunun (44,23) diğer alt boyutlardan daha yüksek değerde olduğu görülmektedir. Dolayısıyla diyabetin katılımcıları en fazla ekonomik olarak olumsuz etkilediği görülmektedir. Ülkemizde insülin tedavisinin içerdiği maliyet doğuran malzemelerin tümünün devlet desteği kapsamına dahil olmamasının diyabetlileri ve ailelerini ekonomik açıdan zorladığı söylenebilir. Ölçeğin İyilik Hali alt boyutunun puan ortalaması 26,28 olarak saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu H₅ hipotezini desteklememektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin Aile APGAR ölçeği puan ortalaması ise 7,62'dur ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyi yüksektir. Araştırmanın bu bulgusu H₆ hipotezini desteklememektedir. Benzer çalışmalar incelendiğinde Yıldırım'ın (2017) çalışmasına dahil olan pediatrik astım

hastalarına bakım veren annelerin Aile APGAR Ölçeği puanları ortalaması $6,06 \pm 3,06$ olarak saptanmış ve çalışmaya dahil olan annelerin aile işlevselliklerinden orta düzeyde memnuniyet duydukları, Bilgin'in (2016) irritabl bağırsak sendromu olan kişilerle yürüttüğü çalışmada ilgili grubun Aile APGAR ölçeği ortalaması $5,45 \pm 2,28$ olarak saptanmış ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet düzeyinin düşük olduğu görülmüştür.

4.1.2. Deneysel Çalışma Bulgularına İlişkin Tartışma

Araştırmanın ikinci aşamasında çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal müdahalesinin, tip 1 diyabetli çocuğu olan ve literatürde de değinilen birçok psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara sahip ebeveynlerin hastalığa uyum düzeylerine etkisinin olup olmadığını saptamak amacıyla araştırma kriterine uygun olan sekiz ebeveyn ile çözüm odaklı terapinin yöntem ve teknikleri kullanılarak 15.02.2024 - 04.04.2024 tarihleri arasında 8 grup oturumu (kapalı grup) yapılmıştır.

Araştırmanın bu aşamasının temel hipotezi “Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesine katılan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerde diyabetin aileye olumsuz etkisi ve hastalığın algılanan ağırlığı anlamlı düzeyde düşer ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet derecesi anlamlı düzeyde artar” şeklinde ifade edilmiştir. Araştırmanın hipotezini test etmek için deney grubunda bulunan tip1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği, Hastalığa İlişkin Öznel Algılar-Anne/Baba Formu ve Aile APGAR ölçekleri öntest ve sontest puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile test edilmiştir. Araştırma kapsamında deneysel müdahaleye ilişkin elde edilen nicel bulguları desteklemek amacıyla grup çalışmasından ve yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen nitel veriler tematik analiz tekniği kullanılarak çözümlenmiştir.

Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ toplam puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, ebeveynlerin DAEÖ toplam son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmanın bu bulgusu H_7 hipotezini desteklemektedir. DAEÖ toplam puan ortalamasının düşük olması diyabetin aileye olumsuz etkisinin düşük olduğunu göstermektedir. Buna göre yapılan

çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin diyabetin ailelere olan olumsuz etkisini azalttığı söylenebilir. Bu sonucu destekleyici ifadeler katılımcı ifadelerine yansımaktadır. Bu anlamda bir katılımcı K4: *"Hocam ben sizin verdiğiniz ödevler kapsamında kızımın her hafta bazen haftada iki kere yaklaşık bir saat anne-kız saati yapmaya başladım. Bu bize çok iyi geldi ve hep yapmaya karar verdik. Bunu eşimle de deneyeceğim."* sözleriyle, bir başka katılımcı ise K2: *"Bu çalışmalarda olumlu davranış geliştirebileceğimi öğrendim. Öncelikle daha sakin yaklaşmalıyım. Bunun için önce çocuğumu dinleyip, anlamaya çalışmalıyım. Son birkaç haftadır bunu yapmaya çalıştığımda çatışmalarımızın azaldığını gördüm. Çocuğumun da gerginliği azaldı."* sözleriyle diyabet nedeniyle ailede yaşanan olumsuz durumların azalmaya başladığını ifade etmektedir. Li ve ark. (2018) tarafından Çin'de yapılan doğuştan kalp hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin yaşadığı psikolojik sıkıntıya yönelik çözüm odaklı kısa terapinin etkililiğinin incelendiği araştırmada müdahaleye katılan 25 ebeveynin kontrol grubunda (28) yer alanlara kıyasla ebeveyn sıkıntısında önemli bir azalma ve ebeveynlerin umut seviyelerinde artış olduğu görülmüştür.

Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ okul alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, ebeveynlerin DAEÖ okul alt boyutu son testteki puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmanın bu bulgusu H₈ hipotezini desteklemektedir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin diyabetli çocuğun okul ile ilgili yaşadığı sorunlar üzerinde olumlu etkiler yarattığı söylenebilir. Bu sonucu destekleyici ifadeler katılımcı ifadelerine yansımaktadır. Bu anlamda bir katılımcı K5: *"Okulda da arkadaşlarından eskisi kadar utanmıyor artık. Diyabetle barışmaya başlaması beni çok mutlu ediyor"* sözleriyle çocuğun okul arkadaşlarından kendisini farklı hissetmesinin azaldığını ifade etmektedir. Şahin (2021) tarafından 'Çözüm Odaklı Grupla Çalışmanın Mülteci Öğrencilerin Sosyal Uyum ve Benlik Saygısı Düzeylerine Etkisi' nin değerlendirildiği araştırmada çözüm odaklı grup çalışması yapılan deney grubundaki öğrencilerin sosyal uyum ön test ortalama puanları ($X=45.250$) ile son test ortalama puanları ($X=52.750$) arasında anlamlı bir fark olduğu (-7.500^{**} , $p<0.05$), grup çalışmasına katılan öğrencilerin sosyal uyum düzeylerinin artışı görülmüştür.

Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ iş alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, ebeveynlerin DAEÖ iş alt boyutu son testteki puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmanın bu bulgusu H_9 hipotezini desteklemektedir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin katılımcıların/eşlerinin iş ile ilgili yaşadıkları sorunlar üzerinde olumlu etkiler yarattığı söylenebilir. Bu sonucu destekleyici ifadeler katılımcı ifadelerine yansımaktadır. Bu anlamda bir katılımcı K8: *"Kan şekeri normal aralıkta tutamadığı için son zamanlarda çok sık hastaneye gelirdik. Sürekli işten izin almak zorunda kalırdım. Azaldı artık, şükür değerlerimiz iyi gidiyor."* sözleriyle çocuğunun diyabetinin iş yaşamına olumsuz etkisinin azaldığını ifade etmektedir.

Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ maddi durum alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Araştırmanın bu bulgusu H_{10} hipotezini desteklemektedir. Buna göre yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin ailelere maddi durum bakımından bir farklılık oluşturmadığı söylenebilir. Yapılan müdahalede ailelerin maddi durumunu etkileyecek bir içerik bulunmamakta olup bu sonuç beklenen bir sonuçtur.

Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ iyilik hali alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, ebeveynlerin DAEÖ iyilik hali alt boyutu son testteki puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmanın bu bulgusu H_{11} hipotezini desteklemektedir. Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin katılımcıların iyilik hali üzerinde olumlu etkiler yarattığı söylenebilir. Bu sonucu destekleyici ifadeler katılımcı ifadelerine yansımaktadır. Bu anlamda bir katılımcı K8: *"Diyabetle baş etme süreci çok endişeli bir süreç. Bu grup çalışmasının en belirgin özelliği endişelerimin azalması oldu. Artık kendimi daha az endişeli hissediyorum ve bu beni hafifletti."* sözleriyle endişe düzeyinin azaldığını ifade etmektedir. Khabir ve ark. (2017) tarafından kanserli çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres belirtileri üzerine çözüm odaklı kısa terapinin (ÇOT) etkililiğinin incelendiği araştırmada da terapiye katılan kanserli çocukların ebeveynlerinin aktif kontrol grubunda (hastanenin sosyal hizmet biriminin politikaları devam eden ve bilişsel davranışçı terapi ve danışan merkezli bakış açılarından danışmanlık sağlanan)

yer alan ebeveynlere kıyasla genel psikolojik sıkıntılarında önemli ölçüde daha fazla azalma olduğu ortaya konmuştur ($F(1) = 22.67, p < .001$).

Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin HİÖA-A/B puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, hastaların HİÖA-A/B son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmanın bu bulgusu H_{12} hipotezini desteklemektedir. HİÖA-A/B puan ortalamasının düşük olması hastalığın ebeveynler tarafından algılanan ağırlığının düşük olduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamında yapılan grup çalışmasının katılımcıların tip 1 diyabet algısı üzerinde olumlu etkiler yarattığı söylenebilir. Bu sonucu destekleyici ifadeler katılımcı ifadelerine yansımaktadır. Bu anlamda bir katılımcı K2: *"Bu hastalığın korktuğum kadar kötü olmadığını; arabayı düzgün kullanırsak kaza yapma olasılığının daha az olduğunu anladım."* sözleriyle, bir başka katılımcı ise K3: *"Sizin bize kattıklarınız aslında sizin sayenizde kendi kendimize kattıklarımız bu süreçte benim diyabetle barışmamı sağladı. Örneğin ben bu hastalığın çocuğumu hayatta çok geriye düşüreceğini düşünürdüm fakat gördüm ki diyabeti başarılı bir şekilde yönettikten sonra benim çocuğumun arkadaşlarından hiçbir farkı yok aslında."* sözleriyle hastalık algısındaki olumlu değişimi ifade etmektedir.

Araştırmada deney grubunda bulunun ebeveynlerin AAP formu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, hastaların AAP son test puan ortalamalarının öntest puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmanın bu bulgusu H_{13} hipotezini desteklemektedir. AAP puan ortalamasının yüksek olması aile işlevselliğinden duyulan memnuniyet derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan grup çalışmasının aile işlevselliğini olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Bu sonucu destekleyici ifadeler katılımcı ifadelerine yansımaktadır. Bu anlamda bir katılımcı K3: *"Örneğin çocuğum ileride ergenliğe girince birlik (aile üyeleri) olup yememize içmemize hepimizin dikkat etmesi konusunda uzlaştık ve bu bizi daha çok kenetlendirdi. Bu çalışmaya katılmamın aile birliğimizi güçlendirdiğini düşünüyorum."* sözleriyle grup çalışmasının aile ilişkilerindeki ortaklık ve ailede karar verme sürecine olumlu etkiler sağladığını ifade etmektedir. Grup çalışmasına katılımın, doğrudan aile üyelerinin katılmadığı bir durumda bile aile içi ilişkilerine olumlu etkiler yarattığı söylenebilir. Bu, bireysel

farkındalık ve becerilerin kazanılmasının dolaylı olarak çevresel ilişkileri de iyileştirdiği fikrini desteklemektedir.

Yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı grup çalışmasında yer alan katılımcıların önemli bir kısmı sağlıklı iletişim kurma becerisi, çözüm odaklı düşünme ve olumlu davranış geliştirme durumlarına dikkat çekmektedir. Katılımcılar, çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi sayesinde yanlış bakış açısı ve davranış biçimine sahip olduklarını fark ettiklerini ve çocuklarının duygularını, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını daha iyi anlayabildiklerini ifade etmektedir. Bu anlamda bir katılımcı K2: *"Bu çalışmaların bende aydınlatma yarattığını söyleyebilirim. Düşünce olarak yani. Düşünce biçimim önceden daha olumsuzdu. Şimdi ise sorun karşısında hemen ilk aklıma nasıl çözebiliriz? sorusu geliyor."* sözleriyle çözüm odaklı düşünmeye, bir katılımcı K5: *"Çocuğuma yaklaşımın yanlış olduğunu, özellikle diyabet yönetimi konusunda baskıcı olduğumu ve bu çalışma başlamadan önce çok fazla olumsuzluklarla dolu olduğumu fark ettim e tabii bunlar çocuğumla ilişkilerime yansımış. Davranışlarımı değiştirmeye başlayınca çatışmalarımız azaldı."* sözleriyle olumlu davranış geliştirmeye vurgu yapmaktadır. Bir başka katılımcı ise K3: *"Çalışmanın bizim aileye kattığı en önemli şeylerden biri iletişimimizi güçlendirmesi bence. Artık ailemle hep beraberken güzel güzel konuşabiliyor ve karar alabiliyoruz."* sözleriyle çalışmanın iletişim kurma becerisini geliştirdiğini ifade etmektedir. Grup çalışmasının katılımcılarda özellikle iletişim becerileri ve duygusal farkındalığı artırması, ebeveynlerin aile üyeleriyle daha sağlıklı ve yapıcı bir etkileşim kurmasına yardımcı olduğu söylenebilir.

Ayrıca araştırma kapsamında yapılan grup çalışmasında kendi çocuklarıyla aynı hastalığa sahip çocuğu olan ve benzer deneyimler yaşayan kişilerle bir arada olmanın katılımcılar üzerinde olumlu etkiler yarattığı görülmektedir. Bir katılımcı grup çalışmasının bu anlamda faydasını K3: *"Özellikle benimle aynı kaderi yaşayan insanlarla karşılıklı konuşmak çok iyi geldi bana. Uzun zamandır beni anlayan birileriyle konuşmadığımı fark ettim."* sözleriyle ifade etmiştir. Kronik hastalıklara sahip olan kişilere bakım verenlerin psikososyal zorluklarını azaltmak için grup çalışmaları önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Bu kapsamda yapılan araştırmalarda grup çalışmalarının kronik hastalığa sahip bireye bakım veren grup üyelerinin psikososyal sağlığı ve yaşam kalitesinde iyileşme ve depresyon skorlarında

azalmaya yol açtığı saptanmıştır (Kichler ve ark., 2013; Kamkhagi ve ark., 2015; Cheng ve ark., 2019).

Yapılan grup çalışmasının katılımcıların aile ilişkisi, kendisinin ve çocuğun diyabetle baş etme becerisi ve ebeveyn/çocuk ilişkisi üzerinde olumlu etkiler yarattığı görülmektedir. Katılımcılardan bazıları çocuğunun diyabetle baş etme becerisini geliştirdiğini K1: *"Çocuğumun kendine olan güveni geldi ileride oluşabilecek problemlerle ilgili ılımlı yaklaşımı oldu konuştuğumuz zaman tip 1 diyabeti kabul ettiğini ve artık utanmadığını belirtti."*, K5: *"Kızım insülinlerini daha düzenli veriyor eskiden bilerek vurmazdı zayıflamak adına ya da çok sık vurmaya unutturdu."*, K7: *"Biliyorsunuz kızım diyabet olduğunu çevresinden gizliyor ve toplumda bu durumun dile gelmesini istemiyordu. Bu çalışmanın çocuğumun diyabetle baş etmesinde en önemli avantajı bence ondaki utanma duygusunu biraz olsun hafifletmesi oldu. Hala herkese hastalığını söylemese de yakın arkadaşlarına artık söylediğini ve bu durumdan utanmadığını görüyorum."* sözleriyle ifade etmiştir. Yapılan çalışmanın aile ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yarattığını ise katılımcılardan bazıları K2: *"Aile üyelerim bu oturumlara şahsen katılmasa da onlarla olan iletişimim değiştiği için ailemize de çok iyi geldi bu çalışma."*, K3: *"Çalışmanın bizim aileye kattığı en önemli şeylerden biri iletişimimizi güçlendirmesi oldu bence."* ve K7: *"Grup çalışmasında aile ilişkilerine de farklı yönlerden bakabileceğimizi, çözümsüz gibi görünen sorunlarda bile bir çözüm yolu olabileceğini anladım. Bunu aile üyelerimle de paylaştım ve onlar da sorunlarımızı çözebileceğimize olan inançlarını tazelediler. Artık sorunları çözümlenebileceğimizi biliyoruz ve bu doğrultuda aile üyelerimizle birlik olduk."* sözleriyle ifade etmiştir. Sistem teorisine göre, bireylerdeki değişimler aile sistemi de dahil olmak üzere tüm sistemleri etkilemektedir (Galvin ve Young, 2010). K2'nin kendi iletişim biçimini değiştirmesi, aile üyelerinin de bu değişime uyum sağlamasını ve ilişki dinamiklerinin dönüşmesini tetiklemiştir. Yetkili ebeveynlik ve açık iletişim gibi olumlu aile dinamikleri duygusal dayanıklılığı teşvik etmektedir (Ani, 2024).

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalığa uyum düzeylerini artırmak ve hastalığın aileye olan olumsuz psikososyal etkilerini azaltmak için etkili bir adım olabileceği görülmektedir. Literatür kapsamında çözüm odaklı yaklaşımın grup çalışmalarındaki kullanımı incelendiğinde, araştırmalar çözüm odaklı yaklaşımın, grup çalışmalarında

katılımcılar için yarar sağladığını göstermektedir (Viner ve ark., 2003; Smock ve ark., 2008; Carrera ve ark., 2016; Ünal, 2020; Erdoğan, 2021; Özdağ, 2021; Şahin, 2021; Aytaç, 2023; Dartina ve ark., 2024). Mevcut çalışmada karma yöntem kapsamında ele alınan nicel ve nitel bulgularının ilgili literatür ile uyumlu olduğu ve çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin tip 1 diyabetli çocukların ailelerinin hastalığa uyum düzeyini artırdığı görülmektedir.

Son olarak bu araştırma tip 1 diyabetin hem çocuklar hem de ebeveynler açısından psikolojik, sosyal, duygusal ve ekonomik birtakım zorluklar yarattığını, yaşa ve kişisel özelliklere uygun destek sunan ve aile dayanıklılığını artırmayı hedefleyen bütüncül yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Müdahale programları, aile içindeki paylaşılan yükü hafifletmeye odaklanarak başa çıkma becerilerini güçlendirebilir, eğitim desteği sunabilir ve sosyal destek mekanizmalarını harekete geçirebilir. Bu tür yaklaşımlar hem diyabetli çocuklar hem de aile üyeleri için daha olumlu sonuçların elde edilmesine katkı sağlayabilir. Çocukların diyabeti başarılı bir şekilde yönetebilmesini desteklemek için aile işlevselliğini geliştirmeye odaklanan aile temelli müdahaleler yadsınamaz bir öneme sahiptir. Guthrie ve ark. (1990) tip 1 diyabet tanısının tüm aile sistemini etkilediği için diyabetli bir çocuğu olan ailelerde stres düzeylerinin değerlendirilmesinin ve strese yönelik psikoeğitimin önemli olduğunu, Campbell ve Patterson (1995) astım ve diyabet gibi kronik çocukluk hastalıklarında aile terapisi ve diğer aile müdahalelerinin çok etkili olduğunu, Khanna ve ark. (2024) psikolojik ve davranışsal müdahalelerin diyabetli çocuklarda tedaviye daha iyi uyum, glisemik kontrol, aile ve akranlarla daha iyi ilişkiler ve gelişmiş başa çıkma becerisi açısından yararlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

4.2. SONUÇ

Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal müdahalesinin, tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalığa uyum düzeylerine etkisinin olup olmadığının ortaya konulmasını amaçlayan bu araştırma kapsamında ilk olarak tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler tarafından hastalığın algılanan ağırlığı, ailelerin diyabet nedeniyle yaşadıkları sorunlar, diyabetin aileye etkisi ve aile işlevsellikleri ortaya konulmaya amaçlanmıştır. Akabinde diyabetli çocuğu olan 8 ebeveyn ile çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirilip, müdahalenin etkililiği sınanmıştır.

Araştırmanın ilk aşamasının sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Ebeveynlerde çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması başlıca stres kaynağı iken ebeveynlerin büyük çoğunun çocuğun geleceği ile ilgili kaygılara sahip olduğu görülmüştür.
- Tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin diyabet nedeniyle duygusal dünyası, sosyal aktivitelere katılımı, aile ilişkileri ve eş/partner ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ve ebeveynlerin büyük çoğunun bakım verme sürecinde psikolojik destek almayı düşündüğü görülmüştür.
- Diyabetin aile bütçesi üzerindeki ekonomik yükü, araştırmada öne çıkan bir başka kritik konudur. Tedavi masrafları, düzenli tıbbi kontroller ve teknolojik cihazların maliyeti gibi çeşitli etmenlerin birçok ailenin mali dengesini olumsuz etkilediği görülmüştür.
- Diyabetin ebeveynler tarafından algılanan ağırlığının yüksek olduğu görülmüştür.
- Ebeveynlerin aile işlevselliğinden duydukları memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmanın ikinci aşamasında deney grubunda bulunan tip 1 diyabetli çocuğu olan sekiz ebeveyn ile çözüm odaklı yaklaşıma dayalı 8 grup oturumu gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasının sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ toplam puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark

olduğu, ebeveynlerin DAEÖ toplam son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

- Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ okul alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, ebeveynlerin DAEÖ okul alt boyutu son testteki puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ iş alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, ebeveynlerin DAEÖ iş alt boyutu son testteki puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ maddi durum alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin DAEÖ iyilik hali alt boyutu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, ebeveynlerin DAEÖ iyilik hali alt boyutu son testteki puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Araştırmada deney grubunda yer alan ebeveynlerin HİÖA-A/B puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, hastaların HİÖA-A/B son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Araştırmada deney grubunda bulunun ebeveynlerin AAP formu puan ortalamaları arasında sekiz haftalık süreç sonunda anlamlı bir fark olduğu, hastaların AAP son test puan ortalamalarının öntest puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- Araştırma kapsamında yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi; deney grubunda bulunun ebeveynlerin diyabetle baş etme becerileri üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır.
- Araştırma kapsamında yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi; deney grubunda bulunan

ebeveynlerin çocuklarının diyabetle baş etme becerileri üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır.

- Araştırmada kapsamında yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi; deney grubunda bulunan ebeveynlerin aile ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır.
- Araştırmada kapsamında yapılan çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi; deney grubunda bulunun ebeveynlerin çocukları ile ilişkisi üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır.

Grup çalışmasından elde edilen nicel ve nitel bulgular araştırmanın denencesini doğrulamaktadır. Yapılan grup çalışmasının ebeveynlerde hastalığın algılanan ağırlığını ve diyabetin aileye olumsuz etkisini anlamlı düzeyde düşürdüğü ve aile işlevselliğinden duyulan memnuniyeti anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır ($p<0.05$). Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesi ebeveynlerin çözüm odaklı düşünme ve olumlu davranış becerileri geliştirmeleri üzerinde etkili olarak, ebeveynin ve çocuğun diyabetle baş etmesi, ebeveyn/çocuk ve aile ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır. Buna göre çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin hastalığa uyumunu artırmada etkili olduğu söylenebilir.

4.3. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, gelecekte yapılacak olan çalışmalara ve alanda çalışan uygulayıcılara (sosyal hizmet uzmanları/sosyal çalışmacı) yardımcı olabilecek önerilere aşağıda ayrı başlıklar altında yer verilmiştir.

4.3.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayalı olarak araştırmacılara yönelik geliştirilen öneriler şunlardır:

- Araştırmada yer alan tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynlerin çoğunluğu annelerden oluşmaktadır. Bu nedenle cinsiyet dağılımı anlamında daha uygun bir oran ile araştırma tekrarlanabilir.

- Bu çalışma tek gruplu öntest-sontest modeline dayalı deneysel bir çalışmadır. İleride gerçekleştirilecek benzer çalışmalarda kontrol grubu da oluşturulabilir.
- Bu araştırma tip 1 diyabetli çocuğu olan ebeveynler ile gerçekleştirilmiştir. Çözüm odaklı terapi yaklaşımı farklı yaş gruplarında uygulanabilecek bir yapıya sahiptir. Bundan dolayı tip 1 diyabetli çocuklarla bireysel ya da grup çalışması şeklinde uygulanabilir.
- Bu araştırma sınırlı sayıdaki tip 1 diyabetli çocukların ebeveynleriyle yürütülmüştür. Çözüm odaklı yaklaşıma dayalı gruplarla sosyal hizmet müdahalesinin bundan sonraki çalışmalarda farklı müracaatçı gruplarıyla uygulanması bu yaklaşımın gruplarda kullanımı konusunda etkililiği açısından aydınlatıcı olabilir.
- Sosyal hizmet araştırmacılarının müdahaleleri geliştirerek ve test ederek, uyum ve sonuç tahmin edicilerini keşfederek ve tip 1 diyabetin zorluklarıyla uğraşan çocukların ve ailelerinin psikososyal deneyimlerinin ampirik anlayışını geliştirerek hastalığın yönetim sürecine daha fazla dahil olmaları faydalı olabilir.

4.3.2. Uygulayıcılara Yönelik Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayalı olarak uygulayıcılara yönelik geliştirilen öneriler şunlardır:

- Tıbbi sosyal hizmetlerde son yıllarda benimsenen önleyici rehberlik anlayışı kapsamında hastalığa uyum sorunu yaşanmadan önce tip 1 diyabetli çocuk ve ailelerine sosyal hizmet uzmanları tarafından önleyici mesleki uygulamalar yapılabilir.
- Diyabetli çocuk ve ailesi ile başarılı sosyal hizmet uygulaması yürütülebilmek için tıbbi sosyal hizmet uzmanları diyabetin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileriyle ilgili bilgi birikimine sahip olmalıdır. Bu kapsamda tıbbi sosyal hizmet uzmanlarına eğitim verilebilir.
- Tıbbi sosyal hizmet uzmanları diyabet ekibinin ayrılmaz bir parçası haline getirilmelidir. Ayrıca diyabet tedavi ekibi içerisinde yer alan diğer

profesyonellere diyabetin psikososyal etkileri konusunda bilgilendirme çalışmaları planlanabilir.

- Hastanelerde diyabet takibinde olan çocukların diyabet yönetimini iyileştirmek amacıyla gelişim dönemleri dikkate alınarak, çocuklara ve ailelerine iletişim ve problem çözme becerilerini artırmaya yönelik grup çalışmaları yapılabilir ve psikoeğitimler verilebilir.
- Tip 1 diyabet ile ilgili bilinç ve farkındalık çalışmaları yapılabilir.
- Diyabetli çocukların kapsamlı hastalık yönetimi göz önünde bulundurulduğunda bu çocukların okullarda ve kurslarda tedavi gerekliliklerini yerine getirdiği bilinmektedir. Bu kapsamda eğitim ve öğretim kurumlarında çalışan personellere tip 1 diyabetle ilgili farkındalık çalışmaları yapılabilir. Ayrıca akran zorbalığına maruz kalmamak için çocuklarla da çalışmalar yürütülebilir.
- Tip 1 diyabetli çocuklar ve ailelerinin karşılaştığı psikososyal sıkıntıların giderilmesinde etkin olduğu saptanan çözüm odaklı yaklaşımın, kurum içi eğitimler ya da alternatif yöntemler aracılığıyla sağlık kuruluşlarında görev yapan sosyal hizmet uzmanlarına öğretilmesi ve bu profesyonellerin yaklaşımı uygulamalarında kullanmaları hem süreç yönetimi hem de bütçe açısından daha yüksek verim sağlayabilir.
- Bütüncül bir yaklaşım kapsamında tip 1 diyabetli çocukların ve ailelerin psikososyal durumlarını ve gereksinimlerini dikkate alan bir eğitim planı hazırlanması kişilerin biyopsikososyal sağlığını iyileştirmede yardımcı olabilir.
- Ebeveynlerin psikolojik iyi oluşları çocuğun diyabet yönetimi başarısı ve genel yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu nedenle, ebeveynlerin stresle başa çıkma stratejilerini güçlendirecek psikososyal desteklerin artırılması kritik bir önem taşımaktadır. Kronik bir hastalık olan tip 1 diyabetin tedavisinin de kronik olduğu göz önünde bulundurulduğunda ebeveynlere yönelik psikososyal destek hizmetlerinin sürekli sunulması gereklidir.

KAYNAKLAR

- Acharjee, S., Ghosh, B., Al-Dhubiab, B. E., & Nair, A. B. (2013). Understanding type 1 diabetes: etiology and models. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(4), 269-276.
- Addo, B., Sencherey, S., & Babayara, M. N. K. (2018). Medication noncompliance among patients with chronic diseases attending a primary health facility in a Periurban district in Ghana. *International Journal of Chronic Diseases*, 2018, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2018/7187284>
- Ahangar, A., Ahmadi, S., Asadpour, E., & Moghadasin, M. (2024). The efficacy of single-session solution-focused therapy on the level of self-compassion, forgiveness, and marital conflict of married women. *Journal of Psychological Science*, 23(142), 2343-2360. 10.52547/JPS.23.142.2343
- Alamanos, E., & Rasch, F. (2024). Rädsla för hypoglykemi hos föräldrar till barn med diabetes mellitus typ 1: en litteraturöversikt.
- Alanazi, F. K., Alotaibi, J. S., Paliadelis, P., Alqarawi, N., Alsharari, A., & Albagawi, B. (2018). Knowledge and awareness of diabetes mellitus and its risk factors in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 39(10), 981-989. [10.15537/smj.2018.10.22938](https://doi.org/10.15537/smj.2018.10.22938)
- Alazmi, A., Bashiru, M. B., Viktor, S., & Erjavec, M. (2024). Psychological variables and lifestyle in children with type1 diabetes and their parents: a systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(3), 1174-1194. <https://doi.org/10.1177/13591045231177115>
- Alharbi, S. M., Alluheybi, A. A., AlHarbi, A. A., Alkaabi, L. K., Alshahrani, K. M., Farrash, K. K., ... & Arishi, N. H. (2022). Common chronic conditions in pediatric primary care. *Int J Community Med Public Health*, 9(10), 1-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20222379>
- Alhomood, M. A., Shibli, K. Y., Abadi, S., Mostafa, O. A., & Nahar, S. (2020). Knowledge about diabetic ketoacidosis among parents of type 1 diabetic children. *Middle East Journal of Family Medicine*, 18(1), 91-101.
- Allen, V., Mahieu, A., Kasireddy, E., Shouman, W., Pourrahmat, M. M., Collet, J. P., & Cherkas, A. (2024). Humanistic burden of pediatric type 1 diabetes on children and informal caregivers: systematic literature reviews. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 16(1):73. 10.1186/s13098-024-01310-2

Altundağ, S. (2018). Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(2), 137-144.

American Diabetes Association. (2018). 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care*, 41(Supplement_1), 55-64. <https://doi.org/10.2337/dc18-S006>

American Diabetes Association. (2019). 13. Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes care*, 42(Suppl 1), S148–S164. <https://doi.org/10.2337/dc19-S013>

American Diabetes Association. (2020). *Diabetes Care*, 43(Supplement_1):S48–S65 <https://doi.org/10.2337/dc20-S005>

American Diabetes Association (ADA). (2002). Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications. *Diabetes Care*, 25(Supplement_1), 50-60. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2007.S50> 03.10.2024 tarihinde https://diabetesjournals.org/care/article/25/suppl_1/s50/23447/Evidence-Based-Nutrition-Principles-and adresinden erişildi.

American Diabetes Association (ADA). (2023). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 46(Ek_1), 19–40. <https://doi.org/10.2337/dc23-S002> 26.04.2024 tarihinde https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S19/148056/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes adresinden erişildi.

American Diabetes Association. (2020). Standards of medical care in diabetes—2020 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 38(1), 10-38.

Anderson, B., Ho, J., Brackett, J., Finkelstein, D., & Laffel, L. (1997). Parental involvement in diabetes management tasks: relationships to blood glucose monitoring adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *The Journal of Pediatrics*, 130(2), 257-265. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(97\)70352-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(97)70352-4)

Anderson, B. J., & Laffel, L. M. (1997). Behavioral and psychosocial research with school-aged children with type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 10(4), 277-284.

- Anderson, B. J., Vangsness, L., Connell, A., Butler, D., Goebel-Fabbri, A., & Laffel, L. M. B. (2002). Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 19(8), 635-642. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2002.00752.x>
- Ani, N. C. (2024). The impact of family dynamics on children's mental health: Systematic review. *Nigerian Journal Of Arts and Humanities (NJAHA)*, 4(2), 87- 97.
- Antin, L. (2018). Solution-focused brief therapy (SFBT). Good Therapy. 11.06.2021 tarihinde <https://www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/types/solution-focusedtherapy> adresinden erişildi.
- Arman Bilir, Ö., Mengen, E., Kocaay, P. ve Vidinlisan, S. M. (2021). Tip 1 diabetes mellitus'lu çocuk ve adolesan hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi: tek merkez deneyimi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 15(2), 142-149.
- Aslantürk, H. (2019). Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (13), 52-65.
- Atkinson, M. A., Eisenbarth, G. S. ve Michels, A.W. (2014). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 383(9911), 69-82.
- Aydın Engin, E. (2022). Güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde kronik hastalığa sahip çocukların aile ortamı ve hastalığa psikososyal uyumlarının incelenmesi: pediatrik sosyal hizmet gereksinimi. *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi.
- Aydoğan, D., & Özbay, Y. (2017). Ebeveynlik stres ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 24-38.
- Aytaç, A.N. (2023). Çözüm odaklı grupla psikolojik danışmanın ergenlerin özşefkat düzeylerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Aytar Yılmaz, G., Aslanoğlu, İ., Yıldız, Y. Ve Yiğit, D. (2013). Psiko-sosyal boyutun tip 1 diyabete etkileri: bir olgu. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(3), 20-21.
- Azimi, T., Johnson, J., Campbell, S. M., & Montesanti, S. (2024). Caregiver burden among parents of children with type 1 diabetes: A qualitative scoping review. *Heliyon*, 10(6), e27539. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27539>

- Baki A., & Gökçek, T. (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(42), 1-21.
- Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87-94.
- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 32(1), 19-31.
- Bazus, L., Perge, K., Chatelain, P., & Nicolino, M. (2024). Objective burden and emotional distress of parents of children with type 1 diabetes. *Hormone Research in Paediatrics*, 97(3), 225-232. <https://doi.org/10.1159/000531885>
- Beran, D. (2012). Health systems and the management of chronic diseases: lessons from type 1 diabetes. *Diabetes Management*, 2(4), 323-335. DOI:10.2217/dmt.12.33
- Bhadada, S., Grover, S., Kumar, S., Bhansali, A., & Jaggi, S. (2011). Psychological impact of type-1 diabetes mellitus on parents: an exploratory study from North India. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 31, 174-179.
- Bilfield, S., Wildman, B. G., & Karazsia, B. T. (2006). Brief report: The relationship between chronic illness and identification and management of psychosocial problems in pediatric primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 813-817.
- Bilgehan, T., & Uludaşdemir, D. (2024). Insomnia severity among caregivers of children with type 1 diabetes: A mixed method study. *Journal of Pediatric Nursing*, 77, 375-384. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.04.054>
- Bilgin, H. (2016). İrritabl bağırsak sendromu ile aile işlevselliği arasındaki ilişki. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- Bilgin, O. (2020). A review on solution focused brief therapy studies in Turkey. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 7(3), 164-177.

- Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... & Weiss, J. (2012). The global economic burden of noncommunicable diseases (No. 8712). *Program on the Global Demography of Aging*.
- Boden, S., Lloyd, C. E., Gosden, C., Macdougall, C., Brown, N., & Matyka, K. (2012). The concerns of school staff in caring for children with diabetes in primary school. *Pediatric Diabetes*, 13(6), e6-e13. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2011.00780.x>
- Bommer, C., Sagalova, V., Heesemann, E., Manne-Goehler, J., Atun, R., Bärnighausen, T., & Vollmer, S. (2018). Global economic burden of diabetes in adults: projections from 2015 to 2030. *Diabetes Care*, 41(5), 963-970.
- Booger, E. A., Damhuis, A. M., van Alfen-van der Velden, J. A. A., Steeghs, M. C., Noordam, C., Verhaak, C. M., & Vermaes, I. P. (2015). Assessment of psychosocial problems in children with type 1 diabetes and their families: the added value of using standardised questionnaires in addition to clinical estimations of nurses and paediatricians. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2143-2151. <https://doi.org/10.1111/jocn.12789>
- Boren, S. A., Fitzner, K. A., Panhalkar, P. S., & Specker, J. E. (2009). Costs and benefits associated with diabetes education a review of the literature. *The Diabetes Educator*, 35(1), 72-96.
- Bowden, N., Dixon, R., Anderson, V., de Bock, M., Boucsein, A., Kewene-Edwards, M., ... & Wheeler, B. J. (2024). Associations between type 1 diabetes and educational outcomes: an Aotearoa/New Zealand nationwide birth cohort study using the Integrated Data Infrastructure. *Diabetologia*, 67(1), 62-73.
- Bowes, S., Lowes, L., Warner, J., & Gregory, J. W. (2009). Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 992-1000. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04963.x>
- Boyd Webb, N. (2017). Çocuklarla Sosyal Hizmet Uygulaması, Birinci Baskı, Nika Yayınevi.
- Bozeman, B. N. (1999). The efficacy of solution-focused therapy techniques on perceptions of hope in clients with depressive symptoms. New Orleans Baptist Theological Seminary.

- Boztepe, H. (2012). Tip 1 diyabetin yönetiminde riskli bir dönem: Ergenlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(1), 82-89.
- Brazeau, A. S., Nakhla, M., Wright, M., Henderson, M., Panagiotopoulos, C., Pacaud, D., ... & Dasgupta, K. (2018). Stigma and its association with glycemic control and hypoglycemia in adolescents and young adults with type 1 diabetes: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e151. doi: [10.2196/jmir.9432](https://doi.org/10.2196/jmir.9432)
- Buchanan, T. A., & Xiang, A. H. (2005). Gestational diabetes mellitus. *The Journal of Clinical Investigation*, 115(3), 485-491.
- Burn, P. (2010). Type 1 diabetes. *Nature Reviews Drug Discovery*, 9(3), 187-188.
- Campbell, T. L., & Patterson, J. M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 545-583.
- Capistrant, B., Friedemann-Sánchez, G., & Pendsey, S. (2019). Diabetes stigma, parent depressive symptoms and Type-1 diabetes glycemic control in India. *Social Work in Health Care*, 58(10), 919-935. DOI: 10.1080/00981389.2019.1679321
- Carosi Arcangeli, I., Celia, G., Girelli, L., Fioretti, C., & Cozzolino, M. (2024). A Study on the Sense of Parental Competence, Health Locus of Control and Levels of Anxiety, Depression and Somatization in Parents of Children with Type 1 Diabetes: Evidence on a Possible Relationship. *Journal of Clinical Medicine*, 13(8), 2259. <https://doi.org/10.3390/jcm13082259>
- Carrera, M., Cabero, A., González, S., Rodríguez, N., García, C., Hernández, L., & Manjón, J. (2016). Solution-focused group therapy for common mental health problems: Outcome assessment in routine clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 294-307. <https://doi.org/10.1111/papt.12085>
- Carrigan, A., Singh, N., Davis, E., Jones, T., Braithwaite, J., & Zurynski, Y. (2024). Integration of psychological support into paediatric Type 1 diabetes services in Australia: reality or myth?. *International Journal of Integrated Care*, 24(S1):189. doi.org/10.5334/ijic.APIC3189

- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). About Chronic Diseases. 14.08.2024 tarihinde <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> adresinden erişildi.
- Cheng, S. T., Chan, W. C., & Lam, L. C. (2019). Long-term outcomes of the benefit-finding group intervention for alzheimer family caregivers: A cluster-randomized double-blind controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(9), 984-994.
- Chiang, J. L., Maahs, D. M., Garvey, K. C., Hood, K. K., Laffel, L. M., Weinzimer, S. A., ... & Schatz, D. (2018). Type 1 diabetes in children and adolescents: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 41(9), 2026-2044.
- Chobot, A., Polanska, J., Brandt, A., Deja, G., Glowinska-Olszewska, B., Pilecki, O., Szadkowska, A., Mysliwiec, M. ve Jarosz-Chobot, P. (2017). Updated 24-year trend of Type 1 diabetes incidence in children in Poland reveals a sinusoidal pattern and sustained increase. *Diabetic Medicine*, 34(9), 1252-1258.
- Christie, D., Strange, V., Allen, E., Oliver, S., Wong, I. C. K., Smith, F., ... & Elbourne, D. (2009). Maximising engagement, motivation and long term change in a Structured Intensive Education Programme in Diabetes for children, young people and their families: Child and Adolescent Structured Competencies Approach to Diabetes Education (CASCADE). *BMC Pediatrics*, 9, 1-10.
- Clark, N. M. (2003). Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health*, 24(1), 289-313. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141021>
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal Of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Clement, S. (1995). Diabetes self-management education, *Diabetes Care*, 18(8):1204-1214. <https://doi.org/10.2337/diacare.18.8.1204>
- Cooke, D., Bond, R., Lawton, J., Rankin, D., Heller, S., Clark, M., ... & UK NIHR DAFNE Study Group. (2013). Structured type 1 diabetes education delivered within routine care: impact on glycemic control and diabetes-specific quality of life. *Diabetes Care*, 36(2), 270-272.

- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809-828.
- Craig, M. E., Hattersley, A., & Donaghue, K. C. (2011). Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 12(S12), 3-12. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2011.00786.x>
- Creswell, J. W. (2006). Understanding Mixed Methods Research, (Chapter 1). 01.03.2024 tarihinde http://www.sagepub.com/upm-data/10981_Chapter_1.pdf adresinden erişildi.
- Creswell, J. W. (2014). Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Curtis, J. A., & Hagerty, D. (2002). Managing diabetes in childhood and adolescence. *Canadian Family Physician*, 48(3), 499-502.
- Çakır, Y. (2020). Covid-19 sürecinin çözüm odaklı terapi açısından incelenmesi. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 15-22.
- Çelik, S., Kelleci, M., Avcı, D. ve Temel, E. (2015). Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 105-115.
- Çetintaş, I., & Akgün Kostak, M. (2021). Psychometric properties of the Turkish version of the Diabetes Family Impact Scale. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 26(1), e12308.
- Dağdelen, S. (2020). Bölüm 1 Tip 1 Diyabet Tedavi ve İzlem Klinik Protokolü. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1151 ISBN: 978-975-590-744-4, 1-6.
- Daki, J., & Savage, R. S. (2010). Solution-focused brief therapy: Impacts on academic and emotional difficulties. *The Journal of Educational Research*, 103(5), 309-326.
- Daneman, D. (2006). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 367(9513), 847-858.
- Danış, M. Z., & Büber, Ö. (2018). Sosyal hizmet müdahalesinde çözüm odaklı yaklaşım. *Kesit Akademi Dergisi*, (14), 31-49.

- Dartina, V., Nabila, S., Alfaiz, A., & Maharani, I. F. (2024). Systematic literature review: Penerapan layanan konseling kelompok solution focused brief therapy (SFBT) pada peserta didik di sekolah menengah. *Indonesian Journal of Educational Counseling*, 8(1), 36-46.
- De Beaufort, C., Besançon, S., & Balde, N. (2018). Prise en charge du diabète de type 1. *Médecine et Santé Tropicales*, 28(4), 359-362.
- DeBoer, M. D., Valdez, R., Chernavvsky, D. R., Grover, M., Burt Solorzano, C., Herbert, K., & Patek, S. (2017). The impact of frequency and tone of parent–youth communication on type 1 diabetes management. *Diabetes Therapy*, 8, 625-636.
- DeCosta, P., Grabowski, D., & Skinner, T. C. (2020). The psychosocial experience and needs of children newly diagnosed with type 1 diabetes from their own perspective: a systematic and narrative review. *Diabetic Medicine*, 37(10), 1640-1652. <https://doi.org/10.1111/dme.14354>
- DeCoster, V. A. (2001). Challenges of type 2 diabetes and role of health care social work: a neglected area of practice. *Health & Social Work*, 26(1), 26-37.
- De Jong, P.ve Berg, I.K. (2008). Interviewing For Solutions, 4.Baskı.
- Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin R. ve Wysocki, T. (2001). Psychosocial therapies in diabetes: Report of the psychosocial therapies working group. *Diabetes Care*, 24(7), 1286-1292.
- Delaney, L., & Smith, J. P. (2012). Childhood health: trends and consequences over the life-course. *Future Child*, 22(1), 43-63. [10.1353/foc.2012.0003](https://doi.org/10.1353/foc.2012.0003)
- Demirel, F., Büber, N., Esen, İ., Acar, D., Kara, Ö. ve Koç. N. (2012). Diyabetimle barıştım projesi: Bir çocuk endokrinoloji kliniğinde yaşanan başarı öyküsü. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6(1), 31-35.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372(9634), 246-255.
- De Shazer, S., Dolan, Y.M., Korman, H., Trepper, T.S., McCollum, E.E., & Berg, I.K. (2007). More than miracles: The state of the art of solution focused therapy. New York: Haworth Press.

- Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Hollomby, D. J., Barré, P. E., & Guttman, R. D. (1984). The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13(4), 327-343. <https://doi.org/10.2190/5DCP-25BV-U1G9-9G>
- Didsbury, M. S., Kim, S., Medway, M. M., Tong, A., McTaggart, S. J., Walker, A. M., ... & Wong, G. (2016). Socio-economic status and quality of life in children with chronic disease: A systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52(12), 1062-1069.
- Dieleman, J. L., Baral, R., Birger, M., Bui, A. L., Bulchis, A., Chapin, A., ... & Murray, C. J. (2016). US spending on personal health care and public health, 1996-2013. *Jama*, 316(24), 2627-2646.
- Doğan, S. (1999). Çözüm-Odaklı Kısa Süreli Terapi: Kuramsal Bir İnceleme. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2(12), 28-38. <https://doi.org/10.17066/pdrd.73496>
- Doğasal, O., & Karakartal, D. (2021). A Theoretical Perspective on Solution Focused Short Term Therapy. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 7(15), 130-142.
- Dong, H., Zhang, D., & Wang, T. (2024). The effects of Solution-Focused Brief Therapy on self-care and mental health among older adults at risk of coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 57, 11-16.
- Drell, M. J., & Hanson White, T. J. (2007). Comprehensive Textbook of Psychiatry içinde Hİ Kaplan. H Aydın, A Bozkurt (çeviri ed) *Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatırılmaya Tepkileri*, 4, 3425-3433.
- Dunbar-Jacob, J., Erlen, J. A., Schlenk, E. A., Ryan, C. M., Sereika, S. M., & Doswell, W. M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 48-90. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.18.1.48>
- Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1996). Handbook of solution-focused brief therapy. Jossey-Bass.
- Duras, E., Bezen, D., Özkaya, O., & Dursun, H. (2018). Tip 1 diyabetes mellitus tanısı ile izlenmekte olan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*, 16(2), 72-85.

- Easter, G., Sharpe, L., & J. Hunt, C. (2015). Systematic review and meta-analysis of anxious and depressive symptoms in caregivers of children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 623-632. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv012>
- Eiser, C., & Town, C. (1987). Teachers 'Concerns About Chronically Sick Children: Implications For Paediatricians. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 29(1), 56-63. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1987.tb02107.x>
- Elgamasy, B. S. M., Mohamed, E. A., & Baraka, M. A. F. A. (2024). Impact of Solution-based Intervention on Psychological Problems and Coping Strategies among Women with Gestational Diabetes. *Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(2), 51-67.
- Er, F., & Yıldırım, Ş. (2019). İnme sonrası hasta ve bakım verenlerin aile içi ilişkilerinin değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 182-189. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.455454>
- Erdoğan, E. (2021). Şizofreni hastalarına uygulanan çözüm odaklı grup psikoeğitiminin benlik saygısı, öznel iyileşme algısı ve içselleştirilmiş damgalanmaya etkisi. *Doktora Tezi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ergün, S. & Sivrikaya, S. K. (2012). Tip 1 diyabetli çocukların evde bakım uygulamaları ve yönetimi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 90-95.
- Everson, S. A., Maty, S. C., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 891-895.
- Evert, A. B., Boucher, J. L., Cypress, M., Dunbar, S. A., Franz, M. J., Mayer-Davis, E. J., ... & Yancy Jr, W. S. (2014). Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 37(Supplement_1), 120-143. <https://doi.org/10.2337/dc14-S120>
- Faulkner, M. S. (1996). Family responses to children with diabetes and their influence on self-care. *Journal of Pediatric Nursing*, 11(2), 82-93.
- Forlenza, G. P., Li, Z., & Buckingham, B. A. (2018). Diabetes technology: Current and future advances. *Pediatric Diabetes*, 19(8), 40-53. <https://doi.org/10.1111/pedi.12774>

- Franklin, C., Ding, X., Kim, J., Zhang, A., Hai, A. H., Jones, K., ... & O'Connor, A. (2024). Solution-focused brief therapy in community-based services: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Research on Social Work Practice*, 34(3), 265-276. <https://doi.org/10.1177/10497315231162611>
- Frederick, T. V. (2008). Solution-focused brief therapy and the kingdom of God: A cosmological integration. *Pastoral Psychology*, 56(4), 413-419.
- Fuller, J. (2018). What are chronic diseases?. *Synthese*, 195, 3197-3220. <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1368-1>
- Galvin, K. M., & Young, M. A. (2010). Family systems theory. Gaff, C. L. & Bylund, C. L. (Ed.), *Family Communication About Genetics: Theory and Practice*, 102-119. Oxford
- Geist, R., Grdisa, V., & Otley, A. (2003). Psychosocial issues in the child with chronic conditions. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 17(2), 141-152.
- Gençer, Ç., Er, F., Barut, B., & Kara, Y. (2021). Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 1125-1142. <https://doi.org/10.33417/tsh.845895>
- George, A., Vickers, M., Wilkes, L., & Barton, B. (2011). Financial implications for parents working full time and caring for a child with chronic illness. *Australasian Journal of Early Childhood*, 36(3), 131-140. <https://doi.org/10.1177/183693911103600317>
- Gerson, R. (1995). The family life cycle: Phases, stages, and crises. In: Mikesell RH, Lusteran DD, McDaniel SH, editors. *Integrating family therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; ss. 90–111.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283.
- Glasgow, R. E. (1995). A Practical Model of Diabetes Management and Education. *Diabetes Care*, 18(1), 117-126.

- Goldberg, A., & Wiseman, H. (2016). Parental resolution and the adolescent's health and adjustment: The case of adolescents with type 1 diabetes. *Social Work in Health Care*, 55(2), 87-100.
- Gondim K. M., Pinheiro P. N. C., Carvalho Z. M. F. (2009) Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral. *Rev Rene*, 10(4):136-44.
- Gopalan, N., & Brannon, L. A. (2006). Increasing family members' appreciation of family caregiving stress. *The Journal of Psychology*, 140(2), 85-94. <https://doi.org/10.3200/JRLP.140.2.85-94>
- Gowers, S. G., Jones, J. C., Kiana, S., North, C. D., & Price, D. A. (1995). Family functioning: a correlate of diabetic control?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(6), 993-1001. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01345.x>
- Gökler, I. (2008). Sistem yaklaşımı ve sosyal-ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması. *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gören, A. (2016). Engelli çocuğa sahip annelerde yas süreci. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 20(1), 225-244.
- Greenfield, C., Gilles, M., Porter, C., Shaw, P., & Willis, K. (2011). It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 15-19. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01171.x>
- Grey, M. (2000). Interventions for children with diabetes and their families. *Annual Review of Nursing Research*, 18(1), 149-170.
- Guthrie, D. W., Sargent, L., Speelman, D., & Parks, L. (1990). Effects of parental relaxation training on glycosylated hemoglobin of children with diabetes. *Patient Education and Counseling*, 16(3), 247-253. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(90\)90073-T](https://doi.org/10.1016/0738-3991(90)90073-T)
- Güngör, N., Çeçen, D., Özbaşaran, F., & Çetinkaya, A. (2004). Seferihisar devlet hastanesindeki diyabetes mellitus'lu hastaların hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 60-70.

- Haak, T., Götz, S., Fritsche, A., Fuchtenbusch, M., Siegmund, T., Schnellbacher, E., ... & Droßel, D. (2019). Therapy of type 1 diabetes. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 127(Suppl 01), 27-38.
- Hägglöf, B., Fransson, P., Lernmark, B., & Thernlund, G. (1994). Psychosocial aspects of type 1 diabetes mellitus in children 0-14 years of age. *Arctic Medical Research*, 53, 20-29.
- Hannula, V., Hautala, N. M., Tossavainen, P., & Falck, A. A. (2015). Social well-being of young adults with type 1 diabetes since childhood. The Oulu cohort study of diabetic retinopathy. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 623-628. <https://doi.org/10.1177/1403494815588423>
- Hassan, S. M. (2016). Medical social work: Connotation, challenges and prospects. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 36(1), 495-504.
- Hatton, D. L., Canam, C., Thome, S., & Hughes, A. M. (1995). Parents' perceptions of caring for an infant or toddler with diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 569-577.
- Helgeson, V. S., Becker, D., Escobar, O., & Siminerio, L. (2012). Families with children with diabetes: Implications of parent stress for parent and child health. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(4), 467-478.
- Hermanns, N., Kulzer, B., Ehrmann, D., Bergis-Jurgan, N., & Haak, T. (2013). The effect of a diabetes education programme (PRIMAS) for people with type 1 diabetes: results of a randomized trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 102(3), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.10.009>
- Herrman, J. W. (2010). Siblings' perceptions of the costs and rewards of diabetes and its treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 428-437.
- Hilliard, M. E., Monaghan, M., Cogen, F. R., & Streisand, R. (2012). Parent stress and child behavior among young children with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 38(3), 331-339. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01267.x>
- Hilliard, M. E., Tully, C., Monaghan, M., Wang, J., & Streisand, R. (2017). Design and development of a stepped-care behavioral intervention to support parents of young children newly diagnosed with type 1 diabetes. *Contemporary Clinical Trials*, 62, 1-10.

- Hinton, D., & Kirk, S. (2015). Teachers' perspectives of supporting pupils with long-term health conditions in mainstream schools: a narrative review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 23(2), 107-120. <https://doi.org/10.1111/hsc.12104>
- Ho, L., Goh, T., Kwan, J. Y., Lim, J. ve Khor, J. (2024). 'Everybody needs to be on board': individual and organisational youth worker experiences of solution-focused brief therapy training and implementation in a multi-cultural singaporean context. *International Social Work*, 67(2), 360-374. <https://doi.org/10.1177/00208728231156738>
- Hollidge, C. (2001). Psychological adjustment of siblings to a child with diabetes. *Health & Social Work*, 26(1), 15-25. <https://doi.org/10.1093/hsw/26.1.15>
- Holt, R. I., & Kalra, S. (2013). A new DAWN: Improving the psychosocial management of diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(Suppl1), 95-99. DOI: 10.4103/2230-8210.119515
- IFSW, (2014). Global Definition Of Social Work. 04.10.2024 tarihinde <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> adresinden erişildi.
- International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas.9th edition. (2019). 22.05.2021 tarihinde https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf adresinden erişildi.
- International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas.10th edition. (2021).
- Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(2), 149-156. <https://doi.org/10.1192/apt.8.2.149>
- İme, Y. (2019). Solution-focused brief therapy and spirituality. *Spiritual Psychology and Counseling*, 4(2), 143-161.
- İnal, S. & Erdim, L. (2005). Çocuklarda diyabet yönetimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 105-116.

- Jönsson, L., Lundqvist, P., Tiberg, I., & Hallström, I. (2015). Type 1 diabetes–impact on children and parents at diagnosis and 1 year subsequent to the child's diagnosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 126-135. <https://doi.org/10.1111/scs.12140>
- Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C., & Karavanaki, K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism*, 35(5), 339-350.
- Kaleci, E. & Geçkil, E. (2019). Psychosocial adaptation of child and family to type 1 diabetes mellitus and nursing approach. *Pediatric Practice and Research*, 7(4), 597-599.
- Kamkhagi, D., Costa, A. C. O., Kusminsky, S., Supino, D., Diniz, B. S., Gattaz, W. F., & Forlenza, O. V. (2015). Benefits of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 42(6), 157-160. <https://doi.org/10.1590/0101-608300000000067>
- Kankeu, H. T., Saksena, P., Xu, K., & Evans, D. B. (2013). The financial burden from non-communicable diseases in low-and middle-income countries: a literature review. *Health Research Policy and Systems*, 11, 1-12.
- Kara, R., Gümüş, M., & Başbakkal, Z. (2023). Kanserli çocuğa bakım veren ebeveynlerin yaşadıkları bakım yükü ve zorluklar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(2), 234-246. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.1057807>
- Karadağ, F. (2023). Kronik hastalık ve çocuk. Batman H., Güngör C. ve Korkman H. (Ed.), *Dezavantajlı Çocuklar: Tespitler ve Müdahale Önerileri*, 63-83. Efe Akademi Yayınları.
- Kaş Alay, G. (2023). Kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerine etkileri. *Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (KÜSBFD)*, 2(1), 40-50.
- Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., Jacobsen, L.M., Schatz, D.A. & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-17.
- Katz, M. L., Volkening, L. K., Dougher, C. E., & Laffel, L. M. B. (2015). Validation of the diabetes family impact scale: a new measure of diabetes-specific family impact. *Diabetic Medicine*, 32(9), 1227-1231.

- Katzman, L. (2013). *"My child is not an illness": mothers as advocates for pedagogy and policies for chronically ill students*. Roosevelt University.
- Keskek, S. O., Kirim, S., Yanmaz, N., Keskek, N. S., Ortoglu, G., & Canataroglu, A. (2014). Direct medical cost of type 1 and type 2 diabetes in Turkey. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 34, 77-81.
- Khabir, L., Zadeh, M. F., & Hadianfard, H. (2017). The effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 4(4), 50-56. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v4i4.11368>
- Khandan, M., Abazari, F., Tirgari, B., & Cheraghi, M. A. (2018). Lived experiences of mothers with diabetic children from the transfer of caring role. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(1), 76-88.
- Khandelwal, S., Sengar, G. S., Sharma, M., Choudhary, S. & Nagaraj, N. (2016). Psychosocial illness in children with type 1 diabetes mellitus: Prevalence, pattern and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 10(9), 5-8.
- Khanna, A., Debbarma, A., Verma, A., Saini, M., & Verma, Y. (2024). Effect of quality improvement interventional tool on emotional, behavioural and self-perception profile of children with type 1 diabetes mellitus: a pretest, post-test quasi-experimental study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 18(5), 1. 10.7860/JCDR/2024/63792.19432
- Khanna, A. K., Prabhakaran, A., Patel, P., Ganjiwale, J. D., & Nimbalkar, S. M. (2015). Social, psychological and financial burden on caregivers of children with chronic illness: a cross-sectional study. *The Indian Journal of Pediatrics*, 82, 1006-1011.
- Khasanova, N. A. (2024). Diabetes compliance research results and prospects for study. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(3), 48-54.
- Kichler, J. C., Kaugars, A. S., Marik, P., Nabors, L., & Alemzadeh, R. (2013). Effectiveness of groups for adolescents with Type 1 diabetes mellitus and their parents. *Families, Systems, & Health*, 31(3), 280–293. <https://doi.org/10.1037/a0033039>

- Kim, J. S. (2008). Examining the Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116. <https://doi.org/10.1177/1049731507307807>.
- Kish, A. M., Newcombe, P. A., & Haslam, D. M. (2018). Working and caring for a child with chronic illness: a review of current literature. *Child: Care, Health and Development*, 44(3), 343-354. <https://doi.org/10.1111/cch.12546>
- Kodama, S., Morikawa, S., Horikawa, C., Ishii, D., Fujihara, K., Yamamoto, M., ... & Sone, H. (2019). Effect of family-oriented diabetes programs on glycemic control: a meta-analysis. *Family Practice*, 36(4), 387-394. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy112>
- Kondrat, D.C. (2015). Çözüm odaklı yaklaşım. Karatay. A. Editör. (Der.) Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş içinde (ss. 191-208) Ankara: Nika Yayınevi (Orijinal eserin yayın tarihi 2014)
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Stefanakis, Z., Basta, M., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2014). Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatry Research*, 219(3), 486-496. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.045>
- Kovacs, M., Finkelstein, R., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., & Pollock, M. (1990). Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatrics*, 116(5), 528-533. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)81614-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)81614-1)
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., & Bonar, L. K. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 20(1), 36-44. <https://doi.org/10.2337/diacare.20.1.36>
- Krysik, J. L., ve Finn, J. (2015). Etkili uygulama için sosyal hizmet araştırması. (E. Erbay Çev. Ed.), Ankara: Nika Yayınevi.
- KSGM. (2014). Türkiye'de Kadın İşgücü Profili ve İstatistiklerinin Analizi (Nihai Rapor).
- Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. Collier Books Macmillan Publishing.
- Kübler-Ross, E. (2010). Ölüm ve ölmek üzerine. Ankara: A.P.R.I.L Yayıncılık.

- Kyle, U. G., Shekerdemian, L. S., & Coss-Bu, J. A. (2014). Growth failure and nutrition considerations in chronic childhood wasting diseases. *Nutrition in Clinical Practice*, 30(2), 227-238. <https://doi.org/10.1177/0884533614555234>
- Lansing, A. H., Cohen, L. B., Glaser, N. S., & Loomba, L. A. (2024). Feasibility and acceptability of a self-guided digital family skills management intervention for children newly diagnosed with type 1 diabetes: pilot randomized controlled trial. *JMIR Formative Research*, 8(1), e59246. [doi:10.2196/59246](https://doi.org/10.2196/59246)
- Larson-Nath, C., & Goday, P. (2019). Malnutrition in children with chronic disease. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(3), 349-358.
- Lee, M. Y. (2013). Solution-focused brief therapy. In Encyclopedia of social work. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1039>
- Lethem, J. (2002). Brief solution focused therapy. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(4), 189-192. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00033>
- Li, R., Zhang, P., Barker, L. E., Chowdhury, F. M., & Zhang, X. (2010). Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*, 33(8), 1872-1894. <https://doi.org/10.2337/dc10-0843>
- Li, Y., Solomon, P., Zhang, A., Franklin, C., Ji, Q., & Chen, Y. (2018). Efficacy of solution-focused brief therapy for distress among parents of children with congenital heart disease in China. *Health & Social Work*, 43(1), 30-40. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlx045>
- Lin, F. Y., & Lee, T. Y. (2024). Managing type 1 diabetes of a child: Parents' perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 50(2), e13238. <https://doi.org/10.1111/cch.13238>
- Liu, N. F., Brown, A. S., Folias, A. E., Younge, M. F., Guzman, S. J., Close, K. L., & Wood, R. (2017). Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. *Clinical Diabetes*, 35(1), 27-34. <https://doi.org/10.2337/cd16-0020>
- Loghman-Adham, M. (2003). Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *American Journal of Managed Care*, 9(2), 155-173.

- Lou, Q., Wu, L., Dai, X., Cao, M., & Ruan, Y. (2011). Diabetes education in mainland China—A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 336-347. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.006>
- Lowes, L., Gregory, J. W., & Lyne, P. (2005). Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents?. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 253-261.
- Lowes, L., & Lyne, P. (2000). A normal lifestyle: Parental stress and coping in childhood diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 26(3), 181-191. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00146.x>
- Lowes, L., Lyne, P., & Gregory, J. W. (2004). Childhood diabetes: parents' experience of home management and the first year following diagnosis. *Diabetic Medicine*, 21(6), 531-538.
- Lum, A., Wakefield, C. E., Donnan, B., Burns, M. A., Fardell, J. E., & Marshall, G. M. (2017). Understanding the school experiences of children and adolescents with serious chronic illness: A systematic meta-review. *Child: Care, Health and Development*, 43(5), 645-662. <https://doi.org/10.1111/cch.12475>
- Macknight, J. M., Reilly, L., & Coleman, J. (2009). Athletes with diabetes mellitus. *Clinics in Sports Medicine*, 28(3), 455-465. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2009.02.004>
- MacMillan, F., Kirk, A., Mutrie, N., Matthews, L., Robertson, K., & Saunders, D. H. (2014). A systematic review of physical activity and sedentary behavior intervention studies in youth with type 1 diabetes: study characteristics, intervention design, and efficacy. *Pediatric Diabetes*, 15(3), 175-189. <https://doi.org/10.1111/pedi.12060>
- Mahfouz, E. M., Kamal, N. N., Mohammed, E. S., & Refaei, S. A. (2018). Effects of mothers' knowledge and coping strategies on the glycemic control of their diabetic children in Egypt. *International Journal of Preventive Medicine*, 9(1), 26. DOI: 10.4103/ijpvm.IJPVM_336_17
- Malerbi, F. E. K., Negrato, C. A. & Gomes, M. B. (2012). Assessment of psychosocial variables by parents of youth with type 1 diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 4(48), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1758-5996-4-48>

- Malina, M. A., Nørreklit, H. S., & Selto, F. H. (2011). Lessons learned: advantages and disadvantages of mixed method research. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 8(1), 59-71. DOI 10.1108/11766091111124702
- Malta, D. C., & Silva Jr, J. B. D. (2013). O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(1), 151-164. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>
- Manya, V., Amutha, A., Latha, P., Unnikrishnan, R., Mohan, V., & Anjana, R. M. (2023). Perceptions and behavioral patterns of Asian Indian adolescents diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of Diabetology*, 14(2), 90-95. DOI: 10.4103/jod.jod_5_23
- Maramaldi, P., Sobran, A., Scheck, L., Cusato, N., Lee, I., White, E., & Cadet, T. J. (2014). Interdisciplinary medical social work: a working taxonomy. *Social Work in Health Care*, 53(6), 532-551. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.905817>
- Marshall, M., Carter, B., Rose, K., & Brotherton, A. (2009). Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1703-1710. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02737.x>
- Martin, R., Kupsis, B., Novak, P., & Kushion, W. (1994). The infant with diabetes mellitus: a case study. *Pediatric Nursing*, 20(1), 27-31.
- Marwi, A., Bali, I. A., Almurashi, A., Alharbi, E. H., Alnkhli, I. J., & Alqerafi, N. M. (2024). The social and financial burden on families of type 1 diabetic pediatric patients in Madinah Region, Saudi Arabia. *Cureus*, 16(8):e66427. doi: [10.7759/cureus.66427](https://doi.org/10.7759/cureus.66427)
- Mcbean, A. L., & Schlosnagle, L. (2016). Sleep, health and memory: Comparing parents of typically developing children and parents of children with special health-care needs. *Journal of Sleep Research*, 25(1), 78-87.
- Mehta, V. (2024). Childhood Obesity Hidden Impact:(IMSDs). 17.10.2024 tarihinde <https://www.pediatriconcall.com/pediatric-news/childhood-obesity-hidden-impact-imsds-p-stylefont-size16pxline-height26pxnew-research-has-brought-light-to-the-association-between-childhood-obesity-and-development-of-immune-mediated-skin-diseases-imsdsp/49> adresinden erişildi.

- Mellin, A. E., Neumark-Sztainer, D., & Patterson, J. M. (2004). Parenting adolescent girls with type 1 diabetes: parents' perspectives. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3), 221-230.
- Meltzer, L. J., & Mindell, J. A. (2006). Impact of a child's chronic illness on maternal sleep and daytime functioning. *Archives of Internal Medicine*, 166(16), 1749-1755. doi:10.1001/archinte.166.16.1749
- Mitchell, A. E., Morawska, A., Lohan, A., Filus, A., & Batch, J. (2024). Randomised controlled trial of the healthy living triple p-positive parenting program for families of children with type 1 diabetes. *Journal of Child Health Care*, 28(2), 235-255. <https://doi.org/10.1177/13674935221116694>
- Mobasseri, M., Shirmohammadi, M., Amiri, T., Vahed, N., Fard, H. H., & Ghojzadeh, M. (2020). Prevalence and incidence of type 1 diabetes in the world: a systematic review and meta-analysis. *Health Promotion Perspectives*, 10(2), 98-115.
- Moghadam, Y. H., Zeinaly, Z., & Alhani, F. (2022). How mothers of a child with type 1 diabetes cope with the burden of care: a qualitative study. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), Article 129. doi: 10.1186/s12902-022-01045-z.
- Mohan, D. S., HN, V., Madegowda, R. K., & Palany, R. (2024). Psychosocial factors and the role of family in children with type 1 diabetes mellitus. *Dubai Diabetes and Endocrinol Journal*, 29, 171–178. DOI: 10.1159/000535051
- Monzon, A. D., Majidi, S., Clements, M. A., & Patton, S. R. (2024). The relationship between parent fear of hypoglycemia and youth glycemic control across the recent-onset period in families of youth with type 1 diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 64-74.
- Mukherjee, S., Lightfoot, J., & Sloper, P. (2000). The inclusion of pupils with a chronic health condition in mainstream school: what does it mean for teachers?. *Educational Research*, 42(1), 59-72. <https://doi.org/10.1080/001318800363917>
- Nabors, L., Liddle, M., Graves, M. L., Kamphaus, A., & Elkins, J. (2019). A family affair: Supporting children with chronic illnesses. *Child: Care, Health and Development*, 45(2), 227-233.

- Nassar, S. E., ELbahnasawy, H. T., Elnagar, S. A., & Elfeshawy, R. (2022). Effect of mothers' care adherence on control of type 1 diabetes mellitus among their children. *Menoufia Nursing Journal*, 7(2), 385-400. DOI: 10.21608/menj.2022.276315
- Nathan, D. M. (2014). The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: Overview. *Diabetes Care*, 37(1), 9-16. <https://doi.org/10.2337/dc13-2112>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2021). *Chronic Disease*. 14.08.2024 tarihinde <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/ndep/health-care-professionals/practice-transformation/why-transform/chronic-disease> adresinden erişildi.
- Neipp, Marie-Carmen & Beyebach, Mark. (2024). The global outcomes of solution-focused brief therapy: a revision. *The American Journal of Family Therapy*, 52(1), 110-127. <https://doi.org/10.1080/01926187.2022.2069175>
- Neu, A., Bürger-Büsing, J., Danne, T., Dost, A., Holder, M., Holl, R. W., ... & Ziegler, R. (2019). Diagnosis, therapy and follow-up of diabetes mellitus in children and adolescents. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 127(Suppl 01), 39-72.
- Neuman, W. L. (2014). Social research methods: Qualitative and quantitative approaches. 7.Baskı
- New global Type 1 Diabetes Index highlights the unmet need of people living with type 1 diabetes. (2022). *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110123>.
- Newacheck, P. W., McManus, M. A., & Fox, H. B. (1991). Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. *American Journal of Diseases of Children*, 145(12), 1367-1373.
- Nicholas, D. B., Fellner, K. D., Frank, M., Small, M., Hetherington, R., Slater, R., & Daneman, D. (2012). Evaluation of an online education and support intervention for adolescents with diabetes. *Social Work in Health Care*, 51(9), 815-827.

- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., ... & DAWN2 Study Group. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 767-777.
- Nielsen, H. B., Ovesen, L. L., Mortensen, L. H., Lau, C. J., & Joensen, L. E. (2016). Type 1 diabetes, quality of life, occupational status and education level—a comparative population-based study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 121, 62-68.
- Nimmerichter, A., Arbour-Nicitopoulos, K., & Pfeiffer, K. A. (2024). Paving the path for the next generation of olympic champions: development of youth athletes through pediatric exercise science. *Pediatric Exercise Science*, 36(4), 178-180. <https://doi.org/10.1123/pes.2024-0138>
- Ouzouni, A., Galli-Tsinopoulou, A., Kyriakos Kazakos, M. D., & Maria Lavdaniti, R. N. (2019). Adolescents with diabetes type 1: Psychological and behavioral problems and compliance with treatment. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1-7.
- Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (2), 6-12.
- Özcan, S., Duyan, V. & İncecik, Y. (2011). Aile hekimliğinde aile apgar ölçeğinin kullanımı: Türkçeye uyarlama çalışması. *Turkish Family Physician*, 2(3), 30-37.
- Özdağ, M. (2021). Grupla yapılan bilişsel davranışçı terapi ve çözüm odaklı kısa süreli terapinin lise öğrencilerinde sınav kaygısına etkisinin karşılaştırmalı incelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Özdemir, A., Tanoba, T., Karaokur Aktağ, Ş., & Tonyalı, Ö. (2021). Türkiye'de eğitim bilimleri alanında yapılan karma yöntem tezlerde tipolojik ve yöntemsel eğilimler. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 54(54), 23-53. <https://doi.org/10.15285/maruaebed.826728>
- Özyazıcıoğlu, N., Avdal, E. Ü., & Sağlam, H. (2017). A determination of the quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes and their parents. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 94-98.

- Payne, M. (2020). Modern Sosyal Hizmet Kuramı. (Karataş, K., Aktaş, A., Uslu, B. & Başçılar, M. Çev.). Ankara: Nika Yayınevi (Orijinal eserin yayın tarihi 2014).
- Perez, M. N., Deatrck, J. A., & Barakat, L. P. (2024). Caregiver condition management and family functioning after pediatric cancer treatment: Moderation by race and ethnicity. *Psycho-Oncology*, 33(1), e6263. <https://doi.org/10.1002/pon.6263>
- Perrin, J. M., Bloom, S. R., & Gortmaker, S. L. (2007). The increase of childhood chronic conditions in the United States. *JAMA*, 297(24), 2755-2759. doi:10.1001/jama.297.24.2755
- Persson, S., Gerdtham, U. G., Carlsson, K. S., & Swedish Childhood Diabetes Study Group. (2016). Labor market consequences of childhood onset type 1 diabetes. *Economics & Human Biology*, 23, 180-192.
- Peters, A. L., & Laffel, L. M. (2011). Diabetes care for emerging adults: Recommendations for transition from pediatric to adult diabetes care systems. *Diabetes Care*, 34(11), 2477-2485. <https://doi.org/10.2337/dc11-1723>
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine*, 22(10), 1379-1385.
- Pierce, J. S., Kozikowski, C., Lee, J. M., & Wysocki, T. (2015). Type 1 diabetes in very young children: a model of parent and child influences on management and outcomes. *Pediatric Diabetes*, 18(1), 17-25.
- Pimouguet, C., Le Goff, M., Thiébaud, R., Dartigues, J. F., & Helmer, C. (2011). Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. *Cmaj*, 183(2), E115-E127. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091786>
- Poonguzhali, N., & Amarabalan, N. (2024). EHR based Prediction and Diet Recommender For Diabetes using Blockchain. *2024 Third International Conference on Smart Technologies and Systems for Next Generation Computing (ICSTSN)*, 1-6. IEEE. DOI: 10.1109/ICSTSN61422.2024.10670958

- Popp, J. M., Robinson, J. L., Britner, P. A., & Blank, T. O. (2014). Parent adaptation and family functioning in relation to narratives of children with chronic illness. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(1), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.07.004>
- Rai, N., & Thapa, B. (2015). A study on purposive sampling method in research. Kathmandu: Kathmandu School of Law.
- Ramos-Heinrichs, Lourdes. (2023). Solution-focused brief therapy for stuttering in the public schools: children solve their own stuttering problems in this case study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 54 (4), 1038-1051. https://doi.org/10.1044/2023_LSHSS-22-00172
- Rane, K., & Gåfvels, C. (2017). Social work interventions in Sweden for patients newly diagnosed with type 1 or type 2 diabetes. *Social Work in Health Care*, 56(8), 700-713.
- Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K. D., & Lawton, J. (2016). Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: A qualitative study. *Health Expectations*, 19(3), 580-591. <https://doi.org/10.1111/hex.12362>
- Rassart, J., Luyckx, K., Berg, C. A., Bijttebier, P., Moons, P., & Weets, I. (2015). Psychosocial functioning and glycemic control in emerging adults with Type 1 diabetes: A 5-year follow-up study. *Health Psychology*, 34(11), 1058-1065.
- Resmî Gazete. (2024). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Sayı: 32750.
- Riaz, M., Basit, A., Fawwad, A., Ahmedani, M. Y., & Rizvi, Z. A. (2014). Factors associated with non-adherence to insulin in patients with type 1 diabetes. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(2), 233-239.
- Rifshana, F., Breheny, M., Taylor, J. E., & Ross, K. (2017). The parental experience of caring for a child with type 1 diabetes. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 3226-3236. DOI 10.1007/s10826-017-0806-5
- Rohilla, L., Gujjar, N., Kaur, G., Walia, P., & Dayal, D. (2022). Financial burden for families of children with type 1 diabetes: a cross-sectional survey from North India. *Diabetology International*, 13(4), 665-671.

- Ryan, H. (2023). Psychological outcomes in parents of children with type 1 diabetes and children admitted to a paediatric intensive care unit (PICU). Doctoral thesis, University of East Anglia.
- Ryan, H., Burgess, A., Jackson, C., Hewson-Ravenscroft, A., & Meiser-Stedman, R. (2024). High prevalence of depression in parents of children with Type 1 diabetes in a meta-analysis of data from five continents. *Acta Paediatrica*, 113(6), 1145-1155. <https://doi.org/10.1111/apa.17059>
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda B., Karuranga S., Unwin N., et al. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research Clinical Practice*, 157(2019), 1-10.
- Salcudean, A., & Lica, M. M. (2024). The role of systemic family psychotherapy in glycemic control for children with type 1 diabetes. *Children*, 11(104), 1-14. <https://doi.org/10.3390/children11010104>
- Sand, P., Blom, M. D., Forsander, G., & Lundin, C. S. (2018). Family dynamics when a child becomes chronically ill: Impact of type 1 diabetes onset in children and adolescents. *Nordic Psychology*, 70(2), 97-114.
- Santos, A. D. L., Cecílio, H. P. M., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2012). Knowing the family functionality under the view of a chronically ill patient. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(4), 879-886. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>
- Sarı, M., & Bozdemir, E. (2022). Tip 1 diyabet hastalığının hasta bakış açısından maliyet analizi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(1), 114-125.
- Sayım, F. (2019). Sosyal bilimlerde araştırma ve tez yazım yöntemleri: konu tespiti-süreç yönetimi-tez yazımı: örnekler, uygulamalar ve kitap içi alıştırmalar. (Güncellenmiş ve Genişletilmiş 3. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Schilling, L. S., Grey, M., & Knafl, K. A. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 87-99.
- Seppänen, S., Kyngäs, H., & Nikkonen, M. (1999). Coping and social support of parents with a diabetic child. *Nursing & Health Sciences*, 1(1), 63-70. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.1999.00009.x>

- Setia, M. S. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261-264.
- SGK. (2022). 04.10.2024 tarihinde <https://www.sgk.gov.tr/Haber/Detay/Diyabet-Parlamentosu-SGKda-yapildi-2022-11-15-09-06-30> adresinden erişildi.
- Shalitin, S., & Peter Chase, H. (2011). Diabetes technology and treatments in the paediatric age group. *International Journal of Clinical Practice*, 65, 76-82.
- Shin, J., Kim, H., Kim, H. S., Kim, C., & Choi, W. S. (2021). Increasing individual target glucose levels to prevent hypoglycemia in patients with diabetes. *Korean Journal of Family Medicine*, 42(4), 269-273. doi: 10.4082/kjfm.19.0161
- Sikorová, L., & Buzgova, R. (2016). Associations between the quality of life of children with chronic diseases, their parents' quality of life and family coping strategies. *Cent Eur J Nurs Midwifery*, 7(4), 534-41.
- Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., ... & Clark, N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: A statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28(1), 186-212. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.186>
- Smaldone, A., & Ritholz, M. D. (2011). Perceptions of parenting children with type 1 diabetes diagnosed in early childhood. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 87-95.
- Smilkstein, G. (1978). The family apgar: a proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Smith, A., & Harris, C. (2018). Type 1 Diabetes: Management Strategies. *Am Fam Physician*, 98(3):154-162. PubMed. 04.04.2023 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30215903> adresinden erişildi.
- Smith, J. P., & Smith, G. C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science & Medicine*, 71(1), 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.046>
- Smock, S. A., Trepper, T. S., Wetchler, J. L., McCollum, E. E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 107-120.

- Spurr, S., Danford, C. A., Roberts, K. J., Sheppard-LeMoine, D., Machado Silva-Rodrigues, F., Darezzo Rodrigues Nunes, M., ... & Somanadhan, S. (2023). Fathers' experiences of caring for a child with a chronic illness: a systematic review. *Children*, 10(2), 197.
- Stephens, E. (2015). Insulin therapy in type 1 diabetes. *Medical Clinics*, 99(1), 145-156.
- Streisand, R., & Monaghan, M. (2014). Young children with type 1 diabetes: Challenges, research, and future directions. *Current Diabetes Reports*, 14(520), 1-9.
- Sundberg, F., Augustsson, M., Forsander, G., Cederholm, U., & Axelsen, M. (2014). Children under the age of seven with diabetes are increasing their cardiovascular risk by their food choices. *Acta Paediatrica*, 103(4), 404-410. <https://doi.org/10.1111/apa.12533>
- Sundberg, F., Forsander, G., Fasth, A., & Ekelund, U. (2012). Children younger than 7 years with type 1 diabetes are less physically active than healthy controls. *Acta Paediatrica*, 101(11), 1164-1169. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02803.x>
- Swift, P. G. (2009). Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 10(Suppl. 12): 51-57. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00570.x
- Switzer, S. M., Moser, E. G., Rockler, B. E., & Garg, S. K. (2012). Intensive insulin therapy in patients with type 1 diabetes mellitus. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 41(1), 89-104.
- Syed, F. Z. (2022). Type 1 diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 175(3), ITC33-ITC48. <https://doi.org/10.7326/AITC202203150>.
- Şahin, S., & Siyez, D. (2023). Çözüm odaklı kısa süreli terapi: temeller, kavramlar ve teknikler. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 1-18.
- Şahin, Y. (2021). Çözüm odaklı grupla çalışmanın mülteci öğrencilerin sosyal uyum ve benlik saygısı düzeylerine etkisi. *Doktora Tezi*. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

- Taplin, C. E., & Barker, J. M. (2008). Autoantibodies in type 1 diabetes. *Autoimmunity*, 41(1), 11-18.
- Tarı, S. & Kitiş, Y. (2016). Tip 1 diyabetli çocukların okulda diyabet yönetimiyle ilgili yaşadıkları güçlükler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 44-60.
- Tatar, S. (2023). Tip 1 diyabetli ergenlerin diyabet bakımında ebeveyn izlemi ile diyabetin aileye etkisinin sosyal hizmet bakış açısıyla incelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017). Türkiye diyabet programı 2015-2020. *T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2018). Birinci basamak sağlık kurumlarında tip 1 diyabet tanı tedavi izlem rehberi. Ankara. ISBN : 978-975-590-664-5, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1079
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). Çocukluk çağı diyabeti eğitimci rehberi. Ankara. ISBN : 978-975-590-778-9, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1178
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). Türkiye diyabet programı 2023-2027, Ankara. ISBN: 978-975-590-908-0 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1289.
- Teasdale, A., & Limbers, C. (2018). Avoidant coping moderates the relationship between paternal involvement in the child's type 1 diabetes (T1D) care and parenting stress. *Journal of Child Health Care*, 22(4), 606-618. <https://doi.org/10.1177/1367493518767068>
- TEMED. (2024). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu 2024. Ankara ISBN: 978-625-99759-2-4
- Theofilou, P., & Vlastos, D. D. (2023). The psychological burden of families with diabetic children: A literature review focusing on quality of life and stress. *Children*, 10(6), 937. <https://doi.org/10.3390/children10060937>
- Thomas, S., Ryan, N. P., Byrne, L. K., Hendrieckx, C., & White, V. (2024). Quality of life in children with chronic health conditions and its contribution to unmet supportive care needs of families. *Child: Care, Health and Development*, 50(6), e13336. <https://doi.org/10.1111/cch.13336>

- Thompson, S. J., Auslander, W. F., & White, N. H. (2001). Influence of family structure on health among youths with diabetes. *Health & Social Work*, 26(1), 7-14.
- Tilden, D. R., Anifowoshe, K., & Jaser, S. S. (2024). Observed collaborative and intrusive parenting behaviours associated with psychosocial outcomes of adolescents with type 1 diabetes and their maternal caregivers. *Diabetic Medicine*, 41(5), e15300. <https://doi.org/10.1111/dme.15300>
- T Markowitz, J., C Garvey, K., & MB Laffel, L. (2015). Developmental changes in the roles of patients and families in type 1 diabetes management. *Current Diabetes Reviews*, 11(4), 231-238.
- Toledano-Toledano, F., Rodríguez-Rey, R., Moral de la Rubia, J., & Luna, D. (2019). A Sociodemographic variables questionnaire (Q-SV) for research on family caregivers of children with chronic disease. *BMC Psychology*, 7, 1-11.
- Tong, H., Qiu, F., & Fan, L. (2022). Characterising common challenges faced by parental caregivers of children with type 1 diabetes mellitus in mainland China: a qualitative study. *BMJ open*, 12(1), e048763. doi:10.1136/bmjopen-2021-048763
- Tully, C., Sinisterra, M., Levy, W., Wang, C. H., Barber, J., Inverso, H., ... & Streisand, R. (2024). Experiences of parent coaches in an intervention for parents of young children newly diagnosed with type 1 diabetes. *Children*, 11, 1036. <https://doi.org/10.3390/children11091036>
- TURKDİAB Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi (2024), *Türkiye Diyabet Vakfı*.
- TÜİK. (2021). Hanehalkı İşgücü Araştırması, 27.08.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İsgucu-Istatistikleri-2021-45645> adresinden erişildi.
- TÜİK. (2022). Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı. 22.07.2022 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ulusal-Egitim-Istatistikleri-2022-49756> adresinden erişildi.
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2019). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2019. 21.11.2023 tarihinde https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf adresinden erişildi.

- Türkiye Diyabet Vakfı. (2019). Diyabet Tedavisi 02.10.2024 tarihinde <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=50> adresten erişildi.
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2023). Diyabet 2020-2030 Ulusal Diyabet Stratejisi 10.Yıl Sonuç Dokümanı. *Türkiye Diyabet Vakfı*: Ankara ISBN: 978-625-94103-0-2
- Tütüncüoğlu, C. & Balkan, İ. K. (2013). Diyabetli çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin ve durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 33(1), 17-39.
- Unger, J., & Parkin, C. (2011). Hypoglycemia in insulin-treated diabetes: a case for increased vigilance. *Postgraduate Medicine*, 123(4), 81-91. doi: 10.3810/pgm.2011.07.2307.
- Ünal, M. (2020). Çözüm odaklı psikolojik danışma yaklaşımına dayalı grupla psikolojik danışmanın ruminasyon ve öğrenilmiş çaresizlik üzerindeki etkisi. *Doktora Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü
- Üstün, S. (2011). Tip-I diyabet tanısı almış çocuklar ile ailelerinin, hastalığa uyum süreci ve hastalığı kabul düzeylerinin karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Valerio, G., Spagnuolo, M. I., Lombardi, F., Spadaro, R., Siano, M., & Franzese, A. (2007). Physical activity and sports participation in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 17(5), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2005.10.012>
- van der Wal, M. H., Jaarsma, T., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it?. *European Journal of Heart Failure*, 7(1), 5-17. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.04.007>
- van Oers, H. A., Haverman, L., Limperg, P. F., van Dijk-Lokkart, E. M., Maurice-Stam, H., & Grootenhuis, M. A. (2014). Anxiety and depression in mothers and fathers of a chronically ill child. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 1993-2002.
- Vetiska, J., Glaab, L., Perlman, K., & Daneman, D. (2000). School attendance of children with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 23(11), 1706-1706.

- Viaene, A. S., Van Daele, T., Bleys, D., Faust, K., & Massa, G. G. (2017). Fear of hypoglycemia, parenting stress, and metabolic control for children with type 1 diabetes and their parents. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24, 74-81.
- Viner, R. M., Christie, D., Taylor, V., & Hey, S. (2003). Motivational/solution-focused intervention improves HbA1c in adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study. *Diabetic Medicine*, 20(9), 739-742. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2003.00995.x>
- Von Sengbusch, S., Müller-Godeffroy, E., Häger, S., Reintjes, R., Hiort, O., & Wagner, V. (2006). Mobile diabetes education and care: intervention for children and young people with type 1 diabetes in rural areas of northern Germany. *Diabetic Medicine*, 23(2), 122-127.
- Wennick, A., & Hallström, I. (2007). Families' lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 299-307. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04411.x>
- West, C. A., Besier, T., Borth-Bruhns, T., & Goldbeck, L. (2009). Effectiveness of a family-oriented rehabilitation program on the quality of life of parents of chronically ill children. *Klinische Pädiatrie*, 221(4), 241-246. DOI: 10.1055/s-0029-1216364
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., & Grey, M. (2012). Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *The Diabetes Educator*, 38(4), 562-579.
- World Health Organization. (2016). Global Report on Diabetes. 03.05.2023 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2022). Diabetes, 09.10.2022 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2023). 26.04.2024 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2023). Noncommunicable diseases. 14.08.2024 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> adresinden erişildi.

- World Health Organization. (2024). Noncommunicable diseases: Mortality rate. 12.10.2024 tarihinde <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality> adresinden erişildi.
- Yach, D., Leeder, S. R., Bell, J., & Kistnasamy, B. (2005). Global chronic diseases. *Science*, 307(5708), 317-317. DOI: [10.1126/science.1108656](https://doi.org/10.1126/science.1108656)
- Yamaguchi, M., Honda, J., & Fukui, M. (2023). Effects of parental involvement on glycemic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus: a scoping review. *Journal of Family Nursing*, 29(4), 382-394.
- Yıldırım, B. (2017). Pediatrik astım hastalarına bakım veren annelerin psikososyal özellikleri ile astım yönetimi öz-yeterlilikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldırım, Ş. (2013). Çocuk evinde kalan çocukların ilişki dinamikleri: İzmir örneği. *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yıldız Akkuş, S. & Bütün Ayhan, A. (2018). Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14, 129-135. DOI: 10.12956/tjpd.2018.394
- Yılmaz Bolat, E. (2018). Süreçten hastalığı olan çocuklar ve hastane okulları. *Milli Eğitim Dergisi*, 47(218), 163-186.
- Zastrow, C., (2015). Sosyal Hizmete Giriş, (çev Birdal). *Nika Yayınevi*, Ankara.
- Zengin, O. (2015). Çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı sosyal hizmet müdahalesinin kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisi. *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zengin, O. (2021). Felsefesi, Teknikleri ve Uygulama Örnekleriyle Çözüm Odaklı Kısa Terapi. 1. Baskı. Efe Akademi Yayınları, İstanbul.
- Zhang, A., Franklin, C., Currin-McCulloch, J., Park, S., & Kim, J. (2018). The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Behavioral Medicine*, 41, 139-151.

Zhang, Z., Chen, L., Lu, Y., Pan, X., & Xiao, H. (2024). Development and evaluation of a narrative therapy program combined with a solution-focused approach for nursing home residents: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*, 58, 310-317. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.011>

Zheng, X. P., & Chen, S. H. (2013). Psycho-behavioral changes in children with type 1 diabetes mellitus. *World Journal of Pediatrics*, 9(3), 261-265.



EK-1 Etik Kurul Onayı

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	01/03/2023 / 20.478.486 / 1698			
ARAŞTIRMANIN ADI	Çözüm Odaklı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Tip-1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ailelerin Hastalığa Uyumuna Etkisi			
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç.Dr.Şeyda Yıldırım – Sosyal Hizmet Bölümü			
ARAŞTIRMA EKİBİ	Öğr.Gör.Zeliha Erol			
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	20/01/2023 / Tarih ve 472774 Sayılı; araştırma dosyası			
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırma "ara raporu" ve araştırma tamamlandığında "araştırma sonuç raporunu" ve makale olarak yayınlandığında, makalenin tam metin bir kopyasının Etik Kurula sunulması gerekmektedir.			
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma İle	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		☐	Doç. Dr. Kadir YILDIZ Spor Bilimleri Fakültesi	☐
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	Dr.Öğr.Üyesi Murat AKSU Tıp Tarihi ve Etik AD	☐
Prof. Dr. Zeliha ÜNLÜ FTR AD.		☒	Doç. Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	☐
Prof. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	Mukadder YILMAZER Avukat	☒
Doç. Dr. Ayşen Türedi Yıldırım Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	☐
Doç.Dr. Cumhuriyet Murat TULAY Göğüs Cerrahisi AD		☐	-----	
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Herhangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.				

Prof.Dr. Murat DEMET
BAŞKAN

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2 Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni Onayı



T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-19978298-604.02.02-232906910
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Talebi Hakkında

29.12.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 01.12.2023 tarihli ve 116981 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi olan Zeliha EROL'UN (Doktora Tezi) 15.02.2024 - 15.04.2024 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmak istediği "Çözüm Odaklı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Tip-1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ailelerin Hastalığa Uyumuna Etkisi" konulu araştırma izin talebi değerlendirilmiş olup, ilgili mevzuatlar çerçevesinde gizlilik derecesine haiz bilgi, belge, doküman v.b. evrakların paylaşılması, çalışma sonucunun mutlaka Kütahya İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması, kısıtlamalar açısından Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Yönetmeliği ve yürürlükteki ilgili diğer mevzuat maddelerine aykırı hareket edilmemesi, sonuçların Kütahya İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınarak paylaşılması koşuluyla "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" nun 22.12.2023 tarihli ve 2023/109 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Ekte ıslak imzalı olarak gönderilen komisyon kararı ile araştırma izinleri işbirliği protokolünün (2 şer adet) birer nüshasının Zeliha EROL'a teslim edilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Ahmet Emrah ÇAMKÖY
İl Sağlık Müdürü a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan V.

Ek: Komisyon Kararı ve Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Dağıtım:

Gereği:

T.C. Sağlık Bakanlığı Kütahya Evliya Çelebi Eğitim
Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine

Bilgi:

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğü
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D58B1CEA-78FE-44BC-A5FC-F6659E262019

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Saray Mah. Fatih Sultan Mehmet Bulvarı No:40 43000
Telefon No: 02742236338 Faks No : 02742236183
e-Posta: kutahya@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://kutahyaism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: kutahyaism@hs01.kep.tr

Bilgi için: Münevver GEDİK
Hemşire
Telefon No: 02742236338 - 495



EK-3 Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni Durumunuz () Evli () Bekar () Eşi ölmüş () Boşanmış
4. Öğrenim Durumunuz () İlkokul ve altı () Lise () Üniversite ve üstü
5. Eşinizin Öğrenim Durumu () İlkokul ve altı () Lise () Üniversite ve üstü
() Eşim yok.
6. Yaşadığınız yer () Köy () Kasaba () Şehir () Büyükşehir
7. Hangi şehirde yaşıyorsunuz?.....
8. Çalışma durumunuz () Çalışıyor () Çalışmıyor
9. Eşinizin çalışma durumu () Çalışıyor () Çalışmıyor () Eşim yok.
10. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok
11. Aylık ortalama gelirinizi nasıl açıklarsınız?
() Gelirimiz giderimizden azdır. () Gelirimiz giderimize denktir. () Gelirimiz giderimizden fazladır.
12. Tip I diyabeti olan çocuğunuz da dâhil olmak üzere kaç çocuğunuz var?
.....(Birden fazla ise başka bir çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı?
() Evet (Belirtiniz.....) () Hayır
13. Sizin ya da eşinizin tip I diyabet tanısı var mı? () Var () Yok

II. Tip I Diyabeti Olan Çocuk ile İlgili Kısım

14. Tip I diyabeti olan çocuğunuz cinsiyeti () Kız () Erkek
15. Tip I diyabeti olan çocuğunuz kaç yaşındadır?.....
16. Çocuğunuzun ne kadar süredir tip I diyabet hastası olduğunu belirtiniz.....
17. Çocuğunuzun Tip I diyabet dışında başka kronik hastalığı var mı?
() Evet (Belirtiniz.....) () Hayır
18. Çocuğunuzu tedavi/takip için hastaneye ne sıklıkla götürüyorsunuz

() Ayda I () Üç ayda I () Altı ayda I () Yılda I () Rasgele
19. Çocuğunuzu koma halinde (diyabetik ketoasidoz tablosuyla) hastaneye kaç kez götürdünüz
() Hiç () 1-2 kez () 3-4 kez () 5 ve daha fazla

20. Çocuğunuz uygulanan tedaviye (insülin, diyet vs.) uyum sağlıyor mu?

☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır

III. Bakım Verme Süreci ile İlgili Kısım

21. Ne kadar süredir tip I diyabeti olan çocuğunuza bakım veriyorsunuz?

.....yıl.... ..ay

22. Doktorunuzun tavsiyesi ile tip I diyabeti olan çocuğunuza yönelik herhangi bir diyet ya da özel beslenme programı uyguluyor musunuz?

☐ Evet, uyguluyorum. ☐ Kısmen uyguluyorum. ☐ Hayır, uygulamıyorum.

23. Tip 1 diyabeti olan çocuğunuzun bakımı ile ilgili gerekli rolleri (kan şekeri ölçümü, tıbbi kontrolleri için hastaneye götürme, kan şekeri düzeyini takip ederek insülin dozunu ayarlama ve beslenme düzeni gibi) yeterince uygulayabiliyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman uygulayamıyorum. ☐ Bazen uygulayabiliyorum. ☐ Çoğu zaman uygulayabiliyorum. ☐ Her zaman uygulayabiliyorum.

24. Çocuğunuzun hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

25. Tip 1 diyabeti olan çocuğunuza bakım verme konusunda kendinize yeterince güveniyor musunuz?

☐ Evet, yeterince güveniyorum. ☐ Kısmen güveniyorum. ☐ Hayır, yeterince güvenmiyorum.

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

☐ Evet ☐ Hayır

27. Çocuğunuzun tip 1 diyabet olması diğer çocuklarınızla ilgilenmenizi etkiliyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Başka çocuğum yok.

28. Ailede sizin dışınızda çocuğunuzun bakımı ile ilgilenen biri var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

29. Çocuğunuzun hastalığı ile ilgili en çok desteği kimden görüyorsunuz?

- ☐ Eşim/partnerim ☐ Annem ☐ Babam ☐ Arkadaşlarım ☐ Yakın akrabalarım
☐ Sağlık ekibi

30. Çocuğunuzun hastalığınız süresince profesyonel bir meslek elemanından (psikolog, sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı, çocuk gelişim uzmanı vb.) destek aldınız mı?

- ☐ Evet (Belirtiniz.....) ☐ Hayır

31. Bakım verme süreciniz boyunca ne sıklıkla psikolojik destek almayı düşündünüz?

- ☐ Hiçbir zaman psikolojik destek almayı düşünmedim.
☐ Bazen psikolojik destek almayı düşündüm.
☐ Çoğu zaman psikolojik destek almayı düşündüm.
☐ Her zaman psikolojik destek almayı düşündüm.

32. Tip 1 diyabeti olan çocuğunuzun sağlık durumu hakkında yaşadığınız stresin öncelikli nedeni/nedenleri sizce ne olabilir? (Bu soruda birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Tip 1 diyabet hakkındaki bilgisizliğim
☐ Tip 1 diyabeti olan çocuğumda hastalığın kalıcı olması
☐ Tip 1 diyabeti olan çocuğumun geleceği ile ilgili kaygılarımın bulunması
☐ Tip 1 diyabeti olan çocuğumla istediğim düzeyde iletişim kuramamam
☐ Eşimle/partnerimle istediğim düzeyde iletişim kuramamam
☐ Hastanenin yapısı ve hastane içi sistemin beni yorması
☐ Tıbbi tedavi ekibine güven duymamam
☐ Tıbbi tedavi ekibi ile istediğim düzeyde iletişim kuramamam
☐ Tıbbi tedavi yöntemlerine güven duymamam
☐ Tedavi, ilaç, yol vb. masrafların ekonomik yükü

33. Çocuğunuz diyabet hastalığının aşağıdakilerden hangilerini olumsuz etkilediğini düşünüyorsunuz (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Aile ilişkilerimi
- ☐ Eş/partner ilişkilerimi
- ☐ Arkadaş ilişkilerimi
- ☐ Yakın çevre ile ilişkilerimi
- ☐ Sosyal Aktivitelere katılmamı
- ☐ Kişisel bakımımı
- ☐ Duygusal dünyamı
- ☐ Hiçbiri
- ☐ Diğer (.....)

EK-4 Hastalığa İlişkin Öznel Algılar- Anne/Baba Formu

Aşağıda çocuğunuzun hastalığına (diyabet) yönelik bazı sorular yer almaktadır. Lütfen, bu soruları sizin için en uygun seçeneği işaretleyerek yanıtlayınız. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur, önemli olan sizin ne düşündüğünüzdür.

1. Çocuğunuzun hastalığı sizce ne derece ağır bir hastalıktır?

☐ () Pek ağır değildir

☐ () Biraz ağırdır

☐ () Oldukça ağırdır

2. Hastalığından dolayı çocuğunuzun başına kötü bir şey geleceğinden korkar mısınız?

☐ () Pek korkmam

☐ () Biraz korkarım

☐ () Oldukça korkarım

3. Çocuğunuzun hastalığı sizi ne derece endişelendirmektedir?

☐ () Pek endişelendirmemektedir

☐ () Biraz endişelendirmektedir

☐ () Oldukça endişelendirmektedir

4. Çocuğunuzun hastalığı, sizce çocuğunuzu ne derece endişelendirmektedir?

☐ () Pek endişelendirmemektedir

☐ () Biraz endişelendirmektedir

☐ () Oldukça endişelendirmektedir

5. Çocuğunuzun hastalığı sizce tüm ailenizi ne derece endişelendirmektedir?

☐ () Pek endişelendirmemektedir

☐ () Biraz endişelendirmektedir

☐ () Oldukça endişelendirmektedir

6. Çocuğunuzun tedavisi sizin için ne kadar zorlayıcıdır?

☐ Pek zorlayıcı değildir

☐ Biraz zorlayıcıdır

☐ Oldukça zorlayıcıdır

7. Çocuğunuzun tedavisi sizce çocuğunuz için ne kadar zorlayıcıdır?

☐ Pek zorlayıcı değildir

☐ Biraz zorlayıcıdır

☐ Oldukça zorlayıcıdır

8. Çocuğunuzun tedavisi sizce tüm aileniz için ne kadar zorlayıcıdır?

☐ Pek zorlayıcı değildir

☐ Biraz zorlayıcıdır

☐ Oldukça zorlayıcıdır

9. Çocuğunuzun hastalığı sizin gündelik yaşamınızı ne kadar etkilemektedir?

☐ Pek etkilememektedir

☐ Biraz etkilemektedir

☐ Oldukça etkilemektedir

10. Sizce, hastalığı çocuğunuzun gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?

☐ Pek etkilememektedir

☐ Biraz etkilemektedir

☐ Oldukça etkilemektedir

11. Sizce, çocuğunuzun hastalığı tüm ailenizin gündelik yaşamını ne kadar etkilemektedir?

☐ Pek etkilememektedir

☐ Biraz etkilemektedir

☐ Oldukça etkilemektedir.

EK-5 Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği

Diyabetli bir çocuğun bakımı aileleri birçok yönden etkileyebilir. Aşağıdaki her bir ifadenin **SON 12 AY İÇİN** ailenizde **NE SIKLIKTA** görüldüğünü seçiniz.

OKUL	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1.Diyabeti nedeniyle çocuğumun okula düzenli devam etmesi bir sorundur.	0	1	2	3
2.Diyabeti nedeniyle çocuğumun okul performansı olumsuz etkilenmektedir (örneğin: sınav notları).	0	1	2	3
3.Çocuğum diyabeti nedeniyle okulda kendini diğer çocuklardan “farklı” hissetmektedir.	0	1	2	3
4.Çocuğum diyabeti nedeniyle etkinliklere ya da gezilere katılamamaktadır.	0	1	2	3
İŞ				
5.Çocuğumun diyabeti nedeniyle ailemizdeki bir kişi çalışmamaktadır.	0	1	2	3
6.Çocuğumun diyabeti ailemizdeki bir kişinin işini yapmasını olumsuz yönde etkilemektedir.	0	1	2	3
7.Çocuğumun diyabeti ailemizdeki bir kişinin işiyle ilgili fırsatlardan yararlanmasını engellemektedir (örneğin: terfi, iş değiştirme).	0	1	2	3
MADDİ DURUM				
8.Çocuğumun sağlık harcamalarını karşılamak için ailemin daha fazla para kazanması gerekiyor.	0	1	2	3
9.Ailemiz çocuğumun sağlık harcamalarını karşılamak için maddi birikimlerini kullanmaktadır.	0	1	2	3
10.Çocuğumun diyabeti ailemiz için ekonomik sorunlara neden olmaktadır.	0	1	2	3
İYİLİK HALİ				
11.Çocuğumun diyabeti ailemdeki bir veya daha fazla kişinin uyku süresini veya kalitesini azaltmaktadır.	0	1	2	3
12.Çocuğumun diyabeti ailemizin boş zaman aktiviteleri veya tatil tercihlerini etkilemektedir.	0	1	2	3
13.Çocuğumun diyabeti nedeniyle eşimle yeterli zaman geçiremiyorum. () <i>Uygun Değil – Eşim yok</i>	0	1	2	3
14.Ailemizdeki büyükler çocuğumun diyabeti nedeniyle diğer çocuklarıyla yeterince ilgilenememektedir. () <i>Uygun Değil – Ailede başka çocuk yok</i>	0	1	2	3

EK-6 Aile APGAR Ölçeği

Sıra No	Cümleler	Neredeyse Her Zaman	Bazen	Neredeyse Hiçbir Zaman
1.	Bir sorunum olduğunda eşimden yardım alabiliyor olduğumdan memnunum.	2	1	0
2.	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.	2	1	0
3.	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.	2	1	0
4.	Ailemin kızgınlık, üzüntü ve sevgi gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.	2	1	0
5.	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.	2	1	0

EK-7 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

GÖRÜŞME SORULARI

1. Grup çalışmasının çocuğunuzla ilişkileriniz üzerindeki etkisi nasıl oldu?
2. Grup çalışmasının aile ilişkileriniz üzerindeki etkisi nasıl oldu?
3. Grup çalışmasının diyabetle baş etme becerilerinize etkisi nasıl oldu? Örnek verir misiniz?
4. Grup çalışmasının çocuğunuzun diyabetle baş etme becerilerine etkisi nasıl oldu? Örnek verir misiniz?
5. Yapılan grup çalışmasını başka birine/birilerine önerir misiniz?
6. Tip-1 diyabetli çocuk sahip ebeveyn olarak bu hastalıkla yeni karşılaşmış birilerine/birilerine tavsiye verecek olsaydınız hangi tavsiyelerde bulunurdunuz?

EK-8 Derecelendirme Skalası

Şu anda sahip olduğunuz hastalığa uyum düzeyinizin en düşük 0 en yüksek 10 olmak üzere kaç derece olduğunu düşünüyorsanız aşağıdaki ölçeğe işaretleyiniz.



.....dereceye gelmek için neler yaptınız? Bunu nasıl başardınız?



EK-9 Derecelendirme Skalası Haftalık Hedef

Haftalık Mevcut puan:

Hedeflenen puan:

GELECEK HAFTAYA KADAR NE YAPABİLİRİM?

Skalada bir adım daha ilerlemek (Örneğin 6 puandan 7 puana geçmek) ve hedefinize yaklaşmak için bu hafta neler yapabilirsiniz?

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

EK- 10 Çözüm Odaklı Terapi Uygulayıcı Sertifikası

