BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TİP 1 DİYABETLİ ERGENLERİN DİYABET BAKIMINDA EBEVEYN İZLEMİ İLE DİYABETİN AİLEYE ETKİSİNİN SOSYAL HİZMET BAKIŞ AÇISIYLA İNCELENMESİ

HAZIRLAYAN

SEVDA TATAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. ARZU İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

ANKARA – 2023

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU

Tarih: 10 / 04 / 2023

Öğrencinin Adı, Soyadı: Sevda TATAR

Öğrencinin Numarası: 21920034

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı.

Programı: Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Tez Başlığı: Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi ile Diyabetin Aileye Etkisinin Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla İncelenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 83 sayfalık kısmına ilişkin, 10 /04 / 2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 13'dür. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç

2. Alıntılar hariç

3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:…….

ONAY

Tarih: 10 / 04 / 2023

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

Geleceğimizin mimarı tüm çocuklara ve onların koruyucu meleklerine…

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimine başladığım günden itibaren benden destek ve anlayışını esirgemeyen, bu tezi yazmamda deneyimleri ve bilgi birikimiyle yoluma ışık tutan sevgili hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN'a;

Tez savunma jürimde yer alan ve doğru yönlendirmeleriyle eksikliklerimi tamamlamama destek olan çok sevgili hocalarım Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER ve Dr. Zilan UĞURLU'ya;

Araştırmayı gerçekleştirmem için gerekli izinlerin alınmasında ve anketlerin uygulanmasında desteklerini esirgemeyen Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Bölümünde görev yapmakta olan çok sevgili hocalarım Prof. Dr. Mehmet BOYRAZ ve Doç. Dr. Fatih GÜRBÜZ'e;

Çok değerli öngörü ve analizleri ile çalışmama destek veren Prof. Dr. İshak AYDEMİR'e; çalışmamı yürütürken benden desteğini esirgemeyen çok sevgili mesai arkadaşım İlkay ZENGİN'e;

Bu süreçte manevi desteklerini esirgemeyen sevgili eşim, kök ailem ve biricik oğlum Arda'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Sevda Tatar, Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi ile Diyabetin Aileye Etkisinin Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla İncelenmesi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Programı, 2023.

Bu çalışma tip 1 diyabetli ergenlerin tedaviye uyumunun ve metabolik kontrollerinin sağlanmasında etkili olan ebeveynlerin bu sorumluğu gerçekleştirirken hangi durumlarla karşılaştığını belirlemek ve bu durumların farkında olarak diyabet takibinin yapılmasını sağlamak amacıyla tip 1 diyabetli ergenlerin diyabet bakımında ebeveyn izlemi ile diyabetin aileye etkisi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada nicel araştırma türlerinden biri olan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Çalışma grubunu belirlemede olasılıksız belirleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olup, 12-18 yaş arasında ve en az 6 aydır tip 1 diyabet hastası olan çocuğa sahip 214 ebeveynle çalışma yapılmıştır. Araştırmamızda veri toplamak amacıyla "Ergen ve Aile Bilgi Formu", "Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği" ve "Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Ebeveyn İzlemi Ölçeği" kullanılmıştır.

Araştırmaya 214 ebeveyn katılım sağlamıştır. Araştırmaya konu olan tip 1 diyabetli ergenlerin cinsiyetlerinin %49,1'i kız ve %50,9'u erkektir. Ergenlerin %66,8'i 24 ay ve üzeri, %23,4'ü 12-24 ay ve %9,8'i 6-12 ay arası süreli diyabet hastası olup, %14'ünde insülin pompası bulunurken, %86'sında insülin pompası bulunmamaktadır. Ergenlerin %73,8'i çekirdek aile, %15,9'u geniş aile, %10,3'ü tek ebeveynli aileye sahiptir. Ailelerin %95,3'ü diyabet eğitimi alırken, %4,7'si herhangi bir diyabet eğitimi almamıştır. Ailelerin %12,1'i psikolojik destek alırken, %87,9'u herhangi bir psikolojik destek almamıştır. Diyabetin aileye etkisi toplam puanı ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında %20 düzeyinde zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,205 p = ,001). Diyabetin aileye etkisi ile ailenin diyabeti izleme arasındaki R^2: 0.042 olarak belirlenmiştir.

Araştırma sonucuna göre diyabetin aileye olumsuz etkisi arttıkça ebeveyn izlem düzeyi artmakta ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ergen ve ebeveynlerin karşılaştıkları psikososyal ve sosyoekonomik problemlerin üstesinden gelebilmeleri için sosyal hizmet bakış açısıyla değerlendirilmelerinin ve uygun sosyal hizmet müdahalelerinin kullanılmasının diyabetli ergen ile ailesinin diyabetten daha az etkilenmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, Ebeveyn İzlemi, Tıbbi Sosyal Hizmet, Tip 1 Diyabet.

ABSTRACT

Sevda Tatar, Investigation of the Effect of Diabetes on the Family from a Social Work Perspective with Parental Monitoring in Diabetes Care of Adolescents with Type 1 Diabetes, Başkent University, Institute of Social Sciences, Department of Social Work, Social Work Master's Program, 2023.

This study was conducted to examine the relationship between parental follow-up in diabetes care of adolescents with type 1 diabetes and the effect of diabetes on the family in order to determine which situations parents who are effective in ensuring the compliance and metabolic control of adolescents with type 1 diabetes face while performing this responsibility and to ensure that diabetes is followed up by being aware of these situations.

In the study, relational screening model, which is one of the quantitative research types, was used. Easy sampling method, one of the non-probability determination methods, was used to determine the study group and a study was conducted with 124 parents who had children between the ages of 12-18 and who had been suffering from type 1 diabetes for at least 6 months. In our study, "Adolescent and Family Information Form", "Diabetes Effect on Family Scale" and "Parental Monitoring Scale in Adolescents with Type 1 Diabetes" were used to collect data. 214 parents participated in the study. 49.1% of the gender of adolescents with type 1 diabetes who are the subject of the study are female and 50.9% are male. 66.8% of adolescents have diabetes at 24 months and over, 23.4% have diabetes between 12-24 months and 9.8% have diabetes between 6-12 months, 14% have insulin pump and 86% do not have insulin pump. 73.8% of adolescents have nuclear family, 15.9% have extended family, and 10.3% have a single-parent family. While 95.3% of the families received diabetes education, 4.7% did not receive any diabetes education. While 12.1% of the families received psychological support, 87.9% did not receive any psychological support. There is a weak, positive and significant relationship between the total score of the effect of diabetes on the family and parental follow-up in diabetes care at the level of 20% ($r = .205$ $p = .001$). The value between the impact of diabetes on the family and the monitoring of diabetes in the family is R2:0.042.

According to the results of the research, as the negative impact of diabetes on the family increases, the level of parental follow-up increases and there is a significant relationship between them. It is thought that in order for adolescents and parents to overcome the psychosocial and socioeconomic problems they encounter, evaluating them from a social work perspective and using appropriate social service interventions will ensure that the adolescent with diabetes and his family are less affected by diabetes.

Keywords: Adolescent, Medical Social Work, Parental Monitoring, Type 1 Diabetes.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**
ÖZET ..... **ii**
ABSTRACT ..... **iii**
İÇİNDEKİLER ..... **iv**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vi**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Diyabet Tanımı **1**
1.1.1. Tip 1 diyabet hastalığı nedenleri **2**
1.1.2. Tip 1 diyabet hastalığı tedavisi **3**
1.2. Ergenlik Dönemi ve Tip 1 Diyabet **3**
1.3. Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Yaşadığı Problemler **6**
1.3.1. Psikolojik problemler **6**
1.3.2. Ekonomik problemler **7**
1.3.3. Sosyal problemler **8**
1.3.4. Aile ile ilişkili problemler **9**
1.4. Tip 1 Diyabet Hastası Ergenlerin Sağlık Bakımına Uyumu **9**
1.5. Tip 1 Diyabet Hastası Ergene Sahip Ailelerinin Yaşadığı Sorunlar **12**
1.6. Tip 1 Diyabette Ebeveyn İzlemi **15**
1.7. Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Ailelerine Yönelik Müdahaleler **18**
1.8. Tıbbi Sosyal Hizmet **21**
1.9. Araştırmanın Problemi **28**
1.10. Araştırmanın Amacı **31**
1.11. Araştırmanın Önemi **32**
1.12. Araştırmanın Sayıltıları **32**
1.13. Araştırmanın Sınırlılıkları **33**
1.14. Tanımlar **33**
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ **34**
2.1. Araştırmanın Modeli **34**
2.2. Araştırmanın Katılımcıları **34**
2.3. Veri Toplama Araçları **34**
2.3.1. Ergen ve aile bilgi formu **35**
2.3.2. Diyabetin aileye etkisi ölçeği **35**
2.3.3. Tip 1 diyabetli adölesanlarda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ölçeği **35**
2.4. Veri Toplama Süreci **36**
2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlenmesi **37**
2.6. Süre ve Olanaklar **38**
3. BULGULAR VE YORUM **39**
3.1. Araştırma Katılımcılarına İlişkin Tanıtıcı Bulgular **39**
3.2. Diyabetin Aileye Etki Durumu ile Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumuna İlişkin Bulgular **44**
3.3. Bazı Değişkenler Açısından Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumuna İlişkin Bulgular **48**
4. SONUÇ VE ÖNERİLER **61**
4.1. Sonuçlar **61**
4.2. Öneriler **64**
KAYNAKLAR **68**

EKLER

EK 1: Ergen ve Aile Bilgi Formu
EK 2: Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği (DAEÖ)
EK 3: Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi Ölçeği
EK 4: Etik Kurul İzin Belgesi

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Ölçek Toplam ve Alt Faktör Normallik 37

Tablo 3.1. Demografik Değişkenlerin Dağılımı- 1 40

Tablo 3.2. Demografik Değişkenlerin Dağılımı- 2 43

Tablo 3.3. Tanımlayıcı İstatistikler 44

Tablo 3.4. Diyabetin Aileye Etkisi ile Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumu Arasındaki Korelasyon 46

Tablo 3.5. Diyabetin Aileye Etkisinin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumuna İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi 48

Tablo 3.6. Cinsiyete Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 48

Tablo 3.7. Diyabet Tanı Süresine Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 50

Tablo 3.8. Aile Tipine Göre Diyabetin Aileye Etkisinin ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 51

Tablo 3.9. Diyabet Pompası Kullanma Durumunu Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 52

Tablo 3.10. Yaşanılan Yere Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 54

Tablo 3.11. Annenin Çalışma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 55

Tablo 3.12. Babanın Çalışma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 56

Tablo 3.13. Tip 1 Diyabet Tedavisi ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 56

Tablo 3.14. Ailede Çocuk Dışında Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 57

Tablo 3.15. Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 58

Tablo 3.16. Ailenin Ekonomik Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması 59

1. GİRİŞ

Kronik hastalığı bulunan kişi sayısı dünyadaki artışa paralel olarak ülkemizde de artış göstermektedir. Kronik hastalıklar 3 ay ve üzeri süre devamlılık gösteren, bakım ve tedavi konusunda devamlılığın sağlanması gereken, kesin tedavisi mümkün olmayan ve düzensiz bir seyre sahip hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktadır (Aykara & Akçay, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün kronik hastalıklarla ilgili verilerine göre dünyada her yıl 41 milyon kişi kronik hastalık sebebiyle ölmekte, bu sayıların dünya üzerindeki ölümlerin %74'üne denk geldiği belirtilmektedir. Kronik hastalıklar içerisinde en çok ölüm kardiyovasküler hastalık kaynaklı olup, yıllık yaklaşık olarak 18 milyon kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Diğer kronik hastalık kaynaklı ölümler ise sırasıyla kanserler (9,3 milyon), solunum yolu hastalıkları (4,1 milyon) ve diyabet kaynaklı (2 milyon) ölümler takip etmektedir.

Türkiye'de kronik hastalık kaynaklı ölüm oranları; %36,76'lık oranla dolaşım sistemi hastalıkları, %18,39'luk oranla kanserler, %12,94'lük oranla solunum sistemi hastalıkları, %4,59'luk oranla sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları ve %4,37'lik oranla diyabet kaynaklı hastalıklar şeklinde sıralanmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Kronik hastalıklar arasında bulunan diyabet hastalığı her yaş grubu için tehdit oluşturmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2021 yılında yayımladığı 10. Diyabet Atlası verilerine göre; Dünya genelinde 536,6 milyon diyabetli kişi bulunmakta olup, 2045 senesinde bu rakamın 783,2 milyona çıkması öngörülmektedir. Dünya genelinde 0-19 yaş arasında bulunan çocuk ve ergenler arasında diyabetli sayısının 1,99 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayısının yaklaşık 1,2 milyonu tip1 diyabetli çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Ülkemizde ise 0-18 yaş arası tip 1 diyabetli çocuk ve ergen sayısının yaklaşık olarak 17 bin olduğu ve 10-18 yaş arasındaki diyabetli ergen sayısının ise yaklaşık olarak 13 bin olduğu bildirilmektedir (Yeşilkaya ve diğerleri, 2017).

1.1. Diyabet Tanımı

Literatürde diabetes mellitus olarak adlandırılan diyabet hastalığı, kandaki glikoz seviyesinin yüksek seyrettiği durumlarda ortaya çıkan kronik ve ciddiye alınması gereken

bir hastalıktır. Diyabet hastalığı insan vücudu için önemli bir hormon olan İnsülin hormonunun vücutta hiç üretilemediği, az düzeyde üretildiği ya da üretilen hormonun etkili şekilde kullanılamadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Type 1 diabetes, 2020).

İnsülin eksikliği diyabetin klinik göstergesi olan hiperglisemiye yol açmaktadır. İnsülin eksikliğinin tedavi edilmemesi durumda vücuttaki birçok organ zarar görmekte, kişide kardiyovasküler hastalıklar, sinir hasarı, böbrek hasarı ve göz ile ilgili sağlık problemleri ortaya çıkabilmektedir (Diabetes complications, 2022). Tedavi ve uygun diyabet yönetimi ile ciddi komplikasyonları geciktirmek veya tamamen önlemek mümkün hale gelebilmektedir.

Tip 1, tip 2 ve gestasyonel olmak üzere üç diyabet türü bulunmaktadır.

Tip 1 diyabet her yaş döneminde görülebildiği gibi en çok çocuk ve ergenlerde ortaya çıkmaktadır. Bu diyabet türünde vücutta çok az insülin üretilir ya da hiç insülin üretilmez. Kanda bulunan şeker düzeyini istenen değerlerde tutmak için günlük insülin enjeksiyonuna gerek duyulmaktadır (Tip 1 diyabet, 2020).

Tip 2 diyabet daha çok yetişkinlerde görülmekte olup, bu kişiler toplam diyabetlilerin %90'ını oluştururlar. Bu diyabet türünde fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme diyabet bakımının olmazsa olmazlarıdır. Zamanla kan şekeri düzeyini istenen değerler arasında tutmak için oral ilaçlar ve/veya insüline ihtiyaç duyulabilmektedir (Tip 1 diyabet, 2020).

Gestasyonel diyabet gebelikte yüksek kan şekeriyle ortaya çıkar. Çoklu olumsuz gebelik sonuçları görülebilir. Doğum sonrası kaybolmakla birlikte annelerin 3-6 arası yıl sonra tip 2 diyabet olma olasılıkları yüksektir. Bunun yanı sıra anne karnında hiperglisemiye maruz kalan çocuk aşırı kilolu veya obez olma riskiyle karşı karşıya kalabilmektedirler (Tip 1 diyabet, 2020).

1.1.1. Tip 1 diyabet hastalığı nedenleri

Diyabet hastalarının %10'luk kısmı tip 1 diyabet hastasıdır. Tip 1 diyabette hastalar gerekli insüline ulaşamazsa ölebilirler. Diyabetli bir aile üyesinin varlığı hastalığa yakalanma ihtimalini artırabilmektedir. Bazı viral enfeksiyonlara maruz kalmanın da tip 1 diyabet gelişme riskini artırdığı öngörülmektedir (Tip 1 diyabet, 2020). Tip 1 diyabetin kesin

nedenleri henüz bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel koşulların hastalığın ortaya çıkmasında etkisinin olduğu düşünülmektedir.

1.1.2. Tip 1 diyabet hastalığı tedavisi

Kronik bir hastalık olan diyabetin tamamen iyileşmesi mevcut tıbbi şartlarda mümkün değildir. Diyabet bakımında kan şekerinin normal seviyede kalmasını sağlamak, hipoglisemi veya hiperglisemi atağı yaşanmasının önüne geçmek, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve oluşabilecek diyabetle ilişkili mikrovasküler ve makrovasküler sekellerin önüne geçmek en önemli hedefler olarak karşımıza çıkmaktadır (Fırat, 2014). Bu hedeflere ulaşılması için özellikle kan şekeri ölçümü yaparak alınacak insülin dozunu belirlemek, hangi gıdanın hangi zamanda yeneceğini bilmek ve kan şekerini kontrol altında tutmaya yardımcı olan düzenli fiziksel aktivitelere devam etmek diyabet bakımında olmazsa olmaz faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Tip 1 diyabet, 2020).

1.2. Ergenlik Dönemi ve Tip 1 Diyabet

İnsanoğlunun doğumundan ölümüne kadar geçen sürelerin özelliklerini anlaşılır hale getirebilmek için yaş özelliklerine göre gelişim dönemleri tanımlanmıştır. Gelişim dönemleri genel olarak bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılıktan oluşmaktadır.

Tarihten günümüze birçok düşünür ve bilim insanı ergenlikle ilgili pek çok kez fikirlerini beyan etmiştir. Erken tarihte Platon, Aristoteles ve Rousseau gibi filozoflar ergenlik dönemi ile ilgili düşüncelerini paylaşmışlardır. Platon, ergenlik döneminin sanatsal faaliyetlerdense daha çok akıl yürütebilmeyi gerektiren fen ve matematik gibi çalışmalarla geçirilmesi gerektiğini düşünürken, Aristoteles ergenlik döneminde ergenlerin seçim yapabilme yetisinin geliştiğini ve ergenlerin her konuyla ilgili bilgilerinin olduğunu sandıklarını dile getirmiştir. 1700'lü yıllarda Rousseau ergenlik ve çocukluk döneminin yetişkinlikten farklı bir dönem olduğu inancını geliştirmiş, aynı zamanda akıl yürütme yetisinin ergenlik döneminde öğrenildiğini belirtmiştir (Santrock, 2020).

Modern psikolojinin kurucusu olarak kabul edilen Granville Stanley Hall, ergenlik döneminin her yönünü ele alarak iki ciltlik bir kitap yazmış ve ergenlik dönemiyle ilgili görüşlerini sayısal verilerle desteklemiştir. Hall (1904), gelişimin 0-4 yaş arasını kapsayan

dönemini küçük çocukluk, 5-7 yaşlarını kapsayan dönemini çocukluk, 8-12 yaşlarını kapsayan dönemini önergenlik ve 13-24 yaşlarını kapsayan dönemini ergenlik olarak dört evre olacak şekilde incelemiştir. Önergenlik döneminin alışkanlık kazanma ve öz denetimi öğrenme dönemi olarak tanımlarken, ergenlik dönemini yoğun bir şekilde yaşanan kargaşa ve stres dönemi olarak tanımlamıştır (Cloutıer & Onur, 2019). Ergenlik döneminin hangi yaşlarda başladığı ve bittiği ile ilgili pek çok farklı görüş bulunsa da fizyolojik olarak ergenliğin başlama yaşını iklimsel koşullar, ırksal özellikler ve beslenme şekli yakından ilgilendirmektedir (Koç, 2004).

Ergenlik dönemi tek başına fiziksel gelişmelerin yaşandığı bir dönem olarak değerlendirilmemektedir. Biyolojik değişimlerin yanı sıra bilişsel ve sosyoduygusal değişimler de çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde ergenlerin değişime uğradığı alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm bu değişimler göz önünde bulundurulduğunda birçok kültürde ergenliğin 10-13 yaşları arasında başladığı ve 20'li yaşlara gelmeden de bittiği kabul edilmektedir (Santrock, 2020).

Gelişim dönemlerine yönelik pek çok kuramsal yaklaşım savunulmuştur. Bu kuramsal yaklaşımlardan psikanalitik kuram, bilişsel gelişim kuramı, sosyal ve davranışsal kuram ile ekolojik kuramın her biri ergenlik döneminin farklı bir yönünü ele almakla birlikte bu kuramların tümü birleştirildiğinde ergenlik dönemini tüm yönleriyle anlamak daha mümkün hale gelebilmektedir (Santrock, 2020). Diyabet hastalığının ergenler üzerindeki etkisini anlayabilmek için bu kuramlarla ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmak gerektiği düşünülmektedir.

Diyabet hastalığına sahip ergenlerin tedavilerine uyum göstermeleri fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilenmemesi açısından önem arz etmektedir. Ancak çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde fiziksel, cinsel, zihinsel, duygusal ve sosyal konularda değişim ve gelişim yaşayan ergen bu dönemde kaygı ve sıkıntı ile karşılaşırken, tüm bu değişikliklere uyum sağlama ihtiyacı da hissedebilir (Kulaksızoğlu, 2004). Bu dönemde ergende görünen gelişim ve değişimler bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar; ebeveyn özellikleri, sosyoekonomik durum, beslenme, fiziksel aktivite, yaşanılan coğrafi bölge ve iklim koşulları gibi etkenlerdir. Aynı zamanda bu dönemde bilişsel gelişimi devam eden ergenlerde kendisi ve fiziksel gelişimi ile ilgili endişe, dış görünüşü ile ilgili kararsızlık, duygusal yönden dalgalanmalar, özel yaşam alanına sahip olma isteği, otoriteye karşı

başkaldırı, uyku ve beslenme düzeninde farklılaşmalar ve ilköğretimden ortaöğretime geçiş gibi değişimler ergenlerin yoğun stres yaşamalarına sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra ergenlik dönemindeki bireyler riskli davranışlar alma konusunda daha cesaretli olup, otorite ile çatışmaya girebilirler. Bu dönemde aile tartışmaları artmakta, akranlarla yakın duygusal ve düşünsel paylaşımlar çoğalmaktadır (Koç, 2004). Tüm bu gelişimsel özelliklerin ışığında bedenine ve zihnine uyum sağlamaya çalışan ergen, kronik hastalık tanısı ile hastalığın getirmiş olduğu sorumluluklarla da mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Hem ergenliğin getirmiş olduğu uyum problemleri hem de diyabet hastalığının varlığı ergenler için yaşamı zorlaştırmaktadır.

Tip 1 diyabet hastası ergenlerle ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; tip 1 diyabet hastası ergenlerin diyabet tanısı sonrası psikodavranışsal değişiklikler yaşadıkları, diyabet hastası ergenlerin sağlıklı ergenlere göre daha yüksek geri çekilme, kaygı/depresyon, dikkat sorunları, suçlu davranışları, saldırgan davranış, dışa yönelim ve içselleştirme sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca kötü kontrol edilen tip 1 diyabetli ergenlerin puanları da iyi kontrol edilen ergenlere göre daha yüksek çıkmıştır (Zheng & Chen, 2013). Tip 1 diyabet tanılı çocuklar üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre tip 1 diyabetli çocukların %53'ünün psikolojik olarak sıkıntılı olduğu saptanmıştır. Anksiyete, davranış bozukluğu ve depresyon gibi hastalıkların görülen en yaygın sorunlar olduğu belirtilmiş olup, araştırmaya katılan çocuklar arasında inanç, cinsiyet, yaşadığı bölge, aile yapısı, kardeş sayısı ve sosyoekonomik düzeyin psikososyal sıkıntı düzeyini yükselttiği belirlenmiştir. Bu sıkıntıyı artıran bir diğer etkenin de artan insülin enjeksiyon sayısı olduğu bildirilmiştir (Chatterjee ve diğerleri, 2020). Diyabetli çocuk ve ergenlerin psikososyal problemlerini belirlemek üzere yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların duygusal, davranışsal, sosyal, fiziksel, genel sağlık ve/veya bakım yönetimi alanlarında risk taşıdıkları belirlenmiş olup; sıkıntı, depresyon, kaygı ve yeme bozuklukları gibi konularda problem yaşadıkları bildirilmiştir (Corathers, Mara, Chungi & Kichler, 2017). Bu araştırmalardan da anlaşılacağı üzere ergenlik döneminde tip 1 diyabet hastalığı ile mücadele eden ergenler birçok açıdan problem yaşayabilmektedirler.

Bu süreçte ergenlerin yaşadığı problemleri psikolojik, ekonomik, sosyal ve aile ile ilişkili ile problemler olarak dört başlık altında inceleyebiliriz.

1.3. Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Yaşadığı Problemler

Kronik hastalık tanısı almış bireylerin yaşantılarının doğal seyrinde değişiklikler oluşabilmektedir. Tip 1 diyabet tanısı almış ergenlerin yaşadığı problemler genel olarak psikolojik, ekonomik, sosyal ve aile ile ilişkili problemler olarak dört başlık altında incelenebilmektedir.

1.3.1. Psikolojik problemler

Kronik hastalık tanısı konduktan sonra birey sağlıklı beden imajının sonlanması, tedaviye uyum çabaları, hastalığın aileye etkileri gibi nedenlerden dolayı duygusal ve davranışsal tepkiler verebilmektedir (Özdemir & Taşçı, 2013). Bu hastalara eşlik eden psikolojik etkiler arasında öfke, endişe, üzüntü, çaresizlik, öz güven kaybı ve depresyon gibi belirtiler meydana gelebilmektedir (Akdemir, ve diğerleri, 2011). Hastalığın beyin fizyolojisine etkisi ile birlikte duygulanım, düşünce ve davranışların değişimi söz konusu olabilmektedir (Özdemir & Taşçı, 2013). Psikososyal faktörlerin diyabetin bakımını ve yönetimini etkileyen en önemli etkiler olduğu bildirilmiştir (Kalra, Jena & Yeravdekar, 2018). Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenler depresyon, anksiyete ve stresle ilişkili bozukluklar geliştirme konusunda akranlarına göre daha büyük risk altındadır (Liu ve ark.,2022).

Tip 1 diyabetli ergenlerin yaşadığı psikolojik problemlerle ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; yapılan bir araştırmada diyabet sıkıntısının depresif belirtiler ile diyabet değerleri arasında ilişkiye aracılık ettiği sonucuna varılmıştır (Hagger ve ark., 2018; Hong, Glick, Kamboj & Hoffman, 2021). Tip 1 diyabetli gençlerde, diyabeti olmayan çocuklara kıyasla ruh hali ve kaygı bozuklukları dahil olmak üzere 1,5 ila 2 kat daha fazla psikiyatrik durum riski olduğu belirlenmiştir (Butwicka, Frisen, Almqvist, Zethelius & Lichtenstein, 2015). Diyabet tanısı sonrasında meydana gelen psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete bozukluğu, depresyon, deliryum, şizofreni, kişilik bozuklukları ve demans ortaya çıkabilmektedir (Özkan, 1993). 8-18 yaş arası tip 1 diyabet hastası çocuk ve ergenlere yönelik yapılan bir araştırmada katılımcıların %4'ünün mevcut bir duygudurum bozukluğuna ve %16'sının da mevcut bir anksiyete bozukluğuna sahip olduğunu belirlenmiştir (Butwicka ve ark., 2016). Tip 1 ve tip 2 diyabetli çocuklarda depresyon ve anksiyete prevalansının ölçüldüğü çalışmada tip 1 diyabetli çocukların depresyon prevalansının %22,2, anksiyete prevelansının %17,7 olduğu ve kızlardaki (%29,7)

depresyon oranının erkeklerden (19,7) daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Akbarizadeh, Naderi Far & Ghalijaei, 2022). Yapılan başka bir çalışmada tip 1 diyabetli ergenlerde otomatik olumsuz düşünce ve diyabet kaynaklı kaygının diyabet değerleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya göre, otomatik olumsuz düşünce ve diyabet sıkıntısını ergenlerin diyabetle ilgili değerlerini etkilediği belirlenmiştir (Vesco ve ark., 2021).

Psikolojik faktörlerin, özellikle hastalığa bağlı sıkıntı ve kaygının, tip 1 diyabetli kişilerde uzun süreli glisemik değişkenlik ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Déniz-García ve ark., 2022; Sildorf ve ark., 2018).

1.3.2. Ekonomik problemler

Kronik hastalık tanısı ile birlikte hasta birey ve ailesi ekonomik olarak problemler yaşayabildiği gibi var olan ekonomik problemler de hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebilmektedir.

Tip 1 diyabetli gençler arasında ebeveynlerin gelir durumu ile glisemik kontrol arasındaki ilişkili olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmaya göre düşük aile gelirinin ebeveyn-çocuk yapılarını ve diyabet yönetimini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (Thomas, Lipsky, Liu & Nansel, 2018). Başka bir çalışmada tek ebeveynli veya çok sayıda çocuğu olan aileler, yetersiz gelir durumu ve sağlık sigortası gibi değiştirilemeyen bazı aile demografik faktörlerinin ergenlerde daha kötü glisemik kontrol ile ilişkili olduğu görülmüştür (Gregory ve ark., 2022).

Diyabet tedavisinde kullanılan teknolojik aletlerle birlikte diyabet tedavisi daha konforlu hale gelebilmektedir. Son dönmelerde diyabet tedavisinde kullanılan insülin pompası kandaki insülin seviyesini otomatik olarak ölçmekte ve vücudun ihtiyacı kadar insülini vücuda salarak hastanın insülin düzeyini olması gereken seviyede tutmayı sağlamaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre insülin pompası kullanan hastaların diyabet değerleri kullanmayan hastaların diyabet değerlerine göre daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (Karges ve ark., 2017). Başka bir çalışmada ise diyabet tedavisinde kullanılan teknolojik cihazların düşük ebeveyn ve ergen sıkıntısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Vesco, Jedraszko, Garza & Weissberg-Benchell, 2018).

Bunun gibi tedavi sürecinde kullanılan bazı cihazların maliyetli olmasından dolayı gelir düzeyi düşük olan hastalar teknolojik cihazlardan mahrum kalabilmekte ve ekonomik durum hastalığın tedavisini doğrudan etkileyebilmektedir. Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre gelir düzeyi düşük olan Kuzey Amerikalı diyabet hastası çocukların HbA1c düzeylerinin yüksek gelirli diyabet hastası çocuklardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Hershey, Morone, Lipman & Hawkes, 2021). Düşük gelirli hastalarda ekonomik durumun hastalığın tedavi ve bakımında önemli bir yerinin olduğunu görülebilmektedir (Miller, Beck, Foster & Maahs, 2020; Cheng, 2015). Metabolik kontrolün olası sosyoekonomik belirteçlerini belirlemeyi amaçlayan bir araştırmada düşük sosyoekonomik durumun zayıf metabolik kontrol ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Alassaf, Odeh, Gharaibeh, Ibrahim & Ajlouni, 2019).

Aynı zamanda diyabet hastalığının aileyi ekonomik yönden etkilediği ve verimliliği azalttığı ifade edilmektedir (Bakan, Azak & Özdemir, 2017). Diyabet tedavisi ve bakımı için ödenen ücretler, özel diyet programı uygulanmasından kaynaklanan ek mutfak masraflarının ortaya çıkması (Aykara & Akçay, 2010), hastaneye ulaşımda ortaya çıkan ulaşım masrafları, hasta bakımını gerçekleştiren aile üyesinin işten ayrılması sonucu aileye sunduğu ekonomik katkının ortadan kalması gibi nedenler sonucu hasta bireyin ve ailenin ekonomik gücünün azalması söz konusu olabilmektedir.

1.3.3. Sosyal problemler

Ergenlik dönemi sosyal yaşantıya uyum sağlama konusunda problemlerle karşılaşılabilen bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (Eiser, 1999). Ergenlik dönemindeki birey hem kendisi hem ailesi ile çatışmalar yaşayabilmekte, aynı zamanda ergen kendisini devam eden bir değişim süreci içerisinde bulabilmektedir. Sancılı bir dönem olan ergenlikte büyüme ve gelişimini tamamlamaya çalışan birey kronik bir hastalığın varlığı durumunda gelişim sürecinde yavaşlama ve enerjisinde düşüş gibi problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Hastalık tanısı sonrasında normal devam eden sosyal yaşantısından uzaklaşmak durumunda kalan ergen böylece özerklik ve bağımsızlık gereksinimlerinden de mahrum kalmış bulunmaktadır (Gökler, 2008).

Diyabet hastalığı tanısından sonra hayatındaki değişimlere uyum sağlamaya çalışan ergenler bu süreç esnasında psikososyal problemler, okul yaşantısı ve arkadaş ilişkileri ile

ilgili problemler ve ebeveynlerle ilişkide yaşanan problemler gibi hayatının birçok alanında sorun yaşayabilmektedir (Boztepe, 2012).

1.3.4. Aile ile ilişkili problemler

Aile üyelerinden birinde ortaya çıkan kronik hastalık hem hasta bireyi hem aile üyelerini birçok yönden etkilemektedir. Kişide hastalık kaynaklı meydana gelen stres aile üyeleri ile ilişkilerine yansıyabilmektedir. Sosyal desteğe her zamankinden daha fazla ihtiyaç duyan hasta bireyin aile üyeleri ile ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi kişide içe kapanma, yakın çevreden uzaklaşma gibi problemlere sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra hastalığın varlığı diğer aile üyelerinin ilişkilerine de yansıyabilmektedir. Aile üyelerinin hastalıkla ilgili aldıkları ya da almadıkları sorumluluklar ve bu sorumlulukların getirmiş olduğu var olan düzendeki değişimler diğer aile üyelerinde de problemlerin oluşmasına sebep olabilmektedir.

Tip 1 diyabetli ergen ve ebeveynlerinin birlikte yer aldığı bir çalışmada ergenlerin bu gelişim dönemlerinde sağlık sonuçlarından çok aile çatışmalarını azaltmaya ve sosyal çevrelerine uyum sağlamaya öncelik verdikleri belirlenmiştir (Hannon ve ark., 2018). Bu araştırmadan da anlaşılacağı üzere ergenler aile ile ilgili yaşadıkları problemleri sağlık durumlarına göre daha fazla önemsemektedirler. Diyabet tedavisinin istenen düzeyde gidebilmesi için ergenlerin aile ile ilgili problemleri minimum düzeyde hissetmeleri gerekmektedir. Bunun da ancak hasta ve ailesinin birlikte desteklendiği bir tedavi planı ile mümkün olabileceği düşünülmektedir.

1.4. Tip 1 Diyabet Hastası Ergenlerin Sağlık Bakımına Uyumu

Ergenliğe uyum sağlama sürecinde zorluk yaşayan ergen, kronik hastalık tanısı ile hastalığın getirmiş olduğu sorumluluklarla da mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Hem ergenliğin getirmiş olduğu uyum problemleri hem de diyabet hastalığının varlığı ergenler için yaşamı zorlaştırabilmektedir.

Diyabetin tedavisinde sosyal, duygusal ve psikolojik birçok etkenin tedaviye etkisinin olduğu yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Diyabetli ergenlerde sosyal desteğin diyabet tedavisi üzerine ne gibi bir etkisinin olduğunu belirlenmeye yönelik yapılan bir çalışmada

katılımcılılara diyabetle ilgili 8 haftalık çevrimiçi eğitim ve destek çalışması yapılmış ve bu çalışma sonucunda katılımcıların aileleri dışında kalan çevrelerindeki diğer kişilerle olan ilişkilerinde pozitif yönde ilerlemenin olduğu ve bunun sonucu olarak ergenlerin diyabet tedavisine uyumlarının arttığı belirlenmiştir (Nicholas ve ark., 2012). Diyabet değerleri yüksek olan hastalar arasında sosyal destek ağlarının ne durumda olduğunu belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada diyabet değerleri yüksek olan hastaların düşük sosyal destek ağlarının olduğu belirlenmiştir (Hershey ve ark., 2021).

Sağlık hizmeti veren ekibin tip 1 diyabetli ergenle kurduğu kendi kaderini tayin ilkesi odağında özerkliği destekleyici iletişimin diyabet sonuçları üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada, ergenlerin tedavi ekibinden algıladığı özerkliği destekleyen iletişimin tedaviye uyumu artırdığı, bu desteğin üzerine ebeveynlerden de aynı desteği almasının tedaviye daha yüksek uyumu sağlanmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Goethals ve ark., 2020). Ergen ve ebeveyn iletişimini kolaylaştırmak ve diyabet sonuçlarını iyileştirmek amacıyla tasarlanan bir mobil uygulama müdahalesi sonrası ergenlerin diyabet bakımına uyumunun önemli ölçüde iyileştiği görülmüştür (Holtz ve ark., 2021). Yapılan başka bir çalışmada tip 1 diyabetli ergenlerin diyabet yönetimi ve duygusal refahını desteklemek amacıyla güçlü yanları vurgulayan klinik bir müdahale uygulanmış, bu müdahalenin ergenlerin diyabet uyumu, esenliği ve bakım sağlayıcı ilişkileri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Hilliard ve ark., 2019).

Tip 1 diyabetli ergenler için pozitif psikoloji müdahalesinin uyum, glisemik kontrol ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan başka bir çalışmada pozitif psikoloji müdahalesinin, tip 1 diyabetli ergenlerde başa çıkma ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır (Jaser, Whittemore, Choi, Nwosu & Russell, 2019). Davranışsal bir müdahalenin tip 1 diyabetli çocuklarda hipoglisemik insidansı azaltıp azaltmadığını belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonuçlarına göre diyabet yönetimini hedefleyen davranışsal müdahalelerin tip 1 diyabetli ergenlerde hipoglisemiyi azaltmak için uygun bir yöntem olabileceği belirtilmektedir (Gee, Nansel & Liu, 2017). Araştırma sonuçlarına bakıldığında tip 1 diyabetli ergenlerin sağlık bakımına uyumunu artırmak için birçok müdahale yöntemi uygulanmış ve tedaviye uyum konusunda olumlu sonuçlar alınmıştır.

Ebeveyn izlemi diyabet tedavisinin gidişatını olumlu ya da olumsuz olacak şekilde doğrudan etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin diyabet takibinin ergenlerde tedaviye ve metabolik göstergelere uyumu arasında nasıl bir ilişkinin olduğunu ortaya çıkarmak için yapılan bir araştırmada, ebeveyn takibinin ergenlerin metabolik göstergeleri üzerinde değişim yaratacak kadar etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Avan & Yiğit, 2021).

Ebeveyn izlemi diyabet sonuçlarıyla doğrudan ilgili olduğu kadar, ebeveynlerin ergenlere karşı tutumları da diyabet sonuçlarının istenilen düzeyde olup olmamasıyla doğrudan ilgilidir. Yapılan bir çalışmada diyabetli çocuğun tedaviye uyumunda ebeveyn tepkilerinin önemli etkisinin bulunduğu savunulmuştur (Blotcky, Raczynski, Gurwitch & Smith, 1985). Tip 1 diyabetli gençlerle yapılan bir çalışmada ebeveyn sıcaklığı, ebeveyn olumsuzluğu ve ebeveynin diyabetle ilgili bakım sorumluluğu algıları değerlendirilmiştir. Ebeveyn sıcaklığı ve diyabet yönetimi ile ilgili bakım algısı daha yüksek olan gençlerin bir ölümle sonuçlanabilecek diyabetik ketoasidoz atağı yaşama olasılığının azaldığı bulunmuştur (Geffken ve ark., 2008). Tip 1 diyabetli ergenlerde metabolik kontrol ve tedaviye uyumu sağlamada ebeveynlik tarzının rolünü inceleyen çalışmada anne ve babalarının otoriter ya da izin verici tutumları, çaresizlik duygusu ile çocuğa yaklaşma durumlarının her birinde ergenin glisemik kontrolünün değişiklik gösterdiği görülmüştür (Shorer ve ark., 2011). Tip I diyabetli okul öncesi ve ilkokul çocukları için ebeveynlik stilleri, rejime bağlılık ve glisemik kontrol arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan başka bir araştırmanın sonuçları çocuklarına destek ve sevgi ile yaklaşan ebeveynlerin çocuklarının diyabet rejimine uyumu ve glisemik kontrolü için daha avantajlı olabileceğini ortaya koymuştur (Davis ve ark., 2001). Tip 1 diyabetli ergenlere yönelik yapılan başka bir çalışmada, ergenlerin glisemik kontrollerini iyileştirmek amacıyla diyabet bakımına aile katılımını artırmayı ve problem çözme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen psikoeğitimsel müdahale uygulanmış ve müdahale sonucunda ergenlerin diyabet değerlerinde iyileşme olurken, ebeveynlerin diyabet bakımına katılımlarının da arttığı bildirilmiştir (Katz, Volkening, Butler, Anderson & Laffel, 2014). Diyabete özgü aile çatışması ile tip 1 diyabetli gençlerin sağlık sonuçları arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmada aile çatışması arttıkça gençlerde daha düşük yaşam kalitesi ve daha fazla depresif semptomların geliştiği, aynı zamanda aile çatışmasının tip 1 diyabetli gençler için bazı olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Hickling, Dingle, Barrett & Cobham, 2021). Diyabet bakımı sağlayan ebeveynlerin evlilik doyumlarının tip 1 diyabetli çocukların diyabet değerleri ile ilişkisinin araştırıldığı çalışma sonuçlarına göre ebeveynlerin daha yüksek evlilik doyumu, tip 1

diyabetli çocuklar için glisemik sonuçlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Loomba, 2022). Tip 1 diyabetli ergenlerin endişeleri ve başa çıkma stratejilerini belirlemeyi amaçlayan çalışmada sosyal destek sistemlerinin tüm katılımcılar için önemli bir başa çıkma stratejisi olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir (Taraban ve ark., 2022). Diyabet hastalarının özellikle aile üyelerinden aldığı sosyal desteğin sıcaklık, iş birliği ve kabullenme ile karakterize edildiğinde sürekli olarak iyi diyabet sonuçlarıyla ilişkili olduğu, çatışma ve eleştiri ile karakterize edilen yetersiz katılım ve etkileşimlerin ise sürekli olarak kötü diyabet sonuçlarıyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Wiebe, Helgeson & Berg, 2016).

Bu ve benzeri araştırma sonuçlarından anlaşılacağı üzere ergenin diyabet hastalığında büyük öneme sahip olan glisemik kontrolünün sağlanmasında ve hastalığın olumsuz etkilerinin azalmasında ailenin rolünün hayati öneme sahip olduğu görülmektedir.

1.5. Tip 1 Diyabet Hastası Ergene Sahip Ailelerinin Yaşadığı Sorunlar

Çocuklarının sağlığının yerinde oluşu her anne-babanın isteyeceği ve önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak anne babanın elinde olmayan sebeplerle çocuklarına hastalık tanısı konabilmekte ve bu hastalıklar kronik hale gelip, tüm aile sistemlerini etkisi altına almaktadır. Çin'de yapılan bir araştırmaya göre aile üyelerinin pediatrik tip 1 diyabet hastaları için ana bakım sağlayıcıları olduğu belirtilmiştir (Lu, Li, Cai, Cui & Shi, 2020). Bu sorumlulukla birlikte hastalık süreci boyunca aile üyeleri daha önce deneyimlemedikleri durumlarla karşılaşabilmektedir. Diyabetli bir çocuğa bakmak sürekli dikkat gerektiren karmaşık tıbbi tedavi ve diyet rejimine bağlı kalmayı gerektirmektedir (Moghadam, Zeinaly & Alhani, 2022).

Tüm aileyi etkisi altına alan kronik hastalıkla yaşamak en çok çocuğuna bakım veren ebeveyn alt sistemini etkilemektedir (Gökler, 2008). Hastalık tanısı ile birlikte ebeveynlerde inkâr, üzüntü, öfke, stres, korku ve çatışma gibi duygusal tepkiler meydana gelebilmektedir (Boling, 2005). Kronik hastalık tanısı sonrası ebeveynlerle ilgili hastalığı kabullenme, çocuğun bakımının günlük rutin arasına katılması, çocuğun ve diğer aile üyelerinin gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanması, dönemsel yaşanan krizlerle mücadele, hastalıkla ilgili çevrenin eğitilmesi ve destek sistemi oluşturulması gibi ek sorumluluk alacakları yeni durumlar ortaya çıkabilmektedir (Canam, 1993).

Kronik hastalığı bulunan ergene sahip aileler, ergenliğin getirmiş olduğu uyum problemleriyle başa çıkmaya çabalayan çocuklarının yaşadığı duygusal ve emasyonel problemlerin vermiş olduğu çatışmacı davranışlarla da mücadele edebilmektedir. Ergenin diyabet öz yönetimi ile ilgili sorumlulukları istendik düzeyde yerine getirmemesi ailesinde kaygı ve endişeye neden olabilmektedir (Gampelaere ve ark., 2020). Yaşanan kaygı ve endişe aile üyelerinin ergene karşı suçlayıcı, müdahale edici ya da aşırı kollayıcı şekilde davranmasına sebep olabilmektedir. Bu davranış neticesinde ebeveyn ve ergenler arasında çatışma ve iletişim sorunları yaşanması kaçınılmaz olmaktadır (Marshall, Carter, Rose & Brotherton, 2009). Ebeveynlerin deneyimlediği bu tarz duygusal süreçlerin yanında fiziksel anlamda uykusuzluk, yorgunluk ve beslenme problemleriyle karşı karşıya kalmaları söz konusudur (Wang & Barnard, 2004). Sosyal anlamda da ebeveynlerin hastalığın bakımına odaklanmalarının sonucu olarak sosyal çevreden izole olmaları söz konusu olabilmektedir (Gökler, 2008). Aynı zamanda tedavi ve ilaç masrafları da aileye ekonomik olarak yük getirebilmektedir.

Kronik hastalık tanısı sonrası ebeveynler arası iletişimde de zaman zaman olumsuz durumlar yaşanabilmektedir. Hastalık süreci boyunca karşılaştıkları kriz durumlarına karşı farklı başa çıkma yöntemleri sunmaları, eşlerin birbirlerinden destek görmedikleri anlamını çıkartmalarına sebep olabilmektedir. Anneler aşırı korumacı davranarak hasta çocukları ile ilgilenme eğilimi gösterirken, babalar daha bağımsız davranmakta ve sorumluluk almaktan kaçınabilmektedir (Croake & Myers, 1984). Aile sistemleri arasında yer alan ebeveyn ve ebeveyn-çocuk alt sistemleri çocukta kronik hastalık tanısı konduktan sonra bozulabilmekte, çocuk ve ebeveyn arasında var olan sınırlar ortadan kalkarak normal düzenin dışına çıkılabilmektedir. Tip 1 diyabet hastası bir çocuğa ebeveynlik yapmak, çocuklarının diyabet bakımından sorumlu olan ebeveynler üzerinde duygusal bir etki yaratabilmektedir (Wiebe, Helgeson & Berg, 2016). Eşlerden birinin odağı tamamen çocuk bakımına yönelirken, diğer eş ilgisizlikten yakınıp evliliğinin kötüye gittiğine dair çıkarımlarda bulunabilmektedir. Diğer yandan odağını hasta çocuğun bakımına çeviren ebeveyn de eşinin kendisine yardımcı olmamasından yakınmakta ve eşine karşı öfke duyguları yükselebilmektedir (Cleveland, 1980). Ayrıca ebeveynler birbirlerine karşı çocuklarının hasta olmalarına sebebiyet verdiğini düşündüğünden dolayı suçlayıcı tavırlar sergileyebilmekte (Gökler, 2008) bu ve benzeri durumlar sonucunda ebeveynler arasında çocuklarının hastalığından kaynaklı çatışmalar yaşanabilmektedir.

Kronik hastalık tanısı sonrasında aile sisteminin nasıl etkilendiğini ortaya koyan çalışmalar incelenmiştir. Tip 1 diyabetli çocukların bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörlerle ilgili yapılan bir çalışmada en yüksek tükenmişlik seviyesinin genel gerginlik ve hayal kırıklığı ile ilişkili olduğu; tükenmişlik seviyesinin çocuğun yaşı, ebeveynlerin mesleki ve eğitim durumları ile gece glisemik test sayısı, hiperglisemik atak sıklığı ve hastaneye yatış sayıları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Kobos, 2015). Kronik hastalığı bulunan çocuklara bakım verenlerin bakım yükünü araştıran başka bir çalışmada kronik hastalıkların hem hastayı hem bakım verenleri ekonomik ve psikososyal açıdan birtakım zorlukların içerisine soktuğu, yaşanan zorlukların çocuğun bakımını yapan kişi ve içinde yaşandığı ailesinde; bozulan aile içi ilişki ve rollere, artan stres, depresyon ve kaygı düzeylerine, kardeşlerin birbirlerine karşı daha öfkeli ve kıskanç duygular beslemesine, fiziksel olarak yorgunluk ve uyku düzeninde bozukluklara neden olabileceği sonucuna varılmıştır (Türe, Yazar, Akın & Aydın, 2018). Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerinin yaklaşık %20-30'unun yaşam veya ebeveynlik stresi, anksiyete veya depresyon olarak tanımlanan klinik olarak belirgin bir sıkıntı bildirdikleri belirtilmiştir (Whittemore, Jaser, Chao, Jang & Grey, 2012). Ancak yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerin yaşamış olduğu depresif ve anksiyete semptomlarının tip 1 diyabetli ergenlerin depresif ve anksiyete semptomları ile diyabet sonuçlarına etkisinin olmadığının bildirilmesi (Nguyen ve ark., 2022), diyabet tedavisinin olumsuz etkilenmemesi adına ergen için olumlu bir sonuçtur.

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip annelerin bakım yükünü belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada annelerin bakım yükünü yüksek olarak algıladıkları belirlenmiştir (Erdem ve ark., 2013). Başka bir çalışmada ise yeni tanı konulan insüline bağımlı diyabet hastası çocukların anneleri, bu kronik hastalığı yönetmenin psikolojik bağıntılarını belirlemek amacıyla 6 yıl boyunca tekrar tekrar değerlendirilmiş olup, araştırma sonucunda diyabet hastalığının devam eden strese ve aile çatışmasına neden olduğu belirlenmiştir (Kovacks ve ark., 1990). Tip 1 diyabet tanısı almış çocuk/ergenlerle ebeveynlerinin hastalıkla ilgili algılarının karşılaştırıldığı Üstün (2011) tarafından yapılan çalışmada tip 1 diyabet hastalığına sahip çocuk/ergen ebeveynlerinin ruhsal belirtilerinin ve sosyal destek ihtiyaçlarının çocuklarına oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Pediatrik hastalarda tip 1 diyabet ve aile ortamındaki ilişkilere etkisinin incelendiği bir araştırmada ise katılımcıların %54'ünün çift ilişkilerinin etkilendiği belirtilmiştir (Madrigal ve ark., 2020). Karakavak ve Çırak (2006) tarafından yapılan çalışmada ise kronik hastalığı olan çocuğa bakım veren bazı annelerin ailenin diğer üyeleri tarafından destek alabildiği, bazı annelerin ise hem çocuğunun

hastalığından kaynaklı duygusal yoğunluğun artması hem diğer çocukların bakımlarını eksik bıraktığını düşünmesinden kaynaklı eş ve çocuklarına karşı öfkeli davranışlar sergileyebildiği, bakım konusunda eşten destek almadıkları, kendilerini yalnız hissettikleri için eşlerine karşı öfke hissettikleri ve hastalık kaynaklı eş ilişkilerinde bozulmaların meydana gelebildiği ifade edilmiştir.

Tip 1 diyabetli ergenlerin ebeveynlerinin fiziksel, duygusal ve günlük bakım yüklerinin sosyodemografik ve klinik belirleyicilerini ortaya koymak ve ihtiyaç duyulan destek önlemlerini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada; ebeveynler günlük ve fiziksel bakımdansa duygusal bakım yükünü daha fazla hissettiğini bildirmiş, yaşı küçük çocukların ebeveynleri yaşı büyük çocukların ebeveynlerine göre daha fazla fiziksel ve günlük bakım yükü altında olduğunu belirtmiştir (Saßmann ve ark., 2022). Demografik özelliklere bakıldığında ise ebeveyn yaşı ve tek ebeveynli aile durumunda ebeveynler yüksek fiziksel ve günlük bakım yükü altında olduklarını bildirmiş, ebeveynlerin cinsiyetine bakıldığında ise anneler babalara göre daha yüksek duygusal bakım yükü altında olduklarını belirtmişlerdir (Saßmann ve ark., 2022).

Sonuç olarak diyabet hastalığının varlığı tüm aile sistemini etkileyerek ailelerin değişen düzenin getirmiş olduğu zorluklar karşısında farklı problemlerle karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastalıkla ilgili süreç aile yapısını ve aile üyelerini etkilediği gibi ailenin var olan yapısı da hastalığın gidişatına etki etmektedir (Kupst, 1993). Ailenin var olan yapısı ve ebeveyn izleminin diyabet hastalığı ve diyabet bakımı üzerine etkileri "Tip 1 Diyabette Ebeveyn İzlemi" başlığı altında incelenmiştir.

1.6. Tip 1 Diyabette Ebeveyn İzlemi

Ergenlik dönemiyle birlikte bireyselleşmeye başlayan ergen arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirir ve anne babadan uzaklaşmaya başlar (Steinberg, 2007; Cüceloğlu, 1999). Ergen üzerindeki kontrolü azalmaya başlayan ebeveynler bu dönemin getirmiş olduğu riskli davranışları gerçekleştirme konusunda cesaretli olan çocuklarının zarar görmemesi adına çocuklarını kontrol etme ve izleme iç güdüsü ile hareket ederler. Ebeveyn izlemi çocukların nerede nasıl davrandıklarının ve kimlerle vakit geçirdiklerinin ebeveynler tarafından gözetim altında tutulması olarak tanımlanmaktadır (Dishion & Mcmahon, 1998).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde ebeveyn izleminin ergenlerin kendi davranışlarını kontrol altına alma konusunda olumlu etkisinin bulunduğunu göstermektedir (Stattin & Kerr, 2000; Criss ve ark., 2015; Chilcoat, Breslau & Anthony, 1996). Ebeveyn izlemi, yüksek riskli ortamlarda yaşayan ergenler için koruyucu bir faktör görevi görebilmektedir (Dishion & Mcmahon, 1998). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan ergenlerde risk alma davranışı ile ebeveyn izlemi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada düşük ebeveyn izlemi ile risk alma davranışı arasında ilişki tespit edilmiş, ebeveyn bilgisinin DEHB semptomlarının varlığından olumsuz etkilendiği ve bunun da risk alma davranışına yol açabileceği bulgusuna ulaşılmıştır (Pollak, Poni, Gershy & Aran, 2020). Kız ergenlerin ilk sigara kullanımı ile ebeveyn izlemi arasındaki ilişkinin araştırıldığı başka bir çalışmada da ergenlerin algıladıkları düşük ebeveyn izleminin sigara denemeleri için yüksek risk oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sartor ve ark., 2020).

Erken çocukluk döneminde, ebeveynler genellikle diyabetle ilgili tüm günlük görevlerin sorumluluğunu üstlenirler ve çocuğun katılımı genellikle yaş ve olgunlukla birlikte artar (Sundberg, 2017). Tip 1 diyabetli ergenlerde yaşam kalitesinin iyileştirilmesini ve tıbbi rejime daha iyi uyumu desteklemek için ergenlerin tüm aile sistemi içinde değerlendirilmesi ve müdahale edilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Lansing, Crochiere, Cueto, Wiebe & Berg, 2017). Ebeveynler çocuklarına kronik bir hastalık tanısı konulması sonrası çocuklarını uzun süreli ve kesintisiz şekilde gözetim ve denetim altında tutabilmektedirler (Törüner & Büyükgönenç, 2012). Ergenliğin getirmiş olduğu fiziksel, cinsel ve psikososyal değişimlerin üstesinden gelmeye çalışan ergen, bir de üzerine kronik bir hastalık tanısı aldıktan sonra hastalıkla ilgili bakım sorumluluklarını gerçekleştirmekte zorluk yaşayabilmektedir (Boztepe, 2012). Bu noktada ebeveynler devreye girerek çocuğun hastalık yönetiminde ve metabolik kontrolünde ek sorumluluklar alabilmektedirler.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde tip 1 diyabette ebeveyn izleminin tedaviye uyum ve metabolik kontrolü sağlamada olumlu etkisinin olduğu ifade edilmiştir (Avan, 2017; Boztepe, 2012; Ellis ve ark., 2012). Ebeveynlerin ergenlerin davranışlarına ilişkin bilgilerinin diyabet sonuçlarıyla olan bağlantısını incelemek amacıyla yapılan bir araştırmaya göre yüksek düzeyde ebeveyn bilgisi olan ergenlerin daha iyi glisemik kontrole sahip olduğu, daha az psikolojik sıkıntı yaşadığı ve daha gelişmiş öz bakım davranışı gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Helgeson ve ark., 2018; Horton, Berg, Butner & Wiebe, 2009). Ergen davranışının ebeveyn tarafından izlenmesinin, tip 1 diyabetli ergenler arasında

rejim uyumu ve metabolik kontrol ile ilişkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonuçlarına göre diyabet bakımının tamamlanmasının ebeveyn tarafından yakından izlenmesi, diyabetli ergenlerde daha iyi uyuma katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Ellis ve ark., 2007).

Ergenlerin yaşı büyüdükçe öz bakım sorumluluklarının arttığı ve ebeveyn izleminin azalabildiği belirlenmiştir (La Banca, Volkening & Laffel, 2022). Bu araştırmadan hareketle ergenlerin yaşı ilerledikçe gelişim düzeyine uygun bir şekilde diyabet bakımı ile ilgili sorumluklarını üzerlerine almaları beklenmektedir. Her ne kadar ebeveynlerin yetersiz katılımlarının kötü diyabet sonuçları ile ilişki olduğu birçok çalışmada belirtilmiş olsa da müdahale veya kontrol edici ebeveyn davranışlarının ergende ters etki yaratarak diyabet bakımını baltalayabildiği belirtilmiştir (Anderson & Coyne, 1991). Yapılan bir çalışmada tip 1 diyabetli ergenler ve bakım vericileri arasındaki sorumluluk paylaşımının diyabet yönetimi üzerindeki ilişkisine bakılmış, diyabet yönetimi sorumluluğunu daha fazla algılayan ergenlerin daha iyi diyabet yönetimi yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır (Vesco ve ark., 2010). Aile bakım verenlerin yükü ile diyabetli bireylerin sağlık durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada ise aile bakım verenlerin yükü ne kadar azsa diyabetli bireylerin sağlık durumlarının o kadar iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kristianingrum, Ramadhani, Hayati & Setyoadi, 2021). Yapılan bir çalışma sonuçlarına göre ergenlerin beslenme ile ilgili öz bakımı ilkokul döneminde başlarken, izleme ve insülin dozlamadaki öz bakımının erken ergenlikte başlayabildiği ve iletişimle ilgili öz bakımının ise geç ergenlikte başladığı sonucuna ulaşılmıştır (La Banca, Volkening & Laffel, 2022). Bu araştırma sonuçları değerlendirildiğinde ergenlerin yaşları ilerledikçe öz bakım sorumluluklarını daha fazla üstlenebileceği ve ailelerin ergenin yaşını gözeterek bakım sorumluluklarını paylaşmalarının hem ergenin gelişimini olumsuz etkilememek hem de bakım verenlerin yükünü hafifletmek adına önemli olduğu düşünülmektedir.

Ebeveyn izleminin yanı sıra ebeveynlerin ergenlere yönelik tutumlarının da diyabet değerleri üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Ergen ve ebeveyn arasındaki kuvvetli ilişki ve iletişimin yanı sıra yüksek ebeveyn izleminin tip 1 diyabet tedavisinde pozitif sonuçlar meydana getirdiği belirtilmektedir (Berg ve ark., 2011; Cameron ve ark., 2008). Ebeveyn davranışları ile kronik hastalığı olan çocukların iyilik hali arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada ebeveyn sıcaklığının çocuklarda daha az depresyona, daha iyi yaşam kalitesine, daha iyi fiziksel işlevselliğe ve daha az davranış sorunlarına yol açtığına; ebeveyn

reddi ya da ebeveyn baskısı olan durumların ise çocuklarda daha fazla depresyon, daha fazla davranış sorunları ve daha az fiziksel işlevsellik ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca ebeveyn yapısının çocuğun daha iyi fiziksel işleyişi ile ilişkili olduğu belirtilirken, ebeveyn çatışmasında ise fiziksel işlevselliğin azaldığı belirtilmiştir (Crandell, Sandelowski, Leeman, Havill & Knafl, 2018). Yapılan başka bir araştırmada ebeveyn stresi diyabet değerlerinin kötüleşmesinde etkili olurken, ebeveyn diyabetine özgü sıkıntı, çocukların depresyon belirtilerinde bir artışa sebep olmaktadır. Yüksek ebeveyn öz yeterliliğinin çocuklarda daha iyi uyum ve daha dengeli diyabet değerleri sağlayarak daha iyi ebeveyn izlemi ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Bassi, 2020).

Tüm bu çalışmalardan da anlaşılacağı üzere diyabetli hastaların sağlık durumlarının iyileştirilmesi için gelişim dönemleri dikkate alınarak diyabet bakımı ile ilgili sorumluluklarını yerine getirebilecek düzeye gelmelerini sağlayacak, ailede bakım verenin yükünü azaltacak ve doğru ebeveyn tutumlarının sergilenmesini sağlayacak müdahalelere ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

1.7. Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Ailelerine Yönelik Müdahaleler

Kronik hastalık tanısı ile yeni bir sürece uyum sağlamaya çalışan hasta ve ailesi birçok yönden değişim yaşamakta, hastalık tanısı aile sistemini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kronik hastalıklı ergene sahip ailelerde hem ergenin sağlığını hem de ailenin bütünlüğünü korumak, hastalığın olumsuz etkilerini en aza indirmek, ailede ortaya çıkan problemlerin çözüme kavuşmasını sağlamak amacıyla aileleri psikososyal yönden destekleyecek müdahalelerin önemi her geçen gün fark edilmekte ve bu konu ile alakalı birçok müdahale yöntemi sunulmaya çalışılmaktadır (Berg ve ark., 2010; Cameron, Northam, Ambler, & Daneman, 2007).

Kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde problem çözme ilişkilerinin incelendiği bir çalışmada ebeveyn-çocuk arasında diyabet bakımına yönelik yaşanan tartışmaların problem çözme eksikliği, ebeveyn baskısı, çocuğun diyabet rejimine direnci ve daha az bağlılıkla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Friedrich, Jawad & Miller, 2016). Ebeveyn baskını azaltmak ve çocuğun diyabet rejimine yönelik direncini düşürmek için ebeveyn çocuk arasındaki iletişimi kuvvetlendirecek iletişim ve problem çözme becerilerini artırmaya yönelik müdahalelere başvurmanın faydalı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir

çalışmada diyabetin erken dönemlerinde diyabete özgü çatışma ve kan şekeri ölçümüne bağlılığın çocuğun diyabet değerleri ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirlenmiş olup, diyabet teşhisinden sonra çatışma durumu ortaya çıkmadan önce diyabet bakımı ile ilgili aile katılımı ve etkileşimini oluşturacak müdahalelerin yararlı olabileceği belirtilmiştir (Anderson ve ark., 2002). Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerinin psikolojik sıkıntı yaygınlığı ve bu psikolojik sıkıntı ile çocuğun sağlık sonuçları arasındaki ilişki incelenmiş ve bu ebeveynlerin tedavi gerektiren psikolojik sıkıntılara yönelik müdahalelere ihtiyaçları duydukları belirtilmiştir (Whittemore, Jaser, Chao, Jang & Grey, 2012).

Aile merkezli çalışmaların etkinliğini araştıran çalışmada yapılan müdahalelerin diyabetli çocukların sağlıkla ilgili değerlerini önemli ölçüde iyileştirdiği, aile dinamiklerini geliştirdiği ve aile çatışmasını azalttığı bildirilmiştir. Bu müdahaleleri arasında; davranışsal aile sistemleri terapisi (Wysocki, Greco, Harris, Bubb & White, 2001), aile terapisi (Hansson, Ryden & Johnsson, 1994; Ryden ve ark., 1994), çoklu aile grup müdahalesi (Satin, La Greca, Zigo & Skyler, 1989), multisistemik tedavi müdahalesi (Ellis ve ark., 2007), öz-yönetim eğitimi (Gross, Magalnick & Richardson, 1985) ve ekip çalışması müdahaleleri (Laffel ve ark., 2003) gibi yöntemler kullanılmıştır (McBroom & Enriquez, 2009). Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerine ebeveynlik stresini azaltmak ve ebeveynlik becerilerini geliştirmek için yapılandırılmış bir davranışsal grup eğitimi düzenlenmiş ve bu eğitim sonucunda ebeveynlik davranışlarının iyileştiği ve ebeveynlerin depresyon ve kaygı puanlarında azalma olduğu tespit edilmiştir (Saßmann, de Hair & Danne, 2012).

Kronik hastalığı olan çocuk ve ergenlerin ebeveynleri için psikolojik müdahalelerin etkililiğini inceleyen araştırma sonuçlarına göre ebeveynlere yönelik uygulanan bilişsel davranışçı terapi müdahalesi çocukların birincil semptomlarında azalmaya; yine ebeveynlere yönelik uygulanan problem çözme terapisi ebeveynlerin uyum davranışını ve ruh sağlığında iyileşme göstermelerine katkı sağlamıştır (Eccleston, Fisher, Law, Bartlett & Palermo, 2015). Benzer bir çalışmada ise ebeveynlik müdahalelerinin ebeveyn öz-yeterliği, ebeveynlik davranışı, hastalık şiddeti/kontrolü, çocuğun yaşam kalitesi ve çocuk davranışında iyileşmeye yol açabileceği belirlenmiştir (Mitchell, Morawska & Mihelic, 2020). Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynleri için ebeveynlik müdahalelerinin sistemik olarak incelendiği başka bir çalışmada da ebeveynlik müdahalelerinin diyabet yönetiminde, çocuk davranış güçlüklerinde, ebeveyn davranışlarında, ebeveynlerin psikolojik

sıkıntılarında ve çocuk sağlığı sonuçlarında sorumluluk paylaşımı ve iş birliğini geliştirmeye yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Lohan, Morawska & Mitchell, 2015).

Tip 1 diyabetli ergenlerin diyabet yönetimine ilişkin aile ekip çalışmasına odaklanan aile temelli davranışsal müdahale uygulanan bir çalışmada, aile müdahalesinin ergendeki diyabetle ilgili değerleri olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir (Anderson, Brackett, Ho & Laffel, 1999). Başka bir çalışmada da Aile Ekip Çalışması müdahalesinden uyarlanmış Çevrimiçi Diyabet Aile Ekip Çalışması'nın diyabet yönetimi ile ilgili iletişimi geliştirmek için uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yöntem olduğu belirlenmiştir (Thompson ve ark., 2019). Tip 1 diyabetli ergenlerin ebeveynlerine yönelik ebeveyn izlemini artırmaya teşvik etmek amacıyla üç oturumdan oluşan ve bilgisayar destekli yürütülen motivasyonel müdahale uygulanmış ve bu uygulamanın tip 1 diyabetli ergen ve ebeveynleri arasında aile yönetimi uygulamalarını ve ergenin sağlıkla ilgili sonuçlarını iyileştirmede olumlu destek sağladığı belirlenmiştir (Ellis ve ark., 2017).

Diyabetli ergenlerin bakım vericileri üzerine yapılan bir araştırmaya göre bakım vericilerin başa çıkma stratejileri iki ana başlık altında değerlendirilmiştir. Bakım vericiler kişiselleştirilmiş başa çıkma ve sosyal desteğin aktif olarak kazanılması yoluyla bakım yüküyle başa çıkmışlardır. Kişiselleştirilmiş başa çıkma yöntemleri arasında en çok başvurulan yöntemin diyabet bakımını daha iyi yapabilmek için yeni bilgiler öğrenmeyi kapsayan kendi kendini güçlendirme olduğu belirtilmiştir. İkinci stratejinin, ailede meydana gelen olumsuz duygusal ve psikolojik değişimi olumlu hale getirecek yöntemlerin kullanılmasıdır. Üçüncü strateji var olan ilişkileri korumakla birlikte özellikle sağlık ekibiyle yeni ve olumlu ilişkiler kurmaktır. Bu ilişkinin iyi bir destek kaynağı olduğu belirtilmiştir. Dördüncü strateji ise çocuğun ve ailenin ruh halini etkileyebilecek yorumlar yapabilecek olan akrabaların olumsuz müdahalelerini azaltmaktır. Bunun yanı sıra çocuğun ruh halini olumlu etkileyecek olan kişilerle iletişim kurmak ve bu ilişkiyi güçlendirmek diğer bir strateji olarak belirtilmiştir. Bakım vericilerin çocuğun hastalıklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olan diğer faktör ise güçlü sosyal destektir. Aile desteği, sosyal destek ve manevi destek olmak üzere üç destek düzeyini aktif olarak kullanan bakım vericilerin diyabetle daha iyi başa çıktıkları ve bakım yükünü azalttıkları belirtilmiştir (Moghadam, Zeinaly & Alhani, 2022).

1.8. Tıbbi Sosyal Hizmet

Çocukluk çağı diyabetinin çocuklar ve aileleri için fiziksel, ruhsal, ekonomik ve sosyal alanda birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Tedavi sürecinde ergenin bakımının gerçekleşebilmesi için ailenin tedaviyi üstlenmesi gerekebilmektedir. Ancak bu sorumluluk hem hasta hem ailesi için daha önce karşılaşmadıkları psikososyal sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu sorunlar arasında aile üyelerinin birbirlerine yeterli zaman ayıramaması, iletişimle ilgili problemler yaşanması, ailedeki rollerde karmaşa yaşanması, rol karmaşasından kaynaklanan kişiler arası çatışmalar ve ilişkideki karşılıklı doyumun eksilmesi yer almaktadır (Golics, Basra, Salek & Finlay, 2013). Bu gibi sonuçlar ergenlerin diyabet tedavisine uyumunu zorlaştırdığı gibi ebeveynlerin de hastalık takibini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hem ergenin hem ailenin hastalık odaklı yaşadığı olumsuz etkileri en aza indirmek için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir (Nolte, Knai & Saltman, 2014). Sosyal hizmet uzmanı, hekim, psikolog, hemşire ve çocuk gelişim uzmanından oluşan multidisipliner ekip çocuğun ve ailesinin bütüncül yararını gözeterek hastalık nedeniyle ortaya çıkan problemlerin çözümünde iş birliği içinde çalışmaktadır. Diyabetle ilgili hasta ve ailesine yönelik hastalığın ortaya çıkmasına neden olan etmenler ve hastalığın ortaya çıkardığı sorunların giderilmesinde biyopsikososyal bir yaklaşımla hareket edilmesi gerekmektedir. Bu noktada hastaya biyopsikososyal bakış açısıyla yaklaşan disiplinlerden biri olan tıbbi sosyal hizmetin tip 1 diyabet bakımındaki yeri ve etkisi aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

Tıbbi sosyal hizmetin tarihsel gelişimi sanayileşme ile başlamıştır. Köyden kente göçün bir gereksinimi olarak hastanelerin kurulması ile hekim ve hastanın hastane ortamında bir araya gelişinden itibaren hekimin ihtiyaç duyduğu hastanın sosyal ve kişisel özellikleri ile ilgili bilgilere ulaşılmasında sosyal hizmet mesleği devreye girmiştir. Bununla birlikte insan sağlığına ve hastalıkların önlenmesine yönelik önem arttıkça sosyal hizmetin mesleğinin sağlık alanındaki etkisi de artmıştır (Tuncay, 2018).

DSÖ'nün (1946); kişinin sadece bedensel değil, sosyal ve psikolojik olarak da iyilik halinde olması gerektiğini savunduğu sağlık tanımı medikal tedavinin yanı sıra kişinin psikososyal yönden de tam bir iyilik hali içerisinde olması gerektiği ile ilgili birçok disiplini bir araya getirecek bütüncül bir bakış açısı sunmuştur. Bu bakış açısıyla birlikte tıbbi sosyal hizmet alanındaki çalışmalar biyopsikososyal yaklaşımla ele alınarak hastaların fiziksel

sağlıklarının yanı sıra genel refahını etkileyen zihinsel ve sosyal koşullarının da dikkate alınmasına yol açmıştır (Mann, Golden, Cronk, Hogan & Washington, 2016).

Sağlık alanındaki önemi giderek artan sosyal hizmet alanı tıbbi sosyal hizmet olarak adlandırılmış ve tıbbi sosyal hizmet ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Duyan (1996)'a göre tıbbi sosyal hizmet "tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde bireyin, ailenin, grupların ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını hedefleyen, sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle yürütülen sosyal, psikolojik, eğitsel ve ekonomik boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin bütünü" olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi'nde (2011) tıbbi sosyal hizmet, "ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresiyle ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunların zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulaması" olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda tıbbi sosyal hizmet, hastalığın oluşumuna neden olan faktörlerin ve hastalık odaklı ortaya çıkan, hasta ve ailesini etkileyen her türlü psikososyal ve ekonomik problemlerin ortadan kaldırılması amacıyla kullanılan yaklaşım, yöntem ve teknikleri barındıran bir disiplin olarak tanımlanmıştır (Özbesler, 2013).

Tıbbi sosyal hizmet temel olarak hastanın tıbbi bakım ve tedavi sürecini iyi götürmesini, hastalık odaklı olarak hasta ve ailesinde ortaya çıkan olumsuz psikososyal etkileri azaltmayı ve hastalığa neden olan problemleri çözümlemeyi hedeflemektedir (Duyan, 1996). Bu hedefler doğrultusunda hastanelerde bulunan tıbbi sosyal hizmet birimleri, hasta ve çalışan hakları birimleri, organ nakli birimleri ve çocuk izlem merkezlerinde sosyal hizmet uzmanları aktif şekilde görev alabilmektedirler. Tıbbi sosyal hizmet birimlerinde görev alan sosyal hizmet uzmanları çoğunlukla dezavantajlı hasta gruplarına yönelik çalışmalar yapmakla birlikte son zamanlarda kronik hastalıklara yönelik farklı servislerde görev alanlarını genişletmektedirler.

Kronik hastalıkların artışı ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik bir hastalığın hem hastaya hem ailesine etkisi uzun dönemde daha fazla hissedilmektedir. Kronik hastalık

tanısı almış birey gelişim dönemi özelliklerine göre fiziksel, sosyal ve psikolojik olumsuzluklarla mücadele etmek durumunda kalabilmektedir. Hastanın yaşadığı olumsuzlara ek olarak hastanın birlikte yaşadığı aile üyeleri de devamlılık gösteren kronik hastalıkla ilgili olumsuz sonuçlarla karşılaşabilmektedir. Özellikle öz bakımını yerine getirme konusunda yetişkin bir bireye bağımlı halde olabilen çocuk ve ergenlerde kronik bir hastalığın getirmiş olduğu olumsuzluklar hem çocuk/ergen hem de ailesi için daha şiddetli hissedilebilmektedir.

Kronik hastalıklardan biri olan diyabet hastalığı sosyal hizmet uzmanlarının aktif olarak çalışması gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları çocukluk çağı diyabeti kapsamında hastalığın olumsuz etkilerinin azaltılmasına engel teşkil eden psikososyal ve ekonomik sorunların çözülmesinde birey ve ailesi ile iş birliği yaparak hastalık kaynaklı çıkan sorunlara yönelik psikososyal destek çalışmaları yaparak onların kendilerine yetebilecek duruma gelmelerinde güçlendirici bir rol alırlar (Workers, 2009). Aynı zamanda ailelere yönelik tanışma, ön değerlendirme, planlama, uygulama, değerlendirme, sonlandırma ve takipten oluşan sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirecek olan tıbbi sosyal hizmet uzmanı genel olarak; ailenin deneyimlendiği yeni durumlar karşısında çözümsüz kaldığı, aile birliğinin bozulmasına neden olan problemlere yönelik tüm aile üyelerinin bu durumdan en az zararla çıkmalarını amaçlayan aile tedavisi ve danışması, ailenin herhangi bir problemle karşılaşmadan önce önleyici ve geliştirici bir hizmet olarak hasta ve ailesine diyabet hastalığı ve hastalıkla beraber ortaya çıkabilecek olası problemlerle ilgili eğitim faaliyetlerinde bulunulması, ailenin var olan haklarının doğru kullanılması ile ilgili uygun yöntemler kullanılarak savunuculuk hizmetlerinin yerine getirilmesi ve tedavi gören çocuğun eğitim hayatının devamlılığının sağlanmasına yönelik çalışmalar gibi hizmetler de sunmalıdır (Koşar, 1992). Eğitimsel ve psikososyal müdahalelerin çeşitli diyabet yönetimi sonuçları üzerinde küçük ila orta düzeyde faydalı etkilerinin olduğu belirtilmiştir (Hampson, 2001).

Tıbbi sosyal hizmet uygulayıcıları olan tıbbi sosyal hizmet uzmanları, özellikle çocuk/ergenlere yönelik psikososyal destek uygulamalarında pediatrik sosyal hizmet bakış açısıyla hareket etmelidir. Ayrıca psikososyal bakımı yerine getirecek sosyal hizmet uzmanlarının birey odaklı, işbirlikçi ve hizmet ettiği toplumun kültürüne hakim olacak şekilde mesleki bilgi ve becerilere sahip olması beklenmektedir (ElSayed ve ark., 2023). Tip 1 diyabetli ergenlerle çalışan sosyal hizmet uzmanları psikososyal işlevsellik, diyabet

yönetimi ve sağlığın sosyal belirleyicilerini (ekonomik durum, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım, barınma, gıda güvenliği, yaşanılan çevrenin özellikleri, eğitim ve sosyal bağlam hakkında bilgi sahibi olabilme) diyabet tedavisi için bir arada düşünülmeli ve tedavi düzenlenirken bu üç faktörü detaylı bir şekilde incelenmelidir (Corathers ve ark., 2023). Ayrıca sosyal hizmet uzmanları ergenin aldığı tıbbi tedavinin yararını en üst seviyeye çıkarmak için ergen ve ailesi ile ilgili önemli bilgileri tedavi ekibi ile paylaşmalıdır (Çoban İçağasıoğlu, 2016; Koplewicz ve ark., 2001).

Tıbbi sosyal hizmet alanında gerçekleştirilen her türlü sosyal hizmet müdahalesi multidisipler ekip içerisinde yer alan diğer ekip üyelerine de hasta ve ailesinin yaşadığı problemler ile ilgili daha hassas hale gelmeleri noktasında katkı sunmaktadır (Barker, 1995).

Amerikan Diyabet Derneği (2023)'nin yayınladığı Diyabette Bakım Standartları'na göre sosyal hizmet uzmanlarının diyabet tedavi ekibinde uygulayabileceği mesleki müdahaleler aşağıda yer almaktadır:

- Teşhis ve tedavi sırasında diyabet yönetimini etkileyebilecek psikososyal sorunların ve aile stresörlerini belirlenmek ve gerekli görülen durumlarda pediatrik diyabet alanında deneyimli ruh sağlığı çalışanına yönlendirme yapmak,
- Diyabetli ergenlerin gelişim dönemleri göz önünde bulundurularak hazır olmaları durumunda diyabet bakım sorumluluğunun devredilmesi konusunda ebeveynlerle iş birliği yapmak,
- Diyabetli ergenin gıda güvenliği, barınma durumu, sağlık okuryazarlığı, ekonomik engeller ve sosyal destek gibi konularla ilgili tarama yapılması ve bu bilgiler ışığında tedavi kararlarını uygulamak,
- Diyabet bakımının yerine getirilmesinin önündeki engelleri belirleyebilmek için ergenler ve ebeveynlerine sosyal uyum ve okul performansı ile ilgili sorular sormak,
- Ergenlerin 12 yaşından itibaren gelişimsel olarak uygun olması halinde tedavi ekibiyle zaman geçirmelerini sağlamak,
- Ergenlik döneminden itibaren kız çocuklarına rutin diyabet bakımının yanı sıra gebelik öncesi danışmanlık hizmetinin verilmesini sağlamak,

- Diyabetli ergenlerin 10-12 yaşları arasında yeme bozukluğu açısından taranması ve gerekli görülen durumlarda nitelikli ruh sağlığı çalışanlarına yönlendirilmesinin yapılmasını sağlamak (ElSayed ve ark., 2023).

Psikososyal problemler diyabet tedavisinin iyiye gitmesinde önemli bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikososyal problemlerin, ergenlerin ve ailelerinin öz bakım faaliyetlerini, motivasyonlarını ve diyabet yönetimini ciddi şekilde bozabildiği, diyabet değerlerinin olumsuz gitmesine neden olabildiği belirtilmektedir (Delamater, 2018). Aynı zamanda yüksek insülin değerleri de psikososyal işlevselliği etkileyebildiği için tip 1 diyabetli ergenlerin diyabet ile ilgili değerlerini iyileştirmek için psikososyal sorunların ve engellerin uygun şekilde tanımlanması, teşhisi ve tedavisi gerekli görülmektedir (Nefs ve ark., 2019).

Tip 1 diyabetli ergene sahip ailelerin hastalık yüküyle başa çıkmalarını kolaylaştırmak için bireyselleştirilmiş başa çıkma stratejileri üretilmesi ve sosyal desteğin aktif olarak kazanılmasıyla bakım yükünün azaltılması hedeflenebilir. Bireyselleştirilmiş başa çıkma stratejileri arasında en önemli yeri kendi kendini güçlendirme olarak adlandırılabilecek hastalıkla ilgili yeni bilgilerin öğrenilmesinin alabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada ebeveynlerin destekleyici önlem olarak ek diyabet eğitimi talep ettikleri belirtilmiştir (Saßmann ve ark., 2022). Olumsuz psikolojik ve duygusal değişimi olumlu hale getirecek rehabilite edici yöntemlerin kullanılması, iyi bir destek kaynağı olarak tanımlanabilecek var olan ilişkilerin devamlılığının sağlaması ve özellikle tedavi ekibiyle yeni ve olumlu ilişkilerin kurulması bakım yükünün hafiflemesine yardımcı olabilecek stratejiler olarak düşünülmektedir. Ayrıca çocuğun ve ailenin ruh halini etkileyebilecek sosyal çevreden gelebilecek olumsuz müdahalelerin etkisinin azaltılması ve aile desteği, sosyal destek ve manevi destekten oluşan güçlü sosyal destek ağının kullanılmasının bakım yükünü azaltabilecek stratejiler olarak sosyal hizmet uzmanları tarafından kullanabileceği düşünülmektedir (Moghadam, Zeinaly & Alhani, 2022).

Yapılan bir araştırmaya göre tip 1 diyabetli çocuğa sahip ebeveynlerin davranışlarının çocuğun hastalığa uyum ve yaşam kalitesinin artmasında olumlu yönde etkisinin olduğu belirtilmektedir (Dempster, Liu & Nansel, 2019). Ebeveyn iletişim stillerinin ergenin tedaviye uyum ve glisemik kontrolü sağlamada ihtiyacı olan motivasyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Goethals ve ark., 2019). Bundan dolayı ebeveynlere yönelik iletişim becerileri

ve doğru tutumlarla ilgili psikoeğitim verilmesi ve aynı zamanda bu hizmeti verecek olan sosyal hizmet uzmanlarının ebeveynlere yönelik doğru ebeveynlik tutumları ile ilgili eğitimler verebilecek düzeyde bilgi sahibi olması sağlanmalıdır.

Akran desteği, tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerine psikososyal destek sağlama konusunda umut verici bir model olarak araştırmalara konu olmaktadır. Bu desteği sağlamak için sosyal hizmet uzmanları tarafından hastane içerisinde grup çalışmaları yapılabilir. Ancak grup yöntemi belirlenirken ebeveynlerin grup faaliyetlerine düzenli bir şekilde devam etmede sorun yaşayabilecekleri ihtimaline karşı grubun açık grup olarak tasarlanması ve haftalık grup konularının tüm ailelerin ilgisini çekebilecek ve bir sonraki haftaya aktarılmayacak şekilde oluşturulması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca diyabet yönetimiyle ilgili konularda deneyimli olan ebeveynleri yeni tanı almış ergenlerin ebeveynleriyle ortak paydada buluşturup akran koçluğu desteğinin alınması sağlanabilir.

Sosyal hizmet uzmanları tip 1 diyabetli ergenlerin ebeveynleri ile çalışırken ebeveynlerin ergenlere yönelik özerkliği destekleyici ve işbirlikçi bir tutum sergilemeleri gerektiğini göz önünde bulundurabilir.

Motivasyonel görüşme müracaatçıyı merkezine alan, kişinin kararsızlığını keşfedip, bu kararsızlığı çözmek için davranış değişikliğine gidecek içsel motivasyonu artırmaya yönelik yapılan bir müdahaledir (Miller & Rollnick, 2002). Motivasyonel görüşmenin sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediği birçok çalışmada kanıtlanmış olmakla birlikte sınırlı kaynaklar nedeniyle daha fazla kişiye ulaşması açısında teknoloji tarafından sağlanan mobil sağlık tabanlı uygulamaların kullanımı ulaşılan kişi sayısını artırabilmektedir. 1996 yılından itibaren teknoloji kullanılarak sunulan motivasyonel görüşme sağlayan uygulamaların niteliğini ve yararını araştıran bir çalışma yapılmış ve teknoloji kullanılarak sunulan motivasyonel görüşme uygulamalarının sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık yönetimi davranışlarını iyileştirebileceğini gösterdiği belirtilmiştir (Pedamallu ve ark., 2022). Aynı zamanda ailelerde diyabet bakımına yönelik iletişimi artırmak ve çatışmayı azaltmak amacıyla yapılacak müdahalelerin daha fazla kişiye ulaşması için web tabanlı tasarlanmasının sağlanabileceği belirtilmiştir (Thompson, Cullen, Redondo & Anderson, 2016). Bu araştırmalardan hareketle sosyal hizmet uzmanlarının diyabet bakımında ailelere yönelik yapacağı müdahaleleri daha fazla kişiye ulaştırmak için web tabanlı olarak tasarlamasının yapacağı müdahalenin etkisini arttırabileceği düşünülmektedir.

Tip 1 diyabetli gençlere yönelik psikososyal müdahalelerin erişimini, ölçeklenebilirliğini ve etkisini en üst düzeye çıkarmak için kısalığın kritik olduğu belirtilmiştir (Barry-Menkhaus, Wagner & Riley, 2020). Sosyal hizmet uzmanları tarafından tip 1 diyabetli ergenlere yönelik planlanacak olan müdahalelerin kısa süreli müdahale olarak tasarlanması müdahalenin etkisini artıracağından göz önünde bulundurulmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanları diyabetli ergenlerin diyabet bakımlarında kendi sorumluluklarını almaya başlayacak olması ve diyabetle yaşamanın getirmiş olduğu diğer sorunlarla karşılaşma ihtimaline karşı endişeleri artan ergenleri ve ebeveynlerini desteklemeli ve iletişim için ortak bir platform sağlamalıdır (Castensoe-Seidenfaden ve ark., 2018). Ayrıca ebeveyn ve arkadaşları da içeren; bilgi, deneyim ve beceri kazanacakları eğitim seansları düzenlemelidir (Strand & Broström, 2018).

Diyabet tedavi ekibinde yer alan sosyal hizmet uzmanları hastaların diyabetle ilgili tutumlarını, hastaların tedavi ve sonuçları ile ilgili beklentilerini, genel ve diyabetle ilgili ruh halini, sahip olduğu stres düzeyini, yaşam kalitesini, sosyoekonomik kaynaklarını belirleyebilmek için belirli aralıklarla tarama protokolleri uygulayabilmelidir (ElSayed ve ark., 2023). Ayrıca diyabetli hastalarda görülebilecek depresyon, intihar eğilimi, anksiyete, yeme bozukluğu gibi psikolojik semptomların varlığını tespit etmesi durumunda hastanın semptomlarının değerlendirilmesi için hastayı ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirmelidir (ElSayed ve ark., 2023).

Sosyal hizmet uzmanları diyabet bakımını etkileyen psikososyal faktörleri belirlemenin yanı sıra akran desteği, mentorluk, kamplar ve konferanslar gibi hastane dışında ulaşılabilecek toplum kaynaklarına bağlanabilecekleri çalışmalar düzenlemelidir (Corathers & DeSalvo, 2020).

Sosyal desteği güçlendirmeyi, diyabet yönetimini iyileştirmeyi ve algılanan stresi azaltmayı amaçlayan müdahaleler, ebeveynlerin öz yeterliliklerini artırmaya odaklanarak psikolojik semptomlarını hafifletilmesinde etkili olabilmektedir (Bassi, 2020). Bu etki de ergenlerin hastalık kaynaklı yaşayabilecekleri olumsuzlukların önüne geçmede etkili olabilmektedir. Bundan dolayı sosyal hizmetin diyabet yönetimindeki olumlu etkisi tüm bireyselleştirilmiş diyabet tedavisinde yer almalı ve ergenlerdeki diyabetin kısa, orta ve uzun dönem etkilerini azaltması sağlanmalıdır.

1.9. Araştırmanın Problemi

Tedavisi mümkün olmayan ve ömür boyu bakıma gereksinim duyulan kronik hastalıklar dünya genelinde yayılmaya devam etmektedir. Kronik hastalıklar arasında yer alan diyabet hastalığı da her geçen gün artmakta ve her yaş grubunda insanları etkilemeyi sürdürmektedir. Kronik hastalık tanısı almış bireylerin hastalık tanısı ile birlikte olağan seyreden yaşantılarında değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu değişikliklerle birlikte hastalık tanısı almış birey sosyal, ekonomik, psikolojik ve çevresel alanlarda problemler yaşayabilmektedir.

Tip 1 diyabet hastalığı da kronik bir hastalık olup, her yaş grubunda görülebilen ve kişinin bedensel bütünlüğünü bozabilecek komplikasyonlara yol açabilecek bir hastalık olarak ön plana çıkmaktadır. Bugünkü rakamlara göre dünya üzerinde yaklaşık olarak 540 milyon diyabet hastası bulunmak olup, bu hastaların yaklaşık 2 milyonu 0-19 yaş arasında bulunan çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Bu sayısının ise yaklaşık 1,2 milyonu tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerdir. Ülkemizde ise 19 yaş ve öncesi tip 1 diyabetli çocuk ve ergen sayısının yaklaşık 26 bin olduğu tahmin edilmektedir.

Diyabet hastalığı, kandaki glikoz seviyesinin yüksek seyrettiği durumlarda ortaya çıkan, pankreas tarafından salgılanan insülin hormonunun vücutta hiç üretilemediği, az düzeyde üretildiği ya da üretilen hormonun etkili şekilde kullanılamadığı durumlarda ortaya çıkan bir hastalıktır (Type 1 diabetes, 2021). İnsülin eksikliğinin tedavi edilmemesi durumda vücuttaki birçok organ zarar görmekte, kişide organ hasarına yol açabilecek sağlık problemleri ortaya çıkabilmektedir (Diabetes complications, tarih yok). Ancak tedavi ve uygun diyabet yönetimi ile bu ciddi komplikasyonları geciktirmek veya tamamen önlemek mümkün hale gelmektedir.

Diyabet hastalığına sahip ergenlerin bedensel iyilik hallerinin devamlılığın sağlanabilmesi için tedavilerine uyum göstermeleri önem arz etmektedir. Ancak ergenlik dönemi özellikleri göz önünde bulundurulduğunda bu dönemde fiziksel, cinsel, zihinsel, duygusal ve sosyal konularda değişim ve gelişim yaşayan ergenin kaygı ve sıkıntı düzeyi artabilmektedir (Kulaksızoğlu, 2004). Bu dönemde ergende görünen gelişim ve değişimler bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar; ebeveyn tutumları, sosyoekonomik durum, beslenme, fiziksel aktivite, içinde yaşanılan coğrafi bölge ve iklim koşulları gibi etkenlerdir.

Aynı zamanda bu dönemde bilişsel gelişimi devam eden ergenlerde kendisi ve fiziksel gelişimi ile ilgili endişe, dış görünüşü ile ilgili kararsızlık, duygusal yönden dalgalanmalar, özel yaşam alanına sahip olma isteği, otoriteye karşı başkaldırı, uyku ve beslenme düzeninde farklılaşmalar ve ilköğretimden ortaöğretime geçiş gibi değişimler ergenlerin yoğun stres yaşamalarına sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra ergenlik dönemindeki bireyler riskli davranışlar alma konusunda daha cesaretli olup, otorite ile çatışmaya girebilirler. Bu dönemde aile tartışmaları artmakta, akranlarla yakın duygusal ve düşünsel paylaşımlar çoğalmaktadır (Koç, 2004). Tüm bu gelişimsel özelliklerin ışığında bedenine ve zihnine uyum sağlamaya çalışan ergen, kronik hastalık tanısı ile hastalığın getirmiş olduğu sorumluluklarla da mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Hem ergenliğin getirmiş olduğu uyum problemleri, hem de diyabet hastalığının varlığı ergenler için yaşamı zorlaştırmaktadır.

Çocukta var olan kronik bir hastalık birçok yönden çocuğu etkilediği kadar çocuğun içinde yaşadığı aileyi üyelerini de etkilemektedir (Wennick , Lundqvist, & Hallström , 2009). Tüm bu etki bir sistem olarak ailenin de değişime uğramasına sebep olabilmektedir (Akın, Yağmur & Şen, 2021). Diyabet tanısı ile birlikte aile üyeleri süreci daha sağlıklı devam ettirebilmek amacıyla hastalıkla ilgili yeni bilgi ve beceriler öğrenerek ek sorumluluklar almak zorunda kalabilirler. Ayrıca aile ekonomik ve psikososyal yönden olumsuz etkilenebilmektedir (Aycan, 2018). Kronik hastalık tanısı sonrası ebeveynlerin hastalığı kabullenme, çocuğun bakımının günlük rutin arasına katılması, çocuğun ve diğer aile üyelerinin gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanması, dönemsel yaşanan krizlerle mücadele, hastalıkla ilgili çevrenin eğitilmesi ve destek sistemi oluşturulması gibi ek sorumluluk alacakları yeni durumlar ortaya çıkabilmektedir (Canam, 1993).

Diyabetin tedavisinde sosyal, duygusal ve psikolojik birçok etkenin tedaviye etkisinin olduğu yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Diyabetli çocuğun tedaviye uyumunda ebeveyn tepkilerinin de önemli etkisinin bulunduğu savunulmuştur ((Blotcky, Raczynski, Gurwitch & Smith, 1985). Ergenin diyabet hastalığında büyük öneme sahip olan glisemik kontrolünün sağlanmasında ve hastalığın olumsuz etkilerinin azalmasında ailenin rolünün hayati öneme sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çocuklarının sağlığının yerinde oluşu her anne-babanın isteyeceği ve önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak anne babanın elinde olmayan sebeplerle çocuklarına hastalık tanısı konabilmekte ve bu hastalıklar kronik hale gelip, tüm aile sistemlerini etkisi altına almaktadır. Hastalık süreci

boyunca hem çocuk hem aile daha önce deneyimlemedikleri durumlarla karşılaşmaktadır. Ailenin var olan yapısı hastalığın gidişatına etki ederken, hastalıkla ilgili süreç de aile bireylerini etkilemektedir (Kupst, 1993).

Ergenlik dönemiyle birlikte bireyselleşmeye başlayan ergen arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirir ve anne babadan uzaklaşmaya başlar (Steinberg, 2007; Cüceloğlu, 1999). Ergen üzerindeki kontrolü azalmaya başlayan ebeveynler bu dönemin getirmiş olduğu riskli davranışları gerçekleştirme konusunda cesaretli olan çocuklarının zarar görmemesi adına çocuklarını kontrol etme ve izleme iç güdüsü ile hareket ederler. Ebeveyn izlemi çocukların nerede nasıl davrandıklarının ve kimlerle vakit geçirdiklerinin ebeveynler tarafından gözetim altında tutulması olarak tanımlanmaktadır (Dishion & Mcmahon, 1998). Yapılan çalışmalar incelendiğinde ebeveyn izleminin çocukların kendi davranışlarını kontrol altına alma konusunda olumlu etkisinin bulunduğunu göstermektedir (Stattin & Kerr, 2000). Çocuğa kronik bir hastalık tanısı konulması sonrası çocukların uzun süreli ve kesintisiz şekilde gözetim ve denetim altında tutulmaları gerekmektedir (Törüner & Büyükgönenç, 2012). Ergenliğin getirmiş olduğu fiziksel, cinsel ve psikososyal değişimlerin üstesinden gelmeye çalışan ergen, bir de üzerine kronik bir hastalık tanısı aldıktan sonra hastalıkla ilgili bakım sorumluluklarını gerçekleştirmekte zorluk yaşamaktadır (Boztepe, 2012). Bu noktada ebeveynler devreye girerek çocuğun hastalık yönetiminde ve metabolik kontrolünde ek sorumluluklar almaktadırlar. Yapılan araştırmalar incelendiğinde tip 1 diyabette ebeveyn izleminin tedaviye uyum ve metabolik kontrolü sağlamada olumlu etkisinin olduğu ifade edilmiştir (Avan, 2017; Boztepe, 2012; Ellis ve ark., 2012).

Bu bilgiler ışığında bu araştırmanın problemi tip 1 diyabetli ergenlerin tedaviye uyumunun ve metabolik kontrollerinin sağlanmasında etkili olan ebeveynlerin bu sorumluğu gerçekleştirirken diyabetin aileye etkisi ile bu etkinin ebeveyn izlenimini nasıl etkilendiğinin belirlenmesi ve tip 1 diyabetli ergen ve ailesinin yaşadığı psikososyal ve sosyoekonomik ihtiyaçlarının karşılanmasında sosyal hizmet mesleğinden nasıl faydalanabileceğinin ortaya konulmasıdır.

1.10. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın genel amacı ergenlerde bulunan tip 1 diyabet hastalığının aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıda yer alan araştırmanın soru ve hipotezleri tanımlanmıştır.

Araştırma soruları;

- Tip 1 diyabetli ergenlerin ve ailelerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Tip 1 diyabetli ergene sahip ailelerde diyabetin aileye etki düzeyi nedir?
- Tip 1 diyabetli ergenlerin diyabet bakımında ebeveyn izlem düzeyi nedir?

Hipotezler;

H1. Diyabet bakımında ebeveyn izlemi ile diyabetin aileye etkisi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2. Cinsiyete göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H3. Aile tipine göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H4. Ergenlerin diyabet pompası kullanma durumuna göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H5. Ergenlerin ebeveynlerinin çalışma durumuna göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H6. Ebeveynlerin tip 1 diyabet eğitimi alma durumlarına göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H7. Ailede diyabetli ergen dışında kronik hastalığı olan birilerinin varlığı durumuna göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

H8. Ebeveynlerin psikolojik destek alma durumlarına göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir.

1.11. Araştırmanın Önemi

Tip 1 diyabet dünya genelinde mortalitesi her geçen gün artan, her yaş grubunu etkileyen, tedavi edilmediği durumlarda organ hasarına yol açan kronik bir hastalık olarak hayatımızda var olmaya devam etmektedir. Aile üyelerinden birine diyabet tanısı konulmasından itibaren hastanın yanı sıra hastanın ailesinin de yaşamında bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Hastanın tedavi ve bakımı ile ilgili yeni bir düzene ihtiyaç duyulması, farklı masrafların meydana gelmesi ve artan sorumluluklar ailede farklı sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu sorunlardan aile üyelerinin etkilenmesinin yanı sıra hasta bireyin de etkileniyor olması, tedavi sürecinde olumsuzlukların yaşanmasına sebep olabilmektedir.

Tip 1 diyabetli ergenlerle ilgili yapılan birçok çalışmada ergenlerin hastalıkla ilgili iyilik hallerinde ailenin etkisinin hayati öneme sahip olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn izleminin hastalığın gidişatına olumlu etkisinin belirlenmesi ile birlikte ebeveyn izlemini etkileyecek olan faktörlerin belirlenmesi ebeveyn izleminin devamlılığın sağlanmasında önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sonuçtan hareketle yapılacak çalışmanın tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının pediatrik diyabet kliniklerinde bakım veren ebeveynlerin diyabet izlenimi yaparken etkilendikleri faktörlerin tespit edilip, nasıl müdahale edileceği ve önlemek amacıyla ne gibi mesleki çalışmaların yapılabileceği; ebeveynlerin ve ergenlerin diyabet sürecini yönetmedeki rollerinin, ergenin içinde bulunduğu gelişimsel dönem özellikleri dikkate alınarak yeniden düzenlenmesi ile ilgili gerekli olan bilgilerin verilmesi noktasında yapabilecekleri uygulamalara örnek teşkil edebileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda bu araştırmanın, kanıta dayalı bilgi üreterek sosyal hizmet literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.12. Araştırmanın Sayıltıları

Araştırmaya katılan tip 1 diyabetli ergene sahip ebeveynlerin sorulan soruları samimi ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevap verdikleri varsayılmaktadır.

1.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılım sağlayan ergenlerin yalnızca diyabet hastalığı tanısı almış olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Diyabet hastalığı dışında veya diyabet hastalığı ile birlikte herhangi bir kronik hastalığa ya da engele sahip ergenlerin aileleri araştırmaya dâhil edilmemiştir. Aynı zamanda araştırmanın belirli bir sürede ve sınırlı bütçe ile yapılacak olması da araştırmayı sınırlayan unsurlar arasındadır.

1.14. Tanımlar

Tip 1 Diyabet: Çocukluk çağı diyabeti olarak da anılan, 12-18 yaş arası ergenlerde ortaya çıkan metabolik kronik hastalık.

Ergen: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Kliniğinde tedavi görmekte olan, diyabet tanısını en az 6 ay önce almış olan, 12-18 yaş aralığındaki birey.

Ebeveyn İzlemi: Tip 1 diyabetli ergene sahip ebeveynlerin çocuklarının diyabet hastalığı ile ilgili takibi.

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada tip 1 diyabetli ergene sahip ailelerde diyabetin aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Bu araştırmada nicel araştırma türlerinden biri olan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli iki ve/veya daha fazla değişkenin birbirleriyle olan etkileşimlerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Değişkenler arasındaki var olan ilişkiler ya da karşılaştırmalar varyans analizi, korelasyon, çoklu regresyon ve t-testi gibi istatistiksel yöntemler yardımıyla belirlenebilmektedir (Şimşek, 2012).

2.2. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırma Ankara ili kent merkezinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı, bünyesinde çocuk endokrinoloji bölümü bulunan Ankara Bilkent Şehir Hastanesinden tedavi hizmeti alan ve en az 6 aydır diyabet tanısı konmuş ve klinikte yatış yapmış olan, 12-18 yaş arası 214 ergenin bakımından birinci derece sorumlu olan ebeveynler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu belirlemede olasılıksız belirleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kolayda örnekleme ana kütleden belirlenecek örnek kitlenin araştırmacının yargılarınca seçildiği tesadüfi olmayan örnekleme yöntemidir (Ural & Kılıç, 2011).

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan diyabetli ergen ve ailelerinin sosyodemografik özelliklerine ait verilerin alınmasını amaçlayan "Ergen ve Aile Bilgi Formu", diyabetin aileye etkisinin iş, okul, maddi durum ve iyilik hali alt parametlerini ölçen "Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği" ve "Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Ebeveyn İzlemi Ölçeği" kullanılmıştır.

2.3.1. Ergen ve aile bilgi formu

Ergen ve Aile Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. Bu formda ebeveynlerin ve diyabetli ergenin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla sorular sorulmuştur. Belirlenen sorularla hem diyabetli ergenin hem ebeveynlerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumları ile ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı, aile tipi, mesleği, gelir durumu, algılanan ekonomik durumları, sosyal güvencenin varlığı gibi konular ile ilgili bilgi toplanmıştır.

2.3.2. Diyabetin aileye etkisi ölçeği

Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği Amerika Birleşik Devletleri'nde Katz ve ark. (2015) tarafından, 5-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde tip 1 diyabet hastalığının aile yaşamına etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekle ilgili Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çetintaş ve Kostak (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek dörtlü likert tipindedir. 14 maddeden oluşan ölçek "okul", "iş", "maddi durum" ve "iyilik hali" alt parametrelerinden oluşmaktadır. "Okul" parametreleri 1, 2, 3 ve 4. maddelerden; "iş" parametreleri 5, 6 ve 7. maddelerden; "maddi durum" parametreleri 8, 9 ve 10. maddelerden ve "iyilik hali" parametreleri 11, 12, 13 ve 14. maddelerden oluşmaktadır. Orijinal çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,84 olarak bulunmuşken, Çetintaş ve Kostak (2019) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,881 olarak bulunmuştur.

Ölçek parametreleri "neredeyse hiç: sıfır puan", "bazen: bir puan", "sıklıkla: iki puan" ve "her zaman: üç puan" şeklinde puanlanmaktadır. Puanlama hesaplanırken cevap puanlarının ortalaması 100 ile çarpılıp sonuç 3'e bölünerek çıkan sonuç 0-100 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması diyabetin aileye etkisinin negatif yönde olduğunu ifade etmektedir.

2.3.3. Tip 1 diyabetli adölesanlarda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ölçeği

Ellis ve ark. (2008) tarafından geliştirilen ölçek, 2012 yılında yine Ellis ve ark. tarafından güncellenmiştir. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik, güvenirlik çalışması Türk, Karataş ve Bektaş (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli likert

tipinde olup, ölçek puanları "en az haftada bir: bir puan" ve "günde birden fazla: beş puan" şeklindedir. Ölçekten alınan toplam puana paralel olarak puan değeri arttıkça ebeveynlerin takibinin de arttığı yorumlanmaktadır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 135, en düşük puan ise 27'dir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak belirlenmişken, Türk ve ark.'nın yaptığı Türkçe geçerlilik, güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,85 olarak hesaplanmıştır.

2.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmamızın başlangıç aşamasında 2019 yılından itibaren tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de etkili olan Covid 19 salgınıyla ilgili alınan tedbirler vasıtasıyla hastanelere girişin sınırlandırılması ve tedbirlerin hafifletilmesinin beklenmesinden dolayı araştırma izni için gerekli yazışmalar gecikmeli olarak yapılmıştır. Ayrıca, Etlik Şehir Hastanesinin açılma sürecine denk gelen araştırmamız, araştırmayı yapmayı planladığımız hastanelerin yeni yapılan hastaneye taşınma sürecinden etkilendiği için izin yazılarına verilen cevap süreleri de bu sebepten veri toplama sürecini uzatmıştır.

Tüm bu süreçlerden sonra araştırmaya Bilkent ve Etlik Şehir Hastanelerinde yapmak için Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne araştırma izni talep yazısı yazılmıştır. Başvuru talebimiz hastane personeli dışında araştırmacı kabul etmeyen Etlik Şehir Hastanesi tarafından reddedilmiştir. Bilkent Şehir Hastanesi araştırma talebine yaklaşık 2 ay sonra olumlu cevap vermiş ve 2023 yılı Ocak ve Şubat ayları arasında Çocuk Endokrin Polikliniği'nde araştırmamız gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce en az 6 aydır diyabet tanısı konmuş ve klinikte yatış yapmış olan 12-18 yaş arası 214 ergenin ailelerine (anne ve/veya baba) çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılma konusunda gönüllü olup olmadıkları sorulmuştur. Bu ailelerin bazıları hastaneye tedavi ve kontrol amacıyla gelen ergenlerin aileleri olmakla birlikte, geri kalan aileler hastaneden daha önce hizmet almış olan ergenlerin yer aldığı hasta listesinden telefon yoluyla ulaşılan ailelerdir. Gönüllü olan ailelere (anne ve/veya baba) araştırmacı tarafından hazırlanan ve ailelerin sosyodemografik özelliklerine ait verilerin alınmasını amaçlayan "Ergen ve Aile Bilgi Formu", ergen bir bireyde diyabet hastalığının varlığı durumunda ailenin iş, okul, maddi durum ve iyilik hali alt

parametrelerinin nasıl etkilendiğini ortaya koymak amacıyla geliştirilen "Diyabetin Aileye Etkisi Ölçeği" ve diyabet hastalığında ebeveyn izleminin hangi oranda yapıldığını ortaya koymak amacıyla geliştirilen "Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi Ölçeği" uygulanmıştır. Hastaneye gelen hasta yakınlarına yüz yüze uygulanan ölçekler, telefonla ulaşılan hasta yakınları için araştırmacı tarafından Google Form'a aktarılmış ve anket/ölçek linki oluşturulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına araştırmacı tarafından Whatsapp uygulaması üzerinden gönderilen anket/ölçek formlarının ebeveynler tarafından doldurulması sağlanmıştır.

2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlenmesi

Bu araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS Programı ile bilgisayar ortamında yapılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine ilişkin test analizleri yapılmıştır. Ölçek sonuçlarının normallik test analizinde basıklık ve çarpıklık değerleri esas alınmıştır. Test sonuçları Tablo 2.1'de yer almaktadır. Test sonuçlarına göre, veriler normal dağılım göstermiştir. Bu nedenle parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında t-testi ve ikiden fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ve Pearson korelasyon analizleri yapılmıştır. ANOVA testleri sonucunda anlamlı ilişkinin hangi gruplar arasındaki farktan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc test analizleri yapılmıştır.

Tablo 2.1. Ölçek Toplam ve Alt Faktör Normallik

(Basıklık ve Çarpıklık Test Sonuçları)			
Değişken	**Test**	**Statistic**	**Std. Error**
Diyabetin Aileye Etkisi Toplam	Skewness	,340	,166
	Kurtosis	-,466	,331
Diyabet okul	Skewness	,898	,166
	Kurtosis	1,034	,331
Diyabet İş	Skewness	1,077	,166
	Kurtosis	,034	,331
Diyabet maddi durum	Skewness	-,186	,166
	Kurtosis	-1,089	,331
Diyabet iyilik hali	Skewness	,702	,166
	Kurtosis	-,213	,331
Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi Toplam	Skewness	-,919	,166
	Kurtosis	,530	,331

2.6. Süre ve Olanaklar

Bu araştırma, Ocak 2022 tarihinde başlayıp ve Nisan 2023 tarihinde sona erecek şekilde 15 aylık bir sürede gerçekleştirilmiştir. Yapılan araştırma ile ilgili giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3. BULGULAR VE YORUM

Araştırma verileri Ocak – Şubat 2023 tarihleri arasında 214 tip 1 diyabetli ergenlerin ebeveynleri ile Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniğinde yüz yüze ya da telefonla ulaşılarak elde edilmiştir. Diyabetin aileye etkisi ile ebeveyn izlemi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanan araştırmada elde edilen veriler üç başlıkta toplanmıştır.

1. Araştırma katılımcılarına ilişkin bulgular,
2. Diyabetin aileye etki durumu ile diyabet bakımında ebeveyn izlem durumuna ilişkin bulgular
3. Bazı değişkenler açısından diyabetin aileye etkisi ve diyabet bakımında ebeveyn izlem durumuna ilişkin bulgular

3.1. Araştırma Katılımcılarına İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde araştırma kapmasına giren 214 tip 1 diyabetli ergen ve ebeveynlerinin demografik özellikleri ile ilgili veriler yer almaktadır. Tip 1 diyabetli ergenlerin cinsiyet, okul başarısı, diyabet tanısı aldıktan sonra geçen süre, hastanede yatış sayısı, insülin pompası kullanma durumu, anketi dolduran ebeveyn, aile tipi, ikamet yeri, ekonomik durumları gibi özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1'de araştırmaya katılım sağlayan tip 1 diyabetli ergen ve ebeveynlerinin demografik değişkenlerinin dağılımları verilmiştir. Araştırmaya 214 ebeveyn katılım sağlamıştır. Araştırmaya konu olan tip 1 diyabetli ergenlerin cinsiyetlerinin %49,1'i kız (n=105) ve %50,9'u erkek (n=109) olmak üzere neredeyse eşit dağılımda oldukları görülmektedir. TÜİK (2022) verilerine baktığımızda Türkiye'nin 0-17 yaş çocuk nüfusunun cinsiyete göre dağılımı %51,3'ü erkek, %487'sinin ise kadın olduğu görülmekte olup, araştırmamızdaki cinsiyet dağılımı Türkiye genç nüfusun cinsiyete göre dağılım oranıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca tip 1 diyabetli ergenlerle yapılan çalışmalara bakıldığında araştırmaya katılanların cinsiyetleri arasında anlamlı bir dağılım olmadığı görülmektedir (Ellis ve ark., 2007; Rodríguez-Meirinhos, 2020; Rechenberg, Whittemore, Grey & Jaser, 2014).

Tablo 3.1. Demografik Değişkenlerin Dağılımı- 1

Ergenin Cinsiyeti	**n (214)**	**%**
Erkek	109	50,9
Kız	105	49,1
Okul Başarı Durumu		
Çok iyi	59	27,6
İyi	91	42,5
Orta	56	26,2
Kötü	8	3,7
Diyabet Tanısı Aldıktan Sonra Geçen Süre		
6-12 Ay arası	21	9,8
12-24 Ay arası	50	23,4
24 Ay ve üzeri	143	66,8
Hastanede Yatış Sayısı		
1 yatış	108	50,5
2 yatış	53	24,8
3 yatış	24	11,2
4 ve üzeri yatış	29	13,6
İnsülin Pompası Kullanma Durumu		
Evet	30	14,0
Hayır	184	86,0
Anketi Dolduran Kişi		
Anne	151	70,6
Baba	63	29,4
Aile Tipi		
Çekirdek aile	158	73,8
Geniş aile	34	15,9
Tek ebeveynli aile	22	10,3
İkamet Yerleri		
İl merkezi	156	72,9
İlçe merkezi	52	24,3
Köy	6	2,8
Ekonomik Durum		
Çok kötü	4	1,9
Kötü	36	16,8
Orta	142	66,4
İyi	28	13,1
Çok iyi	4	1,9

Ergenlerin ebeveynleri tarafından bildirilen okul durumları; %42,5'inin (n=91) iyi, %27,6'sının (n=59) çok iyi, %26,2'sinin (n=56) orta ve %3,7'sinin (n=8) kötü olarak algılandığı görülmektedir. Çetintaş (2019) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ergenlerin okul başarı durumu oranları %47,9 çok iyi, %38,8 iyi, %12,5 orta ve %0,8 kötü olarak bildirilmiştir. Bu çalışma ile araştırma verilerimiz sıralama açısından benzer görünse de okul başarı durumu oranları arasında farklılıklar görülmektedir.

Ergenlerin diyabet tanısı aldıktan sonra geçen sürelerine bakıldığında; %66,8'inin (n=143) 24 ay ve üzeri, %23,4'ünün (n=50) 12-24 ay ve %9,8'inin (n=21) 6-12 ay arası süreli diyabet hastası oldukları görülmektedir. Yapılan benzer bir çalışmada diyabet tanısı sonrası geçen sürelere bakıldığında; 12-24 ay arası süredir diyabet hastası olanların oranı %22,2 iken, diyabet tanısı sonrası geçen süre 24 ay ve üzeri olanların oranın %77,8 olduğu belirtilmiştir (Baştopçu, Arslan, & İlknur, 2021). Yapılan diğer çalışmalarda da araştırmaya katılan ergenlerin diyabet tanı sürelerinin ortalama 4 yıl olduğu bildirilmiştir (Avan, 2017; Melek, 2014). Yapılan çalışmalarla araştırma verilerimizin tutarlı olduğu görülmektedir.

Ergenlerin hastanede yatış sayısına bakıldığında; %50,5'inin (n=108) tek yatış, %24,8'inin (n=53) 2 yatış, %13,6'sının (n=29) 4 ve üzeri yatış, %11,2'sinin (n=24) ise 3 yatış yaptığı belirlenmiştir.

Ergenlerin %14'ünde (n=30) insülin pompası bulunurken, %86'sında (n=184) insülin pompası bulunmamaktadır. Yapılan bir çalışmada ergenlerin büyük çoğunluğunun (n=244) insülin kalemi kullanırken, çok az bir kısmı (n=21) insülin pompası kullandığı belirtilmektedir (Küçük & Akçay Didişen, 2021). Başka bir çalışmada da insülin pompası kullananların oranı %34,4 iken, kullanmayanların oranı %65,6 olduğu belirtilmiştir (Baştopçu, Arslan, & İlknur, 2021). Bir diğer çalışmada da ergenlerin insülin pompası kullanma oranı %8,7 iken, kullanmayanların oranı %91,3'tür (Türk, 2015). Yapılan çalışmalarla araştırma verilerimizin tutarlı olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin dağılımları incelendiğinde ebeveynlerin %70,6'sının (n=151) anne, %29,4'ünün (n=63) baba olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin doğrudan katılımı olmadan diyabetli ergenlerin öz bakımlarını yapması zordur. Yapılan araştırmalara göre diyabet bakımında annenin üzerindeki yükün babalara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Lange ve ark., 2004). Araştırmaya daha çok ergenin bakım sorumluluğunu üstlenmiş olan ebeveynler dahil olmuştur. Araştırmamızdaki ebeveyn dağılımı literatürle uyumlu görülmektedir (Moghadam, Zeinaly & Alhani, 2022; Cho & Kim,2021).

Katılımcıların %73,8'i (n=158) çekirdek aile, %15,9'u (n=34) geniş aile, %10,3'ü (n=22) tek ebeveynli aileye sahiptir. TÜİK (2022) aile tipi oranlarına bakıldığında %40,8 eş ve çocuklardan oluşan çekirdek aile, %13,5 geniş aile ve %10,1 tek ebeveynli aile olduğu

görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022). TÜİK (2022) verileri ile çalışmadan elde ettiğimiz veriler arasında tutarlık olduğu görülmektedir. Ayrıca Avan (2017) tarafından yapılan çalışmaya bakıldığında çekirdek (%79,5) ve geniş (15,2) aile oranları araştırma verilerimizle örtüşmekte olup, tek ebeveynli (%5,3) aile oranlarının dağılımının benzer ancak oranlarının farklı olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %72,9'u (n=156) il merkezinde, %24,3'ü (n=52) ilçede ve %2,8'i (n=6) köyde ikamet etmektedir. TÜİK verileri incelendiğinde 2022 yılı içerisinde il ve ilçelerde yaşayanların oranlarının %93,4 olduğu belirtilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023). Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde ailelerin ikamet yerlerinin araştırma verilerimizle uyumlu olduğu görülmektedir (Avan, 2017; Sevinç Akın & Şen Celasin, 2021).

Katılımcılar ailenin ekonomik durumunu %66,4'ü (n=142) orta, %16,8'i (n=36) kötü, %13,1'ı (n=28) iyi, %1,9'ı (n=4) çok iyi ve %1,9'ı (n=4) çok kötü olarak tanımlamışlardır. Altundağ (2018) tarafından yapılan araştırmada araştırmaya katılan ailelerinin %82,6'sının gelir düzeyinin gidere eşit olduğu yani algılanan ekonomik durumun orta olduğu bildirilmiş olup, araştırma verilerimizle tutarlı olduğu görülmektedir. Avan (2017) tarafından yapılan benzer çalışmada da ailelerin %65,1'in gelir düzeyinin orta, %32'sinin gelir düzeyinin kötü algılandığı bildirilmiş olup, çalışmanın araştırma verilerimizle tutarlı olduğu görülmektedir.

Tablo 3.2'de ebeveynlerin çalışma durumu, eğitim düzeyi, tip 1 diyabet ile ilgili eğitim alma durumları, psikolojik destek alma durumları ve ailede diyabetli ergen dışında kronik hastalığı olan birinin olma durumları verilmiştir.

Annelerin %19,2'sinin (n=41) çalıştığı, %80,8'inin (n=173) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. Babaların %80,8'inin (n=173) çalıştığı, %19,2'sinin (n=41) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde anne ve babaların çalışma oranlarının araştırma verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir (Altundağ, 2018).

Annelerin öğrenim durumlarına bakıldığında; %37,4'ünün (n=80) ilkokul mezunu, %23,8'inin (n=51) lise mezunu, %18,2'sinin (n=39) lisans mezunu, %16,8'inin (n=36) ortaokul mezunu ve %3,7'sinin (n=8) ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Babaların öğrenim durumlarına bakıldığında %34,1'inin (n=73) lise mezunu, %26,2'sinin

(n=56) ilkokul mezunu, %19,6'sının (n=42) lisans mezunu, %16,4'ünün (n=35) ortaokul mezunu, %3,8'inin (n=8) ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Türkiye'de yapılan benzer araştırmalar incelendiğinde anne ve babaların eğitim düzeylerinde ilkokul ve ortaokul mezun oranları araştırma verilerimizle uyumlu görülürken, lise mezunu oranlarının araştırma verilerimizden daha yüksek oranda olduğu, lisans mezunu oranlarının ise araştırma verilerimizden daha düşük oranda olduğu görülmektedir (Fırat, 2014; Avan, 2017; Küçük & Akçay Didişen, 2021).

Tablo 3.2. Demografik Değişkenlerin Dağılımı- 2

Annenin Çalışma Durumu	**n (214)**	**%**
Evet	41	19,2
Hayır	173	80,8
Anne Öğrenim Durumu		
İlkokul	80	37,4
Ortaokul	36	16,8
Lise	51	23,8
Lisans	39	18,2
Lisansüstü	8	3,7
Babanın Çalışma durumu		
Evet	173	80,8
Hayır	41	19,2
Babanın Öğrenim Durumu		
İlkokul	56	26,2
Ortaokul	35	16,4
Lise	73	34,1
Lisans	42	19,6
Lisansüstü	8	3,8
Tip 1 Diyabet Tedavisi ile İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	204	95,3
Hayır	10	4,7
Psikolojik Destek Alma Durumu		
Evet	26	12,1
Hayır	188	87,9
Ailede Çocuk Dışında Kronik Hasta Olma Durumu		
Evet	82	38,3
Hayır	132	61,7

Ailelerin %95,3'ü (n=204) diyabet eğitimi alırken, %4,7'si (n=10) herhangi bir diyabet eğitimi almamıştır. Cho ve Kim (2021) tarafından yapılan araştırmada tip 1 diyabetli ergen ebeveynlerinin diyabetle ilgili eğitim alma oranlarının (%93,7) olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızdaki ebeveynlerin diyabetle ilgili eğitim alma oranları literatürle uyumlu gözükmektedir.

Ailelerin %12,1'i (n=26) psikolojik destek alırken, %87,9'u (n=188) herhangi bir psikolojik destek almamıştır. Baştopçu (2021) tarafından yapılan bir çalışmada tip 1 diyabetli ergene sahip ailelerin bir psikolog desteği alma oranı %30, sosyal hizmet uzmanından destek alma oranı ise %65,6 olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda psikolojik destek alma oranıyla birlikte düşünüldüğünde ailelerin sosyal hizmet uzmanında destek alma oranının daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

Ailelerin %38,3'ünde (n=82) diyabetli ergen dışında kronik hastalığı olan başka bir aile üyesi bulunurken, %61,7'sinde (n=132) çocuk dışında kronik hastalığı olan herhangi birinin olmadığı bildirilmiştir. Küçük ve Akçay Didişen (2021) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %93'ünün ailesinde kronik hastalık tanısı olan birinin olduğu belirtilmiştir. Bu araştırma verileri ile yapmış olduğumuz çalışma verilerinin tutarlılık göstermediği görülmektedir.

3.2. Diyabetin Aileye Etki Durumu ile Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumuna İlişkin Bulgular

Bu başlık altında, diyabetin aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.3. Tanımlayıcı İstatistikler

	n	Min.	Max.	Mean	SS
Diyabetin Aileye Etkisi Toplam	214	0	35,00	13,88	7,78
Ebeveyn İzleme Durumu Toplam	214	27,00	135,00	102,25	21,41
Yaş	214	12,00	18,00	14,27	1,85
Çocuk sayısı	214	1	4,00	2,33	1,04
Devamsızlık gün sayısı	214	1	80,00	11,29	13,30
Anne yaş	214	28,00	55,00	40,29	6,87
Baba yaş	214	32,00	73,00	44,74	7,58

Tablo 3.3'te yer alan tanımlayıcı istatistik verilerine bakıldığında; Diyabetin aileye etkisinin minimum düzeyi 0, maksimum düzeyi 35 iken uyguladığımız anket sonucunda ergenlerde bulunan tip 1 diyabet hastalığının aileye etki ortalamasının 13,88±7,78 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça diyabetin aileye negatif etkisinin arttığı belirtilmektedir.

Diyabet bakımında ebeveyn izleminin minimum düzeyi 27, maksimum düzeyi 135 iken anket sonucunda diyabet bakımında ebeveyn izlem ortalamasının 102,25±21,41 olduğu görülmektedir.

Ölçekten alınacak en yüksek puanın 135 olduğu ve alınan puan arttıkça ebeveyn izleminin de artmış olacağı belirtilmiştir. Bu değerler dikkate alındığında diyabetin aileye etkisinin fazla olmadığı ve diyabet bakımda ebeveyn izleminin ortalamanın üzerinde olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmaya konu olan ergenlerin yaşları minimum 12, maksimum 18 iken, yaş ortalamalarının 14,27±1,85 olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı minimum 1, maksimum 4 iken, ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ortalama 2,33±1,04 olarak belirlenmiştir.

Ergenlerin diyabet hastalığı nedeniyle geçen dönem okuldaki devamsızlık gün sayılarının minimum 1, maksimum 80 olduğu, ortalamasının 11,29±13,30 olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan anne yaşları minimum 28, maksimum 55 iken, yaş ortalamasının 40,29±6,87 olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan babaların yaşı minimum 32, maksimum 73 iken, yaş ortalamasının 44,74±7,58 olduğu görülmektedir (Tablo 3.3).

Tablo 3.4. Diyabetin Aileye Etkisi ile Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumu Arasındaki Korelasyon

		1	2	3	4	5	6
1. Diyabet Aileye Etkisi toplam	r	1					
	p						
2. Diyabet okul	r	,713**	1				
	p	,000					
3. Diyabet iş	r	,739**	,341**	1			
	p	,000	,000				
4. Diyabet maddi durum	r	,759**	,337**	,396**	1		
	p	,000	,000	,000			
5. Diyabet iyilik hali	r	,772**	,488**	,462**	,496**	1	
	p	,000	,000	,000	,000		
6. Diyabet Bakımında Ebeveyn izlemi toplam	r	,205**	,077	,159*	,160*	,247**	1
	p	,003	,261	,020	,019	,000	

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Diyabetin aileye etkisi toplam puanı ile diyabetin aileye etkisi okul alt faktörü arasında %71 düzeyinde güçlü, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,713 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi toplam puanı ile diyabetin aileye etkisi iş alt faktörü arasında %73 düzeyinde güçlü, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,739 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi toplam puanı ile diyabetin aileye etkisi maddi durum alt faktörü arasında %75 düzeyinde güçlü, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,759 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi toplam puanı ile diyabetin aileye etkisi iyilik hali alt faktörü arasında %77 düzeyinde güçlü, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,772 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi toplam puanı ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında %20 düzeyinde zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,205 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi okul alt faktörü ile diyabetin aileye etkisi iş alt faktörü arasında %34 düzeyinde hafif, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,341 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi okul alt faktörü ile diyabetin aileye etkisi maddi durum alt faktörü arasında %33 düzeyinde hafif, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,337 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi okul alt faktörü ile diyabetin aileye etkisi iyilik hali alt faktörü arasında %44 düzeyinde orta, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,488 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi okul alt faktörü ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında %7 düzeyinde zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,077 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi iş alt faktörü ile diyabetin aileye etkisi maddi durum alt faktörü arasında %39 düzeyinde hafif, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,396 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi iş alt faktörü ile diyabetin aileye etkisi iyilik hali alt faktörü arasında %46 düzeyinde orta, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,462 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi iş alt faktörü ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında %15 düzeyinde zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,159 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi maddi durum alt faktörü ile diyabetin aileye etkisi iyilik hali alt faktörü arasında %49 düzeyinde orta, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,496 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi maddi durum alt faktörü ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında %16 düzeyinde zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,160 p = ,00<0,01).

Diyabetin aileye etkisi iyilik alt faktörü ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında %24 düzeyinde zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (r = ,247 p = ,00<0,01).

Tablo 3.5. Diyabetin Aileye Etkisinin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumuna İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi

	Değişken	B	Sd	Beta	t	p.
1	Sabit[a]	6,275	2,553		2,458	,015
	Ebeveyn izleme Total	,074	,024	,205	3,045	,003

a. Dependent Variable: Diyabet_Total
R= ,205 R^2= ,042 F= 9,272 P= ,003

Diyabetin aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlem durumu ile ilişkin olarak yapılan regresyon analiz sonucuna göre, diyabetin olumsuz etkisi arttıkça ebeveyn izlem düzeyi de artmakta ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Diyabetin aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasındaki R^2: 0.042 olarak belirlenmiştir.

3.3. Bazı Değişkenler Açısından Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde cinsiyet, diyabet tanı süresi, aile tipi, diyabet pompası kullanma durumu, yaşanılan yer, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu, tip 1 diyabet ile ilgili eğitim alma durumu, ailede kronik bir hastalığa sahip olan başka bir birey olma durumu, psikolojik destek alma durumu ve ailenin ekonomik durumu ile diyabetin aile etkisi ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasındaki ilişkilere ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.6. Cinsiyete Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Cinsiyet	**n**	**Mean**	**SS**	**t**	**p**
Diyabet toplam	Erkek	109	14,14	8,16	,504	,615
	Kız	105	13,60	7,39		
Diyabet okul	Erkek	109	,85	,64	-,664	,507
	Kız	105	,91	,65		
Diyabet iş	Erkek	109	,86	,97	1,181	,239
	Kız	105	,71	,88		
Diyabet maddi durum	Erkek	109	1,69	1,03	,136	,892
	Kız	105	1,67	,89		
Diyabet iyilik hali	Erkek	109	1,09	,90	1,232	,219
	Kız	105	,95	,75		
Diyabet bakımında ebeveyne izlemi toplam	Erkek	109	104,80	21,82	1,784	,76
	Kız	105	99,60	20,75		

Tip 1 diyabetli ergenlerin cinsiyetlerine göre diyabetin aileyi etkisi ölçeğinden ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > .05$).

Tip 1 diyabetli ergenlerin cinsiyetlerine göre diyabetin aileyi etkisine bakıldığında, diyabetli erkek ergenlerin bulunduğu ailelerin diyabetten daha fazla etkilendiği (14,14±8,16) görülmektedir.

Diyabetin aileye etkisi ölçeği okul alt faktörü sonuçlarına bakıldığında kız ergenler diyabetten dolayı erkek ergenlere göre okul yaşantısında daha çok (,91± ,65) etkilenmektedirler.

Diyabetin aileye etkisi ölçeği iş alt faktörü sonuçlarına bakıldığında diyabetli erkek ergenlerin bulunduğu ailelerin iş yaşamıyla ilgili daha fazla olumsuz etkilendiği (,86± ,97) görülmektedir.

Diyabetin aileye etkisi ölçeği maddi durum alt faktörü sonuçlarına bakıldığında diyabetli erkek ergenlerin bulunduğu ailelerin maddi durumlarının daha fazla etkilendiği (1,69± 1,03) görülmektedir.

Diyabetin aileye etkisi ölçeği iyilik hali alt ölçeği sonuçlarına bakıldığında erkek ergenlerin kız ergenlere göre ailenin iyilik halini negatif yönde daha fazla etkilediği (1,09± ,90) görülmektedir.

Diyabet bakımında ebeveyne izleminin cinsiyete göre etkisine bakıldığında ebeveynlerin erkek ergenlere yönelik diyabet izlemini daha fazla yaptıkları (104,80±21,82) görülmektedir.

Tablo 3.7. Diyabet Tanı Süresine Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Tanı süresi	n	Mean	SS	F	p
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	6-12 Ay arası	21	14,52	8,12	2,396	,094
	12-24 Ay arası	50	15,84	6,10		
	24 Ay ve üzeri	143	13,10	8,16		
Diyabet okul	6-12 Ay arası	21	,88	,60	,033	,967
	12-24 Ay arası	50	,90	,51		
	24 Ay ve üzeri	143	,87	,69		
Diyabet iş	6-12 Ay arası	21	,88	,60	2,365	,096
	12-24 Ay arası	50	,90	,51		
	24 Ay ve üzeri	143	,87	,69		
Diyabet maddi durum	6-12 Ay arası	21	1,76	1,01	2,603	,076
	12-24 Ay arası	50	1,94	,89		
	24 Ay ve üzeri	143	1,58	,97		
Diyabet iyilik hali	6-12 Ay arası	21	1,10	,83	,777	,461
	12-24 Ay arası	50	1,13	,75		
	24 Ay ve üzeri	143	,97	,86		
Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi toplam	6-12 Ay arası	21	104,09	22,67	,085	,918
	12-24 Ay arası	50	102,00	23,12		
	24 Ay ve üzeri	143	102,07	20,74		

Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet okul, diyabet iş, diyabet maddi durum ve diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı diyabet tanı süresi ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Diyabetin aileye etkisi ölçeği toplam ve alt faktörleri incelendiğinde diyabet tanı süresi 12-24 ay olan ergen ailelerinin diyabetten daha fazla etkilendikleri görülmektedir. Diyabetin ilk tanısından sonra geçen sürede tedaviye uyum sağlama sürecinin geçmesi ve diyabetin aileye etkisinin hissedilmesinin zaman almasından kaynaklı olarak 12-24 aylık tanı süresinin kritik bir süre olduğu düşünülmektedir.

Diyabet tanı süresinin diyabet bakımında ebeveyn izlemine etkisine baktığımızda ebeveyn izleminin 6-12 aylık sürede daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumla ilgili henüz diyabet tedavisine ve yaşam biçimine alışma sürecinde olan ergen ve ailelerinin tedavi ile ilgili belirli bir düzen kurana kadar ebeveynlerin diyabet bakımı konusunda daha fazla sorumluluk aldıkları sonucu çıkarılabilir.

Tablo 3.8. Aile Tipine Göre Diyabetin Aileye Etkisinin ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Aile Tipi	**n**	**Mean**	**SS**	**F**	**P**	**Posthoc LSD**
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	Çekirdek aile	158	13,18	7,53	2,578	,078	
	Geniş aile	34	16,23	8,41			
	Tek ebeveynli aile	22	15,27	8,04			
Diyabet okul	Çekirdek aile	158	,81	,57	**4,182**	**,017***	ÇA- GA p= 0,035 ÇA- TEA p=0.025
	Geniş aile	34	1,06	,76			
	Tek ebeveynli aile	22	1,13	,83			
Diyabet iş	Çekirdek aile	158	,73	,94	2,759	,066	
	Geniş aile	34	1,13	,96			
	Tek ebeveynli aile	22	,71	,71			
Diyabet maddi durum	Çekirdek aile	158	1,62	,96	1,286	,279	
	Geniş aile	34	1,81	,95			
	Tek ebeveynli aile	22	1,92	1,01			
Diyabet iyilik hali	Çekirdek aile	158	,97	,80	1,102	,334	
	Geniş aile	34	1,15	,97			
	Tek ebeveynli aile	22	1,18	,84			
Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi toplam	Çekirdek aile	158	102,68	21,16	2,179	,116	
	Geniş aile	34	105,67	21,84			
	Tek ebeveynli aile	22	93,86	21,44			

ÇA: Çekirdek Aile GA: Geniş Aile TEA: Tek Ebeveynli Aile
*p<0.05

Aile tipine göre diyabetin aile etkisinin diyabet okul alt faktörü anlamlı bir farlılık göstermektedir (F=4.182, p= 0.017). Bu anlamlı farklılık için yapılan post hoc LSD testinin sonuçlarına göre, çekirdek aile ile geniş aile arasında ve çekirdek aile ile tek ebeveynli aile arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır (p<0.05). Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet iş, diyabet maddi durum, diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tek ebeveyne sahip ailede yaşayan diyabetli ergenlerin diyabet hastalığının okul durumuna etkisi çekirdek aile ve geniş ailede yaşayan ergenlerin okul durumlarına etkisinden daha fazla çıkmıştır. Tek ebeveynli aileyi geniş aile takip etmiştir. Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerde aile yapısının tip 1 diyabet tedavisi ve diyabet sonuçları ile ilişkisini analiz eden çalışmaya göre her iki ebeveyni ile yaşayan ergenlerle karşılaştırıldığında, bir

ebeveyni ile yaşayan ergenlerin daha kötü metabolik kontrole sahip olduğu, kendi kan şekeri ölçümünü daha az sıklıkla uyguladıkları, okul ve iş ile ilgili olumsuz etkileri daha fazla deneyimledikleri belirtilmiştir (Baechle ve ark., 2020). Başka bir araştırmada da tek ebeveynli olma durumunun kötü metabolik kontrolle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Frey, Templin, Ellis, Gutai & Podolski, 2007).

Tek ebeveynli ailelerde öz benlik ve öz saygıyı geliştirecek aile desteğinin az olması, aile dinamiklerinin değişmesiyle rol ve sorumluluklarda yaşanan değişim, diyabet tedavisine daha az talebin olması ve diyabet yönetiminde çok fazla zaman ve organizasyon gerek duyulması tek ebeveynli aileler gibi halihazırda sınırlı kaynaklara sahip aileler için özel bir zorluk oluşturabileceği düşünülmektedir.

Tablo 2. Diyabet Pompası Kullanma Durumunu Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Pompa Kullanma durumu	**n**	**Mean**	**SS**	**t**	**p**
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	Evet	30	15,96	7,93	1,587	,114
	Hayır	184	13,54	7,72		
Diyabet okul	Evet	30	,94	,63	,523	,601
	Hayır	184	,87	,64		
Diyabet iş	Evet	30	1,03	1,06	1,512	,132
	Hayır	184	,75	,91		
Diyabet maddi durum	Evet	30	1,86	1,05	1,107	,269
	Hayır	184	1,65	,95		
Diyabet iyilik hali	Evet	30	1,25	,90	1,634	,104
	Hayır	184	,98	,82		
Diyabet Bakımında Ebeveyn izlemi toplam	Evet	30	98,26	25,06	-1,101	,272
	Hayır	184	102,90	20,76		

Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet okul, diyabet iş, diyabet maddi durum ve diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı ergenlerin insülin pompası kullanma durumu ile anlamlı bir farklılık göstermemekle birlikte diyabetin aileye etkisi ölçeği iyilik hali alt faktörünün daha fazla etkilendiği görülmektedir.

Yapay pankreas olarak adlandırılan insülin pompası deri altından insülin infüzyonu yoluyla hastalarda insülin iletimini sağlayan bir araç olarak diyabet tedavisinde kullanılmaktadır. İnsülin pompası diyabetli hasta ve ailelerinin yaşam kalitesinin artmasında etkili bir cihazdır (Müller-Godeffroy, 2009). Aynı zamanda hastaların iyi glisemik kontrol elde etmesine ve sürdürmesine yardımcı olmaktadır (Dos Santos, 2021).

Ailenin kaygı ve endişelerinin azalmasını sağlayan ve sürekli kan şekeri ölçmek için parmak delmeye gerek duyulmadan deri altına takılan cihazın kan şekerini ölçüp vücudun ihtiyacı kadar insülin vermesi ailedeki diyabet bakımı sorumluluğunda da ailenin iyilik haline etkileyecek bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamıza konu olan ergenlerin %86'sının insülin pompası kullanmadığı tablo 2'de görülmektedir. İnsülin pompası kullanımının az olmasının diyabetin aileye etkisi ölçeği iyilik hali alt faktörünü bu yönüyle etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

İnsülin pompası kullanımı önündeki engelleri araştıran çalışmalara bakıldığında düşük gelir düzeyinin etkisinin olduğu görülmektedir (Lin, 2013). Çalışmamızda da literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Tablo 3.1'de araştırmaya katılan ergenlerin %14'ü insülin pompası kullandığı görülmektedir. Katılımcıların algıladıkları ekonomik düzeye baktığımızda da iyi ve çok iyi yanıtı verenlerin oranı %15'dir. İnsülin pompası kullanım oranı ile iyi ve çok iyi ekonomik düzey oranları birbiriyle örtüşmektedir.

Tablo 3.10. Yaşanılan Yere Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Yerleşim yeri	**n**	**Mean**	**SS**	**F**	**p**
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	Kent	156	13,79	7,65	,153	,859
	Kasaba	52	14,28	8,20		
	Köy	6	12,66	8,71		
Diyabet okul	Kent	156	,85	,59	,792	,454
	Kasaba	52	,98	,76		
	Köy	6	,79	,84		
Diyabet iş	Kent	156	,80	,96	,206	,814
	Kasaba	52	,78	,86		
	Köy	6	,55	,88		
Diyabet maddi durum	Kent	156	1,65	,97	,303	,739
	Kasaba	52	1,76	,99		
	Köy	6	1,77	,68		
Diyabet iyilik hali	Kent	156	1,05	,84	,423	,656
	Kasaba	52	,94	,82		
	Köy	6	,88	,93		
Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi toplam	Kent	156	102,64	21,71	,481	,619
	Kasaba	52	100,36	21,66		
	Köy	6	108,50	7,09		

Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet okul, diyabet iş, diyabet maddi durum ve diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı yaşanılan yer durumu ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Yapılan bir araştırmada il merkezinde yaşayan ergenler ile kasaba ve köyde yaşayan ergenlerin yaşam kalitesi puanları arasında önemli farklılıklar bulunmuştur (Fırat, 2014). Yaptığımız çalışma verilerine göre ise yaşanılan yerin diyabetin aileye etkisinde ve diyabet bakımında ebeveyn izlem düzeyi açısından etkilemediği görülmektedir.

Tablo 3.11. Annenin Çalışma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	**n**	**Mean**	**SS**	**t**	**p**
Diyabet Aileye Etkisi toplam	Evet	41	12,75	6,28	-1,031	,304
	Hayır	173	14,15	8,09		
Diyabet okul	Evet	41	,84	,53	-,405	,686
	Hayır	173	,89	,67		
Diyabet iş	Evet	41	,39	,49	-3,071	**,002***
	Hayır	173	,88	,99		
Diyabet maddi durum	Evet	41	1,56	,90	-,855	,394
	Hayır	173	1,71	,98		
Diyabet iyilik hali	Evet	41	1,20	,80	1,504	,134
	Hayır	173	,98	,84		
Diyabet Bakımında Ebeveyn izlemi toplam	Evet	41	101,68	20,55	-,190	,849
	Hayır	173	102,39	21,67		

*p<0.01

Ailede annenin çalışma durumu ile diyabetin aileye etkisinde diyabet iş alt faktörü anlamlı bir farklılık göstermektedir (p= 0.002). Çalışmayan annelerde diyabetin olumsuz etkisinin çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmamıza katılan annelerin büyük bir kısmının (n=173) herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. Annelerin tip 1 diyabetli çocuklarına diyabet bakımı yapmak için sorumluluk aldıkları ve bundan dolayı herhangi bir işte çalışamadıkları ve iş fırsatlarından faydalanamadıkları sonucu çıkarılabilmektedir. Yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıkmış olup, diyabet nedeniyle işten ayrılmak zorunda kalan ya da çalışmayanların oranı %18 olarak belirtilmiştir (Anderson ve ark., 2017).

Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet okul, diyabet maddi durumu ve diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı annenin çalışma durumu ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.12. Babanın Çalışma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	**n**	**Mean**	**SS**	**t**	**p**
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	Evet	173	13,61	7,49	-1,022	,308
	Hayır	41	15,00	8,91		
Diyabet okul	Evet	173	,86	,58	-1,006	,316
	Hayır	41	,97	,85		
Diyabet iş	Evet	173	,78	,92	-,388	,698
	Hayır	41	,84	,99		
Diyabet maddi durum	Evet	173	1,63	,97	-1,421	,157
	Hayır	41	1,87	,92		
Diyabet iyilik hali	Evet	173	1,02	,83	-,116	,908
	Hayır	41	1,03	,85		
Diyabet Bakımında Ebeveyn izlemi toplam	Evet	173	102,63	21,70	,523	,602
	Hayır	41	100,68	20,32		

Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet okul, diyabet iş, diyabet maddi durum ve diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı babanın çalışma durumu ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.13. Tip 1 Diyabet Tedavisi ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Eğitim Alma Durumu	**n**	**Mean**	**SS**	**t**	**p**
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	Evet	204	14,01	7,76	1,159	,248
	Hayır	10	11,10	8,11		
Diyabet okul	Evet	204	,88	,63	-,203	,839
	Hayır	10	,92	,83		
Diyabet iş	Evet	204	,79	,92	,096	,924
	Hayır	10	,76	1,13		
Diyabet maddi durum	Evet	204	1,71	,95	1,744	,083
	Hayır	10	1,16	1,12		
Diyabet iyilik hali	Evet	204	1,05	,84	2,046	**,042***
	Hayır	10	,50	,47		
Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi toplam	Evet	204	102,87	20,96	1,911	,057
	Hayır	10	89,70	27,57		

*p<0.05

Diyabetin aileye etkisi iyilik hali alt faktörü ile diyabet ile ilgili eğitim alma durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır (p= ,042). Diyabet eğitimi alan ebeveynlerin diyabet tedavisi ile ilgili daha hassas davrandıkları ve bu hassasiyetin iyilik halini kapsayan eş ilişkisi, uyku süre ve kalitesi, boş zaman aktivitesi ve tatil tercihlerini negatif yönde etkilediği düşünülmektedir. Ancak diyabet eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında diyabet eğitiminin aile ilişkilerinin gelişmesinde; karşılıklı anlayış, diyabet yönetimine yönelik motivasyon, aile katılımı ve diyabete uyumun artmasında ve yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli katkısının olduğu belirtilmiştir (Murphy, Wadham, Rayman & Skinner, 2007; Pinsker, Nguyen, Young, Fredericks & Chan, 2011; Mulvaney, Rothman, Wallston, Lybarger & Dietrich, 2010; Berndt ve ark., 2014). Araştırmamızdan elde edilen veriler literatürle benzerlik göstermemektedir.

Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet okul, diyabet iş, diyabet maddi durum alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı diyabet ile ilgili eğitim alma durumu ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.14. Ailede Çocuk Dışında Kronik Hastalık Olma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Kronik Hastalık	**n**	**Mean**	**SS**	**t**	**p**
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	Evet	82	15,53	8,29	2,478	**,014***
	Hayır	132	12,85	7,29		
Diyabet okul	Evet	82	,99	,739	2,024	**,044***
	Hayır	132	,81	,57		
Diyabet iş	Evet	82	,94	,94	1,893	,060
	Hayır	132	,69	,92		
Diyabet maddi durum	Evet	82	1,82	,97	1,722	,086
	Hayır	132	1,59	,95		
Diyabet iyilik hali	Evet	82	1,13	,87	1,537	,126
	Hayır	132	,95	,81		
Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi toplam	Evet	82	100,40	22,12	-,998	,319
	Hayır	132	103,40	20,96		

*p<0.05

Ailede çocuk dışında kronik hastalığı olan birey veya bireylerin olma durumu diyabetin aileye etkisi (p= 0.014) ve diyabet okul alt faktöründe anlamlı bir farklılık göstermektedir (p= 0.044). Çocuk dışında kronik hastalığı olan ailelerde diyabetin olumsuz etkisinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Kronik hastalık tanısı almış birey ve ailesi için yaşamlarının birçok alanında değişim yaşamaları söz konusu olabilmektedir. Hastalık tanısı sonrası sosyal yaşantılarında değişime gitmeleri gerekliliği ile yüzleşen hasta birey ve ailesi değişen düzenlerinden kaynaklanan sosyal problemlerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Hasta bireyin eğitim, sosyal ve kültürel faaliyetlerden geri çekilmesi söz konusu olabildiği gibi aile üyeleri de tedavi ve bakımın getirmiş olduğu ek sorumluluklar karşısında sosyal yaşantılarından, aile ve arkadaş çevrelerinden uzak kalabilmektedir. Böylece aile üyelerinin sosyal çevresiyle olan bağı azalmakta ve iletişim sonlanabilmektedir. Bunun sonucu olarak aile üyelerinin sosyal destek ağları zarar görebilmekte ve aile üyeleri yalnızlaşarak yeni problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (Aykara & Akçay, 2010). Ailede birden fazla kronik hastalığı olan kişilerin olması durumunun ailenin hastalıktan negatif etkilenme düzeyini artıracağı beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Diyabet iş, diyabet maddi durumu ve diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı ailede çocuk dışında kronik hastalığı bulunma durumu ile ilgili anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.15. Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Psikolojik Destek Alma	**n**	**Mean**	**SS**	**t**	**p**
Diyabetin Aileye Etkisi toplam	Evet	26	16,50	9,30	1,839	,067
	Hayır	188	13,52	7,50		
Diyabet okul	Evet	26	1,30	,80	3,667	**,000***
	Hayır	188	,82	,60		
Diyabet iş	Evet	26	,85	,99	,374	,708
	Hayır	188	,78	,93		
Diyabet maddi durum	Evet	26	1,75	1,08	,399	,691
	Hayır	188	1,67	,95		
Diyabet iyilik hali	Evet	26	1,26	,98	1,572	,117
	Hayır	188	,99	,81		
Diyabet Bakımında Ebeveyn izlemi toplam	Evet	26	105,19	25,46	,745	,457
	Hayır	188	101,85	20,84		

*p<0.01

Psikolojik destek alma durumu diyabetin aileye etkisi ölçeğinin diyabet okul alt faktörüyle anlamlı bir farklılık göstermektedir (p= 0.000). Psikolojik destek alanlarda diyabetin okul alt faktöründeki olumsuz etkisi daha yüksek çıkmıştır. Psikolojik desteğe ihtiyacı olan ailelerin bu destekten tam anlamıyla faydalanamadıkları ve var olan problemin çözülememesinin diyabetli çocuğun okul başarısı ve devamsızlığına etki ettiği söylenebilir.

Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet iş, diyabet maddi durumu ve diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi toplam puanı psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 3.16. Ailenin Ekonomik Durumuna Göre Diyabetin Aileye Etkisi ve Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlem Durumunun Karşılaştırılması

	Ekonomik Durum	**n**	**Mean**	**SS**	**F**	**p**	**Posthoc Tukey**
Diyabet Aileye Etkisi toplam	Çok kötü	4	18,25	13,59	8,435	,000**	- Kötü-Orta: p= 0,00 - Orta-iyi: p=0.001 - Kötü-İyi: p= 0.29
	Kötü	36	19,08	7,38			
	Orta	142	13,51	7,39			
	İyi	28	9,07	5,31			
	Çok iyi	4	9,50	7,72			
Diyabet okul	Çok kötü	4	1,31	1,32	3,438	,010*	- Kötü-iyi: p= 0.40
	Kötü	36	1,13	,71			
	Orta	142	,83	,61			
	İyi	28	,68	,41			
	Çok iyi	4	1,37	,77			
Diyabet iş	Çok kötü	4	1,08	1,10	7,602	,000**	- Kötü-Orta: p= 0,05 - Kötü-iyi: p=0.00 - Orta-İyi: p= 0.013
	Kötü	36	1,36	1,07			
	Orta	142	,77	,90			
	İyi	28	,19	,37			
	Çok iyi	4	,16	,19			
Diyabet maddi durum	Çok kötü	4	2,33	,76	9,060	,000**	- Kötü-Orta: p= 0,03 - Kötü-iyi: p=0.000 - Kötü- Çok İyi: p=0.07 - Orta-İyi: p=0,015
	Kötü	36	2,28	,69			
	Orta	142	1,66	,94			
	İyi	28	1,07	,91			
	Çok iyi	4	,66	,942			
Diyabet iyilik hali	Çok kötü	4	1,16	1,45	2,153	,075	
	Kötü	36	1,31	,83			
	Orta	142	1,00	,83			
	İyi	28	,82	,69			
	Çok iyi	4	,41	,50			
Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi toplam	Çok kötü	4	112,50	6,65	1,400	,235	
	Kötü	36	107,69	14,95			
	Orta	142	99,91	22,30			
	İyi	28	105,21	24,00			
	Çok iyi	4	105,50	22,29			

*p<0.05
**p<0.01

Ailenin ekonomik durumu diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet iş, diyabet maddi durum alt faktörleri anlamlı bir farlılık göstermektedir ($p<0.05$). Bu anlamlı farklılık için yapılan post hoc Tukey testinin sonuçlarına göre, diyabetin aileye etkisi ölçeği toplam puanında kötü ile orta ekonomik durum ($p=0.00$) arasında anlamlı bir farklılık, orta ile iyi ekonomik durum ($p= 0.001$) arasında anlamlı bir farklılık ve kötü ile iyi ekonomik durum ($p=0.29$) arasında anlamlı bir farklılık ($p<0.05$);

Diyabetin aileye etkisi ölçeği okul alt faktörüne baktığımızda kötü ile iyi ekonomik durum ($p=0.40$) arasında anlamlı bir farklılık ($p<0.05$);

Diyabetin aileye etkisi ölçeği iş alt faktörüne baktığımızda kötü ile orta ekonomik durum ($p=0.05$) arasında anlamlı bir farklılık, kötü ile iyi ekonomik durum ($p=0.00$) arasında anlamlı bir farklılık ve orta ile iyi ekonomik durum ($p=0.013$) arasında anlamlı bir farklılık ($p<0.05$);

Diyabetin aileye etkisi ölçeği maddi durum alt faktörüne baktığımızda kötü ile orta ekonomik durum ($p=0.03$) arasında anlamlı bir farklılık, kötü ile iyi ekonomik durum ($p= 0.00$) arasında anlamlı bir farklılık, kötü ile çok iyi ekonomik durum ($p=0.07$) arasında anlamlı bir farklılık ve orta ile iyi ekonomik durum ($p=0.015$) arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir.

Diyabet iyilik hali alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi ailenin ekonomik durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Sonuçlar

Bu araştırma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde 12-18 yaş arası tip 1 diyabetli ergenlerin ebeveynleri ile yüz yüze ve telefonla görüşülerek ve nicel araştırma yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiş olup ergenlerde bulunan tip 1 diyabet hastalığının aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasındaki ilişkiyi sosyal hizmet bakış açısıyla incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerin yarısından fazlası erkek ergenlerden oluşmaktadır. Ergenlerin okul başarı durumlarıyla ilgili verilere bakıldığında %70,1'inin okullarında iyi ve çok iyi başarı durumuna sahip olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan ergenlerin %66,8'i iki yıldan fazladır diyabet hastalığı ile yaşamakta olup, yarısı hastanede bir kez yatış yapmıştır. Araştırmaya katılan ergenlerin yarısının tedaviye uyumlu olduğunu ve hastanede yatışı gerektirecek ciddi bir komplikasyon yaşamadığı sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmaya katılanların %70,6'sı annelerden oluşmakla birlikte sahip olunan aile tiplerini en çok %73,8 ile çekirdek aileler oluşturmaktadır. Bu ailelerin çoğu (%72,9'u) il merkezinde yaşamaktadır. Ailelerin çoğunun (%85) ekonomik durumlarının orta ve yukarısı olduğu bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin %80,8'i çalışmamakta olup, %37'si ilkokul mezunudur. Babaların ise %80,8'i çalışmakta ve %34,1'i lise mezunudur. Ailelerin çoğu tip 1 diyabet tedavisi almış durumdadır ve ailelerin %38,3'ünde kronik hastalığı olan başka bir aile üyesi bulunmaktadır.

Yaptığımız çalışmayla birlikte diyabetli ergene sahip ailelerin diyabetten 0-35 puan arasında 13,88 etkilendiği belirlenmiştir. Tip 1 diyabetli ergenlerin diyabet bakımında ebeveyn izlem düzeyi ise 27-135 puan arasında 102,25 ortalamaya sahiptir.

Aile tipi ile diyabetin aileye etkisi okul alt faktörü arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Tek ebeveynli ailelerde yaşayan ergenlerin diyabet değerlerinin okula devam

etme ve derslerde başarılı olma gibi durumları etkilediği görülmektedir. Diyabet tedavisinde ebeveyn izleminin önemli bir etken olduğu düşünüldüğünde tek ebeveynli ergenlerin yeterli ebeveyn desteğinden mahrum kaldıkları düşünülmektedir.

Annenin çalışma durumu ile diyabetin aileye etkisi iş alt faktörü arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Çalışmayan annelerde diyabetin olumsuz etkisinin çalışanlardan daha fazla hissettikleri görülmektedir.

Ailede çocuk dışında kronik hastalığı olan birey veya bireylerin olma durumu diyabetin aileye etkisini negatif yönde artırmaktadır. Yine diyabetin aileye etkisi okul alt faktöründe de anlamlı bir farklılık görülmüş olup, bunun sebebinin ailede ikinci bir kronik hastalıklı kişinin olmasının ailedeki bakım yükünü artırması ve tip 1 diyabet hastası ergenin okul ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmede tek ebeveyn tarafından yeteri kadar ilgi ve destek gösterilmediği sonucuyla açıklanabilir.

Ailenin ekonomik durumunun diyabetin aileye etkisini negatif yönde anlamlı derecede artırdığı belirlenmiştir. Bu etki iyilik hali alt faktörü dışındaki tüm alt faktörlerde de hissedilmiştir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında maddi durumu kötüye gittikçe diyabetin olumsuz etkisinin de arttığı belirlenmiştir.

Tip 1 diyabetli ergen ailelerinin sosyodemografik özellikleri ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Diyabetin aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasında %20 düzeyinde zayıf, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani diyabetin aileye negatif etkisi arttıkça diyabet bakımında ebeveyn izlem düzeyi de artma eğilimindedir. Diyabet hastalığının etkilerinden negatif yönde etkilenen aileler bu etkiyi hafifletmek için daha fazla ebeveyn izlemi yaparak ergenin diyabet değerlerini istenen düzeye getirmeyi ve böylece diyabetin aileye etkisini hafifletmeyi amaçlamış olabilir.

Hipotez Sonuçları

H1. Diyabet bakımında ebeveyn izlemi ile diyabetin aileye etkisi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yapılan analiz sonucunda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin

aileye etkisi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu nedenle bu hipotez kabul edilmiştir.

H2. Cinsiyete göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$). Bu nedenle bu hipotez reddedilmiştir.

H3. Aile tipine göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda diyabetin aileye etkisinin diyabet okul alt faktörü aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Diyabetin aileye etkisi diğer alt faktörleri ve diyabet bakımında aile izlemi aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$).

H4. Ergenlerin diyabet pompası kullanma durumuna göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi ergenlerin diyabet pompası kullanma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$). Bu nedenle bu hipotez reddedilmiştir.

H5. Ergenlerin ebeveynlerinin çalışma durumuna göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda annenin çalışma durumuna göre diyabet iş alt faktörü anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Diyabetin aileye etkisi diğer alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi babanın çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$).

H6. Ebeveynlerin tip 1 diyabet tedavisi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda diyabetin aileye etkisi iyilik hali alt faktörü ile diyabet ile ilgili eğitim alma durumu anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Diyabetin aileye etkisi diğer alt faktörleri ve diyabet bakımında ebeveyn izlemi diyabet ile ilgili eğitim alma durumu ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H7. Ailede diyabetli ergen dışında kronik hastalığı olan birilerinin varlığı durumuna göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ailede çocuk dışında kronik hastalığı olan birey veya bireylerin olma durumunun diyabetin aileye etkisinde toplam ve diyabet okul alt faktörü anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Diyabet iş, diyabet maddi durumu ve diyabet iyilik alt faktörleri ve ebeveynin izleme toplam puanı ailede çocuk dışında kronik hastalığı bulunma durumu ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H8. Psikolojik destek alma durumlarına göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi anlamlı bir farklılık göstermektedir. Psikolojik destek alma durumunun diyabetin aileye etkisinde diyabet okul alt faktörü anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Psikolojik destek alanlarda diyabetin okul alt faktöründeki olumsuz etkisi daha yüksek çıkmıştır. Diyabetin aileye etkisi toplam, diyabet iş, diyabet maddi durumu, diyabet iyilik alt faktörleri ve ebeveynin izleme toplam puanı psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p >0.05$).

4.2. Öneriler

- Çalışmaya katılan tip 1 diyabetli ergenlerin ebeveynlerinden psikolojik destek alanlarda diyabetin aileye etkisi okul alt faktöründeki olumsuz etki daha yüksek çıkmıştır. Kronik hastalığı olan ergenlerin okula devam problemleri yaşaması, ders başarısının olumsuz etkilenmesi ve hastalık kaynaklı kendilerini diğer çocuklardan farklı görmelerinin altında psikolojik destekten yeterli düzeyde faydalanamayan ailelerin ergeni destekleme konusunda yetersiz kalmaları etkili olabileceğinden; ebeveynleri tarafından yeterli desteklenemeyen ergenlerin daha çok vakit geçirdiği okul ortamında okul sosyal hizmetinin devreye girmesi ve psikososyal yönden desteklenmeleri gerektiği düşünülmektedir. Aynı zamanda ailelere yönelik verilecek olan psikolojik desteğin tekrar gözden geçirilmesi ve verilecek hizmetlerin belli bir standartta verilmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Ailede çocuk dışında kronik hastalığı olan birey veya bireylerin olma durumunun diyabetin aileye etkisi toplam ve diyabetin aileye etkisi okul alt faktörü anlamlı bir farklılık göstermektedir. Ergenlerin diyabet bakımında ebeveynlerin bakım yükü artmış haldeyken ailede başka bir kronik hastalığı olan bireyin olması ebeveynlerdeki bakım yükünü daha da fazlalaştırmaktadır. Bu durum hem ergenin

okul durumuna etki etmekte hem de ailenin maddi durum, iyilik hali ve iş durumlarına yansımaktadır. Bununla ilgili olarak evde birden fazla kronik hastalığı bulunan hastası olan ailelere yönelik bakım yardımının arttırılması, gerekli durumlarda bakıcı desteği verilebilecek yasal zeminin oluşturulması ve bu ailelere yönelik psikososyal desteğin artırılması gerektiği düşünülmektedir.

- Diyabetin aileye etkisi iyilik hali alt faktörü ile ebeveynlerin diyabet ile ilgili eğitim alma durumu anlamlı bir farklılık göstermiştir. Diyabet eğitimi ile diyabet bakımında yapılması gerekenlerle ilgili bilgisi artan ebeveynlerin bu sorumluluğu daha dikkatli şekilde yerine getirmelerinden kaynaklı olarak uyku süre/kalitesinde azalma ve tatil/boş zaman etkinlik tercihlerinin farklılaşması söz konusu olup, bununla ilgili sosyal hizmet uzmanlarının aileye yönelik danışmanlık hizmetlerini artırarak aile içindeki sorumluluk paylaşımlarının gözden geçirilmesi ve boş zaman aktivitesi planlaması konunda ailelerin desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Annenin çalışma durumuna göre diyabetin aileye etkisi iş alt faktörü anlamlı bir farklılık göstermiş olup, ergenin diyabetinden dolayı anneler herhangi bir işte çalışma konusunda geri planda kalıp, iş fırsatlarından yararlanamamaktadırlar. Bu noktada tip 1 diyabetli ergenlerin bakım vericilerinin herhangi bir işte çalışma fırsatından geri kalmalarından dolayı, onlara bakım ücreti bağlanması için politika geliştirilmesi noktasında sosyal hizmet uzmanlarının aktif rol alması gerektiği düşünülmektedir.
- Aile tipine göre diyabetin aileye etkisinin diyabet okul alt faktörü anlamlı bir farklılık göstermiştir. Özellikle tek ebeveynli ailelerde yaşayan ergenlerin okula devam etme ve okul başarısından negatif etkilendiği görülmekte olup, tek ebeveynli ailesi tarafından yeterli destek göremeyen ergenlere yönelik okul sosyal hizmetinin etkinleştirilmesi, bunun yanı sıra tıbbi sosyal hizmet uzmanları tarafından diyabetli ergene sahip ailelerin herhangi bir aile çatışması yaşama durumlarını önleyici tedbir olarak aile danışmanlığı verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.
- Yaptığımız çalışmaya göre diyabet bakımında ebeveyn izlemi ve diyabetin aileye etkisi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre aile diyabetten negatif düzeyde etkilendikçe diyabet bakımında ebeveyn izlem düzeyinin de o miktarda arttığı görülmektedir. Ergenlerin diyabet sorumluluğunu gelişim dönemlerine uygun olarak üstlenmeleri diyabet değerlerinin istenen düzeyde olmasını sağlayacağından hem diyabetin aileye negatif etkisinin azalacağı hem de diyabet

bakımında ebeveyn izlem düzeyinin azalacağı düşünülmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının tip 1 diyabetli ergenlerle ve aileleriyle çalışırken gelişim dönem özellikleri, doğru ebeveyn tutumları, diyabet bakımının gereklilikleri ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları ve yeni yapılan araştırmalarla bilgilerini tazelemeleri gerektiği düşünülmektedir.

Ayrıca sosyal hizmet uzmanları;

- Ergen ve ailesi ile çalışırken genelci sosyal hizmet bakış açısıyla kişiyi çevresi içinde değerlendirmeli ve belirlenen probleme uygun müdahale planı geliştirmelidir.
- Diyabetli ergen ve aileleri ile çalışırken diyabet bakımına engel teşkil edebilecek psikososyal ve sosyoekonomik problemleri göz önünde bulundurmalıdır.
- Diyabetli ergen ve ailesi ile ilgili detaylı bilgi toplayabilmek için ölçek ve soru kağıdı gibi veri toplama araçlarından faydalanabilecek bilgi birikimine sahip olmalıdır.
- Ergenlik döneminde ergenin akran ilişkilerinin aileden daha önemli olduğu bilgisiyle ergenlerin akran ilişkilerinin detaylı irdelenebileceği yöntemlerin kullanılmasına özen göstermelidir.
- Diyabetle ilgili yaşanabilecek olumsuz durumlarla ilgili ergen ve ailesinin kaygı düzeylerinin ölçülüp gerekli desteğin sağlanmasına özen gösterilmelidir.
- Diyabetli ergenin rutin kontrollerini aksatmaması konusunda aile ile iş birliği yapmalı ve ergenin bu konuda desteklemelidir.
- Düzenli egzersiz yapma konusunda ebeveyn ve ergenle ortak planlama yapmalı, gerekirse tüm aileyi harekete geçirecek fiziksel aktivite organizasyonları geliştirerek ergen ve ailesinin hareketli yaşama özendirilmesini sağlamalıdır.
- Ergenlerin beslenmesinde kültürel özelliklerin etkisinin olduğunu göz önünde bulundurmalı ve evde yapılabilecek yemeklerle ilgili diyetisyen desteği alması konusunda aileleri yönlendirmelidir.
- Akran desteğinin önemi göz önünde bulundurularak hem ergenlerin hem ebeveynlerin akran desteğinden faydalanabilmesi için grup çalışmaları planlamalıdır.
- Diyabet tedavi ekibi içerisinde yer alan diğer meslek elemanlarının diyabetin psikososyal etkileri konusunda bilgilendirilmesi amacıyla eğitimler planlamalıdır.

- Diyabetli ergen ve ebeveynlerin diyabetle ilgili destek gruplarından faydalanmaları için diyabet odaklı dernek ve vakıflarla irtibat kurulmasını sağlamalıdır.
- Diyabetli kişilerin sosyal hayatta desteklenmeleri ve fark edilmeleri için toplumsal algıyı iyileştirebilecek kampanyalar düzenlemelidir.
- Ergen ve ebeveynlere yönelik diyabet bakımı ile ilgili motivasyon artırıcı etkinliklerin düzenlenmesi için organizasyon çalışmaları yapmalıdır.
- Hastanede ergenlerin diyabet takibi yapılırken diyabet değerlerinin yüksek ölçülmesi durumunda çocuğun tedavi ile ilgili ebeveynleri tarafından ihmal edilip edilmediğinin araştırılması amacıyla durumun tıbbi sosyal hizmet birimlerine bildirilmesini sağlamalıdır.
- Aile grubu, eş grubu, ergen grubu gibi alt gruplar oluşturularak, diyabet takibinde psikososyal açıdan destek sağlamayı amaçlayan, gelişim dönemleri ile ilgili bilgilendirici, iletişim ve problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik grup çalışmaları ve psikoeğitimler verilmesini sağlamalıdır.
- Hemşire ve doktorların tip 1 diyabet hastası ergenlerin fiziksel sağlıklarına yönelik yaptıkları diyabet eğitimlerine, ergenlerin ve ailelerin psikososyal sağlıklarına yönelik planlanan ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılacak olan eğitimlerin eklenmesini sağlamalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanının kaynak bulucu rolünü etkin bir şekilde kullanarak diyabet tedavisi ile ilgili gerekli olan tıbbi malzemelere ulaşma konusunda sıkıntı yaşayan ailelere yönelik diyabet ile ilgili derneklerle işbirliği yaparak organizasyonlar düzenlemeli ve gönüllülerle ihtiyaç sahiplerinin bir araya getirilmesini sağlamalıdır.
- Hastanelerde verilen hizmet içi eğitimlere sosyal hizmet uzmanlarının kronik hastalıklarla nasıl çalışabileceğine yönelik eğitimlerin eklenmesini sağlanmalıdır.
- Diyabetli ergen ve ailelerine yönelik fiziksel aktiviteleri özendirecek sosyal etkinliklerin geliştirilmesini sağlamalıdır.
- Sosyal hizmet değerlendirilmesi sonrası ihmal şüphesi ile sağlık tedbiri alınan ergenlere yönelik ekonomik olarak spora ve kültürel faaliyetlere ulaşamayan ergenler için Gençlik ve Spor Bakanlığı ile protokol yapılarak ergenlerin ihtiyaçlarının giderilmesini sağlamalıdır.

KAYNAKLAR

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.

Çetintaş, İ. (2019). *Diyabetin aileye etkisi ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi)*. Edirne: Trakya Üniversitesi.

Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 6-12.

Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1 (1)*, 57-72.

Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon - liyezon psikiyatrisi* . İstanbul: Roche Yayınları.

Akın, S., Yağmur, H., & Şen, C. (2021). Tip 1 diyabetli çocuğun sağlıklı kardeşi olmak. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi; 6 (3)*, 179-183.

Akbarizadeh, M., Naderi Far, M., & Ghalijaei, F. (2022). Prevalence of depression and anxiety among children with type 1 and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *World Journal Of Pediatrics : WJP, 18(1)*, 16-26.

Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Canlı Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi, 38 (1)*, 57-65.

Alassaf, A., Odeh, R., Gharaibeh, L., Ibrahim, S., & Ajlouni, K. (2019). Impact of socioeconomic characteristics on metabolic control in children with type 1 diabetes in a developing country. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 11(4)*, 358-365.

Altundağ, S. (2018). Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 137-144.

Anderson, B. J., & Coyne, J. C. (1991). *Advances in child health psychology*. Gainesville, FL, USA: Gainesville, FL: University of Florida Press.

Anderson, B. J., Brackett, J., Ho, J., & Laffel, L. M. (1999). An office-based intervention to maintain parent-adolescent teamwork in diabetes management. Impact on parent involvement, family conflict, and subsequent glycemic control. *Diabetes Care, 22(5)*, 713–721.

Anderson, B. J., Laffel, L. M., Domenger, C., Danne, T., Phillip, M., Mazza, C., Mathieu, C. (2017). Factors associated with diabetes-specific health-related quality of life in youth with type 1 diabetes: The global TEENs study. *Diabetes Care, 40(8)*, 1002-1009.

Anderson, B. J., Vangsness, L., Connell, A., Butler, D., Goebel-Fabbri, A., & Laffel, L. M. (2002). Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine : A Journal Of The British Diabetic Association, 19(8)*, 635–642.

Avan, H. (2017). *Diyabet bakımında ebeveyn izleminin adölesanlarda tedaviye uyum ve metabolik parametrelere etkisi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi)*. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

Aycan, Z. (2018). Ulusal çocuk diyabet grubu çocukluk çağı diyabet tanı ve tedavi rehberi. Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği.

Aykara, A., & Akçay, S. (2010). Kronik hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşmelerinde sosyal hizmet uygulamaları. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 1*, 51-66.

Baştopçu, Ö., Arslan, S., & İlknur, A. (2021). Tip 1 diyabetli adölesanların yaşam kalitesi ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişki. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences 7(2)*, 56-78.

Baechle, C., Stahl-Pehe, A., Castillo, K., Selinski, S., Holl, R. W., & Rosenbauer, J. (2020). Association of family structure with type 1 diabetes management and outcomes in adolescents: A population-based cross-sectional survey. *Pediatric Diabetes, 22(3)*, 482-494.

Bakan, G., Azak, A., & Özdemir, Ü. (2017). Diyabet ve sosyo-kültürel yaklaşım. *Kesit Akademi Dergisi (The Journal of Kesit Academy), 3(12)*, 180-195.

Barker, R. L. (1995). *Social work dictionary, (3rd Edition).* USA: NASW Press.

Barry-Menkhaus, S. A., Wagner, D. V., & Riley, A. R. (2020). Small ınterventions for big change: Brief strategies for distress and self-management amongst youth with type 1 diabetes. *Current diabetes reports, 20(1)*, 3.

Bassi, G. M. (2020). Parental stress, anxiety and depression symptoms associated with self-efficacy in paediatric type 1 diabetes: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(1)*, 152.

Berndt, R. D., Takenga, C., Preik, P., & al, e. (2014). Impact of information technology on the therapy of type-1 diabetes: A case study of children and adolescents in Germany. *J Pers Med, 4(2)*, 200-217.

Blotcky, A. D., Raczynski, J. M., Gurwitch, R., & Smith, K. (1985). Family influences on hopelessness among children early in the cancer experience. *Pediatr Psychol, 10*, 479-493.

Boling, W. (2005). The health of chronically ill children: lessons learned from assessing family caregiver quality of life. *Family Community Health, 28 (2)*, 176-183.

Boztepe, H. (2012). Tip 1 diyabetin yönetiminde riskli bir dönem: Ergenlik. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 82-89.

Butwicka, A., Fendler, W., Zalepa, A., Szadkowska, A., Zawodniak-Szalapska, M., Gmitrowicz, A., & Mlynarski, W. (2016). Psychiatric disorders and health-related quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics, 57(2),* 185–193.

Butwicka, A., Frisen, L., Almqvist, C., Zethelius, B., & Lichtenstein, P. (2015). Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based cohort study. *Diabetes Care, 38(3),* 453–459.

Canam, C. (1993). Common adaptive tasks facing parents of children with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing, 18,* 46-53.

Castensoe-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen, S., & Husted, G. R. (2016). Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling. *Journal of Clinical Nursing, 26 (19-20),* 3018-3030.

Chatterjee, S., Bakhla, A. K., Biswas, P., Singha, S., Dubey, S., Sharma, C. B., & Chowdhury, S. (2020). Psychosocial morbidity among children with type-1 diabetes mellitus. *Journal Of Family Medicine And Primary Care, 9(2),* 652–656.

Cho, M. K., & Kim, M. Y. (2021). Relationship between diabetes family conflicts or problem recognition in illness self-management and quality of life of adolescents with T1DM and their parents. *Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(20),* 107-110.

Cleveland, M. (1980). Family adaptation to traumatic spinal cord injury: Response to crisis. *Family Relations, 29(4),* 558-565.

Cloutıer, R., & Onur, B. (2019). Ergenlik psikolojisinde kuramlar. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences, 27 (2),* 875-904.

Corathers, S. D., & DeSalvo, D. J. (2020). Therapeutic inertia in pediatric diabetes: Challenges to and strategies for overcoming acceptance of the status quo. *Diabetes Spectrum : A Publication Of The American Diabetes Association, 33(1),* 22–30.

Corathers, S. D., Mara, C. A., Chundi, P. K., & Kichler, J. C. (2017). Psychosocial patient-reported outcomes in pediatric and adolescent diabetes: a Review and case example. *Current Diabetes Reports, 17(7),* 45.

Corathers, S., Williford, D. N., Kichler, J., Smith, L., Ospelt, E., Rompicherla, S., Ebekozien, O. (2023). Implementation of psychosocial screening into diabetes clinics: Experience from the type 1 diabetes exchange quality improvement network. *Current Diabetes Reports, 23(2),* 19-28.

Crandell, J. L., Sandelowski, M., Leeman, J., Havill, N. L., & Knafl, K. (2018). Parenting behaviors and the well-being of children with a chronic physical condition. *Families, Systems & Health : The Journal Of Collaborative Family Healthcare, 36(1),* 45-61.

Croake, J., & Myers, K. (1984). Holistic medicine and chronic illness in children. *Individual Psychology, 40(4),* 462.

Davis, C. L., Delamater, A. M., Shaw, K. H., La Greca, A. M., Eidson, M. S., PerezRodriguez, J. E., & Nemery, R. (2001). Parenting styles, regimen adherence, and glycemic control in 4-to 10-year-old children with diabetes. *Journal Of Pediatric Psychology, 26(2),* 123-129.

Delamater, A. M. (2018). ISPAD clinical practice consensus guidelines 2018: Psychological care of children and adolesans with type 1 diyabet. *Pediatric Diabetes, 19(27),* 237–249.

Dempster, K. W., Liu, A., & Nansel, T. R. (2019). Depression and parenting in youth with type 1 diabetes: Are general and diabetes-specific parenting behaviors associated with depressive symptoms over a 2-year period? *Journal Of Behavioral Medicine, 42(5),* 842–850.

Diabetes complications. (tarih yok). The International Diabetes Federation: https://www.idf.org/aboutdiabetes/complications.html adresinden alındı

Diabetes complications. (2022). The International Diabetes Federation: https://www.idf.org/aboutdiabetes/complications.html adresinden alındı

Dishion, T. J., & Mcmahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clin Child Fam Psychol Rev 1,* 61-75.

Dos Santos, T. J. (2021). Diabetes technologies for children and adolescents with type 1 diabetes are highly dependent on coverage and reimbursement: Results from a worldwide survey. *BMJ Open Diabetes Research & Care, 9(2),* e002537.

Duyan, V. (1996). *Tıbbi sosyal hizmet.* Ankara: 72 TDFO Yayınları.

Eccleston, C., Fisher, E., Law, E., Bartlett, J., & Palermo, T. M. (2015). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews, 4(4).*

Eiser, C. (1999). psychological effects of chronic disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31 (1),* 85-98.

Ellis, D. A., Idalski Carcone, A., Ondersma, S. J., Naar-King, S., Dekelbab, B., & Moltz, K. (2017). Brief computer-delivered intervention to increase parental monitoring in families of African American adolescents with type 1 diabetes: A randomized controlled trial. *Telemedicine Journal And E-Health : The Official Journal Of The American Telemedicine Association, 23(6),* 493–502.

Ellis, D. A., Podolski, C. L., Frey, M., Naar-King, S., Wang, B., & Moltz, K. (2007). The role of parental monitoring in adolescent health outcomes: Impact on regimen adherence in youth with type 1 diabetes. *Journal Of Pediatric Psychology, 32(8),* 907–917.

Ellis, D. A., Yopp, J., Templin, T., & et al. (2007). Family mediators and modera- tors of treatment outcomes among youths with poorly controlled type 1 diabetes: Results from a randomized controlled trial. *J Pediatr Psychol, 32(2),* 194-205.

ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D. (2023). 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care, 46 (1)*, 68–96.

Erdem , E., Korkmaz , Z., Tosun , Ö., Avcı , Ö., Uslu , N., & Bayat, M. (2013). Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin bakım yükü. *Sağlık Bilimleri Dergisi 22(2)* , 150-157.

Fırat, E. (2014). *13-16 Yaş tip 1 diyabetli çocukların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin araştırılması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi).* Ankara: Hacettepe Üniversite.

Frey, M. A., Templin, T., Ellis, D., Gutai, J., & Podolski, C. L. (2007). Predicting metabolic control in the first 5 yr after diagnosis for youths with type 1 diabetes: the role of ethnicity and family structure. *Pediatric Diabetes, 8*, 220-227.

Friedrich, E., Jawad, A. F., & Miller, V. A. (2016). Correlates of problem resolution during parent-child discussions about chronic illness management. *Children's Health Care : Journal Of The Association For The Care Of Children's Health, 45(3)*, 323–341.

Gökler, I. (2008). *Sistem yaklaşımı ve sosyal-ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması (Yayınlanmamış doktora tezi).* Ankara: Ankara Üniversitesi.

Gampelaere, C. V., Luyckx, K., Straaten, S. V., Laridaen, J., Goethals, E. R., Casteels, K., University, U. (2020). Families with pediatric type 1 diabetes: A comparison with the general population on child well-being, parental distress, and parenting behavior. *Pediatric Diabetes, 21*(2), 395-408.

Gee, B., Nansel, T., & Liu, A. (2017). Reduction of hypoglycaemic events with a behavioural intervention: a randomized clinical trial for paediatric patients with Type 1 diabetes mellitus. *Diabet Med, 34(3)*, 340-347.

Geffken, G. R., Lehmkuhl, H., Walker, K. N., Storch, E. A., Heidgerken, E. A., Lewin, A. D., & Will, A. (2008). Family functioning processes and diabetic ketoacidosis in youths with type I diabetes. *Rehabilitation Psychology, 53(2)*, 231–237.

Goethals, E. R., Jaser, S. S., Verhaak, C., Prikken, S., Casteels, K., Luyckx, K., & Delamater, A. M. (2020). Communication matters: The role of autonomy-supportive communication by health care providers and parents in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Research And Clinical Practice, 163*, 108-153.

Goethals, E. R., Soenens, B., de Wit, M., Vansteenkiste, M., Laffel, L. M., Casteels, K., & & Luyckx, K. (2019). "Let's talk about it" The role of parental communication in adolescents' motivation to adhere to treatment recommendations for type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes, 20(7)*, 1025–1034.

Golics, C. J., Basra, M. K., Salek, M. S., & Finlay, A. Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: An experience from 26 specialties . *International Journal of General Medicine, 6*, 787-798.

Gregory, J. W., Cameron, F. J., Joshi, K., Eiswirth, M., Garrett, C., Garvey, K., Codner, E. (2022). ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: Diabetes in adolescence. *Pediatric Diabetes, 23(7),* 857–871.

Gross , A. M., Magalnick , L. J., & Richardson , P. (1985). Self-management training with families of insulin-dependent diabetic children: a controlled long-term investigation. *Child Fam Behav Ther, 7(1),* 35-50.

Hampson, S. E. (2001). Effects of educational and psychosocial interventions for adolescents with diabetes mellitus: A systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England), 5(10),* 1-79.

Hannon, T. S., Moore, C. M., Cheng, E. R., Lynch, D. O., Yazel-Smith, L. G., Claxton, G. E., Wiehe, S. E. (2018). Codesigned shared decision-making diabetes management plan tool for adolescents with type 1 diabetes mellitus and their parents: Prototype development and pilot test. *Journal Of Participatory Medicine, 10(2),* 8.

Hershey, J. A., Morone, J., Lipman, T. H., & Hawkes, C. P. (2021). Social determinants of health, goals and outcomes in high-risk children with type 1 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes, 45(5),* 444-450.

Hickling, A., Dingle, G. A., Barrett, H. L., & Cobham, V. E. (2021). Systematic review: diabetes family conflict in young people with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 46(9),* 1091-1109.

Hilliard, M. E., Eshtehardi, S. S., Minard, C. G., Wheat, S., Gunn, S., Sanders, C., Anderson, B. J. (2019). Featured article: Strengths-based, clinic-integrated nonrandomized pilot intervention to promote type 1 diabetes adherence and well-being. *Journal of Pediatric Psychology, 44(1),* 5-15.

Holtz, B., Mitchell, K. M., Holmstrom, A. J., Cotten, S. R., Dunneback, J. K., Jimenez-Vega, J., Wood, M. A. (2021). An mhealth-based intervention for adolescents with type 1 diabetes and their parents: pilot feasibility and efficacy singl. *JMIR mHealth and uHealth, 9(9).*

Jaser, S. S., Whittemore, R., Choi, L., Nwosu, S., & Russell, W. E. (2019). Randomized trial of a positive psychology Intervention for adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 44(5),* 620–629.

Küçük, S., & Akçay Didişen, N. (2021). Tip 1 diyabetli 12-18 yaş arasında olan çocukların kan şekeri ölçüm becerilerinin incelenmesi. *Sted 30(5),* 325-334.

Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian J Endocrinol Metab. 22(5),* 696-704.

Karges, B., Schwandt, A., Heistmann, B., & et al. (2017). Association of insulin pump therapy vs insulin injection therapy with severe hypoglycemia, ketoacidosis, and glycemic control among children, adolescents, and young adults with type 1 diabetes. *JAMA, 318(14),* 1358–1366.

Katz, M. L., Volkening, L. K., Butler, D. A., Anderson, B. J., & Laffel, L. M. (2014). Family-based psychoeducation and Care Ambassador intervention to improve glycemic

control in youth with type 1 diabetes: a randomized trial. *Pediatric Diabetes, 15(2),* 142–150.

Koşar, N. G. (1992). *Sosyal hizmetlerde aile ve çocuk refahı alanı (2. baskı).* Ankara: MN Ofset Yayıncılık.

Koç, M. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 231-256.

Kobos, E. &. (2015). Factors affecting the level of burden of caregivers of children with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research : ANR, 28(2),* 142–149.

Kovacks, M., Iyengar, S., Goldston, D., Obrosky, D. S., Stewart, J., & Marsh, J. (1990). Psychological functioning among mothers of children with insulin-dependent diabetes mellitus: a longitudinal study. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 58(2),* 189–195.

Kristianingrum, N. D., Ramadhani, D. A., Hayati, Y. S., & Setyoadi, S. (2021). Correlation between the burden of family caregivers and health status of people with diabetes mellitus. *Journal Of Public Health Research, 10(2)*, 22-27.

Kulaksızoğlu, A. (2004). *Ergenlik psikolojisi (6.baskı).* İstanbul: Remzi Kitabevi.

Kupst, M. J. (1993). Family coping. Supportive and obstructive factors. *Cancer, 71(10),* 3337-3341.

La Banca, R. O., Volkening, L. K., & Laffel, L. M. (2022). Acquisition of self-care responsibility in youth with type 1 diabetes: Opportunities for improving tailored diabetes education and support programs. *Diabetes Spectrum : A Publication Of The American Diabetes Association, 35(3),* 351–357.

Laffel , L., Vangsness , L., Connell, A., Goebel-Fabbri , A., Butler, D., & Anderson , B. (2003). İmpact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr, 142(4),* 409-416.

Lange, K., Danne, T., Kordonouri, O., Berndt, V., Müller, B., Schwarz, H. P., & al, e. (2004). Diabetes in childhood: Everyday burden and professional consequences for parents. *Dtsch Med Wochenschr, 129*, 1130–1134.

Lansing, A. H., Crochiere, R., Cueto, C., Wiebe, D. J., & Berg, C. A. (2017). Mother, father, and adolescent self-control and adherence in adolescents with Type 1 diabetes. *Journal Of Family Psychology: JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 31(4),* 495–503.

Lin, M. H. (2013). Race, socioeconomic status, and treatment center are associated with insulin pump therapy in youth in the first year following diagnosis of type 1 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics, 15(11),* 929–934.

Liu, S., Leone, M., Ludvşgsson, J., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B., Svensson, A., Butwicka, A. (2022). Association and familial coaggregation of childhood-onset type 1 diabetes with depression, anxiety, and stress-related disorders: a Population-based cohort study. *Diabetes Care, 45(9),* 1987-1993.

Lohan, A., Morawska, A., & Mitchell, A. (2015). A systematic review of parenting interventions for parents of children with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development, 41(6)*, 803-817.

Loomba, L. L. (2022). Parental marital relationship satisfaction is associated with glycemic outcomes in children with type 1 diabetes. *J Diabetes Metab Disord 21,* , 1479–1489.

Lu, Q., Li, Y., Cai, Z., Cui, S., & Shi, Y. (2020). Home-based health management needs of children with type 1 diabetes mellitus in China: an information platform-based qualitative study. *Transl Pediatr, 9(4)*, 532–540.

Müller-Godeffroy, E. T. (2009). Investigation of quality of life and family burden issues during insulin pump therapy in children with type 1 diabetes mellitus--a large-scale multicentre pilot study. *Diabetic Medicine : A Journal of the British Diabetic Association, 26(5)*, 493–501.

Madrigal , M. A., López, M., Sánch, A., Cao, M. J., Castro, M. J., & Jimé, J. M. (2020). Type 1 diabetes mellitus in pediatric patients and ıts ımpact on relationships in the family environment. *Diabetes, Metabolic Syndrome And Obesity: Targets And Therapy, 13*, 4973—4980.

Mann, C. C., Golden, J. H., Cronk, J. K., Hogan, T., & Washington, K. T. (2016). Social workers as behavioral health consultants in the primary care clinic. *Health & Social Work, 41(3)*, 196-200.

McBroom, L. A., & Enriquez, M. (2009). Review of family-centered interventions to enhance the health outcomes of children with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator, 35(3)*, 428-438.

Melek, S. (2014). *Ebeveyn tutumlarının tip 1 diyabetes mellitus'lu ergenlerin yaşam kalitesine etkisi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi).* Kayseri: Erciyes Üniversitesi.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational ınterviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: NY: The Guilford Press.

Mitchell, A. E., Morawska, A., & Mihelic, M. (2020). A systematic review of parenting interventions for child chronic health conditions. *Journal Of Child Health Care : For Professionals Working With Children İn The Hospital And Community*, *24(4)*, 603–628.

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)*, 129.

Mulvaney, S. A., Rothman, R. L., Wallston, K. A., Lybarger, C., & Dietrich, M. S. (2010). An internet-based program to improve selfmanagement in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care, 33(3)*, 602-604.

Murphy, H. R., Wadham, C., Rayman, G., & Skinner, T. C. (2007). Approaches to integrating paediatric diabetes care and structured education: experiences from the families, adolescents, and children's teamwork study (FACTS). *Diabet Med., 24(11)*, 1261-1268.

Nefs, G., Nguyen, L., Winterdijk, P., Hartman, E., Sas, T., Nuboer, R., Pouwer, F. (2019). Study protocol of diabetes LEAP: A longitudinal study examining emotional problems in adolescents with type 1 diabetes and their parents/caregivers. *BMC Pediatrics, 19(1),* 377.

Nguyen, L. A., Pouwer, F., Lodder, P., Hartman, E., Winterdijk, P., Aanstoot, H. J., & Nefs, G. (2022). Depression and anxiety in adolescents with type 1 diabetes and their parents. *Pediatric research, 91(1),* 188–196.

Nicholas , D. B., Fellner, K. D., Frank, M., Small, M., Hetherington, R., Slater, L., & Daneman, D. (2012). Evaluation of an online education and support intervention for adolescents with diabetes. *Social Work in Health Care, 51 (9),* 815-827.

Nolte, E., Knai, C., & Saltman, R. B. (2014). *Assessing chronic disease management in european health systems: concepts and approaches.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Pedamallu, H., Ehrhardt, M. J., Maki, J., Carceno, A. I., Hudson, M. M., & Waters, E. A. (2022). Technology-delivered adaptations of motivational ınterviewing for the prevention and management of chronic diseases: Scoping review. J*ournal of Medical Internet Research, 24(8),* e35283.

Pinsker, J. E., Nguyen, C., Young, S., Fredericks, G. J., & Chan, D. (2011). A pilot project for improving paediatric diabetes outcomes using a website: the pediatric diabetes education portal. *J Telemed Telecare, 17(5),* 226-230.

Pollak, Y., Poni, B., Gershy, N., & Aran, A. (2020). The role of parental monitoring in mediating the link between adolescent ADHD symptoms and risk-taking behavior. J*ournal of Attention Disorders, 24(8),* 1141-1147.

Rechenberg, K., Whittemore, R., Grey, M., & Jaser, S. (2014). Contribution of income to self-management and health outcomes in pediatric type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes, 17(2),* 120-126.

Rodríguez-Meirinhos, A. V.-S. (2020). When is parental monitoring effective? A person-centered analysis of the role of autonomy-supportive and psychologically controlling parenting in referred and non-referred adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 49(1),* 352–368.

Santrock, J. W. (2020). *Ergenlik (14. Baskı). (Ç. M. Siyez, Çev. Ed.).* Ankara: Nobel Yayıncılık. (Orjinal çalışma basım tarihi 2012).

Sartor, c. E., Ye, F., Patricia, S., Zhai, Z. W., Hipwell, A. E., & Chung, T. (2020). Youth perceptions of parental ınvolvement and monitoring, discrepancies with parental perceptions, and their associations with first cigarette use in black and white girls. *Journal of Studies On Alcohol And Drugs, 81(2),* 180–189.

Saßmann , H., Kim-Dorner, S. J., Berndt, V., Biester, T., Dehn-Hindenberg, A., Heidtmann, B., Lange, K. (2022). Understanding daily, emotional, and physical burdens and needs of parents caring for children with type 1 diabetes. *Journal Of Diabetes Research.*

Saßmann, H., de Hair, M., & Danne, T. (2012). Reducing stress and supporting positive relations in families of young children with type 1 diabetes: A randomized controlled study for evaluating the effects of the DELFIN parenting program. *BMC Pediatr, 12*, 152.

Satin, W., La Greca, A. M., Zigo, M. A., & Skyler, J. S. (1989). Diabetes in adoles- cence: effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. *J Pediatr Psychol, 14(2)*, 259-275.

Sevinç Akın, H. Y., & Şen Celasin, N. (2021). Tip 1 diyabetli kardeşi olan sağlıklı çocukların davranışlarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 291-301.

Shorer, M., David, R., Schoenberg-Taz , M., Levavi-Lavi, I., Phillip, M., & Meyerovitch, J. (2011). Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care, 34(8)*, 1735-1737.

Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development, 71 (4)*, 1072-1085.

Strand, M., & Broström, A. A. (2018). Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33(20)*.

Sundberg, F. B.-B.-M. (2017). ISPAD Guidelines. Managing diabetes in preschool children. *Pediatr Diabetes,18 (7)*, 499-517.

Swift P. Zeist, T. N. (2000). *Consensus guidelines for the management of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents.* ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) .

Şimşek, A. (2012). Araştırma modelleri. A. Şimşek içinde, *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri* (s. 80-106). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı.* Ankara.

Törüner, E. K., & Büyükgönenç, L. (2012). *Kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan çocuk.* Ankara: Göktuğ Yayıncılık.

Türe, E., Yazar, A., Akın, F., & Aydın, A. (2018). Kronik hasta çocuklara bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi 8(3)*, 46-53.

Türk, Ç. (2015). Tip 1 diyabetli adölesanlarda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Şanlıurfa: Harran Üniversitesi.

Türk, Ç., Karataş, H., & Bektaş, M. (2016). Tip 1 diyabetli adölesanlarda diyabet bakımında ebeveyn izlemi ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *J Pediat Res*(3), 35-40.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2022, Mayıs 12). Haber Bülteni: İstatistiklerle Aile, 2021.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023, Şubat 6). Haber bülteni: Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları.

Taraban, L., Wasserman, R., Cao, V. T., Eshtehardi, S. S., Anderson, B. J., Thompson, D., Hilliard, M. E. (2022). Diabetes-related worries and coping among youth and young adults with type 1 diabetes. *Journal Of Pediatric Psychology, 47(10),* 1145–1155.

Thomas, D. M., Lipsky, L. M., Liu, A., & Nansel, T. (2018). Income relates to adherence in youth with type 1 diabetes through parenting constructs. *Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics : JDBP, 39(6),* 508–515.

Thompson, D., Callender, C., Gonynor, C., Cullen, K., Redondo, M. J., Butler, A., & Anderson, B. J. (2019). Using relational agents to promote family communication around type 1 diabetes self- management in the diabetes family teamwork online Intervention: Longitudinal pilot study. *Journal Of Medical Internet Research, 21(9),* 15318.

Thompson, D., Cullen, K. W., Redondo, M. J., & Anderson, B. (2016). Use of relational agents to improve family communication in type 1 diabetes: Methods. *JMIR Research Protocols, 5(3),* 151.

Tip 1 diyabet. (2020, 03 20). International Diabetes Federation: www.idf.org adresinden alındı.

Tuncay, T. (2018). Tıbbi sosyal hizmetin tarihçesi ve temel roller. M. Oral içinde, *Tıbbi sosyal hizmet* (s. 4-26). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.

Type 1 diabetes. (2020, 03 20). The International Diabetes Federation: https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html adresinden alındı.

Type 1 diabetes. (2021). The International Diabetes Federation: https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html adresinden alındı.

Ural, A., & Kılıç, İ. (2011). *Bilimsel araştırma süreci ve spss ile veri analizi.* Ankara: Detay Yayıncılık.

Vesco, A. T., Anderson, B. J., Laffel, L. M., Dolan, L. M., Ingerski, L. M., & Hood, K. K. (2010). Responsibility sharing between adolescents with type 1 diabetes and their caregivers: importance of adolescent perceptions on diabetes management and control. J*ournal of Pediatric Psychology, 35(10),* 1168–1177.

Vesco, A. T., Howard, K. R., Anderson, L. M., Papadakis, J. L., Hood, K. K., & Weissberg-Benchell, J. (2021). Examining indirect effects of anxiety on glycated hemoglobin via automatic negative thinking and diabetes-specific distress in adolescents with type 1 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes, 45(5),* 473–480.

Vesco, A. T., Jedraszko, A. M., Garza, K. P., & Weissberg-Benchell, J. (2018). Continuous glucose monitoring associated with less diabetes-specific emotional distress and lower A1c among adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology, 12(4),* 792–799.

Wang, K. W., & Barnard, A. (2004). Technology-dependent children and their families: A review. *Journal of Advanced Nursing, 45(1),* 36-46.

Wennick , A., Lundqvist, A., & Hallström , I. (2009). Everyday experience of families three years after diagnosis of type 1 diabetes in children: A research paper. *Journal of Pediatric Nursing 24(3),* 222-230.

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. *Diabetes Educ, 38(4),* 562–579.

Wiebe, D. J., Helgeson, V., & Berg, C. A. (2016). The social context of managing diabetes across the life span. *The American Psychologist, 71(7),* 526–538.

Workers, N. A. (2009). *Social work speaks : National association of social workers policy statements 2009- 2012 (8th ed.).* Washington, D.C.: NASW Press.

Wysocki, T., Greco, P., Harris, M. A., Bubb, J., & White, N. H. (2001). Behavior therapy for families of adolescents with diabetes: Maintenance of treatment effects. *Diabetes Care ,24(3),* 441-446.

Yeşilkaya, E., Cinaz, P., Andıran, N., Bideci, A., Hatun, Ş., Sarı, E., Craig, M. E. (2017). First report on the nationwide incidence and prevalence of type 1 diabetes among children in Turkey. *Diabetic Medicine (34), 3,* 405-410.

Zheng, X. P., & Chen, S. H. (2013). Psycho-behavioral changes in children with type 1 diabetes mellitus. W*orld Journal of Pediatrics : WJP, 9(3),* 261–265.

EKLER

EK 1: ERGEN VE AİLE BİLGİ FORMU

Anket No: Doldurma Tarihi: …../…../2022

ERGEN VE AİLE BİLGİ FORMU

Sevgili Ebeveynler,

Bu araştırma, ergenlerde bulunan tip1 diyabet hastalığının aileye etkisi ile diyabet bakımında ebeveyn izlemi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalı olup, sizden kimlik bilgisi istenmeyecektir. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak ve bilimsel araştırma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOLU ÇOBAN (Tez Danışmanı)

Sevda TATAR (Tez Öğrencisi)

Diyabet Hastası Ergen ile İlgili Bilgiler;

1. Yaşı: ….....
2. Cinsiyeti: 1) kız ( ) 2) erkek ()
3. Sosyal güvencesi: 1) özel sigorta ( ) 2) sgk ( ) 3) yeşil kart ( ) 4) yok ( )
4. Kaçıncı sınıfa gidiyor?.....
5. Okul başarısını nasıl tanımlarsınız? 1) çok iyi ( ) 2- iyi ( ) 3- orta ( ) 4- kötü ( )
6. Geçtiğimiz dönemdeki devamsızlık gün sayısı nedir?.....
7. Diyabet tanısı aldıktan sonra geçen süre ….....
8. Hastanede kaç kez yatış yaptı? 1) yatış yok ( ) 2) tek yatış ( ) 3) iki yatış ( ) 4) üç yatış ( ) 5) dört ve üzeri yatış ( )
9. İnsülin pompası var mı? 1) evet ( ) 2) hayır ( )
10. En son ölçülen HbA1c düzeyi nedir? ……..

Aile ile İlgili Bilgiler;

1. Anket formunu dolduran ebeveyn: 1) Anne ( ) 2) Baba ( )
2. Aile yapısı: 1) Çekirdek aile ( ) 2) Geniş aile( ) 3) Parçalanmış/boşanmış aile( )
3. Sahip olunan çocuk sayısı: 1) 1 ( ) 2) 2 ( ) 3) 3 ( ) 4) 4 ( ) 5) 5 ve Üzeri ( )
4. Yaşanılan yer: 1) İl ( ) 2) İlçe ( ) 3) Kasaba ( ) 4) Köy ( )
5. Ekonomik durumunuz? 1) Çok Kötü ( ) 2) Kötü ( ) 3) Orta ( ) 4) İyi ( ) 5) Çok İyi ( )
6. Ergenin annesinin yaşı: …….
7. Ergenin annesinin çalışma durumu: 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )
8. Ergenin annesinin eğitim durumu: 1) Okuma Yazma Biliyor ( ) 2) İlkokul Mezunu ( ) 3) Ortaokul Mezunu ( ) 4) Lise Mezunu ( ) 5) Lisans Mezunu ( ) 6) Lisansüstü Mezunu ( )
9. Ergenin babasının yaşı: .....
10. Ergenin babasının çalışma durumu: 1) Evet ( ) 2)Hayır( )
11. Ergenin babasının eğitim durumu: 1) Okuma Yazma Biliyor ( ) 2) İlkokul Mezunu ( ) 3) Ortaokul Mezunu ( ) 4) Lise Mezunu ( ) 5) Lisans Mezunu ( ) 6) Lisansüstü Mezunu ( )
12. Tip 1 diyabet tedavisi ile ilgili eğitim aldınız mı? 1) Hayır ( ) 2) Evet ise nereden aldığınızı belirtiniz _____
13. Çocukla ilgili acil durumlarda sağlık personellerinden hangisine daha kolay ulaşabiliyorsunuz? 1) Sağlık Personeline Ulaşamıyorum ( ) 2) Hemşireye Ulaşabiliyorum ( ) 3) Hekime Ulaşabiliyorum ( ) 4) Her İkisine de Ulaşabiliyorum ( )
14. Çocuğun bakımı sırasında kimlerden destek aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) 1) Ailem ( ) 2) Arkadaşlarım ( ) 3) Akrabalarım ( ) 4) Komşularım ( ) 5) Hiç Kimse ( )
15. Psikolojik destek aldınız mı? 1) Hayır ( ) 2) Evet ise kimden?_____
16. Yukarıdaki sorunun cevabı evet ise aldığınız psikolojik desteğin size katkı sağladığını düşünüyor musunuz? 1)Evet ( ) 2) Hayır( ) 3) Kısmen ( )
17. Ailenizde çocuk dışında kronik hastalığı olan var mı? 1) Evet ( ) 2) Hayır ( )

EK 2: DİYABETİN AİLEYE ETKİSİ ÖLÇEĞİ (DAEÖ)

DİYABETİN AİLEYE ETKİSİ ÖLÇEĞİ (DAEÖ)					
Diyabetli bir çocuğun bakımı aileleri birçok yönden etkileyebilir. Aşağıdaki her bir ifadenin **SON 12 AY İÇİN** ailenizde **NE SIKLIKTA** görüldüğünü seçiniz.					
No	**OKUL**	**Hiçbir Zaman**	**Bazen**	**Sık Sık**	**Her Zaman**
1	Diyabeti nedeniyle çocuğumun okula düzenli devam etmesi bir sorundur.				
2	Diyabeti nedeniyle çocuğumun okul performansı olumsuz etkilenmektedir (örneğin: sınav notları).				
3	Çocuğum diyabeti nedeniyle okulda kendini diğer çocuklardan "farklı" hissetmektedir.				
4	Çocuğum diyabeti nedeniyle etkinliklere ya da gezilere katılamamaktadır.				
	İŞ				
5	Çocuğumun diyabeti nedeniyle ailemizdeki bir kişi çalışamamaktadır.				
6	Çocuğumun diyabeti ailemizdeki bir kişinin işini yapmasını olumsuz yönde etkilemektedir				
7	Çocuğumun diyabeti ailemizdeki bir kişinin işiyle ilgili fırsatlardan yararlanmasını engellemektedir (örneğin: terfi, iş değiştirme).				

	MADDİ DURUM				
8	Çocuğumun sağlık harcamalarını karşılamak için ailemin daha fazla para kazanması gerekiyor.				
9	Ailemiz çocuğumun sağlık harcamalarını karşılamak için maddi birikimlerini kullanmaktadır.				
10	Çocuğumun diyabeti ailemiz için ekonomik sorunlara neden olmaktadır.				
	İYİLİK HALİ				
11	Çocuğumun diyabeti ailemdeki bir veya daha fazla kişinin uyku süresini veya kalitesini azaltmaktadır.				
12	Çocuğumun diyabeti ailemizin boş zaman aktiviteleri veya tatil tercihlerini etkilemektedir.				
13	Çocuğumun diyabeti nedeniyle eşimle yeterli zaman geçiremiyorum. ( ) Uygun Değil – Eşim yok				
14	Ailemizdeki büyükler çocuğumun diyabeti nedeniyle diğer çocuklarımla yeterince ilgilenememektedir. ( ) Uygun Değil – Ailede başka çocuk yok				

EK 3: TİP 1 DİYABETLİ ADÖLESANLARDA DİYABET BAKIMINDA EBEVEYN İZLEMİ ÖLÇEĞİ

1	Çocuğunuzun kendine insülin yapmasını ne sıklıkla izliyorsunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
2	Çocuğunuzun diyabet bakımını tamamlayıp tamamlamadığını aile üyelerinize (örneğin, eş, önemli başka kişi, büyükanne/büyükbaba, büyük kardeşler) ne kadar sıklıkta sordunuz?	Aylık veya daha az (1)	Ayda 2-3 kez (2)	Haftada bir kez (3)	Haftada birkaç kez (4)	Her gün (5)
3	Çocuğunuz evinizin dışında (örneğin, bir restoranda, bir aile üyesinin evinde) yemek yediğinde, ne kadar sıklıkta yanındaydınız?	Hiç (1)	Hemen hemen hiç (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
4	Çocuğunuz ne sıklıkla gelip size, siz ona sormadan gün içinde neyi ne kadar yediğini söylüyordu?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
5	Çocuğunuzun/Onun kan şekeri ölçümlerinin/okumalarının ne olduğunu ne kadar sıklıkla çocuğunuza sordunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
6	Beklenilen miktarda kullanılıp kullanılmadığını görmek için çocuğunuzun insülin flakonlarını/ şişelerini ne kadar sıklıkla kontrol ettiniz?	Ayda birden daha az (1)	Aylık (2)	Ayda 2-3 kez (3)	Haftalık (4)	Haftada birkaç kez veya daha fazla (5)
7	Çocuğunuz bir insülin dozunu kaçırdıysa, siz çocuğunuza sormadan, çocuğunuz ne kadar sıklıkta bunu size söyledi?	Hiç (1)	Hemen hemen hiç (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
8	Çocuğunuzun arkadaşları ya da arkadaşlarının aileleri, çocuğunuz onlarla vakit geçirdiğinde ne kadar sıklıkla siz onlara sormadan diyabet bakımının yapılıp yapılmadığı ile ilgili size bilgi veriyor? 0	Hiçbir zaman (1)	Neredeyse hiçbir zaman (2)	Bazı zamanlar (3)	Çoğu zamanlar (4)	Her zaman (5)
9	Çocuğunuz evinizin dışında (örneğin, bir aile üyesinin evinde, arkadaşının evinde) kendi kan şekerini ölçtüğünde veya insülin yaptığında, ne kadar sıklıkta yanındaydınız?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)

10	Beklenilen miktarda kullanılıp kullanılmadığını görmek için çocuğunuzun test çubuklarını ve lancetlerini ne kadar sıklıkla kontrol ettiniz?	Haftada birden daha az (1)	Aylık (2)	Ayda 2-3 kez (3)	Haftalık (4)	Haftada birkaç kez veya daha fazla (5)
11	Çocuğunuz gün boyunca yaptığı insüline ilişkin (örneğin ne zaman alındığı ne kadar alındığı), siz ona sormadan, ne kadar sıklıkla size geldi?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
12	Çocuğunuz ne sıklıkla gelip size, siz ona sormadan gün içinde yaptığı kan şekeri ölçümünden bahsediyordu (örneğin ne kadar sıklıkla ölçüm yaptığı, değerlerin ne olduğu)?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
13	Okul personeline ne sıklıkla çocuğunuzun okulda diyabet bakımını tamamlayıp tamamlamadığını soruyordunuz?	Aylık veya daha az (1)	Ayda 2-3 kez (2)	Haftada bir kez (3)	Haftada birkaç kez (4)	Her gün (5)
14	Çocuğunuzun kan şekerini ölçen cihazdaki değerlere ne sıklıkla bakıyordunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
15	Okul personeli, çocuğunuzun okulda diyabet bakımını tamamlayıp tamamlamadığı konusunda, siz onlara sormadan ne sıklıkla bilgi veriyordu?	Aylık veya daha az (1)	Ayda 2-3 kez (2)	Haftada bir kez (3)	Haftada birkaç kez (4)	Her gün (5)
16	Çocuğunuz, diyabet konusunda sıkıntı yaşayacak şekilde yemek yediğinde (örneğin öğün atlama, karbonhidrat hesabı yapmama), siz ona sormadan ne sıklıkla bunu size anlatıyordu?	Hiç (1)	Hemen hemen hiç (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
17	Çocuğunuz evde kan şekerini ölçtüğünde ne sıklıkla yanında oluyordunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
18	Aile üyeleri (örneğin eş, sevgili, büyükanne/baba, büyük kardeşler), siz onlara sormadan ne sıklıkla çocuğunuzun diyabet bakımını tamamlayıp tamamlamadığı konusunda size bilgi veriyordu?	Aylık veya daha az (1)	Ayda 2-3 kez (2)	Haftada bir kez (3)	Haftada birkaç kez (4)	Her gün (5)

19	Ne kadar sıklıkla çocuğunuzu kan şekeri ölçümü yaparken izliyordunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
20	Çocuğunuzun kan glikozunu ölçüp ölçmediğini çocuğunuza ne kadar sıklıkla sordunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
21	Onlarla zaman geçirirken çocuğunuzun diyabet bakımını tamamlayıp tamamlamadığını çocuğunuzun arkadaşları ve onların ebeveynlerine ne kadar sıklıkla soruyorsunuz?	Hiçbir zaman (1)	Neredeyse hiçbir zaman (2)	Bazen (3)	Çoğu zamanlar (4)	Her zaman (5)
22	Ne yediğini çocuğunuza ne kadar sıklıkla sorarsınız?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
23	Çocuğunuzun ne yediğini ve ne kadar yediğini tam olarak görmek için bir öğün boyunca çocuğunuzu ne kadar sıklıkla gözlemlediniz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
24	Çocuğunuza insülin alıp almadığını ne sıklıkla soruyorsunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
25	Çocuğunuz evde insülin aldığında ne sıklıkla orada oluyorsunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)
26	Çocuğunuz bir kan şekeri ölçümünü atladığında, siz ona sormadan ne sıklıkla bunu size söylüyor?	Hiç (1)	Hemen hemen hiç (2)	Bazen (3)	Çoğu zaman (4)	Her zaman (5)
27	Çocuğunuz evde yemek yediğinde ne sıklıkla yanında oluyorsunuz?	Haftada birden daha az (1)	Haftada bir kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Günde bir kez (4)	Günde bir kezden fazla (5)

EK 4: ETİK KURUL İZİN BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.11.2022-175731

1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Akademik Değerlendirme Koordinatörlüğü

Sayı : E-62310886-605.99-175731
Konu : Sevda Tatar'ın Etik Kurul İzni Hk. 03.11.2022

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13.10.2022 tarih ve 169491 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Program öğrencisi Sevda Tatar'ın, Prof. Dr. Arzu İçağasıoğlu Çoban danışmanlığında yürütmeyi planladığı, "Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi ile Diyabetin Aileye Etkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışması değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. M. Abdülkadir VAROĞLU
Kurul Başkanı

Ek: Değerlendirme Formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSABKRAFBP Belge Doğrulama Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/baskent-universitesi-ebys
Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mahallesi Eskişehir Yolu 18. Km 06790
Etimesgut/ANKARA
Telefon No:0 312 246 67 40 Faks No:0 312 246 66 05
e-Posta:adk@baskent.edu.tr İnternet Adresi:www.baskent.edu.tr
Kep Adresi:baskentuniversitesi@hs02.kep.tr
Bilgi için: Gamze SONBAY
Koordinatör
Telefon No: 246 66 66 / 2078

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Sayı : 17162298.600-238
Konu : Tez Çalışması

21 EKİM 2022

İlgili Makama

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Program öğrencisi Sevda Tatar'ın, Prof. Dr. Arzu İçağasıoğlu Çoban danışmanlığında yürütmeyi planladığı; "Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi ile Diyabetin Aileye Etkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışması değerlendirilmiş ve yapılmasında bir sakınca olmadığı tespit edilmiştir.
Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu

Ad, Soyad	Değerlendirme	İmza
Prof. Dr. M. Abdülkadir Varoğlu	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Kudret Güven	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Ali Sevgi	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Işıl Bulut	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun	Olumlu/~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Can Mehmet Hersek	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Özcan Yağcı	Olumlu/~~Olumsuz~~	

Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun, Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Program öğrencisi Sevda Tatar'ın, Prof. Dr. Arzu İçağasıoğlu Çoban danışmanlığında yürütmeyi planladığı; "Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi ile Diyabetin Aileye Etkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmasının yapılabileceği; ancak, kullanılacak ölçeklerin sahiplerinden izin alınması gerektiği görüşündeler.

Prof. Dr. Özcan Yağcı, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Program öğrencisi Sevda Tatar'ın, Prof. Dr. Arzu İçağasıoğlu Çoban danışmanlığında yürütmeyi planladığı; "Tip 1 Diyabetli Ergenlerin Diyabet Bakımında Ebeveyn İzlemi ile Diyabetin Aileye Etkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmasının uygun olduğu düşüncelerini iletmişlerdir.