



**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)**

**İNSAN BAKIM MODELİ'NE GÖRE YARATICI DRAMA İLE
VERİLEN PROBLEM ÇÖZME VE STRESLE BAŞ ETME
EĞİTİMİNİN TİP 1 DİABETES MELLİTUS'LU
ADÖLESANLARIN GÜÇLENDİRİLMESİNE ETKİSİ**

**Hazırlayan
NEVİN USLU**

**Danışman
Doç. Dr. Meral BAYAT**

Doktora Tezi

HAZİRAN 2016

KAYSERİ

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)**

**İNSAN BAKIM MODELİ'NE GÖRE YARATICI DRAMA İLE
VERİLEN PROBLEM ÇÖZME VE STRESLE BAŞ ETME
EĞİTİMİNİN TİP 1 DİABETES MELLİTUS'LU ADÖLESANLARIN
GÜÇLENDİRİLMESİNE ETKİSİ**

**Hazırlayan
NEVİN USLU**

**Danışman
Doç. Dr. Meral BAYAT**

Doktora Tezi

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TDK-2014-5019 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**Haziran 2016
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Nevin USLU

İmza: 

YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“İnsan Bakım Modeli’ne GöreYaratıcı Drama ile Verilen Problem Çözme ve Stresle Baş Etme Eğitiminin Tip 1 Diabetes Mellitus’lu Adölesanların Güçlendirilmesine Etkisi” adlı Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



Tezi Hazırlayan

Nevin USLU

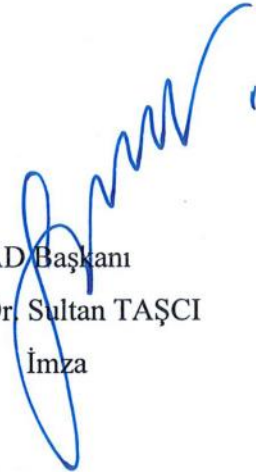
İmza



Danışman

Doç. Dr. Meral BAYAT

İmza



AD Başkanı

Prof. Dr. Sultan TAŞCI

İmza

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Meral BAYAT danışmanlığında Nevin USLU tarafından hazırlanan “İnsan Bakım Modeli’ne Göre Yaratıcı Drama ile Verilen Problem Çözme ve Stresle Baş Etme Eğitiminin Tip 1 Diabetes Mellitus’lu Adölesanların Güçlendirilmesine Etkisi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

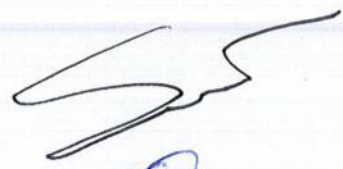
...../10/2016

JÜRİ:

Danışman : Doç. Dr. Meral BAYAT
(Erciyes Üniversitesi)



Üye : Prof. Dr. Selim KURTOĞLU
(Erciyes Üniversitesi)



Üye : Doç. Dr. Emine ERDEM
(Erciyes Üniversitesi)



Üye : Yrd. Doç. Dr. Zübeyde KORKMAZ
(Nuh Naci Yazgan Üniversitesi)



Üye : Yrd. Doç. Dr. Zehra Çalışkan
(Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi)



ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve
..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2016

Prof. Dr. Aykut ÖZDARENDELİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yükseklisans, doktora eğitimimde ve tez çalışmamda değerli fikirleriyle yol gösteren, akademik yaşantımda kişisel gelişimime büyük katkı veren sayın hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Meral BAYAT'a,

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde bilimsel katkılarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Selim KURTOĞLU'na,

Doktora eğitimimde ve mesleki birikimlerimde yol gösteren, emek ve katkıları olan Sayın Doç. Dr. Emine ERDEM'e,

Doktora eğitimim ve doktora tez sürecimde mesleki bilgileri, becerileri, önerileri ve görüşleri ile bana katkı ve güç veren, yol gösteren, doktora eğitiminin değeriniöğreten, profesyonel tutum ve davranışları ile rol modeli olan.... Daha bir çok özelliği ve katkılarıyla kıymetli hocam Prof. Dr. Nurgün PLATIN'e,

İnsan Bakım Modeli'nin uygulanması konusunda katkı sağlayan Prof. Dr. Jean WATSON'a,

Tez eğitim planını ve eğitim kitapçığını inceleyip, öneri ve katkılarda bulunan Sayın Prof. Dr. Nihal HATİPOĞLU'na, Doç. Dr. Didem Behice ÖZTOP'a, Yrd. Doç. Dr. Fatma Önalın AKFİRAT'a, Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK'e, Yrd. Doç. Dr. Zübeyde KORKMAZ'a, Yrd. Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN'a, Öğretim Görevlisi Feride KUKUL'a, Hüseyin ALTINOVA'ya,

Araştırmanın yürütülmesinde bana destek olan ve yardımlarını esigemeyen değerli diyabet eğitim hemşireleri Sayın Nurten VARİYENLİve Filiz ARICAN'a,

Çalışmanın istatistiksel analizlerine katkıda bulunan Sayın Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya,

Çalışmaya katılan tüm adölesanlara ve ailelerine,

Varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim değerli arkadaşlarıma,

Tüm yaşamımda olduğu gibi doktora eğitim sürecinde de her türlü fedakarlığı esirgemeyerek yanımda olan ANNEME,

Yardım ve destekleriyle her zaman yanımda olan değerli eşim Hasan USLU'ya ve doktora eğitim süreciyle birlikte hayatıma giren,hayatıma renk, tat ve anlam katan canım oğlum Ege USLU'ya en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunuyorum.

İNSAN BAKIM MODELİ'NE GÖRE YARATICI DRAMA İLE VERİLEN PROBLEM ÇÖZME VE STRESLE BAŞ ETME EĞİTİMİNİN TİP 1 DİABETES MELLİTUS'LU ADÖLESANLARIN GÜÇLENDİRİLMESİNE ETKİSİ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Tezi, Haziran 2016

Danışman: Doç. Dr. Meral BAYAT

ÖZET

Bu araştırma, İnsan Bakım Modeli'ne (İBM) göre yaratıcı drama ile verilen problem çözme ve stresle baş etme eğitiminin Tip 1 Diabetes Mellitus'lu (T1DM) adölesanların güçlendirilmesine etkisini belirlemek amacıyla; karma (mix) desende, randomize kontrollü deneysel ve fenomenolojik araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmaya müdahale grubunda 16, kontrol grubunda 18 kişi olmak üzere toplam 34 T1DM'li adölesan alınmıştır. Veriler Adölesan Tanıtım Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu ile 0-3-6. aylarda toplanmıştır. Yaratıcı drama (YD) oturumları izin alınarak kamera ile görüntülenmiş, görüntülerin dökümleri ve içerik analizleri yapılmıştır. Nitel veriler, İBM çerçevesinde alt ve üst düzey gereksinimler şeklinde temalara ayrılmıştır. Kurumlardan, etik kuruldan, adölesanlar ve ailelerinden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma öncesinde 10 T1DM'li adölesan ile bireysel derinlemesine görüşme yapılarak görüşme sonuçlarına göre eğitim içeriği şekillendirilmiş ve eğitim kitapçığı oluşturulmuştur. Müdahale grubuna haftada 2 oturum olmak üzere toplam 8 oturum yaratıcı drama ile eğitim yapılmıştır.

Araştırma sonrasında; müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların algılanan stres, problem çözme, umutsuzluk puanları ve HbA1c değerleri arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). YD oturumları sırasında adölesanların; hastalığın anlamı, hastalık özyönetimlerini etkileyen faktörler, stres nedenleri, stresle başetmede kullandıkları yöntemler, problem yaşadıkları konular, problem çözmeyi kullanma konusundaki görüşleri ve kendilerinde değişim farkettileri konular belirlenmiştir. Etkinlikler sonrasında adölesanlar kendilerini iyi, rahatlamış hissettiklerini belirtmişlerdir. Stresle baş etmede kullandıkları yöntemleri, kullanılabilecek farklı yöntemleri, yalnız olmadıklarını, diğer T1DM'li adölesanlarla benzer sorun ve düşüncelerinin olduğunu farkettilerini ifade etmişlerdir.

Bu sonuçlara göre; YD ile eğitimin T1DM'li adölesanların algılanan stres, problem çözme, umutsuzluk düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir. Ancak YD ile eğitimin adölesanların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine, kendilerini iyi hissetmelerine ve rahatlamalarına yardımcı olduğu ve adölesanlarda bazı konularda farkındalık geliştirdiği saptanmıştır. İBM'ye göre bu bulgular bakım anının oluştuğunu, kişilerarası bakım ilişkisinin kurulduğunu ve iyileştirici süreçlerin kullanıldığını göstermektedir. Hemşirelerin diyabet eğitiminde İBM'yi ve YD'yi kullanmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: T1DM'li adölesanlar, hemşire, İnsan Bakım Modeli, yaratıcı drama

**THE EFFECT OF EDUCATION FOR PROBLEM SOLVING AND COPING
WITH STRESS WITH CREATIVE DRAMA BASED ON HUMAN CARING
MODEL ON EMPOWERMENT THE ADOLESCENTS WITH TYPE 1
DIABETES MELLITUS**

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Nursing, Doctoral Dissertation of Childhood Health and Diseases

Nursing, June 2016

Supervisor: Assoc. Prof. Meral BAYAT

ABSTRACT

This study was conducted to determine the effect of education for problem solving and coping with stress with Creative Drama (CD) based on Human Caring Model (HCM) on empowerment the adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus (T1DM) with a mix, randomized controlled and phenomenological research design. Totally 34 adolescents with T1DM were recruited being 16 in intervention group and 18 in the control group. Data were collected with Adolescent Descriptive Form, Perceived Stress Scale, Problem Solving Inventory, Beck Hopelessness Scale, Evaluation of the Physiological Results Form at baseline (0. month), at the 3. month and 6. month. The sessions of CD were viewed with the camera, listings and analyses on the content of the images were performed with the permission. Qualitative data were divided into themes based on requirements at minimum and maximum levels within the framework of HCM. Institutional, ethical approvals and consent from adolescents and their families were obtained. An in-depth interview was done with 10 adolescents with T1DM prior to the study and education content and training booklet were determined according to the interview results. Education with CD was given in 2 sessions a week being within totally 8 sessions to the intervention group.

At the end of the study, scores of perceived stress, problem solving, hopelessness and levels of HbA1c of the intervention and control groups were not found to be different ($p>0.05$). The opinions of the adolescents about the meaning of the disease, factors affecting self-management of the disease, reasons of stress, methods in coping with stress, the issues that they experienced problems with and using problem solving method and also the topics which adolescents recognized a change in themselves were determined during CD sessions. Adolescents defined that they felt relaxed and fine after the activities. They expressed that they recognized the methods for coping with stress, different methods to be used, that they were not alone and they had similar problems and thoughts with other adolescents with T1DM.

According to these results, education given with the CD did not affect the levels of perceived stress, problem solving, hopelessness of the adolescents with T1DM. However, it was determined that education with CD provided expression of the opinions and feelings of the adolescents, helped them relax and feel good about themselves and developed awareness in the adolescents about some issues. These findings show that caring moment has happened, interpersonal care relationship has been established and the healing process has been used based on CHM. It was recommended that nurses can use CHM and CD within the education of diabetes.

Key Words: Adolescents with T1DM, nurse, Human Caring Model, creative drama.

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI	ii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLO, ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. STRES	4
2.2. T1DM’Lİ ADÖLESANLAR VE STRES	5
2.3. T1DM’Lİ ADÖLESANLARDA STRESLE BAŞETME	9
2.4. PROBLEM ÇÖZME	11
2.5. UMUT/ UMUTSUZLUK	13
2.6. T1DM’Lİ ADÖLESANLAR VE GÜÇLENDİRME	16
2.7. İNSAN BAKIM MODELİ.....	20
2.8. İBM’NİN T1DM’Lİ ADÖLESANLARA UYGULANMASI.....	22
2.8.1.T1DM’li Adölesanları Güçlendirmede Kişilerarası Bakım İlişkisinin Kurulması	22
2.8.2. T1DM’li Adölesanların Gereksinimleri	23
2.8.3. T1DM’li Adölesanları Güçlendirmede İyileştirici Süreçlerin Kullanımı	25
2.8.4. İyileştirici Yöntem Olarak Yaratıcı Dramanın Kullanılması	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. ARAŞTIRMA ŞEKLİ	29
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	29
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	29
3.3.1. Araştırmanın Evreni	29
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi	30

3.3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Eşleştirme Kriterleri	31
3.3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	33
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	33
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	33
3.6.1. Adölesan Tanıtım Formu	33
3.6.2. Adölesan Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu	33
3.6.3. Algılanan Stres Ölçeği	34
3.6.4. Problem Çözme Envanteri	34
3.6.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği	35
3.6.6. Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu	35
3.6.7. Eğitim planı	35
3.6.8. Eğitim Rehberi	36
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI	37
3.7.1. Ön uygulama	37
3.7.2. Uygulama Süreci	38
3.7.2.1. İlk İzlem Aşaması	38
3.7.2.2. Yaratıcı Drama ile Eğitim	38
3.7.2.3. İkinci ve Üçüncü İzlem Aşaması	38
3.7.3. Çalışmanın Kavramsal Boyutu	39
3.8.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	45
3.9.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	45
3.9.1. Nicel Verilerin Analizi	45
3.9.2. Yaratıcı Drama Oturumlarının Analizi	45
4. BULGULAR	47
4.2.Jean Watson'un Sınıflamasına Göre T1DM'li Adölesanların Gereksinimleri	47
4.2.1. Alt Düzey Gereksinimler	47
4.2.2. Üst Düzey Gereksinimler	64
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	82
6. KAYNAKLAR	104
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

T1DM	: Tip 1 Diabetes Mellitus
İBM	: İnsan Bakım Modeli
HbA1c	: Glukozillenmiş Hemoglobin
YD	: Yaratıcı Drama
ADA	: Amerikan Diyabet Derneği
İS	: İyileştirici Süreçler
ATF	: Adölesan Tanıtım Formu
ABDGF	: Adölesan Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
PÇE	: Problem Çözme Envanteri
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
FSDF	: Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu

TABLO, ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Çalışma Kapsamına Alınan Adölesanların Eşleştirme Kriterleri.....	32
Tablo 3.2. Araştırma Hipotezleri ve İyileştirici Süreçler	40
Tablo 3.3. Eğitim Oturumları, Konuları, İBM'ye Göre Kullanılan İyileştirici Süreçler ve Yöntemler.....	42
Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri.....	48
Tablo 4.2. Adölesanların Tıbbi Beslenme Tedavilerine İlişkin Özellikleri.....	50
Tablo 4.3. Adölesanların İnsülin Uygulamalarının Özellikleri.....	53
Tablo 4.4. Adölesanların Kendi Kendilerini İzlem Özellikleri... ..	58
Tablo 4.5. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Fizyolojik Parametreleri	59
Tablo 4.6. Adölesanların Akut Komplikasyon Gelişme Durumuna İlişkin Özellikleri.....	59
Tablo 4.7. Adölesanların Egzersize İlişkin Özellikleri.....	62
Tablo 4.8. Müdahale Grubu Adölesanların Alt Düzey Gereksinimlere İlişkin Görüşleri.....	63
Tablo 4.9. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Stres Puan Ortalamaları	74
Tablo 4.10. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Problem Çözme Puan Ortalamaları.....	75
Tablo 4. 11. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Umutsuzluk Puanları	75
Tablo 4. 12. Müdahale Grubu Adölesanların Üst Düzey Gereksinimlere İlişkin Görüşleri.....	80
Şekil 1. Çalışmanın Kavramsal Boyutu	41
Şekil 2. Araştırma Şeması.....	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Adölesan dönem, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişikliklerle birlikte, yerine getirilmesi gereken bazı gelişimsel görevlerin olduğu stresli bir dönemdir. Bunlara Tip 1 Diabetes Mellitus (T1DM) gibi kronik bir hastalığın eklenmesi dönemi daha stresli hale getirmektedir(1-3). T1DM;diyet, egzersiz, insülin, kan glukozu izlemi, glukometre kullanımı gibi teknoloji kullanımını, hipo/hiperglisemi gibi komplikasyonlarla baş etmeyi gerektirmektedir (4). Adölesan dönemde önemli olan akran ilişkileri de hastalık yönetimine olumsuz olarak yansıyabilmektedir (5, 6). Yapılan çalışmalarda, diyabetli adölesanlara arkadaşlarının duygusal destek sağladığının belirtilmesine karşın (7-11), arkadaş ilişkilerinde stres yaşadıkları (12-15), hastalıklarını nasıl açıklayacaklarını bilemedikleri, arkadaşlarının hastalık yönetimlerine tepki göstereceğine ilişkin korku yaşadıkları (14-16), kendilerini farklı algılamamak, dışlanmamak için diyetlerine uymadıkları, kan glukoz izlemelerini ve insülin enjeksiyonlarını yapmadıkları da bildirilmektedir (15-19). Tıbbi kontrolleri ve T1DM'nin gerektirdiği davranış rejimini uygulamakta zorlanma gibi nedenlerle adölesanlar okula ara verme, devamsızlık yapma ve okul başarısında azalma gibi sorunlar yaşayabilmektedir (20-24). Ayrıca bu sorunlar ebeveynleri de etkilemekte, ebeveynler hastalık yönetimine ilişkin endişeler yaşayabilmekte, adölesanlara aşırı müdahale edici, koruyucu, emir verici, suçlayıcı davranabilmekte ve aralarında çatışma yaşanabilmektedir (25,26).

Adölesanların yaşadıkları bu sorunlar, kendilerini engellenmiş ve bağımlı hissetmelerine, yaşamları üzerindeki kontrolü ve kimliğini kaybetme korkusu yaşamalarına neden olabilmektedir (12). T1DM'li adölesanların yaşadıkları bu sorunlar benlik saygılarını olumsuz etkileyebilmekte, yalnızlık, anksiyete, saldırganlık, depresyon, kendine zarar verme, yeme bozuklukları gibi psikolojik-davranışsal sorunlara, gelecek kaygısı ve umutsuzluğa yol açabilmektedir (27-32). Bütün bu sorunlar adölesanın stresini artırmakta, puberte ile bozulma eğiliminde olan metabolik

kontrol, stres ile daha da bozulabilmektedir. Streste nöro-endokrin sistemin aktive olması kan glukoz düzeyini doğrudan etkilemekte, diyabet özbakım davranışları azalarak hastalığa uyum bozulmaktadır (33-35). Yapılan çalışmalarda, T1DM'li adölesanların agresif davranma, sigara-alkol kullanma, kendini suçlama, kaçınma gibi baş etme stratejilerinin yaşam kalitesi, metabolik kontrol ve diyabet öz yönetimi ile negatif, problem çözme, kabullenme, olumlu düşünme gibi baş etme stratejileri ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır (36-42). Bu nedenlerle hemşireler, T1DM'li adölesanlara stresle baş etme ve problem çözme yöntemlerini öğretmeli, umut düzeylerini arttırmalıdır. Amerikan Diyabet Eğitimcileri Derneği de diyabetin öz yönetiminde diyabetle sağlıklı baş etme ve problem çözmenin geliştirilmesi gereken yedi özbakım davranışı arasında olduğunu belirtmektedir (43).

T1DM'li adölesanların psikososyal alanda yaşadıkları problemlerin çözümünde ve hastalık yönetiminde güçlendirme etkili bir yöntem olabilir. Güçlendirme ile kişilerin kendi güçlerini keşfetmeleri, bilinçli seçimler yapmaları, yaşamlarının kontrol ve sorumluluğunu ele almaları sağlanabilir (44-47). T1DM'li adölesanları güçlendirmede İnsan Bakım Modeli (İBM) kullanılabilir. İBM'de, bakımın sadece invaziv girişimlerden oluşmadığı, bireylerin duygularını ifade edebilmesinin, manevi gereksinimlerinin karşılanmasının önemli olduğu ve bakımın iyileştirici süreçler doğrultusunda şekillendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu yönüyle güçlendirme kavramı İBM ile örtüşmektedir. İBM'de bireyin güçlendirildiği iyileştirici süreçlerde iyileştirici yöntemlerin (işitme, görme, dokunma, solunum, tat alma, zihinsel-bilişsel yöntemler) kullanılması önerilmektedir (48-50). T1DM'li adölesanları güçlendirmede yaratıcı drama iyileştirici bir yöntem olarak kullanılabilir. Yaratıcı dramada müzik, dans, ritim çalışmaları, bedensel ve dokunsal etkinlikler, rol oynama, doğaçlama, resim gibi sanatsal çalışmalar, nefes egzersizleri ve imgeleme gibi yöntemler İBM'deki birçok iyileştirici yöntemin kullanılmasını sağlayabilir (51, 52). Ayrıca adölesanların duygularını daha sağlıklı tanıyabilmelerine, hissettikleri kaygı, öfke, stres gibi duygularını rahatça ifade edebilmelerine ve bu olumsuz duygularla sağlıklı bir şekilde baş edebilmelerine yardımcı olabilir. Bu yönleriyle yaratıcı drama, T1DM'li adölesanların eğitiminde etkili bir yöntem olabildiği gibi, İBM'ye göre iyileştirici süreç ve yöntemlere katkı verebilir. Literatürde İBM, T1DM'li adölesanlarda kullanılmamıştır. Ayrıca literatürde diyabette stres yönetimi ve problem çözmeye yönelik çalışmaların gençlerin diyabet özyönetim becerilerini ve birikimlerini arttırdığı gösterilmiştir (53-

59). Bu çalışmalarda diyabet eğitim programları, aile odaklı takım çalışmaları, ev temelli multisistemik terapiler, sosyal destek, akran destekleri ve etkileşimleri, tekrarlı ev ziyaretleri, motivasyonel görüşme, çözüm odaklı yaklaşım, tele tıp müdahaleleri ile ilgili yapılan çalışmalar olmasına karşın, yaratıcı drama yoluyla eğitim verilen çalışmalar bulunmamaktadır (60-64). Bunlara ek olarak ülkemizde T1DM'li adölesanların stres düzeylerini ve problem çözme düzeylerinin incelendiği çalışmalar olmasına karşın, stres yönetimi ve problem çözmeye yönelik müdahale çalışmalarına rastlanılmamıştır (65, 66).

Bu çalışma, İBM'ye göre T1DM'li adölesanların güçlendirilmesinde, yaratıcı dramayla verilen eğitimin etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, İBM'ye göre yaratıcı drama ile verilen problem çözme ve stresle baş etme eğitiminin T1DM'li adölesanların güçlendirilmesine etkisini belirlemek amacıyla; karma (mix) desende, randomize kontrollü deneysel ve fenomenolojik araştırma olarak yapılmıştır.

1.3 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmada;

H1: Yaratıcı drama ile eğitim verilen T1DM'li adölesanların problem çözme puan ortalamalarında kontrol grubuna göre artma olur.

H2: Yaratıcı drama ile eğitim verilen T1DM'li adölesanların algılanan stres puan ortalamalarında, kontrol grubuna göre azalma olur.

H3: Yaratıcı drama ile eğitim verilen T1DM'li adölesanların umutsuzluk düzeylerinde, kontrol grubuna göre azalma olur.

H4: Yaratıcı drama ile eğitim verilen T1DM'li adölesanların glukozillenmiş hemoglobin (HbA1c) değerlerinde, kontrol grubuna göre azalma olur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. STRES

Stres, Fransızca “Estrece”, Latince “Estrictio” kelimelerinden türetilmiş, tarihsel süreçte bela, müsibet, felaket, baskı, güçlük, zorluk anlamlarında kullanılmış ve yüzyılın hastalığı olarak tanımlanmıştır. Stres, ilk kez fizikçi Robert Hooke tarafından nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere kullanılmış, başka bir fizikçi olan Young tarafından da formülize edilmiştir. İnsan ve canlılarda ise daha sonra kullanılmaya başlayan bir kavram olmuştur (67, 68).

Günümüzde literatürde stresin tanımı kaynaktan kaynağa ve yazardan yazara değişmektedir. Bu nedenle stresin tek bir tanımını yapmak zordur. Ancak stres genellikle organizmanın dengesini bozan ya da bozma olasılığı olan iç ve dış etkenlerin bireyin üzerinde yarattığı bilişsel, duygusal, davranışsal ve bedensel etkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Kişi fiziksel, zihinsel veya duygusal yüklenmeler sonrasında zorlanmalar ve gerilimler yaşamakta, bireyin davranışları ve diğer kişilerle ilişkileri bundan etkilenmektedir (67-74).

Stresle ilgili tanımlar ve kaynaklar incelendiğinde stresin genellikle zararlı etkilerinden ve olumsuz sonuçlarından bahsedilmektedir. Ancak stres, her zaman birey için olumsuz olarak değerlendirilmemeli, bireyler üzerinde olumlu etkilerinin olabileceği de dikkate alınmalıdır. Çince’de stres kelimesi, tehlike ve fırsat kelimelerinin karışımıdır. Bu şekilde stres, hem aşılması gereken zorlukları, hem de bu zorluklar ve gerginlikler aşıldığında elde edilecek yeni fırsatlar ve kazançları ifade etmektedir. Belirli ölçülerde stres, organizmanın çalışması, davranışta bulunması ve gelişmesi için gereklidir. Stres koşulları, bireylerin kapasitelerini engelleyebildiği gibi kapasitelerini ortaya koymalarını da sağlayabilmektedir. Örneğin; hafif düzeydeki stres, birey için uyarıcı olabilir, bireyi harekete geçirebilir. Zorlanmayla beraber bilinç daha açık olur, odaklanma ve dikkat artar, seçici algı doğru düşünce süreciyle birey daha yaratıcı

olabilir. Bu durum kişi için bir güdülenme aracı olabilir. Ancak stresin düzeyi arttıkça, bireyler için fiziksel, psikolojik ve davranışsal problemler görülebilir (67-74).

Stres, bir hastalık değildir ve herkesin yaşamında ortaya çıkan bir durumdur. Stresin kaynağı her bireye göre değişebilir ve kişinin uyumunu bozabilir. Ama biyolojik tepki her zaman aynıdır. Stres durumunda kişi, kendi dengesini korumaya yönelik bir tepki zincirini harekete geçirmektedir. Bu durumu Selye “Genel Adaptasyon Sendromu” ile açıklamaktadır. “Genel Adaptasyon Sendromu” ile stres karşısında organizmanın üç aşamada (alarm, direnç, tükenme) tepki gösterdiği belirtilmektedir. Organizma stresörü değerlendirirken, savaşıma ya da kaçma kararı alırken, önceden kazandığı, öğrendiği davranış kalıplarını kullanır ya da yeni davranış kalıpları bulur. Böylece bir dizi bedensel, ruhsal işlev harekete geçer ve bunlara bağlı belirtiler ortaya çıkar(67-72).

2.2. T1DM’Lİ ADÖLESANLAR VE STRES

Adölesan dönem, fırtına-stres dönemi olarak da bilinen çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Bu dönemde adölesanın yerine getirmesi gereken bazı gelişimsel görevleri vardır. Adölesanın, fiziksel değişikliklerle beraber bilişsel kapasitesi ve yaşam deneyimleri de artar. Kimlik yapılandırma süreci devam eder, uygun sosyal rolleri ve değerleri içselleştirir, karşı cinsle ilişki kurma, ebeveyninden kopmaya çalışma, bağımsızlığını kazanma ve bireyselleşme gibi önemli süreçlerden geçer. Normal gelişim sürecindeki bu değişikliklerin her biri adölesanlar için stres kaynağı olabilmekte ve stres düzeylerini arttırabilmektedir (1-3).

Adölesan dönemde gelişimsel görevlerin dışında gençler, aile ve akranilişkilerinde, okul ve sınavlar nedeniyle günlük sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Bu sıkıntılar kişilerin çevre etkileşimlerinde sıklıkla karşılaştıkları strese neden olabilen rahatsız edici ve engelleyici olaylardır (75). Kişilerin ruhsal ve bedensel sağlığını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda günlük sıkıntıların stres, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu (76- 78), kas hassasiyetini, ağrı sıklığı ve şiddetini arttırdığı bildirilmektedir (79, 80). Adölesanların günlük sıkıntılarının kişisel, akran-okul ve aile ile ilgili sıkıntılar olduğu, bu sıkıntılara stres belirtilerinin eşlik ettiği belirtilmektedir. Bu sıkıntılar; anne baba ile anlaşmazlıklar, boşanma, ailenin sosyal ve ekonomik durumu, anne babaların çocuklardan yüksek beklentileri, yüzeysel arkadaş ilişkileri, hoşlanılmayan arkadaş davranışlarıdır. Ayrıca bu sıkıntılar zaman baskısı,

öğretim yaşamına ilişkin şikayetler, okul hayatında başarısızlık, okula gidiş-dönüş, trafik-çevre gürültüsü ve gelecek endişesidir (81, 82).

Adölesanlar için stresli olabilen bu süreçte T1DM gibi kronik hastalığın olması daha fazla stresörle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. T1DM'nin tedavisi ve kontrolünde adölesanların tıbbi beslenme, ilaç tedavisi, kan glikoz düzeyinin günlük ve uzun süreli izlemine yapmaları gereklidir. T1DM'li adölesanların kan glukoz seviyesini normal sınırlarda tutmak, optimal büyüme ve gelişmeyi sağlamak, ideal vücut ağırlığını korumak, akut/kronik komplikasyonları önlemek için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir (4, 83, 84). T1DM'de yeterli insülin üretilmemesi ya da eksikliği söz konusu olduğu için adölesanların aldıkları besine, aktivitelerine ve yaşına uygun olarak insülin tedavisi almaları ve duruma göre insülin dozlarının düzenlenmesi gerekir. Bu düzenlemeyi yapabilmek için kan glukoz düzeyinin günlük ve uzun süreli (HbA1c) izlemi önemlidir. T1DM'li adölesanlarda, glukozun ve insülinin daha iyi kullanılmasını ve etkili olmasını, kalp-damar hastalıklarının önlenmesini, stresle etkili baş etmeyi ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamak amacıyla aktivite ve egzersiz planlaması yapmaları da önemlidir. Aynı zamanda insülin dozları ve beslenme şekli düzenlenirken de, aktivite ve egzersiz durumu dikkate alınmalıdır. Aksi takdirde adölesanlarda hipo/hiperglisemi gibi komplikasyonlar gelişebilir (4, 83, 84).

Adölesan dönem, nöroendokrin ve fiziksel değişiklikleri içeren (puberte), çocuğun giderek bir yetişkin haline geldiği dönemdir (85). T1DM'li adölesanlarda puberte ile beraber vücudun insülin ve enerji gereksinimi artmakta, kan glukoz düzeyi değişmektedir (4, 83-86). Bu nedenle adölesan dönemde tıbbi beslenme ve insülin tedavisi yeniden düzenlenmeli, günlük kan glukoz düzeyi izlemleri yapılmalıdır. T1DM'de uzun süre metabolik kontrolün kötü olması pubertenin gecikmesine, fiziksel gelişmenin olumsuz etkilenmesine neden olabilir (87-90). Adölesanlar için dış görünüşün önemli olduğu bir dönemde akranlarına göre fiziksel gelişimlerinin geri kalması onların beden imajını ve benlik saygısını olumsuz olarak etkileyebilir. Bu durum adölesanlar için farklı bir stres kaynağı olabilir.

T1DM, adölesanın yaşamının tüm alanlarını özellikle okul hayatını ve başarısını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. T1DM'li adölesanlar hastalık nedeniyle okula ara vermek ve devamsızlık yapmak zorunda kalmaktadır. Bu durum onların okul başarısını da olumsuz olarak etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda T1DM'li adölesanların sağlıklı akranları ve kardeşlerine göre hastalık nedeniyle okulda daha fazla devamsızlık

yaptıkları, okul başarılarının olumsuz etkilendiği ve okula ara vermek zorunda kaldıkları belirlenmiştir (20-24). Adölesanın yaşadığı bu olumsuzluklar onun için bir stres kaynağı olabilmektedir. Çünkü bu dönemde adölesanın kronik bir hastalığının olması, hastalığı nedeniyle okula gidememesi ve başarısız olması arkadaşlarından farklı olmak istemeyen adölesanın kendini farklı hissetmesine, onun için önemli olan akran grubunun dışında kalmasına, kendini yalnız hissetmesine ve benlik saygısının azalmasına neden olabilir.

Adölesan dönemde çocukların sağlıklı psikososyal gelişimleri için bir grubun üyesi olma, bir grupta özdeşleşme, düşünce ve duygularını arkadaşları ile paylaşma ve grup içinde bağımsız davranabilme gibi gereksinimleri vardır (91). T1DM'li adölesanların arkadaşları ile olumlu ilişkiler kurmaları önemli bir duygusal destek kaynağı olabildiği gibi diyabet yönetiminde ve metabolik kontrolde başarılı olmalarında da etkili olmaktadır (5, 16, 92-94). Adölesanın arkadaşları tarafından desteklenmesi ve onlarla iyi ilişki içinde olması diyabetle ilişkili stresin azalmasını, metabolik kontrolün iyi olmasını (16), hastalığa uyumlarının artmasını ve yaşam kalitelerinin daha iyi olmasını sağlamaktadır (5, 92, 93). Kızların daha samimi doğaları gereği diyabet kontrolünde ve duygusal problemlerde daha fazla destek olduğu görülmektedir (5, 93). Adölesanların arkadaşları ile problem yaşamaları okulda kan glukoz izlemi, insülin yapma, diyetle uyum gibi uygulamaları yapmalarında isteksiz olmalarına neden olabilmektedir (12, 92, 93). Ayrıca T1DM'li adölesanların yoğun tedavi protokolleri yaşam tarzlarında değişikliklere yol açmakta, akran etkileşimlerini, ilişkilerini kısıtlayabilmekte ve akranları tarafından reddedilebilmektedir (95-97). Yapılan çalışmalarda adölesanların, arkadaşlarına ve diğer kişilere hastalığı nasıl açıklayacaklarını bilemedikleri ve arkadaşları ile ilişkilerinin kendileri için stresör olduğu, sosyal ilişkilerde daha fazla sorun yaşadıkları, karşı cinsten arkadaşlıklarının daha az olduğu ve sosyal ortamlarda akran baskısı yaşadıkları belirlenmiştir (8, 16, 98-100). T1DM'li adölesanların kendilerini arkadaşlarından farklı algılamamak ve dışlanmamak için diyetlerine uymadıkları, kan glukoz izlemlerini ve insülin enjeksiyonlarını yapmadıkları bildirilmektedir (17, 55). Hastalıkla ilgili tedavinin desteklenmesinde arkadaş desteği kadar aile de önemlidir. Diyabet tedavisindeki gereksinimler ve artan sorumluluklar, adölesanın ebeveynleri ile de sorunlar ve çatışmalar yaşamasına neden olmaktadır. Ailede günlük rutinlerin değiştirilmesini, rollerin tekrar gözden geçirilmesini ve sorumlulukların paylaşılmasını gerektirmektedir (6, 101). Yapılan çalışmalarda aile

iletişiminin ve desteğinin iyi olması; adölesanların özbakımlarında daha başarılı olmalarını, diyabetle ilişkili daha az endişe duymalarını, hastalık yönetiminde karşılaştıkları sorunlarla ve stresörlerle daha iyi baş edebilmelerini sağladığı, yaşam memnuniyetlerinin fazla olduğubelirlenmiştir (17, 102).

Ayrıca aile desteğinin metabolik kontrolü ve uyumu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (103-108). Adölesan dönemde kimlik kazanımı ve bağımsızlığın kazanımı ile beraber adölesanlar hastalığın sorumluluğunu almaya başlamaktadır. Ancak ebeveynler adölesanların hastalık yönetimini uygun şekilde yapamayacakları, diyabetin uzun dönem komplikasyonları, çocuklarının gelecekleri (iş hayatı, evlilik) ile ilgili endişeler yaşayabilmektedir (109-111). Ebeveynler adölesanlara aşırı müdahale edici ve koruyucu, emir verici, suçlayıcı ve azarlayıcı davranabilmektedir (25, 26). Ayrıca ebeveynler adölesanların okul gezilerine katılmak, arkadaşlarla dışarı çıkmak gibi etkinliklere katılmalarına izin vermemektedirler (112). T1DM’li adölesanlar, ebeveynlerinin bu tutumlarının kendileri için bir stresör olduğunu, kendilerini engellenmiş hissettirdiğini, sinirlenmelerine ve kızgınlık duymalarına neden olduğunu belirtmektedir (17, 113). Bu yüzden ebeveynler ve adölesanlar arasında çatışmalar yaşanmaktadır (109, 110, 114, 115). Yapılan bir çalışmada stresin yüksek olduğu ailelerde T1DM’li gençlerin metabolik kontrollerinin olumsuz olarak etkilendiği belirtilmektedir (9).

Adölesan dönemde cinsiyet faktörü de önem kazanmaktadır. Yapılan çalışmalarda adölesan dönemde T1DM’li kızların strese karşı daha duyarlı oldukları, kişilerarası çatışmanın psikolojik stres ve kötü metabolik kontrolle ilişkili olduğu bildirilmektedir (13, 34, 116, 117). Ayrıca T1DM’li adölesanların cinsiyetleri kadar yaşları da strese verdikleri yanıtı etkileyebilmektedir. Büyük adölesanlar küçük adölesanlara göre hayata ilişkin daha fazla bilgi ve deneyimleri olduğu, olayların sonuçlarını daha iyi anlayabildikleri için daha fazla sorun yaşayabilmektedirler. Ebeveynler küçük yaştaki adölesanlara müdahale edebilmekte, yaşam streslerinin olumsuz etkilerini azaltarak genç adölesanların davranışları üzerinde güçlü bir etki oluşturabilmektedirler (34).

T1DM’li adölesanlarda hastalığa uyum sorunları daha fazla yaşanmakta, adölesanların stres ve HbA1c düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. T1DM’de puberte ile bozulma eğiliminde olan metabolik kontrol, stresin etkisi ile daha çok bozulmaktadır. Diyabetiklerde strese fizyolojik yanıtla beraber davranışsal/duygusal ve sosyal sorunların etkisiyle hastalık yönetimi olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Dışsal

stresörlere yanıt olarak fiziksel aktivitenin daha az yapılmasına, beslenme tedavisinin daha kötü olmasına insülin tedavisinde zorluklar yaşanmasına neden olabilmektedir. Adölesan dönemde bireyler giderek bağımsız hale geldikçe ebeveyn denetimine ve diyabet tedavi rejimlerinin kısıtlayıcı doğasına isyan etmektedirler. Bu nedenle kan glukoz ölçümlerini daha az sayıda yapmakta, düzensiz yemek yemekte ve insülinlerini atlayabilmektedir (35, 115, 118). Adölesanların çoğu kendilerine asla bir şey olmayacağı ve zarar görmeyecekleri düşüncesiyle T1DM'nin uzun süreli etkilerini anlamamakta ve tedaviye uyumsuzluk yaşanabilmektedir (115). Ayrıca stres deneyimleri T1DM'li adölesanlarda sigara içme, alkol ve uyuşturucu kullanımına da neden olabilmektedir. Sigara diyabette kronik komplikasyonların gelişiminde bir risk faktörü olmakla birlikte madde kullanımı kötü glisemik kontrolle ilişkili olmaktadır (119-122).

T1DM'li adölesanların hastalık yönetimi konusunda etkili baş edememeleri stres, yaşam kalitesi, metabolik kontrol ve diyabet öz yönetimlerini olumsuz olarak etkilemektedir. T1DM'li adölesanların yaşadıkları bu sorunlar benlik saygılarını olumsuz etkileyebilmekte, yalnızlık, anksiyete, saldırganlık, depresyon, kendine zarar verme, yeme bozuklukları gibi psikolojik-davranışsal sorunlara, gelecek kaygısı ve umutsuzluğa yol açabilmektedir (123-127). Bu nedenle T1DM'li adölesanların hastalık yönetimini başarabilmeleri için stresle baş etmeyi öğrenmeleri gereklidir.

2.3. T1DM'Lİ ADÖLESANLARDA STRESLE BAŞETME

Başetme, stresli durumlara tepki vermede bireylerin davranış, biliş, duygu ve çevrelerini düzenlemek için kullandıkları bilinçli bir çaba olarak tanımlanmaktadır (128). Stres altında kişilerin davranışlarını, duygularını ve dikkatlerini nasıl harekete geçirdiklerini, yönettiklerini ve koordine ettiklerini açıklamaktadır (129). Çoğunlukla başetme sağlık ve stres fizyolojisi üzerine temellendirilmekle birlikte davranış, duygu, dikkat, bilişsel ve motivasyonel düzenlemeyi gerektirmektedir. (129).

Yaşam boyu her birey çeşitli stresörlerle karşılaşmaktadır. Stres durumunda strese gösterilen tepki ve kullanılan baş etme yöntemleri bireye özgü olarak yaş, cinsiyet, kültür, hastalık gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Ayrıca bireyin kişilik özellikleri, inançları, kontrol algısı, problem çözme becerisi, sosyal becerileri ve maddi kaynakları gibi faktörler de kullandığı baş etme yöntemini etkileyebilmektedir (67, 71-73). Literatürde adölesanlarda stresle baş etme üzerinde yapılan çalışmalarda

baş etme yöntemleri çoğunlukla problem-duygu odaklı, fonksiyonel olan-olmayan, primer-sekonder kontrol baş etme yöntemleri gibi çoğunlukla ikiye ayrılmaktadır (130). Problem odaklı baş etme ve primerkontrol stratejisi, stres yaratan bir durumu ya da olayı değiştirmeye ve etkisini ortadan kaldırmaya yönelik çabalar. Gösterilen çabalar, bireyin davranışını, çevresini değiştirmeye yöneliktir ve sorumluluğunu kabul etme, kendini kontrol altında tutma, problem çözme gibi aktif yöntemleri içermektedir. Duygu odaklı baş etme ve sekonder kontrol stratejisi, daha çok savunma mekanizmalarının kullanıldığı, stres durumunda gelişen olumsuz duyguların denetlenmesini ve ortadan kaldırılmasına yönelik çabalar. Bireyler stres yaratan durumu kontrol edemeyeceğini düşündüklerinde, duygusal gerilimi azaltmak veya ortadan kaldırmak için bu yöntemleri kullanmaktadırlar (3, 131, 132). Birçok kişi hem problem odaklı baş etmeyi hem de duygu odaklı baş etmeyi stresli bir durumla baş etmek için kullanır. Kısa vadede duygu odaklı baş etme uyumu sağlayabilir. Ancak uzun vadede problem odaklı baş etme duygu odaklı baş etmeden daha etkilidir (3, 131, 132).

Başetme mekanizmaları aktif ve probleme yönelik olanlar, pasif ve savunmaya yönelik olanlar diye ikiye ayrılmaktadır. Bu mekanizmalar stres durumunu ortadan kaldırılabiliyorsa fonksiyonel, daha fazla strese neden oluyorsa fonksiyonel olmayan yöntemler olarak adlandırılırlar (35, 37, 131).

Fonksiyonel yöntemler

- Bedene yönelik (nefes egzersizleri, spor yapma, gevşeme yöntemleri, doğru beslenme)
- Duygu ve düşüncelere yönelik (duygularını paylaşabilme, duygularını açıkça ve uygun biçimde ifade etme)
- Duruma yönelik (zamanı iyi kullanma, sosyal destekleri kullanma, iletişim becerilerini geliştirme, atılgan davranma ve problem çözme becerileri)

Fonksiyonel olmayan yöntemler

- Uygun olmayan davranışlar (alkol/madde kullanımı, kaçma davranışları, içe kapanma, intihar ve depresyon)
- Bilinç dışı savunma mekanizmaları (rasyonalizasyon, reddetme, bastırma ve yansıtma)

T1DM'li adölesanların kullandıkları baş etme yöntemlerini belirlemek önemlidir. Yapılan çalışmalarda, T1DM'li adölesanların öğrenilmiş çaresizlik, kaçınma, bilişsel ve

davranışsal geri çekilme, kendini suçlama, kuruntulu düşünme gibi duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir. Duygu odaklı baş etme yöntemlerinin kullanılması özyeterliliğin, diyabet tedavisine uyum ve özyönetiminin, yaşam kalitesinin azalmasına, depresif semptomlar, kan glukoz düzeylerinin artmasına ve metabolik kontrolün bozulmasına neden olmaktadır (31, 36, 38-42, 55, 133-136). Literatürde problem odaklı baş etme yöntemlerini kullanmanın hastalık yönetimine, psikososyal sağlığa ve yaşam kalitesine katkı sağladığı, duygusal başa çıkma yönteminin ise tedaviye uyumda ve hastalık sürecinde sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (31, 36, 38). Bu nedenle T1DM'li hastaların karşılaştıkları sorunlarla etkili baş edebilmeleri için stresle baş etme ve problem çözme becerisi kazanmaları gerekmektedir.

2.4. PROBLEM ÇÖZME

Problem, bireyi zorlayan, ulaşmak istediği bir hedefe ulaşmasını engelleyen, araştırılması, öğrenilmesi, çözülmesi ve bir sonuca ulaşılması gereken durum ya da konudur (137, 138). Bir durumun birey için problem olarak algılanması için, problemin çözülmesi gereken bir durum olarak algılanması ve çözümü için çaba harcanması gerekmektedir. Bu çabada;

1-Problem nedir?

2-Problemin nedenleri nelerdir?

3-Problemin çözüm yolları nelerdir?

4-En iyi çözüm yolu hangisidir? sorularına cevap vermek önemlidir. Bu sorulara cevap verilirse stresi azaltmak ve stresle baş etmek mümkün olur. Eğer problem çözmedeyetersiz kalınırsa saldırganlık, davranış bozuklukları, madde kullanımı gibi sonuçlar görülebilmektedir (139-142).

T1DM, beslenme, aktivite, insülin tedavisi hakkında seçimler yapmayı, kan glukoz değerlerini regüle etmeyi ve bunlarla ilişkili hızlı kararlar almayı, hipo-hiperglisemi ile baş etmeyi gerektirmektedir (4). Bu yaşam tarzı değişiklikleri T1DM'li adölesanlar için küçük bir değişiklik olabileceği gibi büyük bir travma da olabilmektedir. Son diyabet yaklaşımları, önceden hastalara reçete edilen tıbbi yönetim modelinden uzaklaşarak günlük karar vermeyi gerektiren hastaların kendi bakım sorumluluklarını aldıkları özyönetim kavramı üzerinde durmaktadır. Özyönetim metabolik kontrolün optimize edilmesinde, komplikasyonların önlenmesinde ve yönetiminde, yaşam kalitesi ve klinik

sonuçları geliştirmede hastalara yardım ettiğinden diyabetle yaşamada önemlidir. Bu özyönetim davranışları Amerikan Diyabet Derneği (ADA) tarafından “Diyabet Özyönetim Eğitiminin Ulusal Standartları” olarak tanımlanmaktadır (143, 144). Bu davranışlar sağlıklı beslenme, aktif olma, glukoz izlemi, ilaç alımı, problem çözme, sağlıklı baş etme ve riskleri azaltmadan oluşmaktadır (43). Bu davranışlardan problem çözme, özyönetimde temeldir ve diyabette davranış değiştirme müdahaleleri arasında yer almaktadır (145). Bu şekilde problem çözme, özyönetim davranışlarını uygulama ve yürütmeyi sağlamaktadır (146, 147). Günlük yaşamda diyabetli kişilerin hastalık özyönetiminde problem çözme, etkili olan engelleri tanıma, ele alma ve çözmede yardımcı olmaktadır. Bu süreç, problemi tanıma ve anlama ile başlamaktadır. Bir problemin var olup olmadığını, ne tür bir problem olduğunu ve problemin diyabet öz-bakımını nasıl etkilediğini saptamayı gerektirmektedir (148, 149). Örneğin; açlık kan glukozu sık sık yükselen diyabetli bir kişi sabah hiperglisemisini bir sorun olarak tanımlamalıdır ve öz-yönetim rutinlerinin hangi öğelerinin (akşam yenilen atıştırmalar, atlanan insülin dozları vs) hiperglisemiye neden olduğunu bilmelidir (150). Hastanın problemi farketmesi ve belirlemesi için sağlık personeli de destekleyici olarak hareket etmelidir (145). Davranış değişikliği için hasta ve sağlık personeli birlikte çalışmalıdır. Bu süreçte bireye özgü, ölçülebilir, eylem odaklı ve gerçekçi hedefler belirlenmelidir. Hedeflere ulaşmada değişim önündeki engelleri (inançlar, duygular, sosyal destek eksikliği, zaman, para gibi kaynaklar, fiziksel çevre vs) belirlemek ve bu engelleri aşmak için stratejiler geliştirmek gereklidir. Strateji geliştirirken hasta nasıl davranış değişikliği yapacağına karar vermeli, alternatif çözümler üretmeli, bunlar arasından seçim yapmalı, uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir. Bu aşamaları kullanmak diyabete ilişkin yaşanan sorunların çözümünde hastalar için bir anahat oluşturarak, diyabet bilgisinin etkin kullanımıyla etkili bir özyönetim ve kontrol sağlamalıdır (138-142,145).

Diyabet engelleri ile ilgili problemleri çözme ve baş etme diyabet sonuçlarıyla pozitif ilişkili olan becerilerdir ve diyabet eğitiminin bir parçası olarak önerilmektedir (151). T1DM’li adölesanların, hastalık yönetimi ve sorumluluğunu üstlenmeleri için problem çözme becerisini kazanmaları gereklidir (150, 152). Çünkü adölesan dönemde iletişim, akranlar, sosyal durumlar ve negatif duygular gibi özyönetim engelleri ve hormonal değişimler nedeniyle HbA1c düzeyleri yükselmekte, glisemik kontrol bozulmaktadır. Yapılan çalışmalarda; problem çözme eğitiminin bazı öz-yönetim davranışlarını

(beslenme, egzersiz, kan glukoz izlemi) ve psikososyal sonuçları iyileştirmedeki etkinliği gösterilmiştir. Problem çözme eğitimi sonrasında problem çözme becerilerinin, diyabete ilişkin bilgi düzeylerinin ve uyumun, özetkililiğin, özyönetimin, günlük özyönetim rehberlerini kullanma becerisinin ve yaşam kalitesinin arttığı, HbA1c düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (146-151, 153-156). Ayrıca adölesanlar ve annelerinin her izlemde daha az negatif iletişim gösterdiği, çocuk/adölesanların ebeveynleri ile sakince diyabetle ilgili konular hakkında tartışabilmede kendilerini daha güçlü hissettikleri saptanmıştır (157, 158). Ancak problem çözme ve gelişmiş özyönetim davranışlarının araştırıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda da bazı özyönetim (beslenme, egzersiz, kan glukoz izlemi) davranışlarındaki gelişmeler bildirilmiştir. Problem çözme becerisini kazandırmada hangi yöntemin daha etkili olduğunu gösteren çalışmalara rastlanılmamıştır (153, 157, 159). Diyabet özyönetiminde problem çözmenin daha fazla açıklığa kavuşturulması ve uygulamasının daha fazla standardize edilmesine ihtiyaç vardır. ADA, diyabet özyönetim eğitiminin içine problem çözmenin dahil edilmesinin gerekli olduğunu vurgulamakta, problem çözme müdahalelerinin geliştirilmesine yönelik daha fazla araştırma yapılmasını önermektedir (146, 153, 157, 159, 160).

2.5. UMUT/ UMUTSUZLUK

Umut, geleceğe yönelik olumlu beklentilerin olmasıdır. Bireylere olumlu gelişmelerle beraber, bir çıkış yolu olduğuna ilişkin inanç ve planların başarılabacağı öngörüsü verir. İnsanların yetersizlik, yoksunluk, acı çekme, sıkıntı, yalnızlık gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmasını sağlamaktadır (161-163). Belirli amaçların başarılabılması için istek ve güdülenmeyi artırarak, geleceğe olumlu bakmaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca iyileşmeyi desteklemekte, psikososyal ve fiziksel iyilik halini arttırmaktadır (162-164). Umutun duygusal ve bilişsel olmak üzere iki boyutu vardır. İlk boyut, amaca ulaşmayı istemek ve amaca ulaşmak için kendinde güç hissetmektir. Geçmişteki, içinde bulunulan andaki ve gelecekteki hedefe ulaşmada başarılı kararlar verildiğine ya da verilebileceğine ilişkin özellikler içerir. İkinci boyut ise bireyin amaçlarına ulaşmada başarılı planlar yapabildiği ya da yapabileceğine ilişkin inancını içermektedir. Her iki boyut da birbirleri ile ilişkili ve birbirlerini olumlu yönde etkilemektedir (162, 163). Bireylerde olay, durum, özellik vs ile ilgili olasılıkların anlamının algılanması önemlidir. Bu algı, kişinin fırsatların farkında olması ve inanması ile ilgilidir.

Adölesanlar için fırsatlar; yeni çözümler, farklı tercih ve seçimler, uygun gelecek ümidi anlamına gelebilmektedir. Yapılan bir çalışmada adölesanlarda umutluluğun yetişkinlerden farklı olduğu belirtilmiştir. Umut “bir adölesanın gelecekte huzurlu bir yaşam sürdürme inancına sahip olma derecesi” olarak tanımlanmıştır (165-166).

Hastalık durumunda adölesanlarda umut, dört aşamada oluşmaktadır. Bunlar bilişsel rahatsızlık, dikkatini başka yöne çekme, bilişsel rahatlık ve kişisel yeterlilik (166).

Bilişsel rahatsızlık: Adölesan hastalığıyla ilgili olumsuz ya da rahatsız edici bir düşüncenin farkına vardığında bilişsel rahatsızlık hisseder. Adölesan bu bilişsel rahatsızlıktan kurtulmak için iki yol kullanır: Düşünceyi durdurma, olumsuz düşünceyi yansıtma. Bilişsel rahatsızlık hissetmek adölesanı umut geliştirme konusunda harekete geçirir (166).

Dikkatini başka yöne çekme: Adölesanın bilişsel rahatsızlık hissetmesi ile birlikte rahatsız edici düşüncelerin daha kabul edilebilir bir hale getirilmesi sağlanır. Dikkati başka yöne çekme, olumlu düşünce ve durumlara odaklanmayı içerir. Yapılan aktiviteler ile, rahatsız edici düşünceler bilinç farkındalığından uzaklaştırılmaya çalışılır. Bu aktiviteler;

- Bir fiziksel aktivite ya da herhangi bir uğraşla kendini meşgul etme,
- Sağlık durumunun ciddiyetinin farkında olma ancak olabilecek daha kötü durumlarla karşılaştırma yapma,
- Tedavi sürecinin başarılı olmasındaki memnuniyeti gösterme,
- Gelecekte sağlığını düzelmiş ya da iyileşmiş olarak planlama, kendini sağlıklı yaşlıları gibi hayal etme,
- Olumsuz ve rahatsız edici düşüncenin olumlu düşünceyle yer değiştirmesi,
- Kendinden üstün bir varlığı (Allah) hatırlama, bu nedenle zor durumunun sonuçları hakkında üzülmekten çok hayatı hakkında doğru kararlar verme,
- Hasta olmadan önceki görünüşü ve aktivitelerini düşünme, anıların değişmeyeceğini ve kimliğinin bir parçası olarak kalacağını öğrenme,
- Benzer durumdaki yaşlılarından ve hastalıktan kurtululardan bilgi arama,
- İyileşeceğiyle ilgili umut eden diğer kişilerden huzur bulma (166).

Bilişsel Rahatlık: Adölesanın teselli hissettiği ve moral bulduğu, kendisi ya da başkaları için bir gelecek düşünebildiği aşamadır. Bu aşamada adölesan umutludur, gerginliği azalır ve gereksinimlerini karşılamak için motivasyonu hisseder (166).

Kişisel yeterlilik: Adölesanın hastalığı ile yüzleşmede kendini esnek, yetenekli ve uyumlu olarak algılamasıdır. Kişisel yeterlilik aşamasında adölesan semptomlara, tedaviye uyar ve problemleri dikkate alır (166).

Adölesan dönemde gençler, özgür ve bağımsız olmak isterler. T1DM gibi kronik hastalık, tedavisi, hastaneye yatış gibi özellikleri nedeniyle adölesan tarafından bağımsızlığın engellenmesi ve aileye bağımlı olma olarak değerlendirilebilir. Bu adölesanlarda stres ve umutsuzluğa neden olabilir. Umutsuzluk da, umut gibi kişinin hedeflerine ulaşabilme ihtimalinin bir yansımasıdır ve birbirine zıt iki kavramdır. Umutsuzlukta, beklentilerinin yok olması ve başarısızlık inancı vardır (167). Bireyin sorunlara çözüm üretebilme, mevcut bilgilerini etkili kullanabilme becerilerini ve başarılarını olumsuz yönde etkilemektedir (168). Fakat ortaya çıkışı, kişiden kişiye ve durumdan duruma değişebilmektedir (167). Umutsuzluğun ortaya çıkışı ile birlikte iki belirti gözlenmektedir. Birincil belirtiler, motivasyon eksikliği ve üzüntüdür. İkincil belirtiler ise düşük enerji düzeyi, uyku düzensizliği, düşük konsantrasyon, düşük benlik saygısı, intihar düşüncesi, psiko-motor bozukluklar, artan bağımlılık ve olumsuz düşünceleridir (169, 170). Hem ülkemizde, hem de yurt dışında T1DM'li çocuk ve adölesanlarda umutsuzluğun yaygınlığını ve etkileyen etkenleri inceleyen araştırmalara rastlanılmamıştır. Ancak adölesan popülasyonda yapılan çalışmalarda umutsuzluğun, cinsiyete göre farklılık göstermediği, düşük sosyo-ekonomik düzey (171), depresyon, intihar (172, 173), kronik hastalık (174, 175), stres, öğrenilmiş çaresizlik (176, 177), problem çözme becerileri (178), sosyal destek düzeyi (179) ve saldırganlık (180) ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Umut, adölesanın sağlığını yeniden kazanmasına, sürdürmesine ve yaşam kalitesini arttırmasına yardım etmektedir (161). Adölesanların problemlerinin kronikleşmeden ortaya çıkartılması ve gerekli önlemlerin alınması koruyucu sağlık açısından önem taşımaktadır. Adölesanlar hastalık ve tedavi sürecinde kritik kararları vermede zihinsel ve duygusal olgunluğa sahip oldukları için fikirlerinin alınması önemlidir (181, 182). Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut hastanın var olan sorunları ile etkin baş etmesinde önemli bir faktördür. Profesyonel sağlık ekibi üyelerinin, özellikle hemşirelerin adölesanlara bakım verirken hastanın özelliklerini, içsel kaynaklarını (esneklik,bağımsızlık, otonomi, bilişsel düşünme, spiritüel yön), dışsal kaynaklarını (önemsenen kişiler, sağlık ekibi, destek grupları) ve umut kaynaklarını, uyum sağlamasını (inanç, ilişkiler,başarılacak şeyler) tanımlamalı ve girişimlerini bu

yöndeplanlamalıdır (164, 174). T1DM’li adölesanlara liderlik, danışmanlık, eğitim, bakım rolleri çerçevesinde profesyonel yardımda bulunabilmelidir. Hemşirenin profesyonel yardımı umutsuzluk yaşayan bireylerin karar verme ve problem çözmelerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca hasta hemşire ilişkisinin geliştirilmesi, hastanın tedavi ile ilgili işlemlere katılımını ve problemlerin çözümü için sağlık ekibi ile işbirliğini artıracaktır (164, 174).T1DM’li adölesanların yaşadıkları stres, umutsuzluk gibi sorunların ele alınmasında ve problem çözme düzeylerini arttırmada güçlendirme yaklaşımı hemşirelere yardımcı olabilir.

2.6. T1DM’Lİ ADÖLESANLAR VE GÜÇLENDİRME

T1DM, ciddi ve kronik doğası, özbakımın karmaşıklığı nedeniyle çok sayıda günlük özbakım kararları almayı gerektirmektedir. Diyabette özbakımın artırılmasında ve doğru kararlar verilmesinde hasta eğitimi çok önemlidir (4). Diyabetin zorlu ve karmaşık bakım gerçeği ile hasta eğitiminde geleneksel eğitim yaklaşımı uyuşmamaktadır. Geleneksel yaklaşımda hastalar çoğunlukla sessiz ve pasif, sağlık personelleri özyönetimde hastaların gereksinimleri olan bilgi, beceri ve önerileri veren uzman konumundadırlar. Hastalık yönetiminde bireyler özyönetimleri konusunda problemlerini dile getiren, dinlenen ve desteklenen daha aktif bir konumda olmak istemektedirler (183, 184). Geleneksel yaklaşım bu yönüyle hastaların gereksinimlerine uymamakta, psikososyal deneyimlerini dikkate almamakta ve onların kendilerini güçsüz hissetmelerine neden olabilmektedir (185, 186). 1980’lerde geleneksel eğitimin diyabet gibi kronik hastalıkları olan hastaların gereksinimlerine uygun olmadığı kabul edilmiş ve güçlendirme yaklaşımı önem kazanmaya başlamıştır (183, 184). Güçlendirme, Latince “yapabilmek”, “gücü yetmek” anlamına gelen potere sözcüğünden gelmektedir (187). Eğitimci Freire’nin felsefesi üzerine inşa edilmiş ve diyabet eğitimine uygulanmış işbirlikçi ve hasta merkezli bir yaklaşımdır. Güçlendirme, kişilerin yaşamlarının kontrol ve sorumluluğunu almalarında doğuştan var olan kapasitelerini keşfetmeleri için farkındalık, bilgi ve becerilerini arttıran bilinçli bir gelişim sürecidir. Bu süreçte kişilerin benlik saygısı, otonomi, öz yeterlilik ve sorumluluklarının artması beklenmektedir (45-47, 184, 188, 189).

Felsefesi sağlıklı olma varsayımına dayanmakta, hastanın otonomisini ve seçim yapma özgürlüğünü arttırmaya odaklanmaktadır. Hastalara sağlıkları hakkında aldıkları kararlarla ilişkili olarak yaşamlarında duygusal, sosyal, bilişsel ve spirüüel öğeleri incelemelerinde ve açıklığa kavuşturmalarında yardımcı olmaktadır. Hastaların kendi sağlıklarını yönetmeleri için gerekli olan problem çözme ve iletişim becerilerini kazanmalarına ve bu becerilerini geliştirmelerine fırsat sağlamaktadır (44).

Hastalar aşağıdaki özelliklere sahip oldukları zaman güçlendirilmiş olarak kabul edilmektedir (189).

- Mantıklı kararlar almak için yeterli bilgi
- Yeterli kontrol
- Kararlarını uygulamak için yeterli kaynaklar
- Onların kararlarının etkinliğini değerlendirmek için yeterli deneyim

Güçlendirme bilgi ve eğitimle başlar, ancak tek başına yeterli bir kriter değildir. Başarılı olarak uygulanması için, bir özyönetim planına diyabetin patolojisi kadar, hastaların hedefleri, öncelikleri ve yaşam tarzına ilişkin ihtiyaçları ve seçimleri dahil edilmelidir (184). Güçlendirme sürecinde, kişilerin yaşam deneyimlerini gözden geçirmelerine, neyin işe yarayıp yaramadığını ifade etmelerine teşvik etmek gerekmektedir. Bu şekilde T1DM'lilerin yaşamlarında önemli konuları keşfetmeleri, yansıtmaları, kaynaklarını yeniden keşfetmeleri ve gelişimlerini değerlendirmeleri sağlanmaktadır (45).

Diyabetli kişilerin güçlendirilmesi için verilecek olan eğitimde ele alınması gereken ana konular şunlardır (190):

- Diyabeti anlama
- İlaç kullanma
- Diyet
- Egzersiz
- Diyet değişikliği
- Kan glukozunu izleme
- Hipoglisemi ve hiperglisemi
- Kan basıncının kontrolü
- Komplikasyonlar
- Yaşam tarzı ile ilgili konular (seyahat, okul gibi)
- Diyabet kontrolünde diğer hastalıkların ve enfeksiyonların etkileri

- Retina taraması

Hastalar diyabetin günlük özyönetim kontrolünde primer karar vericilerdir. Güçlendirme büyük ölçüde bireylerin kendileri tarafından gerçekleştirilmekte, bu süreç sağlıkçılar tarafından kolaylaştırılmaktadır (44). Güçlendirmede profesyonellerin rolü, hastaların psikososyal ve ruhsal sağlıklarının değerlendirmesini yapmayı, uygun müdahaleleri yerine getirmeyi ve izlem yapmayı içerir. Sağlık risk değerlendirmeleri yapılırken fiziksel açıdan öteye gidilmeli, hastaların başatma öyküleri, başatma becerileri, sosyal destekleri, desteklerini harekete geçirme yetenekleri ve umut düzeyleri değerlendirilmelidir. Hastaların kullanabilecekleri uygun müdahaleler yapılmalıdır. Güçlendirme eğitimi, insanların daha kolay başatmalarında sosyal desteklerini geliştirmede ve harekete geçirmede insanları destekler. Aynı zamanda umut kazanmaları ve korumalarında onların spirüüel kaynaklarını keşfetmelerine ya da birleştirmelerine fırsat sağlar (44, 183).

Güçlendirme eğitiminde ele alınması önerilen konular şunlardır (44):

- İyilik (sağlık, mutluluk)
- Kendini tanıma
- Motivasyon
- Uyum
- Stres yönetimi
- Problem çözme
- Destek
- Umut

Hasta bakımında güçlendirme paradigması belirli süreçler üzerinde durur. Hastalar güçlendirildiği zaman sonucun ne olduğundan çok nasıl olduğu önemlidir. Etkili güçlendirme süreçleri iyi güçlendirme sonuçlarını elde etmede temeldir. Kişilerarası süreçte güçlendirme, karşılıklı güven, açık iletişim, hasta ve hemşirenin aktif katılımı ile karakterizedir. Her iki tarafta güçlendirme sürecinde kararlı olmalıdır. Hemşireler bu süreçte kişilerin bilinçli kararlar almalarına fırsat veren bilgiyi içeren, özkontrol ve özyeterlilik duygusunu destekleyen hem kişisel hem de çevresel kaynaklara erişimi kolaylaştırmaktadırlar (45, 46). Güçlendirme süreci beş aşamadan oluşmaktadır(46):

- İlk iki aşama sorunu tanımlamayı ve hastayı destekleyebilen ya da engelleyen herhangi bir inanç, düşünce ve duygularının olup olmadığını belirlemeyi,

- Üçüncü aşama, uzun vadeli hedefler belirlemeyi,
- Dördüncü aşama, hastanın seçim yapmasında ve uzun vadeli hedeflerine ulaşmasında ona yardımcı olacak davranış değişikliği için öneride bulunmayı,
- Son aşama, hastanın çabalarını değerlendirmeyi ve bu süreçte ne öğrendiğini belirlemeyi içerir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta merkezli bakım önem kazanmış ve özyönetim müdahaleleri güçlendirme yaklaşımı ile birleştirilmiş bir yapı üzerinde oluşturulmuştur. Bu müdahalelere katılım sağlıklı beslenme seçimleri yapmayı, sebze ve meyve tüketmeyi, fiziksel aktiviteye katılmayı, kan glukoz izlemine içeren özbakım uygulamalarını gerçekleştirme sıklığını büyük ölçüde etkilediği bildirilmektedir (191, 192). Ayrıca HbA1c sonuçlarında iyileşmeler olduğu belirtilmektedir (191, 193-195).

Psikosozal ölçümlerde de yaşam kalitesi, özgüçlendirme, psikososyal fonksiyonlar, algılanan sağlık durumları ve bakım memnuniyetinde pozitif değişimler olduğu bulunmuştur. Ancak güçlendirme programları çoğunlukla yetişkin ve Tip 2 Diyabetli hastalara yönelik olup, diyabetik adölesan ve çocukların eğitim programlarıyla ilişkili olarak henüz tanımlanmamıştır. Viklund ve arkadaşlarının çalışmasında; 12-17 yaş arasındaki adölesanlarda yaşam doyumu ve hedef belirleme, problem çözme, duygularla başa çıkma, günlük stresle başa çıkma, sosyal destek, motivasyon konularını içeren güçlendirme programı uygulanmıştır. Müdahale sonrası glisemik kontrol üzerinde bir etkisi olmamıştır (196). T1DM'li çocuk ve adölesanlara yönelik yapılan güçlendirme programlarına yönelik yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. T1DM'li adölesanların hem hastalık yönetimi hem de psikososyal alanda yaşadıkları sorunların ele alınmasında güçlendirme etkili bir yöntem olabilir. T1DM'li adölesanların güçlendirilmesi adölesanın; özgüveninin gelişmesi, yaşam kalitesinin ve uyumunun artması, olumlu davranış değişikliklerini kazanması, sorunlarıyla baş edebilmesi, başarılı ve sürekli bir tedavi programı geliştirmesi için önemlidir. Bu nedenle diyabet hemşireleri güçlendirme yaklaşımını kullanmalıdır.

Hemşire, hastayı güçlendirirken kuram ve modeller kullanabilir. Yapılan çalışmalarda T1DM'li adölesanların diyabet yönetiminde kuram/model kullanmanın etkili olduğu bulunmuştur (197-199). T1DM'li adölesanların hem hastalık yönetimi hem de psikososyal alanda yaşadıkları sorunlar göz önünde bulundurulduğunda, insanın akıl, beden, ruh bütünlüğü ve uyumu boyutuyla değerlendiren İBM kullanılabilir.

2.7. İNSAN BAKIM MODELİ

İBM, hemşirelikte teknoloji temelli sağlık bakım anlayışının tersine bağımsız hemşirelik uygulamalarının önemli ve değerli olduğunu vurgulayan bir bakım anlayışıdır. “Hemşirelik nedir?” ve “Hemşire ne yapar?” soruları ile hemşireliğin anlaşılmasına rehberlik eder ve hemşireleri görev odaklı yaklaşımdan uzaklaştırır (48-50). Hemşireliğin sadece invaziv işlemleri uygulamak olmadığını, invaziv işlem uygulamalarını yaparken iyileştirici süreçler doğrultusunda bakımın verilebileceği belirtilmektedir (49).

İBM’nin Temel Yapısını Oluşturan Kavramlar

İBM’nin kişilerarası bakım ilişkisi; bakım durumu ve bakım anı; iyileştirme süreçleri olmak üzere üç temel kavramı vardır (48-50).

1. Kişilerarası bakım ilişkisi: Kişilerarası bakım, duyarlılık, uyumluluk, doğruluk, güvenilirlik, saygı, empati, içtenlik, samimiyet, yüksek ahlaki ve etik sorumluluk içerir (48). Bu yaklaşımla hemşire, bakım, iyileşme ve bütünlük kavramları üzerine odaklanabilir (48-50).

Watson kişilerarası bakım ilişkisinin üç boyutu olduğunu ifade etmektedir:

a) Benlik: Akıl, beden ve ruh bütünlüğüdür. Akıl, bireyin zekası ve anıları, ruh ise kişininişsel niteliği, iç dünyası ve manevi özüdür. Watson’a göre sağlıklı olabilmek için akıl-beden-ruh bütünlüğü ve uyumunun olması gerekir. Akıl, beden ve ruh arasında bir uyumsuzluk olduğunda algılanan benlik ve deneyimlenen benlik arasında bir bölünme söz konusudur. Yani kişi içinde uyumsuzdur. Bu uyumsuzluk; tehdit, kaygı ve içsel çatışmaya neden olur ve umutsuzluk, korku ve rahatsızlık duygusuna yol açabilir. Eğer uzun süre devam ederse; hastalığın ilerlemesine neden olabilir (48-50).

b) Varoluşsal alan: Bireye özel deneyim, duygu, düşünce, manevi inanç, beklenti ve kendini algılamadan oluşur. Watson’a göre hemşirenin bakım verebilmesi ve kişilerarası bakım ilişkisinin kurulabilmesi için öncelikle bireyin varoluşsal alanına veya yaşam alanına girmesi gerekir. Böylece hemşire, bireyin varoluşsal durumunu belirler, uzun zamandır açığa vurmayı ertelediği duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlar (48-50).

c) Öznelerarasılık: Kişilerarası süreçte hemşirenin insanı etkilediği ve diğer insan tarafından etkilendiği, insandan- insana ilişki subjektifliğini ifade eder. Bunların hepsi

de aynı zamanda vardır ve diğeriyle bir bütündür. Bu şekilde verilen bakımda her iki insan da işin içindedir (48-50).

2. Bakım Durumu ve Bakım Anı

Bakım durumu, insandan-insana bir yapıda hemşire ve bireyin, yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarında bütünleşme yoluyla oluşmaktadır. Bu bütünleşme birbirini anlamayı sağlayarak bireyin iyileşmesine yardımcı olmaktadır.

Bakım anı, hemşire ve bireyin nasıl bir iletişim biçiminde olacaklarına karar verme fırsatı sunar. Bakım anı oluştuğunda bu süreç derin ve içsel bir etkileşim sağlayarak, bakım alan ve verenin bakımdan memnun olmalarını sağlar (48-50).

3. İyileştirme Süreçleri

İBM’de hemşireliğin özünü “iyileştirici süreçlerle” açıklamakta ve 10 iyileştirici süreçten bahsetmektedir. Bu süreçler sınırlayıcı, kuralcı değildir, birbirleriyle sıkı ilişki içindedirler. Süreçler ayrı ayrı olduğu gibi, bir bütün halinde de uygulanabilir. Bazı durumlarda bir sürece yönelik yapılan uygulamalar diğer bir sürecin ele alınmasını sağlayabilir (48-50).

Bu süreçler; insancılık-adanmışlık değerler sistemi, inanç-umut, duyarlılık, yardım-güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, öğretme ve öğrenme, iyileşme çevresi oluşturma, gereksinimlere yardım, gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermektir (41-43).

İBM’de iyileştirici süreçlerde (İS) bazı yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Bunlar (49);

1. İşitme yöntemleri (müzik, doğa sesi, melodi, ilahi şarkılar)
2. Görsel yöntemler (ışık, renk, biçim, doku ve sanatsal çalışmalar)
3. Solunum yöntemleri (aromaterapi, temiz havayı içine çekme).
4. Dokunma yöntemleri (bedenin belli noktalarına basınç uygulanarak etkilenme, elle dokunma, ayaklardaki refleks noktalarının uyarılmasıyla çeşitli iç organlardan cevap elde etme, sağaltıcı masaj gibi beden terapileri yapma)
5. Tat alma yöntemleri (diyetin düzenlenmesi ile besinlerle doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan destekleyici maddelerin alınması)
6. Zihinsel-bilişsel yöntemler (akıl ve hayal etme)
7. Kinestetik (dokunsal) yöntemler (deri bakımı, masaj, hareket, dans, yoga)
8. Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma (48-50).

İyileştirici süreçleri kullanırken insanların temel gereksinimlerini karşılamak önemlidir. Bu gereksinimleri Watson, Maslow'un gereksinimler hiyerarşisine benzer bir şekilde alt ve üst düzey gereksinimler olarak ikiye ayırmıştır (49, 200, 201).

Alt düzey gereksinimler

- Biyofiziksel gereksinimler (yaşamsal gereksinimler): Besin ve su, boşaltım, solunum
- Psikofiziksel gereksinimler (fonksiyonel gereksinimler): Aktivite-inaktivite, cinsellik

Üst düzey gereksinimler

- Bütünleyici gereksinimler (psikososyal gereksinimler): Başarı, ait olma
- Gelişme arayışı gereksinimi (içsel-kişilerarası gereksinimler): Kendini gerçekleştirme

Bu hiyerarşiye göre en temel insan gereksinimi, fizyolojik gereksinimlerdir ve psikolojik gereksinimlerden önce gelir. Bu nedenle fizyolojik gereksinimler karşılandıktan sonra psikolojik gereksinimlere sıra gelir. Gereksinimler karşılanmazsa bireyde strese neden olur (67, 71).

2.8. İBM'NİN T1DM'Lİ ADÖLESANLARA UYGULANMASI

2.8.1.T1DM'li Adölesanları Güçlendirmede Kişilerarası Bakım İlişkisinin Kurulması

Watson, birey ve hemşire arasındaki ilişkinin doğal, samimi, güvenilir ve sevgi dolu otantik bir ilişki olması gerektiğini belirtmektedir. T1DM'li adölesanlarla kişiler arası bakım ilişkisinin kurulabilmesi için, yapılacak tüm görüşmelerde samimi, içten, duyarlı ve empatik bir yaklaşım kullanılmalıdır. T1DM'li adölesanlarla ilk görüşmede, onların yaşadıklarını anlayabilmek için onlarla görüşüldüğü ve onlarla birlikte bulunduğu açıklanmalıdır. Böylece insancılık-adanmışlık, duyarlılık ve yardım-güven iyileştirici süreçleri kullanılabilir.

Kişilerarası bakım ilişkisinin üç boyutu vardır. Bunlar; benlik, varoluşsal alan ve öznelerarasılıktır. T1DM'li adölesanlarla kişilerarası bakım ilişkisinin kurulabilmesi için öncelikle bireyin benliğine özgü düşünceleri, duyguları, idealleri, yetenekleri tanımak ve varoluşsal alanına girmek önemlidir. Bireylerin benlik ve varoluşsal alanlarına girmek için gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması gerekir. Belirlenen gereksinimler Watson'a göre alt düzey ve üst düzey gereksinimler olarak

sınıflandırılarak öncelik sırasına göre karşılanabilir. T1DM’li adölesanların gereksinimlerinin belirlenmesi insancılık-adanmışlık, inanç-umut, duyarlılık, yardım-güven ilişkisi, öğrenme-öğretme, problem çözme, iyileşme çevresi oluşturma, gereksinimlere yardım süreçlerinin kullanılmasına yardımcı olacaktır.

2.8.2. T1DM’li Adölesanların Gereksinimleri

1. T1DM’li Adölesanların Alt Düzey Gereksinimleri

1.1. Biyofiziksel Gereksinimler (Yaşamsal gereksinimler)

Watson’a göre insanların yeme-içme, boşaltım, solunum gibi biyofiziksel gereksinimleri vardır.

1.1.1. Yeme-içme

Adölesanların diyabet tedavisi ve kontrolünde, tıbbi beslenme, ilaç tedavisi, kan glukoz düzeyinin günlük ve uzun süreli izlemi gereklidir (4,83-85)

T1DM’li adölesanların kan glukoz seviyesini normal sınırlarda tutmak, optimal büyüme ve gelişmeyi sağlamak, ideal vücut ağırlığını korumak, akut/kronik komplikasyonları önlemek için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir (4,83-85). T1DM’de yeterli insülin üretilmemesi ya da eksikliği söz konusu olduğu için adölesanların aldıkları besine, aktivitelerine ve yaşına uygun olarak insülin tedavisi almaları ve duruma göre insülin dozlarının düzenlenmesi gerekir. Bu düzenlemeyi yapabilmek için kan glukoz düzeyinin günlük ve uzun süreli (HbA1c) izlemi önemlidir (4,83-85).

1.1.2. Boşaltım

T1DM’li adölesanlarda metabolik kontrol kötü olduğunda hiperglisemi ve ketoasidoz gelişerek idrarda keton atılmaya başlar. Bu nedenle T1DM’li adölesanların idrarda keton bakma becerisi kazanma gereksinimleri vardır (4,83-85).

1.1.3. Solunum

T1DM’li adölesanların metabolik kontrolleri kötü olduğunda ketoasidozu Kusmaull solunumla regüle etmeye çalışır. Ağızda aseton kokusu vardır. Adölesanların bu bulguyu bilmeleri gereklidir (4,83-85). Ayrıca metabolik kontrolün kötü olmasında stres, hastalık yönetimi ve psikososyal alanda yaşadıkları sorunlar etkili olmaktadır (17, 19, 55, 115, 118) Stresle baş etmesinde derin soluk-alıp verme egzersizleri öğretilir.

1.2. Psikofiziksel Gereksinimler

Watson'a göre insanların aktivite/hareketsizlik, cinsellik gibi psikofiziksel gereksinimleri bulunmaktadır.

1.2.1.Aktivite: Aktivite ve egzersiz, T1DM'li adölesanlarda glikozun ve insülinin daha iyi kullanılmasını ve etkili olmasını, kalp-damar hastalıklarının önlenmesini, stresle etkili baş etmeyi ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar. Aynı zamanda insülin dozları ve beslenme şekli düzenlenirken de, aktivite ve egzersiz durumu dikkate alınmalıdır. Aksi takdirde adölesanda hipo/hiperglisemi gibi komplikasyonlar gelişebilir (4,83-85).

1.2.2.Cinsellik

T1DM'li adölesanlarda puberte ile beraber vücudun insülin ve enerji gereksinimi artmakta, kan glikoz düzeyi değişmektedir (83-90). Bu nedenle adölesan dönemde tıbbi beslenme ve insülin tedavisi yeniden düzenlenmeli, günlük kan glikoz düzeyi izlemleri yapılmalıdır. T1DM'de uzun süre metabolik kontrolün kötü olması pubertenin gecikmesine, fiziksel gelişmenin olumsuz etkilenmesine neden olabilir (87-90). Bu nedenle T1DM'li adölesanlarda vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) gibi parametrelerin değerlendirilmesi gerekmektedir (87-90).

2. T1DM'li Adölesanların Üst Düzey Gereksinimleri

2.1.Psikososyal (Bütünleyici) Gereksinimler: Başarı, ait olma gereksinimleridir.

2.1.1. Ait olma

Adölesan dönemde gençlerin, bir grubun üyesi olma, bir grupla özdeşleşme, düşünce ve duygularını arkadaşlarıyla paylaşma ve grup içinde bağımsız davranabilme gibi gereksinimleri vardır (91). Bu nedenle adölesan dönemde arkadaşlarla kurulan olumlu ilişkiler önemli bir destek kaynağıdır. T1DM'li adölesanların diyabet yönetiminde ve metabolik kontrolün başarısında da okul ve arkadaş desteğinin etkili olduğu bildirilmiştir (5, 16, 92-94).

Hastalıkla ilgili tedavinin desteklenmesinde aile önemlidir. Yapılan çalışmalarda aile desteğinin yüksek olmasının metabolik kontrolü ve uyumu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (103-108). Bu nedenle T1DM'nin yönetiminde adölesanların başarılı olabilmeleri için arkadaşlarından farklı görünmek istememe, akranları tarafından kabul edilme ve sağlıklı ilişkiler kurabilme, ailede, okulda kabul edilme ve destek görme, farklı sosyal ortamlarda bulunma gibi ihtiyaçları vardır.

2.1.2. Başarı

T1DM’li adölesanların akranları gibi okula devam etme ve okulda başarılı olma gereksinimleri vardır.T1DM’li adölesanlar hastalık nedeniyle okula ara vermek ve devamsızlık yapmak zorunda kalmaktadır. Yapılan çalışmalarda T1DM’li adölesanların sağlıklı akranları ve kardeşlerine göre hastalık nedeniyle okulda daha fazla devamsızlık yaptıkları, okul başarılarının olumsuz etkilendiği ve okula ara vermek zorunda kaldıkları belirlenmiştir (20-24). Bu durum onların okul başarısını da olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalık yönetimi, problem çözme ve stresle baş etme becerilerinin öğretilmesi adölesanların ait olma ve başarıya ilişkin sorunlarıyla baş edebilmesinde yardımcı olabilir.

2.2. Gelişim Arama Gereksinimi: Kendini gerçekleştirir.

2.2.1. Kendini Gerçekleştirme

T1DM’li adölesanların kendilerini gerçekleştirebilmeleri için hastalık yönetiminde başarılı olmaya gereksinimleri vardır. Adölesan dönemde psikolojik ve sosyal sorunlar nedeniyle diyabet bakımına ilgi azalmakta, metabolik kontrol daha kötü seyretmekte ve diyabete uyum sorunları daha fazla yaşanmaktadır (4, 35, 115, 118-122). Diyabetin etkili yönetimi; sadece diyabete ilişkin bilgi ve teknik beceriyi değil, aynı zamanda diyabetin yönetimi ile ilgili stresörlerle etkili baş etme ve problem çözme becerilerine sahip olmayı da gerektirmektedir (150, 152). T1DM’li adölesanların hastalık ve yönetimi konusunda genellikle etkili baş edememeleri stres yaşamalarına, yaşam kaliteleri, metabolik kontrolleri ve diyabet öz yönetimlerinin olumsuz olarak etkilenmesine neden olmaktadır (31, 36, 38-42, 55, 133-136). Bunlara ek olarak diyabetli adölesanlarda depresyon, anksiyete, agresyon, hiperaktivite, yeme bozuklukları gibi psikiyatrik ve davranışsal sorunlar sıklıkla görülmektedir (123-127). Bu nedenle T1DM’li adölesanların hastalık yönetimini başarabilmek için stresle baş etme ve problem çözme becerisi kazanmaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda stresle baş etme ve problem çözme becerileri gelişmiş olan adölesanların, metabolik kontrollerinin daha iyi olduğu, metabolik kontrolleri iyi olanların da hastalık yönetiminde başarılı oldukları belirlenmiştir (31, 36, 38).

2.8.3. T1DM’li Adölesanları Güçlendirmede İyileştirici Süreçlerin Kullanımı

T1DM’li adölesanların gereksinimleri göz önünde bulundurulduğunda; adölesan dönem özellikleri doğrultusunda hastalık yönetimi konularının ele alınması gerekmektedir.

ADA'ya göre diyabet yönetim eğitimi diyabet bilgisi ve öz bakım davranışlarını arttırırken, HbA1c değerinde de düşmeye neden olmaktadır (4). Yapılan çalışmalarda adölesanlarda diyabet eğitim programlarının akut komplikasyonlara bağlı hastaneye başvuru sayısında ve HbA1c düzeylerinde de azalma sağladığı, metabolik kontrol üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (207-209).

İBM'ye göre T1DM'li adölesanlara hastalık yönetimi, stresle başetme ve problem çözme eğitimi öğretmede öğrenme ve öğretme iyileştirici süreci kullanılabilir. T1DM'li adölesanlarda hastalık ve yönetimini ele almak (hastalık, tıbbi beslenme ve insülin tedavisi, egzersiz, komplikasyonlar) adölesanların hastalıkları ile ilgili bilgi gereksinimlerini karşılayacağı gibi, problem çözme becerilerini de arttıracaktır. Ayrıca adölesanların hastalık yönetimi konusunda bilgi edinmeleri ve bu bilgileri uygulamaları ile kendilerine olan inanç ve güvenleri artabilir, geleceğe umutla bakabilirler ve kendilerindeki gücün farkına varabilirler. Bu şekilde adölesanların bağımsız olma/otonomi kazanma gereksinimleri de giderilebilir. Kendi bağımsızlığını ve otonomisini kazanan adölesanlar hastalık yönetimini başarıyla sağlıklı ilişkiler kurabilir, farklı ortamlarda bulunabilir, aile ve okul hayatında kabul görebilirler. Ayrıca T1DM'li adölesanların gereksinimlerini ele almak onlara karşı duyarlı olduğunu hissettirerek, adölesanlarla yardım-güven ilişkisinin kurulmasına, kişilerarası bakım ilişkisinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

T1DM'li adölesanların gereksinimlerinin karşılanmasında ele alınması gereken konulardan biri kendini tanımadır. Kendini tanıma ve boyutlarının ele alınması bireyin üst bilinçlilik (farkındalık) geliştirerek güçlenmesinde ilk adımdır. Öğrenme ve öğretme sürecini kullanarak T1DM'li adölesanlara kendini tanımayı öğretmek hastalık yönetiminde adölesanın kendi sınırlarını, güçlü/zayıf ve gelişmeye açık yönlerini fark etmesini, olumsuz yönleriyle yüzleşmesini, duygularını tanımasını ve davranışlarının anlamını fark etmesini sağlayabilir (210). Bu şekilde kendini tanıyan adölesan hastalığa ilişkin yaşadığı sorunlarla daha iyi başa çıkabilir ve sorunlarını çözebilir. Bu şekilde adölesanın olumlu/olumsuz duygu ve hislerinin ifadesi sağlandığı gibi kendi gücünün farkına vararak kendini gerçekleştirme ve hastalık yönetimini başarması da sağlanabilir.

T1DM'li adölesanların gereksinimlerinin karşılanmasında önemli olan bir diğer konu stresle baş etme ve problem çözmedir. İBM'ye göre öğrenme ve öğretme iyileştirici süreci doğrultusunda stresle başetmeyi ve problem çözme eğitimi öğretmek, adölesanların

hastalık yönetimiyle ilgili yaşadığı sorunlarda farklı çözüm yolları bulmalarına yardımcı olabilir. Bu süreci kullanmak T1DM’li adölesanlarda problem çözme, öğrenme-öğretme, iyileştirme çevresi oluşturma, gereksinimlere yardım ve güçlere olanak sağlama iyileştirici süreçlerinin kullanılmasını da sağlayacaktır. Ayrıca stresle baş etmede egzersiz, sağlıklı beslenme, masaj, solunum, progresif gevşeme egzersizlerini, müzik dinleme ve dans etmenin önemini, olumlu düşünme, duygu, düşüncelerini farketme ve yönetmeyi öğretmek iyileştirici yöntemler göz önünde bulundurulduğunda birçok iyileştirici yöntemin kullanılmasını sağlayacaktır. T1DM’li adölesanlar hastalık yönetimi ve psikososyal alanlarda yaşadıkları sorunları çözmede etkili baş etme yöntemlerini kullanarak sorunlarını çözdükçe kendilerine güvenleri ve geleceğe ilişkin umutları artacaktır.

2.8.4. İyileştirici Yöntem Olarak Yaratıcı Dramanın Kullanılması

Yaratıcı drama, İBM’deki birçok İS’nin ve iyileştirici yöntemin kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Öncelikle yaratıcı drama grup şeklinde yapılan etkinlik olduğundan akran etkileşiminin önemli olduğu adölesan dönemde T1DM’li adölesanlar için iyileştirici çevre (İS8) oluşturulmasını sağlar (51, 52). Yaratıcı dramada katılımcılar canlandırma ve değerlendirme aşamalarında yapılan ekinliklerle olayları değerlendirebilmeyi öğrenir ve problem çözme becerileri kazanır (51, 52, 202-204). Dramadaki bu etkinlikler adölesanlar için problem çözme, öğretme- öğrenme ve güçlere olanak sağlama süreçlerinin kullanılmasını sağlar. Yaratıcı dramada katılımcılar canlandırmalar ve değerlendirmeler sırasında hem kendileri aktif rol almakta hem de izleyici olmaktadır (51, 52). Bunlar, adölesanlara farklı olay, olgu ve durumlarla ilgili deneyim kazandırabilmekte, kendi duygu ve düşüncelerinin farkına varmalarına, kendilerini daha rahat ifade edebilmelerine, tanımlarına, güvenmelerine ve empati yapabilmelerine destek vermektedir. Ayrıca diğer insanlar ve olaylar hakkında gözlemlerini, iletişim becerilerini geliştirmelerine ve dinleme becerisi kazanabilmelerine yardımcı olmaktadır. Bunların hepsi adölesanların yaparak, yaşayarak, aktif öğrenmelerini sağlayabilmektedir (51, 52, 202-206). Adölesanların bu kazanımları iyileştirici süreçlerden 3.,4., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. süreçlerin uygulanmasına katkı vermektedir. Dramanın ısınma, canlandırma ve değerlendirme aşamalarında etkinliklerin ve tüm oturumun değerlendirilmeleri yapılmaktadır. Katılımcılara etkinlikler sonrasında “Siz olsanız ne yapardınız? Ne düşündük? Ne hissettik?” gibi

sorular sorularak değerlendirmeler yapmaları beklenmektedir (51, 52). Bu yönüyle yaratıcı drama T1DM’li adölesanların benlik ve varoluşsal alanlarına girmeye fırsat vermektedir. Ayrıca bu sorularla birlikte hemşire ve T1DM’li adölesanlar arasındaki iletişim ve etkileşime (öznelarasılık) de katkı vermektedir.

İBM’de iyileştirici süreçlerde bazı iyileştirici yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Yaratıcı dramada etkinliklerde nefes egzersizleri, progresif gevşeme egzersizleri, hayal etme, müzik, dans, ritim çalışmaları, bedensel ve dokunsal etkinlikler, rol oynama, doğaçlama, resim gibi sanatsal çalışmalar kullanılmaktadır (51, 52, 202-206). Bu etkinlikler İBM’deki işitsel, görsel, solunum, dokunsal, zihinsel-bilişsel, kinestetik, fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma iyileştirici yöntemleri ile örtüşmektedir.

İBM’de birey ve hemşire arasındaki ilişkinin otantik bir ilişki olması gerektiğini vurgulamaktadır. Otantik ilişkiyi doğal, samimi, güvenilir ve sevgi dolu bir ilişki olarak tanımlamaktadır (48-50). Yaratıcı dramada lider demokratik, insana saygılı ve insana değer veren, her katılımcının duygularının, düşüncelerinin önemli olduğunu kabul eden, güven veren, doğal, iyi bir dinleyici olabilen, sempatik, etik, empatik davranabilen, samimi, drama mekanını katılımcılara göre düzenleyebilen özelliklere sahip olması gereklidir (51, 52). Bu yönüyle yaratıcı drama İBM’deki otantik ilişkinin kurulması için uygun bir yöntemdir. Ayrıca yaratıcı drama oturumlarının yapıldığı mekanın drama etkinliği yapacak grubun rahat hareket edebilecekleri bir yer olmalıdır. Her türlü eyleme, olası gürültü unsurlarına uygun ses yalıtımına sahip olmalıdır. Ayrıca oda ısısı ve ışığı çalışma yapmaya ve gerekli olduğunda sergileme yapmaya uygun olmalıdır (51, 52). Bu yönüyle de drama İBM’de iyileştirici fiziksel çevrenin oluşturulmasına katkı vermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA ŞEKLİ

Bu araştırma, İBM'ye göre yaratıcı drama ile verilen problem çözme ve stresle baş etme eğitiminin T1DM'li adölesanların güçlendirilmesine etkisini belirlemek amacıyla; karma (mix) desende, randomize kontrollü deneysel ve fenomenolojik araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi bir bölge hastanesi olup; Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Maraş, Yozgat gibi çevre illerden gelen hastalara da hizmet vermektedir. Çocuk Endokrinoloji polikliniğinde 1 öğretim üyesi hekim, 1 uzman hekim, 2 asistan ve 2 intern doktor, iki hemşire çalışmaktadır. Hemşireler çocukların boy ve ağırlık izlemine yapmakta, tanı testlerine yardımcı olmakta, çocuk ve ailelere T1DM yönetimine ilişkin eğitim vermektedirler. Poliklinikte 8.00- 17.00 saatleri arasında 0-18 yaş grubu çocuklara hizmet verilmektedir. İzlemde olan hastalar durumlarına göre, ayda veya 3 ayda bir kontrollere çağrılmaktadır. DM'li çocukların (ortalama 15-20) pazartesi öğlene kadar muayeneleri yapılmakta gerekli tetkikler istenmekte, öğleden sonra 1 öğretim üyesi hekim, 1 hemşire ve 1 diyetisyenden oluşan ekip tarafından sonuçlar değerlendirilerek gerekli önerilerde bulunmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ:

3.3.1. Araştırmanın Evreni

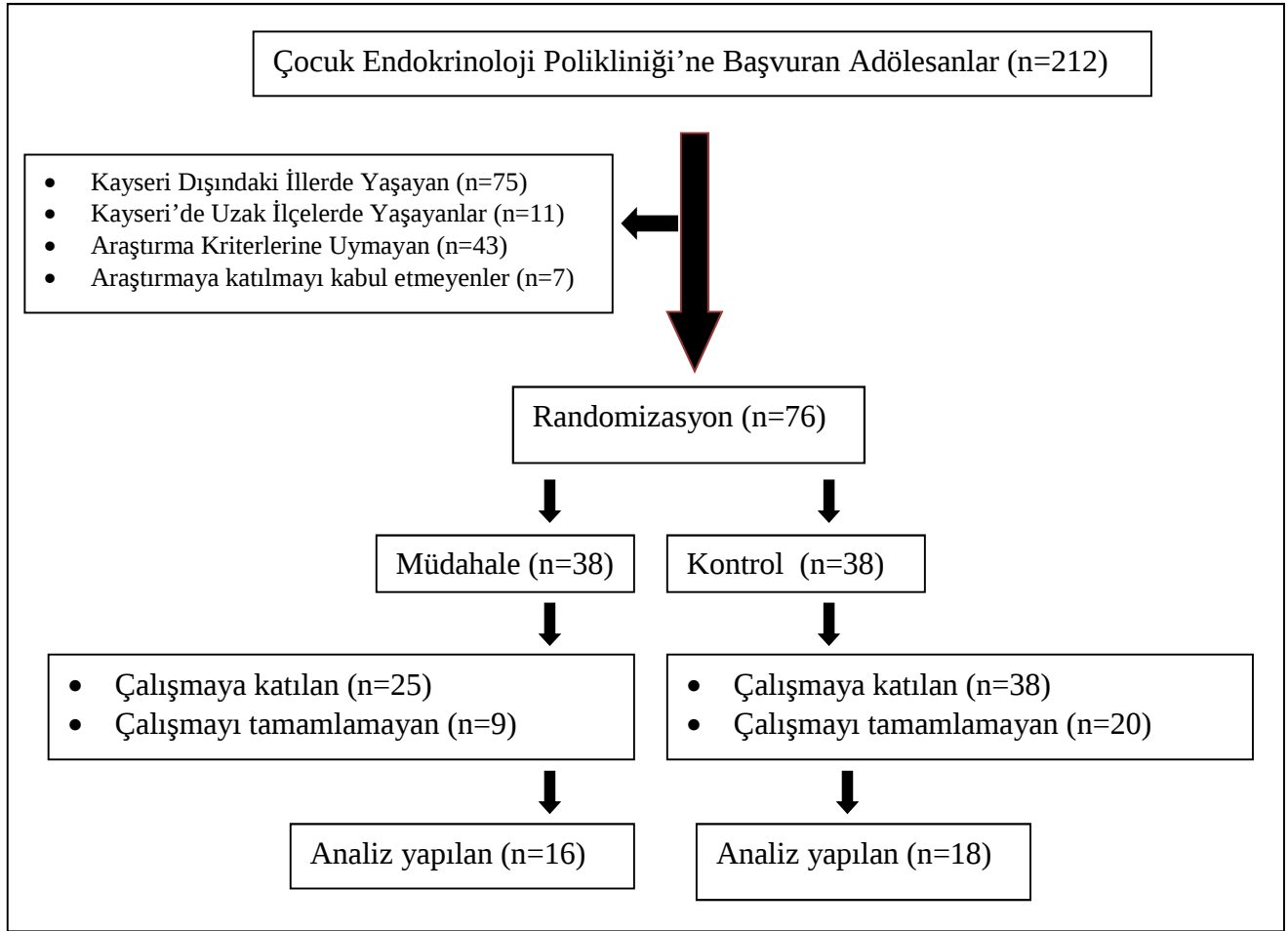
Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde T1DM tanısı almış Kayseri'de yaşayan 13-17 yaş arası adölesanlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Poliklinikte 2015 yılının ilk 6 ayında 212 T1DM'li adölesan izlenmiştir. Bu adölesanların 137'si Kayseri'de yaşamaktadır.

137 T1DM'li adölesanın 43'ü araştırma kriterlerine uymadığı, 11'i uzak ilçelerde yaşadığı için araştırma kriterlerine uyan 13-17 yaş grubu 83 T1DM'li adölesan araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3.2.Araştırmanın Örnekleme

Araştırma örneklem hacmini hesaplanmak için, “Problem Çözme Envanteri” alt boyutunda toplam puanların istatistiksel güç (pre-power) analizi yapılmıştır. $\alpha = 0.05$, güç %90 olarak hesaplanan analizde, örneklem hacmi çalışma (n=30) ve kontrol grubu (n=30) için 60 kişi olarak hesaplanmıştır. Yaş, cinsiyet, öğrenim, aile tipi ve sayılarına göre eşleştirilen adölesanlar randomize olarak çalışma (n=35) ve kontrol (n=35) gruplarına alınması planlanmıştır. Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'ne düzenli izleme gelen 13-17 yaş arasındaki T1DM'li adölesanlardan basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş 38 adölesan, müdahale grubuna alınmıştır. Eğitimin ilk oturumuna 25 adölesan katılmıştır. 2. oturuma 2 adölesan işe başlayacağı, 3. oturuma 1 adölesan kuzenleri ile vakit geçirmek istediğini belirterek, 2 adölesan bir neden belirtmeyerek, 5. oturuma 1 kişi neden belirtmeyerek, 1 kişi kendini iyi hissetmediği, 6. oturuma 1 adölesan neden belirtmeyerek, 1 adölesan da İngilizce kursuna katılacağını belirterek katılmamış ve müdahale grubu 16 kişi ile tamamlanabilmiştir. Kontrol grubuna çalışmayı katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 38 kişi alınmıştır. Ancak izlemlerde kontrol grubundaki 20 adölesan çalışmaya katılmak istemediğinden çalışmadan çıkarılmıştır. Araştırma müdahale grubu 16, kontrol grubu 18 kişi olmak üzere toplam 34 kişi ile tamamlanmıştır.

Örneklem Şeması



3.3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Eşleştirme Kriterleri

A. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya onam veren,
- Yaşları 13-17 arasında,
- En az bir yıl öncesinde T1DM tanısı alan,
- Dörtlü insülin tedavisi alan,
- Polikliniğe düzenli kontrole gelen,
- DM dışında kronik bir hastalığı, fiziksel ve zihinsel gelişim bozukluğu olmayan adölesanlar araştırma kapsamına alınmıştır.

B. Eşleştirme Kriterleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu

- Aile tipi
- Müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların sayıları

Eşleştirme kriterlerine ilişkin müdahale ve kontrol grubundaki adölesanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Çalışma Kapsamına Alınan Adölesanların Eşleştirme Kriterleri

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n ₁ =18)		Müdahale Grubu (n ₂ =16)		Test
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
13	3	16.7	3	18.7	$X^2=0.814$ $p=0.848$
14	4	22.2	4	25.0	
15	7	38.9	4	25.0	
16	4	22.2	5	31.3	
Cinsiyet					
Kadın	10	55.6	7	43.8	$X^2=0.472$ $p=0.366$
Erkek	8	44.4	9	56.2	
Öğrenim Durumu					
7. sınıf	1	5.6	2	12.5	$X^2=6.952$ $p=0.191$
8. sınıf	4	22.2	2	12.5	
9. sınıf	4	22.2	4	25.0	
10. sınıf	8	44.4	4	25.0	
11. sınıf	0	0.0	4	25.0	
Okulu Bırakan	1	5.6	0	0.0	
Aile Tipi					
Çekirdek	17	94.4	15	93.8	$X^2=0.007$ $p=0.932$
Geniş	1	5.6	1	6.2	
Toplam	18	100.0	16	100.0	

3.3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları;

- İlk olarak örneklemin küçük olması araştırma sınırlılığıdır.
- Çalışmada süre kısıtlılığı ve T1DM’li adölesanların katılımlarının az olması nedeniyle 8 oturumluk bir eğitim programı ve 6 aylık bir izlem programı uygulanmıştır. Davranış değiştirmede eğitime ilişkin sonuçları gözlemede 8 oturumluk bir eğitim programı ve 6 aylık bir izlem programı yeterli değildir. İzlem periyodu genişletilmelidir.
- T1DM’li adölesanların alt düzey gereksinimlerine (tıbbi beslenme, insülin tedavisi, egzersiz, kendi kendine izlem) ilişkin izlemlerde özelliklerinin simetrik dağılmaması

nedeniyle analiz yapılamamış olması çalışmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

- Ebeveynleri, arkadaşları ve öğretmenleri içermemektedir.
- Çalışmanın bulguları bu örnekleme özgüdür ve bu örneklem grubuna genellenebilir.

3.4.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Algılanan stres, problem çözme, umutsuzluk puanları ve HbA1c düzeyleri bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Yaratıcı drama yöntemi ile verilen stresle baş etme ve problem çözme eğitimi bağımsız değişkendir.

3.5.VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada, veri toplamak amacıyla aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

3.6.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

- Adölesan Tanıtım Formu
- Adölesan Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu
- Algılanan Stres Ölçeği
- Problem Çözme Envanteri
- Beck Umutsuzluk Ölçeği
- Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu
- Yaratıcı drama oturumları sonrasında da oturumların görüntülerinin dökümleri

3.6.1.Adölesan Tanıtım Formu(ATF) (Ek-1)

Bu form; T1DM’li çocukların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık öykülerine ilişkin 41 sorudan oluşmaktadır (4, 87-89, 143, 144).

3.6.2. Adölesan Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu (ABDGF)(Ek-2)

Hastalık ve hastalık yönetimine ilişkin adölesanların (örnekleme dahil olmayan) yaşadıkları güçlükleri belirleyerek eğitim içeriğini oluşturmak için yarı-yapılandırılmış sorulardan oluşan formdur. Veriler bireysel derinlemesine görüşme yoluyla elde edilmiştir.

3.6.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)(Ek-3)

Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Algılanan Stres Ölçeği”nin (ASÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yerlikaya ve İnanç tarafından, Türkçe’ye uyarlanması ise Eskin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte yer alan sorular katılımcıların son 1 aylık duygu durumundaki değişimi değerlendirmeye yöneliktir. Ölçek 5’li likert tipindedir (0: Hiç, 1: Neredeyse Hiç, 2: Bazen, 3: Sıkça, 4: Çok sık). Ölçeğin 4, 10 ve 14 maddelik üç formu bulunmaktadır. Bu çalışmada 10 maddelik form kullanılmış, bu formunda alınacak toplam puan 0-40 arasındadır. Toplam puanın yüksek olması stresin yüksek olduğunu göstermektedir. Eskin ve arkadaşlarının çalışmasında ölçeğin özyeterlilik ve stress/rahatsızlık algısı olmak üzere iki faktörden oluştuğu belirtilmektedir. Ölçeğin içtutarlılık boyutunda cronbach alpha katsayısı Yerlikaya ve İnanç’ın çalışmasında 0.84, Eskin ve arkadaşlarının çalışmasında, 10 maddelik formun 0.88 olduğu belirlenmiştir (211, 212). Bu araştırmada ise cronbach alpha değerleri kontrol grubunda 0.74, müdahale grubunda 0.81 olarak saptanmıştır.

3.6.4. Problem Çözme Envanteri (PÇE)(Ek-4)

Problem Çözme Envanteri (PÇE), Heppner ve Petersen tarafından geliştirilmiş, Türkçe’ye uyarlanması Şahin ve Heppner tarafından yapılmıştır. PÇE, bireylerin problem çözme becerilerine ilişkin kendi algılarını değerlendirmek için tasarlanmış, 35 maddeden oluşan 6’lı likert tipi bir ölçektir. Ölçekte 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışında bırakılmakta ve 32 madde üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Ayrıca 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler de tersçevirilerek kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan 192’dir. Ölçekten alınan düşük puan, problem çözmedeki etkililiği; yüksek puan ise problem karşısında etkili çözümler üretememeyi ifade etmektedir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerisi konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını göstermektedir. Ölçek, üç faktörden (problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol) oluşmaktadır. Ölçekte; 5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34 ve 35’inci maddeler problem çözme yeteneğine güven, 1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30 ve 31’inci maddeler yaklaşma-kaçınma, 3, 14, 25, 26 ve 32’inci maddeler ise kişisel kontrol alt boyutunu ölçmek üzere düzenlenmiştir (213, 214). Bu araştırmada da cronbach alpha değerleri kontrol grubunda 0.76, müdahale grubunda 0.88 olarak belirlenmiştir.

3.6.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği(BUÖ)(Ek-5)

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Seber tarafından yapılmıştır. BUÖ ile bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesi değerlendirilmektedir. Ölçek, 20 maddedir ve sorular doğru–yanlış şeklinde yanıtlanmaktadır. Sorulardan 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. maddelere yanlış yanıtı için 0 puan, 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. maddelere ise doğru yanıtı için 1 puan verilmektedir. Ölçekten alınan puan 0-20 arasında değişmektedir. Ölçek gelecek ile ilgili duygular beklentiler (1, 6, 13, 15, 19. maddeler), motivasyon kaybı (2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20. maddeler) ve umut (4, 7, 8, 14, 18. maddeler) olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Alınan puanlar yükseldikçe bireyin umutsuzluk düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin cronbach alpha değerleri Seber'in çalışmasında 0.86, Durak'ın çalışmasında 0.85 olarak belirlenmiştir (215, 216).Bu araştırmada ise cronbach alpha değerleri kontrol grubunda 0.74, müdahale grubunda 0.80 olarak hesaplanmıştır.

3.6.6.Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu (FSDF) (Ek-6)

Araştırma kapsamına alınan T1DM'li adölesanların fizyolojik sonuçlarını değerlendirmek için literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (4, 83-90, 217, 218). Hastaların HbA1C, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerlendirilmiştir. HbA1c değerlendirmeleri ADA 2016 Standartları çerçevesinde yapılmıştır (4). Hastaların HbA1c testleri, Erciyes Üniversitesi Biyokimya Laboratuvarlarında yapılmıştır. Boy ve vücut ağırlığı ölçümleri çocuk endokrin polikliniğinin ölçüm aracı ile yapılmıştır. Boy, vücut ağırlığı, BKİ persentilleri Neyzi ve arkadaşlarının referans değerlerine göre değerlendirilmiştir (217, 218).

3.6.7. Eğitim planı

Araştırmacı tarafından, çalışma öncesi 10 T1DM'li adölesan ile yarı yapılandırılmış form kullanılarak yapılan bireysel derinlemesine görüşmeler, anket ve ölçekler sonucunda eğitimin içinde yer alması gereken konular belirlenmiştir. Yaratıcı drama oturumları toplam sekiz oturumdan oluşmaktadır (Tablo 3.3). Eğitim oturumları ısınma-hazırlık, canlandırma ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Oturumların canlandırma aşamalarında Cook ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çövenler tarafından yapılan “Adölesanlar İçin Diyabet Sorun Çözme

Ölçeği”ndeki problem durumlardan yararlanılmıştır (66, 219). Ölçeğin kullanımı konusunda Cook ve Çövenner’den izin alınmıştır (Ek-7, Ek-8).

3.6.8.Eğitim Rehberi

Araştırmacı tarafından, çalışma öncesi 10 T1DM’li adölesan ile yapılandırılmış form kullanılarak yapılan bireysel derinlemesine görüşmeler, anket ve ölçekler sonucunda eğitimin içinde yer alması gereken konular belirlenmiştir. Eğitim planı T1DM’li adölesanların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Eğitim planı hazırlandıktan sonra Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı’ndan 2 öğretim üyesi, Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı’ndan 1 öğretim üyesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’ndan 1 öğretim üyesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’ndan 2 öğretim üyesi, yaratıcı drama alanında eğitici lider olan 1 öğretim üyesi, 1 öğretim görevlisi ve 2 uzman kişiden uzman görüşleri alınmıştır. Öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak eğitim içeriği düzenlenmiştir(Ek-9).

Eğitim içeriğinde;

- Stres Tanımı
- T1DM’li Adölesanlarda Görülen Stres Yaşantısının Nedenleri
- T1DM’li Adölesanların Stres Yaşantısının Sonuçları
- Stres Yaşantısına Verilen Tepkiler
- Stresle Baş Etme
- Stresle Baş Etmede Kullanılabilecek Etkili Yöntemler
- Problem Çözme ve Basamakları
- T1DM’li Adölesanların Karşılaştıkları Bazı Problem Durumlar ve Çözüm Önerileri yer almıştır.

T1DM’li adölesanların yaşadıkları problemler ve çözüm önerilerinde Çocuk Endokrin Polikliniği’nde kullanılan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimci Rehberi” temel kaynak olarak kullanılmıştır (220). Bu bölümde özellikle yaratıcı drama oturumlarında kullanılan öykülerde kullanılan problemlere ilişkin çözüm önerileri yer almıştır. Bu problemler;

- Tip 1 diyabetli adölesanlarda olması istenilen kan glukoz ve HbA1c düzeyleri
- Hızlı etkili insülinleri yaparken (humalog, novorapid, apidra) dikkat edilecek noktalar

- Hipoglisemiye müdahale etme
- Hiperglisemiye müdahale etme
- Bir hafta boyunca her sabah kan glukoz değeri hipoglisemik olduğunda uygulanabilecek farklı çözüm yolları
- Bir hafta boyunca her sabah kan glukoz değeri hiperglisemik olduğunda uygulanabilecek farklı çözüm yolları
- Arkadaşları ile dışarı çıktığında yemek yerken izlenebilecek farklı çözüm yolları
- Arkadaşları ile doğum günü partisine gidildiğinde izlenebilecek farklı çözüm yolları
- Enfeksiyon durumunda yapılabilecek uygulamalar
- İshal durumunda yapılabilecek uygulamalar
- Yıl sonu okul gezisine giderken izlenebilecek farklı çözüm yolları
- Beden eğitimi dersinde yapılabilecek uygulamalar
- Egzersiz yaparken dikkate alınması gereken noktalar
- Yaz aylarında sıcak çarpması durumunda yapılabilecek uygulamalar
- Keton ölçümü yaparken dikkate alınması gereken noktalardır. Yaratıcı drama ile yapılan eğitim sonrasında, rehber adölesanlara verilmiştir (Ek-10).

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

3.7.1. Ön uygulama

Araştırma öncesinde kurumlardan ve etik kuruldan gerekli izinler alındıktan sonra soruların anlaşılabilirliği ve formların doldurulması için gereken sürenin belirlenmesi için form ve ölçekler aynı yaşlarda T1DM'li 10adölesana(örnekleme dahil olmayan) uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası formlarda gerekli düzenlemeler yapılarak sorulara son şekli verilmiştir. Ayrıca bu 10 adölesanla T1DM'li adölesanların İBM çerçevesinde alt ve üst düzey eğitim gereksinimlerini saptamak için yarı-yapılandırılmış ABDGFkullanılarak bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşmeler izinalınarak ses-kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşmelerin bitiminde veriler çözümlenerek içerik analizi yapılmıştır. Görüşmelerin sonucunda T1DM'li adölesanların bilgi gereksinimleri saptanarak yaratıcı dramayla verilecek eğitimin içeriği ve eğitim rehberi oluşturulmuştur.

3.7.2.Uygulama Süreci

Araştırmanın uygulanmasında aşağıdaki sıra izlenmiştir.

3.7.2.1. İlk İzlem Aşaması

Bu aşamada müdahale ve kontrol gruplarına ‘ATF’, ‘ASÖ’, ‘PÇE’, ‘BUÖ’, ‘FSDF’ uygulanarak veriler toplanmıştır.

3.7.2.2. Yaratıcı Drama ile Eğitim

T1DM’li adölesanların eğitimi, Erciyes Üniversitesi Fevzi Mercan Mustafa Eraslan Çocuk Hastanesi’nin Dönem V dersliğinde yapılmıştır. Salon, yaratıcı drama oturumlarındaki etkinliklerinde kullanılan işitsel, görsel materyallerin kullanımına (CD çalar, ses sistemi, tahta, tahta kalemi vs) uygun cihaz ve aydınlatma olanaklarına sahiptir. Yaratıcı drama ısınma/hazırlık, canlandırma ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Salon, bu aşamalarda kullanılan etkinliklerin yapılmasına uygun özelliklere sahiptir. Oturumlardan önce gruba ortam tanıtılmış ve uygun eğitim atmosferi oluşturulmaya çalışılmıştır. Yaratıcı drama ile eğitim haftada 2 oturum olmak üzere toplam 8 oturumda yapılmıştır. Oturumlar 13-14 yaş grubu adölesanlarla sabah, 15-16 yaş grubu adölesanlarla öğleden sonra yapılmıştır. Araştırmadan ayrılımlar olduğu için denek sayılarında azalma olmuştur. Yaratıcı drama oturumlarında 16-20 kişi olması önerildiğinden 5. oturumdan sonra oturumlar birleştirilmiştir. Oturum aralarında adölesanların fiziksel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için molalar verilmiş ve ara öğünlerini almaları sağlanmıştır. Eğitim programının son oturumunda adölesanlar görüşmeye devam etmek istediklerini belirterek WhatsApp üzerinden “Şekerler” grubunu oluşturmuşlardır. T1DM’li adölesanlar hala bu grup üzerinden yazışmalarına devam etmektedir. Ayrıca eğitimin son gününde adölesanlarla birlikte onların istedikleri, belirledikleri ve diyabetle ilişkisi olmayan bir sinema filmine gidilmiştir. Sinema filmi sonrasında birlikte öğle yemeği yenilmiştir. Yemek öncesi kan glukoz ölçümleri ve insulin uygulamaları yapılmıştır. Yemekte sosyal ortamda diyeteye uygun beslenmenin önemi ve nasıl besin seçimi yapılabileceği tartışılmıştır.

3.7.2.3. İkinci ve Üçüncü İzlem Aşaması

Müdahale ve kontrol gruplarına ön test tarihinden üç ve altı ay sonra veri toplama formları uygulanmıştır. Üçüncü izlemde sonra kontrol grubundaki adölesanlara da eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.7.3.Çalışmanın Kavramsal Boyutu

Araştırmanın teorik çerçevesi konusunda öncelikle Prof. Dr. Nurgün PLATİN'den danışmanlık alınmıştır. Prof. Dr. Jean Watson'ın davet edildiği bir tez izleme komitesinde araştırma görüşlerine sunulmuş ve danışmanlık alınmıştır.

İBM'de İS'i kullanırken insanların temel gereksinimlerini karşılamak önemlidir. Bu gereksinimleri Watson, Maslow'un gereksinimler hiyerarşisine benzer bir şekilde alt ve üst düzey gereksinimler olarak ikiye ayırmıştır. Araştırmada T1DM'li adölesanlarla ilgili literatür taranarak gereksinimleri belirlenmiş ve Watson'a göre sınıflandırılmıştır (4, 5, 9, 16, 17, 20-26, 33-37,43, 55, 83-115, 130-136,143-151, 153-158).

3.7.3.1.T1DM'li Adölesanların Gereksinimleri

T1DM'li Adölesanların Alt Düzey Gereksinimleri

1. Biyofiziksel Gereksinimler (Yaşamsal gereksinimler)

Watson'a göre insanların yeme-içme, boşaltım, solunum gibi biyofiziksel gereksinimleri vardır. T1DM'li adölesanların biyofiziksel gereksinimleri (4,83, 84);

- Yeme-içme (tıbbi beslenme tedavisi, insülin tedavisi, kan glukozunun günlük ve üç aylık izlemi)
- Boşaltım (keton bakma becerisi)
- Solunum (nefes egzersizleri)

2. Psikofiziksel Gereksinimler

Watson'a göre insanların aktivite/hareketsizlik, cinsellik gibi psikofiziksel gereksinimleri bulunmaktadır. T1DM'li adölesanların biyofiziksel gereksinimleri (4, 83-90);

- Aktivite
- Cinsellik (Vücut ağırlığı, Boy uzunluğu, Beden Kütle İndeksi)

T1DM'li Adölesanların Üst Düzey Gereksinimleri

1. Psikososyal (Bütünleyici) Gereksinimler

Başarı, ait olma gereksinimleridir (5, 16, 17, 33-37, 43, 55, 91-115, 118, 130-136, 143-151, 153-158).

- Başarı (stres yönetimi, problem çözme, umut geliştirme)
- Ait olma (T1DM olmayan arkadaşlar, T1DM'li arkadaşlar, aile)

2. Gelişim Arama Gereksinimi

Kendini gerçekleştirmedir (4, 17, 41, 42, 53, 55, 118, 130-136, 143, 144).

- Hastalık yönetimi

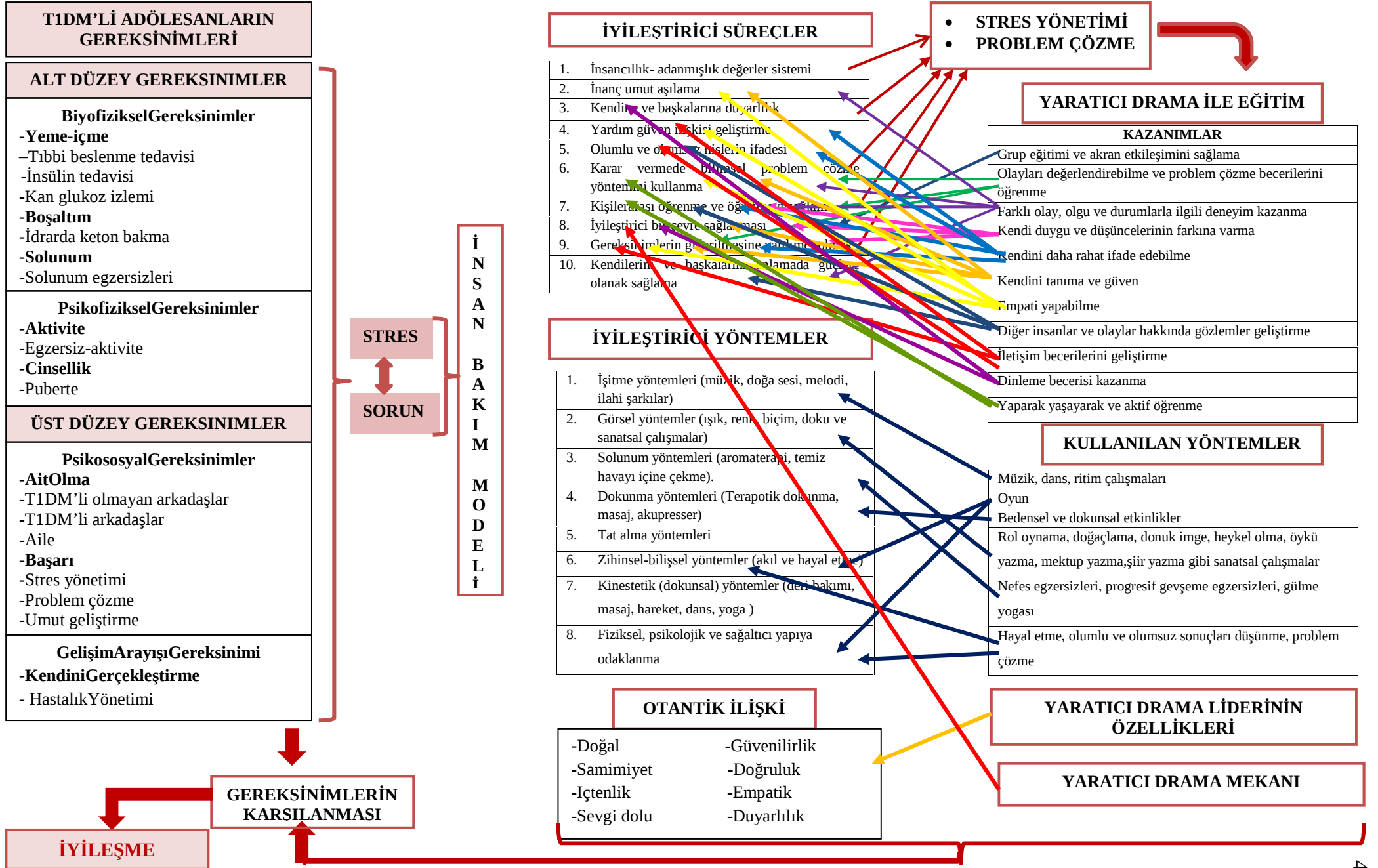
T1DM'li adölesanların gereksinimleri ve araştırmanın hipotezleri doğrultusunda İBM'de yer alan İS 2., 6., 7. ve 9. süreçlerin kullanılmasına karar verilmiştir (Tablo 3.2.). Bu süreçlerin uygulanmasında iyileştirici yöntem olarak yaratıcı dramının kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo3. 2. Araştırma Hipotezleri ve İyileştirici Süreçler

Amaç	İyileştirme süreçleri
Umut düzeylerini arttırmak	2. İnanç-umut aşılama
Problem çözme düzeylerini arttırmak	6. Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemini kullanma 7. Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama
Algılanan stres düzeylerini azaltmak	7. Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama 9. Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olmak
HbA1c değerlerinde azalma sağlamak	7. Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama 9. Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olmak

Eğitim programının yürütülmesi için, rehber niteliğinde bir yaratıcı drama eğitim içeriği oluşturulmuştur. Eğitim içeriğinde program 8 oturum olarak yürütülmüştür. Her bir oturuma farklı iyileştirici süreçler doğrultusunda yön verilmiştir. Eğitim oturumlarında farklı iyileştirici yöntemle kullanılmıştır. Eğitim oturumlarında kullanılan iyileştirici süreçler ve yöntemler aşağıdaki tabloda (Tablo 3.3) yer almaktadır.

Şekil 1. ÇALIŞMANIN KAVRAMSAL BOYUTU



Tablo 3.3.Eğitim Oturumları, Konular, İBM’ye Göre Kullanılan İyileştirici Süreçler ve Yöntemler

Eğitim oturumları	Konular	İyileştirici Süreçler	Kullanılan yöntemler
1. Oturum: Tanışma, İletişim ve Etkileşim Süre: 40dk+40 dk	$\sum$ Grup üyelerinin etkileşimlerinin sağlanması $\sum$ Grup kurallarının belirlenmesi	$\sum$ İnsancılık adanmışlık değerler sistemi (İS1) $\sum$ Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) $\sum$ İyileştirici bir çevre sağlanması (İS8) $\sum$ Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olma (İS9)	$\sum$ Müzik (İşitsel yöntem) $\sum$ Oyun (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Mekanı tanıma ve dokunma (Dokunsal yöntem) $\sum$ Rol oynama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Soru-cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma)
2. Oturum: Stres, nedenleri ve belirtileri Süre: 55dk+40dk	$\sum$ Stres kavramının tanımlanması $\sum$ Olumlu ve olumsuz stres kavramlarının tanımlanması $\sum$ Tip 1 Diyabetli adölesanlarda görülen stres yaşantısının nedenleri $\sum$ Stres yaşantısının fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal belirtileri	$\sum$ Kendine ve başkalarına duyarlı olma (İS3) $\sum$ Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) $\sum$ Olumlu ve olumsuz hislerin ifadesi (İS5) $\sum$ Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama (İS7) $\sum$ İyileştirici bir çevre sağlanması (İS8) $\sum$ Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olma (İS9)	$\sum$ Müzik (İşitsel yöntem) $\sum$ Oyun (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Renkli kartonlar, kağıtlar ve kalemlerle etkinlik yapma (Görsel yöntemler) $\sum$ Donuk imge (Görsel yöntem) $\sum$ Öykü yazma (Görsel yöntem) $\sum$ Rol oynama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Soru-cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma)
3. Oturum: Stresle Başetme (Etkili ve etkisiz yöntemler) Süre: 40 dk+50 dk	• Stresle başetme kavramı • Stresle başetme stratejisinin anlamı • Stresle etkili başetme stratejileri $\sum$ Stresle etkili olmayan başa çıkma stratejileri	$\sum$ Kendine ve başkalarına duyarlı olma (İS3) $\sum$ Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) $\sum$ Olumlu ve olumsuz hislerin ifadesi (İS5) $\sum$ Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemini kullanma (İS6) $\sum$ Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama (İS7) $\sum$ İyileştirici bir çevre sağlanması (İS8) $\sum$ Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olma (İS9)	$\sum$ Müzik (İşitsel yöntem) $\sum$ Oyun (Görsel yöntem) $\sum$ Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Heykel olma etkinliği (Görsel yöntemler) $\sum$ Olumlu-olumsuz sonuçları düşünme (Zihinsel-bilişsel yöntem) $\sum$ Rol oynama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Akrostik şiir yazma (Görsel yöntem)

Tablo 3.3.Eğitim Oturumları, Konular, İBM’ye Göre Kullanılan İyileştirici Süreçler ve Yöntemler

Eğitim oturumları	Konular	İyileştirici Süreçler	İyileştirici yöntemler
4. Oturum: Stresle etkili baş etmede bedene yönelik yöntemler Süre: 40 dk+50 dk	Σ Stresle baş etmede bedene yönelik yöntemler - Sağlıklı beslenme - Fiziksel egzersiz - Gevşeme egzersizleri - Müzik dinleme ve şarkı söyleme - Dans etme	Σ İnanç-umut aşılama (İS2) Σ Kendine ve başkalarına duyarlı olma (İS3) Σ Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) Σ Olumlu ve olumsuz hislerin ifadesi (İS5) Σ Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemini kullanma (İS6) Σ Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama (İS7) Σ İyileştirici bir çevre sağlanması (İS8) Σ Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olma (İS9)	Σ Müzik (İşitsel yöntem) Σ Egzersiz yaptırma (Kinestetik yöntem) Σ Masaj yapma (Kinestetik yöntem) Σ Oyun (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) Σ Ritim (Kinestetik yöntem) Σ Dans (Kinestetik yöntem) Σ Nefes egzersizleri (Solunum yöntemi) Σ Progresif gevşeme (Zihinsel-bilişsel yöntem) Σ Rol oynama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) Σ Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma)
5. Oturum: Stresle etkili baş etmede düşüncelere yönelik yöntemler Süre: 40 dk+40 dk	• Stresle etkili baş etmede düşüncelere yönelik yöntemler - Gülme ve mizah - Olumlu düşünce yapıları - Farklı bakış açıları geliştirebilme - Öğrenilmiş çaresizlik - Stresle baş etmede bir slogan belirleme	Σ İnanç-umut aşılama (İS2) Σ Kendine ve başkalarına duyarlı olma (İS3) Σ Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) Σ Olumlu ve olumsuz hislerin ifadesi (İS5) Σ Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemini kullanma (İS6) Σ Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama (İS7) Σ İyileştirici bir çevre sağlanması (İS8) Σ Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olma (İS9)	Σ Müzik (İşitsel yöntem) Σ Gülme Yogası (Kinestetik yöntem) Σ Oyun (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) Σ Öykü tamamlama (Görsel yöntem) Σ Rol oynama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) Σ Renkli kartonlar, kağıtlar ve kalemlerle etkinlik yapma (Görsel yöntem) Σ Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma)
6. Oturum: Stresle etkili baş etmede duygulara yönelik yöntemler Süre: 40 dk+50 dk	• Stresli durumlarda duyguları farketme • Stresli durumlarda duygularını uygun şekilde ifade edebilme • Stresli baş etmede kendine hedefler koyma • Stresli durumlarda yaşanan problemleri parçalara bölme	• Kendine ve başkalarına duyarlı olma (İS3) • Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) • Olumlu ve olumsuz hislerin ifadesi (İS5) • Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemini kullanma (İS6) • Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama (İS7) • İyileştirici bir çevre sağlanması (İS8) • Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olma (İS9) • Kendini ve başkalarını anlamada güçlere olanak sağlama (İS10)	• Müzik (İşitsel yöntem) • Oyun (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) • Renkli kartonlar, kağıtlar ve kalemlerle etkinlik yapma (Görsel yöntem) • Öykü yazma (Görsel yöntem) • Rol oynama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) • Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) • Mektup yazma (Görsel yöntem) • Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma)

Tablo 3.3. Eğitim Oturumları, Konular, İBM'ye Göre Kullanılan İyileştirici Süreçler ve Yöntemler

Eğitim oturumları	Konular	İyileştirici Süreçler	İyileştirici yöntemler
7. Oturum: Problem Çözme Becerisi Süre: 55 dk+50dk+10 dk	• Problem çözme becerisi • Problem çözme basamakları • T1DM'li adölesanların yaşadıkları problemler • T1DM'li adölesanların yaşadıkları problemlerde problem çözme basamaklarını nasıl kullanabilecekleri	• İnanç-umut aşılama (İS2) • Kendine ve başkalarına duyarlı olma (İS3) • Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) • Olumlu ve olumsuz hislerin ifadesi (İS5) • Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemini kullanma (İS6) • Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi sağlama (İS7) • İyileştirici bir çevre sağlanması (İS8) • Gereksinimlerin giderilmesine yardımcı olma (İS9) • Kendini ve başkalarını anlamada güçlere olanak sağlama (İS10)	• Oyun (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) • Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) • “Diyabetli çocuklarımızın sesinden” videoyu izletme (Görsel yöntem) • Doğaçılama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) • Problem çözme (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma)
8. Oturum: Genel Değerlendirme Süre: 40 dk+30 dk	$\sum$ Eğitim süreci boyunca yapılan çalışmaları gözden geçirme ve değerlendirme yapma	$\sum$ İnsancılık adanmışlık değerler sistemi (İS1) $\sum$ Kendine ve başkalarına duyarlı olma (İS3) $\sum$ Yardım güven ilişkisi geliştirme (İS4) $\sum$ Olumlu ve olumsuz hislerin ifadesi (İS5)	$\sum$ Oyun (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Ritim (Kinestetik yöntem) $\sum$ Rol oynama ve canlandırma (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma) $\sum$ Soru cevap (Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma)

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Fakültesi Akademik Kurulu (Ek-11), Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu (2013/630) (Ek-12), Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan izin alınmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından uygulama öncesinde T1DM'li adölesan ve ailelerine çalışmanın amacı açıklanarak, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-13).

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesi nicel bölüm ve yaratıcı drama oturumlarının analizi olarak yapılmıştır.

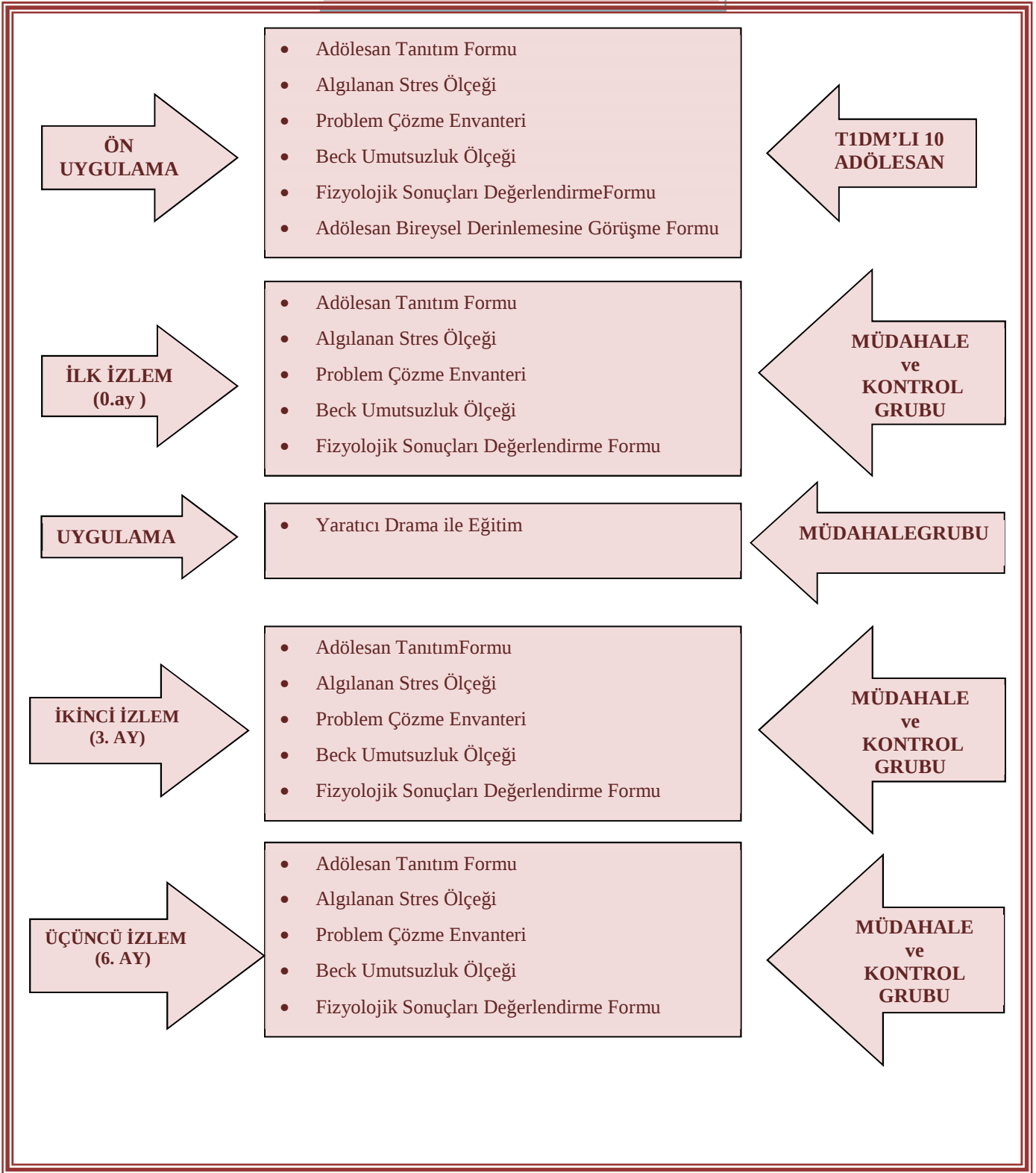
3.9.1. Nicel Verilerin Analizi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (yüzdelikler, ortalama), Shapiro-Wilk, verilerin homojen dağılımına göre uygun parametrik (Genel Doğrusal Modellerde Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi, Bonferroni testi) ve non parametrik (Mann-Whitney U testi, Friedman testi) testleri ile değerlendirme yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare exact yöntemi ile değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçeklerde cronbach alpha değerleri hesaplanmıştır ve p değerleri <0.05 olduğunda istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.9.2. Yaratıcı Drama Oturumlarının Analizi

T1DM'li adölesanlar için hazırlanan yaratıcı drama oturumlarının video görüntüleri deşifre edilerek içerik analizi yapılmıştır. Öncelikle tüm oturumların görüntü kayıtları bir araştırmacı tarafından deşifre edilmiştir. Birbirinden bağımsız Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan üçöğretim üyesinin uzman görüşleri alınarak deşifre edilen veriler analiz edilmiştir. Başka bir uzman tarafından görüntü kayıtları rastgele seçilerek, verilerin doğruluğu kontrol edilmiştir. Analizin ilk aşamasında görüşmeler satır satır okunarak kodlanmıştır. Kodlanan veriler, içerik ve anlamlarına göre kategorilere ve temalara ayrılmıştır. Uzmanların kategori ve temalara ilişkin geri bildirimleri doğrultusunda birbirlerini kapsayan kategoriler ve temalar çıkarılmış, yeniden düzenleme yapılarak son şekli verilmiştir.

Şekil 2. ARAŞTIRMA ŞEMASI



4. BULGULAR

Bu araştırmada; T1DM’li adölesanların sosyo-demografik özellikleri; yaratıcı drama eğitimi öncesi ve sonrası hastalık yönetimine ilişkin uygulamaları, algılanan stres, problem çözme, umutsuzluk düzeyleri, fizyolojik sonuçları, yaratıcı drama oturumlarının içerik analizleri incelenmiş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir. Bulgular Watson’un alt ve üst düzey gereksinimler olarak belirlediği gereksinimler doğrultusunda ele alınmıştır.

4.1.T1DM’Lİ ADÖLESANLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 4.1’de adölesanların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların %38.9’unun 15 yaşında, % 44.4’ünün erkek, %44.0’ünün 10. sınıf, %72.2’sinin diyabet tanısının 5 yıl ve üzerinde, %77.8’inin annelerinin, %66.7’sinin babalarının ilkokul mezunu ve %94.4’ünün aile tipinin çekirdek aile olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundakilerin ise %31.3’ünün 16 yaşında, %56.2’sinin erkek, %25.0’inin 10. sınıf, %50.0’sinin diyabet tanısının 5 yıl ve üzerinde, %50.0’sinin annelerinin ilkokul, %37.5’inin babalarının ortaokul mezunu ve %93.8’inin aile tipinin çekirdek aile olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların tanıtıcı özellikleri açısından baba eğitim düzeyi dışında aralarında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

4.2.JEAN WATSON’UN SINIFLAMASINA GÖRE T1DM’Lİ ADÖLESANLARIN GEREKSİNİMLERİ

T1DM’li adölesanların gereksinimleri alt ve üst düzey gereksinimler olarak ele alınmıştır.

4.2.1. ALT DÜZEY GEREKSİNİMLER

4.2.1.1. Biyofiziksel Gereksinimler (Yaşamsal gereksinimler)

Yeme içme, boşaltım, solunum bu grupta ele alınmıştır.

4.2.1.1.a.Yeme-içme gereksinimi: Tıbbi beslenme tedavisi, insülin tedavisi ve kan glukoz izlemelerine ilişkin nicel (Tablo 4.2, 4.3, 4.4) ve nitel bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Müdahale Grubu (n ₂ =16)		Kontrol Grubu (n ₁ =18)		Test
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
13	3	18.7	3	16.7	$X^2=0.814$ $p=0.848$
14	4	25.0	4	22.2	
15	4	25.0	7	38.9	
16	5	31.3	4	22.2	
Cinsiyet					
Kadın	7	43.8	10	55.6	$X^2=0.472$ $p=0.366$
Erkek	9	56.2	8	44.4	
Öğrenim Durumu					
7. sınıf	2	12.5	1	5.6	$X^2=6.952$ $p=0.191$
8. sınıf	2	12.5	4	22.2	
9. sınıf	4	25.0	4	22.2	
10. sınıf	4	25.0	8	44.4	
11. sınıf	4	25.0	0	0.0	
Okulu bırakan	0	0.0	1	5.6	
Diyabet Tanı Süresi					
1-4 yıl	8	50.0	5	27.8	$X^2=1.771$ $p=0.183$
5 yılveüzeri	8	50.0	13	72.2	
Anne Eğitim Durumu					
Okuma yazmabilmiyor	1	6.3	0	0.0	$X^2=4.009$ $p=0.405$
İlkokul	8	50.0	14	77.8	
Ortaokul	2	12.5	1	5.5	
Lise	4	25.0	3	16.7	
Üniversite	1	6.3	0	0.0	
Baba Eğitim Durumu					
İlkokul	2	12.5	12	66.7	$X^2=11.924$ $p=0.008$
Ortaokul	6	37.5	1	5.6	
Lise	3	18.8	3	16.7	
Üniversite	5	31.2	2	11.1	
Aile Tipi					
Çekirdek	15	93.8	17	94.4	$X^2=0.007$ $p=0.932$
Geniş	1	6.2	1	5.6	
Toplam	16	100.0	18	100.0	

1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tablo 4.2’de adölesanların tıbbi beslenme tedavisine ilişkin özellikleri verilmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların 1. izlemde %83.3’ünün günlük kalori miktarını bilmediği, %72.2’sinin üç ana üç ara öğün aldığı, %33.3’ünün günlük beslenme tedavi şekline uyduğu, %36.3’ünün okul kantininde beslenme tedavisine uygun yiyeceklerin olmaması nedeniyle

günlük beslenme tedavi şekline uymadığı, %38.8'inin çok yemek yediği saptanmıştır. Kontrol grubundaki adölesanların 2.ve 3. izlem sonuçlarının tüm alanlarda 1. izlem sonuçları ile benzer olduğu bulunmuştur. Müdahale grubundaki adölesanların 1.izlemde %43.7'sinin günlük kalori miktarını bilmediği, %62.5'inin üç ana üç ara öğün aldığı, %31.2'sinin günlük beslenme tedavi şekline uyduğu, %66.6'sının doymadığı için günlük beslenme tedavi şekline uymadığı, %56.2'sinin çok yemek yediği belirlenmiştir. Müdahale grubundaki adölesanların 2.ve 3.izlem sonuçlarının tüm alanlarda 1. izlem sonuçları ile benzer olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Adölesanlar tıbbi beslenme tedavisine uyumlarını etkileyen faktörleri; stres, değişim listelerini bilmeme ve kullanmama, doymama, aile tutumlarına tepki, dışarıda yemek yeme, ailede diyabeti olan bireyin olması ve çevredeki insanların davranışları olarak belirtmişlerdir.

1- Stresli olma

“Stresli olunca daha çok yiyoruz. Bu seferde kilo alıyoruz. Bu da daha çok stres yapıyor.”(13 yaşında, kız)

“Stresliyken sebze gelmiyor ki aklıma. Çikolata geliyor, cips geliyor, kola geliyor. Yemeğin üstüne yiyorum mesela. Makine şekerimi ölçmüyor sonra.” (16 yaşında, erkek)

“Bende strese girdiğimde çok yiyorum.”(15 yaşında, erkek)

2- Doymama

“Diyetisyen en son doymuyorum deyince kalorimi arttırdı ve egzersiz yaptırmaya başlattı.”(16 yaşında, erkek)

“Ben mesela diyetisyenle görüşmeyi yaptım. Üç ana üç ara öğün verdi. O da etki etmedi hala doymuyorum.” (16 yaşında, erkek)

3- Değişim listelerini bilmeme ve kullanmama

“Diyetisyen bize listeyi veriyor. Mesela bir köfte büyüklüğünde et diyor. Her gün evde aynı şeyler pişmiyor. O çok sıkıntı oluyor benim için. Değişim listelerini nasıl kullanacağımı bilmiyorum. Öğretilmedi.” (15 yaşında, kız)

Tablo 4.2.Adölesanların Tıbbi Beslenme Tedavilerine İlişkin Özellikleri

	Müdahale Grubu						Kontrol Grubu					
	1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem		1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Günlük alması gereken kalori miktarını bilme												
Biliyor	9	56.3	9	56.3	8	50.0	3	16.7	3	16.7	6	33.3
Bilmiyor	7	43.7	7	43.7	8	50.0	15	83.3	15	83.3	12	66.7
Günlük tıbbi beslenme tedavi şekli												
Üç ana öğün	6	37.5	6	37.6	7	43.8	5	27.8	3	16.7	4	22.2
Üç ana bir ara öğün	-	-	-	-	1	6.2	-	-	-	-	-	-
Üç ana iki ara öğün	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.6	-	-
Üç ana üç ara öğün	10	62.5	8	50.0	8	50.0	13	72.2	14	17.7	14	77.8
Dört ana öğün	-	-	1	6.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Hiç belli olmama	-	-	1	6.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Günlük beslenme tedavi şekline uyma												
Evet	5	31.2	5	31.2	7	43.7	6	33.3	6	33.3	9	50.0
Bazen	9	56.3	9	56.3	8	50.0	12	66.7	9	50.0	9	50.0
Hayır	2	12.5	2	12.5	1	6.3	-	-	3	16.7	-	-
Günlük beslenme tedavi şekline uymama nedeni *												
Stresli olma	1	16.7	1	9.1	1	10.0	2	18.2	2	15.3	-	-
Doymama	4	66.6	5	45.5	3	30.0	3	27.3	6	46.2	7	77.8
Diyete uymak istememesi	-	-	3	27.2	4	40.0	1	9.1	4	30.8	1	11.1
Okul kantininde beslenme tedavisine uygun yiyeceklerin olmaması	-	-	-	-	2	20.0	4	36.3	1	7.7	-	-
Dışarıda fastfood yeme	-	-	-	-	-	-	1	9.1	-	-	1	11.1
Doymama+ Okul kantininde beslenme tedavisine uygun yiyeceklerin olmaması	-	-	1	9.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Tatlı ve güzel yiyeceklerin cezbedici olması	1	16.7	1	9.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Günlük beslenme tedavi şekline uygun olmayan davranış şekli*												
Çok yemek yeme	9	56.2	6	37.6	7	38.9	7	38.8	7	38.8	9	45.0
Öğün atlama	1	6.2	1	6.2	3	16.8	2	11.2	4	22.2	1	5.0
Az yeme	2	12.6	2	12.5	2	11.1	3	16.6	4	22.2	3	15.0
Çok yeme+insülin dozunu çok yapma	1	6.2	1	6.2	-	-	3	16.6	1	5.6	2	10.0
Çok yeme+egzersiz süresini uzatma	2	12.6	5	31.3	4	22.2	2	11.2	1	5.6	3	15.0
Ara öğünleri atlama	-	-	-	-	-	-	1	5.6	-	-	-	-
Çikolata, kola, cips gibi atıştırma malıkları fazla yeme	-	-	1	6.2	1	5.5	-	-	1	5.6	2	10.0
Bazen çok bazen az yeme	-	-	-	-	1	5.5	-	-	-	-	-	-

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4- Aile tutumlarına tepki

“Bence sürekli sebze yeme gerektiğinden dolayı strese giriyoruz. Biz bunları yemek istemiyoruz fastfood yemek istiyoruz.”(15 yaşında, erkek)

“Biz arkadaşlarımızla iken nasıl sebze yiyelim. O yüzden hep fastfooda yöneliyoruz..”(16 yaşında erkek)

“Sebze sebzesebze diyorlar sürekli.”(15 yaşında, erkek)

“Ben hayatta salata sevmem. Sofraya otururuz babam der salatadan al annem der salatadan al. Sıkıntı oluyor sevmediğin halde.”(16 yaşında, erkek)

“Bir akşam oturması olur mesela. Annem bana hep kaş göz işareti yapardı yeter yeme artık diye. Hani onu görmek beni çok kötü hissettirirdi.”(15 yaşında, kız)

“Şekerden gerektiğince uzak duruyorum ve arada sırada şekeri yiyorum ama ailem yememi istemiyor ve hep engel olmaya çalışıyorlar ve bu da benim canımı sıkıyor ama bir yandan da onlara kıyamam.Benim iyiliğimi düşünüyorlar.”(14 yaşında, erkek)

“Öfkeleniyoruz. Onların söylediği sözler bizi geçiştirmek ya da yatıştırmak için şeyler. Bunu yapman gerekiyor diyor ama kendileri hayatlarında uygulamayacakları şeyler ki hastalıkları olsa onlarda uygulayamazlar kolay kolay. O yüzden de bizi geçiştirmek için kullandıkları için ya önemsemiyoruz ya da onların söylediklerine sinirleniyoruz.” (15 yaşında, erkek)

“Anne babamız kendi adımıza konuşuyorlar. O içmez diyorlar.”(14 yaşında, erkek)

“Kola varsa ayran içsin.”(15 yaşında, kız)

“Sevmiyor o başka bir şey içsin.Su içsin o en iyisi.”(16 yaşında, erkek)

“Aile kısıtlarsa yapacak bir şey yok. Bir şey yapamayız.İzin vermedikleri zaman içmeye çalışırsak daha da kısıtlarlar. O yüzden yapacak bir şey yok. Genellikle gözlerinin önünde yemiyorum. Gizli saklı gerektiği zaman. Çevremdeki insanların şeker hastası olduğum için yediğim şeylerin kısıtlanması. Kendimi üzgün hissediyorum. Daha çok sessiz kalmayı tercih ediyorum”(14 yaşında, erkek)

5- Dışarıda yemek yeme

“Evde düzenli dışarda düzensiz.”(15 yaşında, erkek)

“Evde düzenli, çalışma saatleri, okul saatleri falan annem ev hanımı hepsi birbirine uyuyor. Ama dışarda hiç öyle değil. Arkadaşlarla beraber okul ortamında öğle yemeklerinde düzensiz hep. Dışarda olduğum zaman haftada 2-3 gün dışarıda düzensiz yiyorum.”(16 yaşında, erkek)

“Haftada 3 ya da 4 gün dışarıda yiyorum.” (15 yaşında, erkek)

“Okul olduğunda her öğlen dışarıda yerim.” (16 yaşında, erkek)

6- Ailede diyabeti olan bireyin olması

“Evde iki tane şeker hastası olunca otomatikman sağlıklı oluyor. Babam. O da tip 2 diyabet.”(14 yaşında, erkek)

“Annemle bende şeker hastası olunca sağlıklı besleniyoruz.”(13 yaşında, erkek)

7- Çevredeki insanların tutum ve davranışları

“Ya şimdi böyle çok acıyan gözlerle bakıyorlar, yoksa onu yiyebiliyor musun? Yok acıyor mu acımıyor mu? Ya bir miktar bir şey yiyorum hani onu yiyebiliyor musun diyor. Evet desem mesela şeker hastasıysın nasıl yiyorsun? Ondan sonra hayır desem daha farklı oluyor. Çoğunlukla geçiştiriyorum zaten. Böyle bana karışıyorlar. Yani her konuda karışıyorlar. Ondan nefret ediyorum. Tek sorunum bu.” (15 yaşında, kız)

“Kimse etrafımda bugünde ona uyalım bugün de onun gibi yapalım demiyor kimse hep ben onlara uyuyorum, genelde. Bir arkadaş ortamı olsun, akrabalar, kuzenler. Mesela yemek konusunda yaşamadığım kadar çok sıkıntı yaşıyorum bu hastalığım yüzünden.”(15 yaşında, kız)

“Çevremdeki kişilerin onu ye bunu ye demesi, bilinçsizce yasak olan şeyleri getirip önüme koyuyorlar. Yani bayramda olsun hani tatlı en azından bir dilim ye falan diye, ben yemek istemiyorum desemde zorlatıyorlar.”(14 yaşında, kız)

2. İnsülin Tedavisi

Müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların insülin uygulama özellikleri Tablo 4.3’de görülmektedir. Kontrol grubundaki adölesanların 1. izlemde %66.7’sinin insülinlerini kendisinin yaptığı, %72.2’sinin insülinlerini saatinde yaptığı, %60.0’ının unuttuğu için insülinlerini yapmadığı, %50.0’sinin fazla insülin yaptığı, %37.0’sinin insülin uygulamalarında kollarını tercih ettiği, %38.8’inin her uygulamada farklı bölgeye uygulama yaptığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların 2.ve 3. izlemde sonuçlarının tüm alanlarda 1. izlem sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Müdahale grubundakilerin 1. izlemde %68.7’sinin insülinlerini kendisinin yaptığı, %87.5’inin insülinlerini saatinde yaptığı, %66.7’sinin unuttuğu için insülinlerini yapmadığı, %33.3’ünün fazla insülin yaptığı, %37.1’inin insülin uygulamalarında kollarını tercih ettiği, %37.5’inin her uygulamada farklı bölgeye uygulama yaptığı bulunmuştur. Müdahale grubundaki adölesanlarda 2.ve 3. izlem sonuçlarının tüm alanlarda 1.izlem sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Adölesanların İnsülin Uygulamalarının Özellikleri

	Müdahale Grubu						Kontrol Grubu					
	1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem		1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem	
İnsülin yapan kişi	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendisi	11	68.7	12	75.0	12	75.0	12	66.7	12	66.7	12	66.7
Kendisi ve annesi	5	31.3	3	18.7	4	25.0	6	33.3	6	33.3	6	33.3
Kendisi ve babası	-	-	1	6.3	-	-	-	-	-	-	-	-
İnsülini saatinde yapma												
Evet	14	87.5	14	87.5	12	75.0	13	72.2	10	55.6	12	66.7
Bazen	2	12.5	2	12.5	4	25.0	5	27.8	8	44.4	5	27.8
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.5
İnsülini saatinde yapmama nedeni*												
Unutma	2	66.7	-	-	-	-	3	60.0	8	80	4	50.0
Evde olmama	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	-	-
Okul saatinin uymaması	-	-	-	-	-	-	1	20.0	-	-	1	12.5
Canı istememe	-	-	1	50.0	1	25.0	-	-	1	10.0	2	25.0
Okulda arkadaşlarının yanında yapmak istememe	1	33.3	-	-	1	25.0	-	-	1	10.0	-	-
Çalıştığı için saatlerinin uymaması	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.5
Bazen işinin olması	-	-	1	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-
Yemek saatinin uymaması	-	-	-	-	1	25.0	-	-	-	-	-	-
Sabahları geç kalma	-	-	-	-	1	25.0	-	-	-	-	-	-
İnsülin tedavisine uymama davranışı*												
Fazla insülin yapma	1	33.3	-	-	1	33.3	1	50.0	3	50.0	1	20.0
İnsülin dozunu atlama	1	33.3	-	-	1	33.3	1	50.0	1	16.7	2	40.0
Fazla insülin yapma+doz atlama	1	33.3	-	-	1	33.3	-	-	2	33.3	2	40.0
Fazla insülin yapma+dozatlama+az insülin yapma	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-
İnsülin uygulama bölgeleri*												
Kollar	13	37.1	13	40.6	15	42.9	17	37.0	17	37.8	18	39.2
Karın	9	25.7	8	25.0	10	28.6	10	21.7	11	24.4	11	23.9
Bacaklar	8	22.9	10	31.3	9	25.7	16	34.7	14	31.1	14	30.4
Kalça	5	14.3	1	3.1	1	2.9	3	6.6	3	6.7	3	6.5
İnsülin yaparken bölge değiştirme sıklığı												
Değiştirmeme	2	12.5	2	12.5	1	6.3	1	5.6	3	16.7	2	11.1
Her uygulamada farklı bölgeye yapma	6	37.5	7	43.8	8	50.0	7	38.8	9	50.0	10	55.6
Her gün farklı bölgeye yapma	4	25.0	3	18.7	3	18.7	-	-	2	11.1	2	11.1
İki günde bir farklı bölgeye yapma	3	18.8	3	18.7	2	12.5	6	33.3	2	11.1	3	16.6
Haftada bir farklı bölgeye yapma	1	6.2	1	6.3	2	12.5	2	11.1	2	11.1	1	5.6
Aklına geldiğinde yapma	-	-	-	-	-	-	1	5.6	-	-	-	-
Arada bir değiştirme	-	-	-	-	-	-	1	5.6	-	-	-	-

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Adölesanlar insülinlerini düzenli yapmama nedenlerini; unutma, insülin tedavisine karşı olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olma, arkadaş ve öğretmenlerinin bazı davranışlarından rahatsız olma olarak belirtmişlerdir.

1- Unutma

“İğne yapmayı bazen unutuyorum annem veya babam hatırlatıyor.” (14 yaşında, erkek)

“Ben unutunca arkadaşlarım hatırlatıyor. İğnemi unutunca arkadaşlarım hatırlatıyor.” (15 yaşında, erkek)

“Ben çok unutuyorum aklımda kalmıyor. Özellikle lantus. Sabah kalkınca bir değişik oluyorum.” (16 yaşında, kız)

2- İnsülin tedavisine karşı olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olma

Adölesanlar insülin yapmaktan nefret ettiklerini, utandıklarını, insülin yapmanın kendini diğerlerinden farklı hissettirdiği ve sabah uykuları bölündüğü için yapmak istemediklerini ifade etmişlerdir.

“Sadece insülin vurmak bana zor geliyor. İnsülin vurmaktan nefret ediyorum”. (15 yaşında, kız)

“Bende okula iğnemi götürmüyorum zaten, hiç de götürmemiştim. Bir kere titreme tuttu zaten, işte kimseye de utancımdan söyleyememişim. Bu yani. Şey bir tane çantamda salatalık vardı onu yedim. Hocadan gizli gizli yedim kızlar diye. Hani yemek yemek yasak ya derste. Bu yüzden sonra durdu titremem.” (13 yaşında, kız)

“Bir de sıkıntım iğnelerimi aksatıyordum vurmak istemiyordum. Bakış açısı yüzünden bu beni rahatsız ediyordu. Kendime sordum bu beni niye rahatsız ediyor diye? Herkes aynı şeyi yapabilirken sen iğne vurduğun için onlar iğne vurmadığı için çok fark ediyor yani onlar bilemiyorlar senin ne yaşadığını karşısındakinin ne hissettiğini anlamadan kırabiliyorlar yani. Bu bana kendimi farklı hissettiriyor.” (16 yaşında, erkek)

“Siz de benim gibi misiniz her sabah uykunuz bölünüyor iğne vuruluyor istememenize rağmen zorla sebze yediriliyor ve birçok şeyden mahrum mu kalıyorsunuz?” (15 yaşında, kız)

3- Arkadaş ve öğretmenlerin bazı davranışlardan rahatsız olma

3.1. Arkadaşların rahatsız eden davranışları

Adölesanlar okulda insülin yaparken arkadaşlarının arkalarından gelmelerinden, acıyor mu? Kaç ünite yapıyorsun? diye soru sormalarından, insülinin kötü koktuğunu söylemelerinden rahatsız olduklarını ve utandıklarını ifade etmişlerdir.

“Benim gıcık olduğum şey iğne yapma konusu. Okulda iğnemi yapmaya gidiyorum sınıf peşimden geliyor. 15-20 kişi gidiyoruz. Gelmeyin diyorum. Yok acıdı mı? Hergün acıyor mu? Nasıl yapıyorsun? Çok gıcık oluyorum. Bazen kızıyorum. Bazen acımadı diyorum bazen bağıriyorum.” (15 yaşında, kız)

“Çoğu zaman ben insülin vurduktan sonra arkadaşlarım “Ay acıdı mı?” gibisinden soru soruyorlar. Ben bu şeyleri duymaktan gerçekten çok sıkıldım ve beni gerçekten sinir ediyor. Heh, bir de “Allah yardımcın olsun, şeker hastalığı kötü bir şey, seni anlıyorum” demeleri. Hayır onlar beni anlayamaz. Beni sadece benim gibiler anlar.” (15 yaşında, kız)

“Acıtıyor mu? Ne kadar saçma bir soru bu. Yok acıtmıyor. Ne kadar küçükte olsa iğne bu. Bi de acır gözlerle bakıyor çoğu. Ay acıdı mı çok mu acıtıyor? Ne kadar iğrenç kokuyor bu. Kanayacak mı şimdi bu.” (15 yaşında, kız)

“AAA şeker hastası mısın? Acıtmıyor mu? Bu kelimeleri duymaktan çok sıkıldım artık?” (15 yaşında, kız)

“Çok soru soruyorlar. Kaç tane iğne yapıyorsun kaç ünite yapıyorsun. Yaptıktan sonra düşürüyor musun artırıyor musun? Bazen güzel şeyler soruyorlar insülin hakkında yararlanmak istiyorlar. Bazen kanın düşük çıktığında nasıl yaptın nasıl ettin diye soruyorlar.” (13 yaşında, erkek)

“Şekerimiz yükseldiği an mesela arkadaşlar hep peşimde insülin iğnemi vuramıyorum.utaniyorum.” (13 yaşında, erkek)

“Yani arkadaşlar arasında vuramıyorum. Kokuyor falan diyorlar. Boş rehberlik odasında vuruyorum. Kokuyor diyorlar. Rahatsız oluyoruz diyorlar.” (15 yaşında, erkek)

“Arkadaşlarımdan bitanesi ben senin iğnenin kokusunu çekmek zorunda mıyım diye söyledi. Baya bir sıkıntı yaşadık sınıfın içerisinde. Ben hastalığımın korkmuyorum gurur duyuyorum. Bu bana Allah tarafından verilmiş bir nimet o gözle bakıyorum. Düşman olamam hastalığıma. O sözden sonra bir dokunuyor. Bana ait bir şeye laf söylüyor. Bunu ben isteyerek almadım ki sonuçta bu bana verildi. Ben bunun kurallarına uyuyorum. Ama bana tuvalette vur demesi pis bir ortama yönlendirmesi. Bunu zaten orda vuracaksam başka ortamda vururum. Ondan sonra hiç götürmedim şeker aleti ölçmedim de.” (16 yaşında, erkek)

3.2. Öğretmenlerin rahatsız eden davranışları

Adölesanlar öğretmenlerin şeker hastası olduklarına inanmadıklarını, derslerde ve sınavlarda insülinlerine izin verilmediğini, rencide edildiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca okulda öğretmenlerin diyabet konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir.

“Ben geçen sene liseye başladığımda, şeker hastası olduğumu ilk önce bir iki hafta kimseye söylememiştim. İlk hafta şekerim düşmüştü bir derste, bir tuvalete çıkabilirmiyim öğretmenim dedim. O da dedi ben sana inanmıyorum filan dedi. Ondan sonra zaten bir açtım gözümü on dakika varmış tenefüse, bayılmışım sedyeyle falan götürmüşler.”(16 yaşında, erkek)

“Ben hocalara şeker hastasıyım insülin vurunmam gerekiyor diyorum bazen izin veriyorlar bazen vermiyorlar.” (13 yaşında, erkek)

“Önce iğneme izin vermedi. Önce iğneme baktı dışarıya vermiştim zaten. İğnemi falan istedi. Sürekli sınav anında uyardı. Saatimi falan aldı kolumdan. Birkaç kere rencide etti şeker hastası diye. Derdi neydi anlamadım lanet bir sınav geçti. Belki de o sınav yüzünden daha büyük liseleri kaçırdım. Daha yüksek alabilirdim. Sınavın ortasında 6-7 kere dışarı çıkardı bir hava al gel diye. Halbuki çok rahattım. İlk defa o zaman üzöldüydüm hasta olduğuma. Şeker hastası diyordu ismimle de hitap etmiyordu. Sürekli şeker hastası şeker hastası. Herkes dönüp bakıyordu. Dışarı çıkıyosun hava alıyosun. Bir lavaboya git gel falan.”(16 yaşında, erkek)

“Okulda sorun oluyor benim için, mesela o kriz iğnemi ben hiç yanımda taşımıyorum. Hani düşmez falan diyorum, bir kerede düştü. Kendimde bile değildim, öyle okulda sağlık ama sağlık hocaları bile şeker hastaları hakkında pek bilgi bilmiyorlar yani onlar ne yapacaklarını pek bilemiyorlar. Bunlar sıkıntı benim içinde yani bilseler daha bilgi sahibi olsa daha güzel olur tabiki.”(15 yaşında, kız)

3. Kan Gukoz İzlemi

T1DM’li adölesanların kan glukoz izlem sonuçlarına Tablo 4.4’de yer verilmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların 1. izlemde %44.4’ünün günde 4 kez ölçüm yaptığı, %45.4’ünün unuttuğu için kan glukoz izlemi yapmadığı, %22.2’sinin ölçülen kan glukoz değerini kaydettiği, %50.0’sinin unuttuğu için kan glukoz değerini kaydetmediği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların 2. ve 3. izlem sonuçlarının tüm alanlarda 1.izlem sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki adölesanların 1.izlemde %37. 4’ünün günde 2 kez ölçüm yaptığı, %38.4’ünün canı istemediği için kan glukoz izlemi yapmadığı, %56.3’ünün ölçülen kan glukoz değerini kaydettiği, %25.0’inin unuttuğu için kan glukoz değerini kaydetmediği saptanmıştır. Müdahale grubundaki adölesanların 2. ve 3.izlem sonuçlarının tüm alanlarda 1.izlem sonuçları ile benzer olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Müdahale grubundaki adölesanlara drama oturumunda örnek bir durum (“Öğle yemeği zamanında arkadaşlarınız ile yemeğe gideceksiniz. Vaktiniz sınırlı, kan şekerinizi

ölçermisiniz?”)verilerek onların kan glukoz ölçümlerini yapmaları değerlendirilmiştir. Adölesanların ifadelerinden ölçerdim ve ölçmezdim olmak üzere iki kategori belirlenmiştir.

1. Ölçerdim.

“Ölçerdim.” (14 yaşında, erkek)

“Ana öğünse ölçerim.” (13 yaşında, kız)

“Bende ölçerdim. Yoksa yanıma alır giderdim.” (14 yaşında, kız)

“Ben iğne yaparken arkadaşlarım biz bütün kızlar gideriz anlayışlılar beni bekler yapar öyle giderim.” (15 yaşında, kız)

“Bizim okulda dışarı çıkmak yasak. Arkadaşlar kantine inerler yemeği alırlar. Onlar gelene kadar ben yaparım zaten. Bir sorunum olmuyor.”(15 yaşında, erkek)

2. Ölçmezdim

2.1. Ortamın uygun olmaması

“Ben götürmüyorum okula genelde. Ortam bulamıyorum. Sınıfta yapsam herkes başıma toplanıyor.”(15 yaşında, kız)

2.2. Okulda yapmaktan hoşlanmama, rahatsız olma, gerek duymama

“Sıkıntı olmuyor öğle arası uzun. Şekerlerim kolay kolay düşmüyor. Ölçmeye gerek duymuyorum. “Ben götürmüyordum okula ölçmüyordum okulda sevmiyordum.”(16 yaşında, erkek)

“Benim şeker hastası olduğum üç ayda bir aklıma geliyor o da hastaneye geldiğimde.” (16 yaşında, erkek)

“İğnemde aksaklık olmuyor ama şeker ölçme aletimi götürmüyorum. Şeker ölçünce parmaklarımın acıması. Birkaç kez götürdüm. Öğlenleri ölçmüyorum. Bazı dersler var planladım geometri mesala. Sabah eğer bunlar varsa 1-2 ünite fazla yaparım. Gerçekten stresim artmış çıkmıştır. Eğer zevkli geçti mutlu oldum sınav iyi geçti falansa normal iğnemi yaparım. Zaten şekerim pek düşmediği için. Birazcık hissedebiliyorum artık.”(16 yaşında, erkek)

“Ben 12’de yapmam gereken şeyi 3’te yapıyorum. Okula tramvayla gidip geliyordum. 4 bilet atacaktım. İğneyi orda yapacağıma yemeği yiyip çıkınca yapıyordum. Yapmak istesem müdürün odasında da yapardım ama yapmak istemiyordum.”(15 yaşında, erkek)

Tablo 4.4. Adölesanların Kendi Kendilerini İzlem Özellikleri

	Müdahale Grubu						Kontrol Grubu					
	1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem		1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem	
Günlük kan glukoz ölçüm sıklığı	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ölçüm yapmıyorum	-	-	1	6.1	1	6.3	-	-	2	11.1	1	5.6
1	5	31.3	5	31.3	4	25.0	1	5.6	2	11.1	6	33.3
2	6	37.4	5	31.3	6	37.4	8	44.4	5	27.8	4	22.2
4	5	31.3	5	31.3	5	31.3	8	44.4	8	44.4	6	33.3
Haftada 3 kez ya da daha az	-	-	-	-	-	-	1	5.6	1	5.6	-	-
Arada bir ölçüyorum	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.6
Günlük 4 kez ve daha fazla kan glukoz ölçümü yapmama nedeni												
Unutma	4	30.8	1	7.7	2	16.6	5	45.4	4	40.0	5	35.7
Canı istememe	5	38.4	7	53.8	6	50.0	3	27.3	3	30.0	5	35.7
Ağrması	4	30.8	4	30.8	3	25.0	3	27.3	3	30.0	3	21.5
Okul nedeniyle	-	-	1	7.7	1	8.4	-	-	-	-	1	7.1
Ölçülen kan glukoz değerini kaydetme												
Evet	9	56.3	8	50.0	5	31.3	4	22.2	6	33.3	7	38.9
Bazen	6	37.5	6	37.5	8	50.0	11	61.1	6	33.3	4	22.2
Hayır	1	6.2	2	12.5	3	18.7	3	16.7	6	33.3	7	38.9
Ölçülen kan glukoz değerini kaydetmeme nedeni*												
Unutma	2	25.0	2	25.0	2	16.8	8	50.0	1	8.3	2	18.2
Makinenin hafızasına kaydetme	1	12.5	-	-	1	8.3	3	18.7	1	8.3	-	-
Canının istememesi	2	25.0	2	25.0	5	41.7	3	18.7	7	58.4	4	36.3
Zamanının olmaması	1	12.5	-	-	1	8.3	1	6.3	-	-	-	-
Kan şekeri yüksek çıktığında moralinin bozulması	-	-	3	37.5	-	-	1	6.3	1	8.3	-	-
Ölçmüyorum	1	12.5	-	-	1	8.3	-	-	2	16.7	3	27.3
Sürekli yazmanın canını sıkması	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9.1
Haftalık kaydetme	-	-	1	12.5	-	-	-	-	-	-	1	9.1
Okul nedeniyle	1	12.5	-	-	1	8.3	-	-	-	-	-	-
Hastaneye gidileceği zaman toplu kaydetme	-	-	-	-	1	8.3	-	-	-	-	-	-
Üç ayda bir düzenli kontrollere gelme												
Evet	15	93.7	16	100.0	16	100.0	18	100.0	18	100.0	17	94.4
Bazen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.6
Hayır	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Keton bakma												
Evet	4	25.0	2	12.5	1	6.3	5	27.8	2	11.1	2	11.1
Bazen	3	18.7	4	25.0	3	18.7	3	16.7	1	5.6	-	-
Hayır	9	56.3	10	62.5	12	75.0	10	55.5	15	83.3	16	88.9
Keton bakmama nedenleri*												
Bilmeme	1	11.1	2	15.4	2	16.8	3	27.3	7	43.7	5	31.3
Canı istememe	5	55.6	7	53.8	4	33.3	4	36.4	5	31.3	6	37.4
Keton çubuğunun alınmaması	3	33.3	3	23.1	4	33.3	1	9.1	4	25.0	5	31.3
Üç aylık kontrollerde bakıldığı için gerek duymama	-	-	-	-	-	-	2	18.1	-	-	-	-
Kan şekeri yüksek olmadığı için	-	-	-	-	-	-	1	9.1	-	-	-	-
Genellikle ketonun çıkmaması	-	-	-	-	1	8.3	-	-	-	-	-	-
Zamanı olmama	-	-	1	7.7	1	8.3	-	-	-	-	-	-

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.5. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Fizyolojik Parametreleri

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test*
	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	
HbA1c Düzeyleri			
1. izlem	10.48±1.91	9.86±1.80	$p=0.338$
2. izlem	10.28±1.78	9.84±1.93	$p=0.494$
3. izlem	11.16±1.78	10.48±1.95	$p=0.304$
Test*	$p=0.018$	$p=0.070$	
Vücut Ağırlığı			
1. izlem	58.08±8.55	54.38±12.18	$p=0.319$
2. izlem	58.57±7.70	55.87±12.76	$p=0.467$
3. izlem	59.09±9.38	62.64±28.03	$p=0.633$
Test*	$p=0.587$	$p=0.002$	
Boy Uzunluğu			
1. izlem	158.38±6.09	163.00±10.62	$p=0.137$
2. izlem	159.15±5.90	164.21±10.79	$p=0.106$
3. izlem	159.96±5.56	164.65±10.83	$p=0.129$
Test*	$p=0.000$	$p=0.000$	
BKİ			
1. izlem	23.15±3.09	20.24±2.88	$p=0.008$
2. izlem	23.12±2.80	20.56±3.29	$p=0.021$
3. izlem	23.05±3.19	21.00±3.04	$p=0.064$
Test*	$p=0.960$	$p=0.051$	

*Genel Doğrusal Modellerde Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi

Çalışmada adölesanların hastalık yönetimine ilişkin HbA1c düzeyleri Tablo 4.5’de verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda HbA1c ortalamaları arasında çalışma sonrasında öncesine göre önemli bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubunda HbA1c düzeylerinin grup içinde arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.018$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Adölesanların Akut Komplikasyon Gelişme Durumuna İlişkin Özellikleri

	Müdahale Grubu						Kontrol Grubu					
	1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem		1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Son 1 yılda hipoglisemi nedeniyle hastaneye yatma												
Evet	-	-	2	12.5	-	-	-	-	1	5.6	-	-
Hayır	16	100.0	14	87.5	16	100.0	18	100.0	17	94.4	18	100.0
Son 1 yılda hiperglisemi nedeniyle hastaneye yatma												
Evet	1	6.3	3	18.8	4	25.0	3	16.7	2	11.1	2	11.1
Hayır	15	93.8	13	81.3	12	75.0	15	83.3	16	88.9	16	88.9
Son 1 yılda diyabetik ketoasidoz nedeniyle hastaneye yatma												
Evet	1	6.3	3	18.7	1	6.3	4	22.2	2	11.1	1	5.6
Hayır	15	93.8	13	81.3	15	93.8	14	77.8	16	88.9	17	94.4

T1DM’li adölesanların son 1 yılda akut komplikasyon gelişimi nedeniyle hastanede yatma durumlarına ilişkin verilere Tablo 4. 6’da yer verilmiştir. Çalışma öncesinde müdahale ve kontrol grubundaki adölesanlardan hiç birinin son 1 yılda hipoglisemi nedeniyle hastaneye yatmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonrasında müdahale grubundaki adölesanların %12.5’inin, kontrol grubundaki adölesanların %5.6’sının 2. izlemde hipoglisemi nedeniyle hastaneye yattığı saptanmıştır. Çalışma öncesi müdahale grubundaki adölesanların %6.3’ünün hiperglisemi ve diyabetik ketoasidoz nedeniyle hastaneye yattığı bulunmuştur. Çalışma sonrası müdahale grubunda hiperglisemi nedeniyle hastaneye yatan adölesanların sayısında artış olmasına karşın diyabetik ketoasidoz ile yatanların sayısı değişmemiştir. Kontrol grubunda ise çalışma sonrasında hiperglisemi ve diyabetik ketoasidoz nedeniyle hastaneye yatanların sayısının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.6).

4.2.1.1.b. Boşaltım

T1DM’li adölesanların keton izlem sonuçları Tablo 4.4’de yer verilmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların %55.5’inin, müdahale grubundakilerin %56.3’ünün keton bakmadığı belirlenmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki adölesanların (sırasıyla %36.4, %55.6) canı istemediği için keton bakmadığı saptanmıştır. Ayrıca kontrol ve müdahale grubundaki adölesanların 2. ve 3. izlem sonuçlarının 1. izlem sonuçları ile benzer olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

4.2.1.1.c. Solunum

Adölesanlara oturumlar sırasında streste nefes egzersizinin neden yapıldığı sorulmuştur. Adölesanlar;

“Nefes alış verişimizde düzensizlik oluyor beyne daha az oksijen gidiyor.” (15 yaşında, kız)

“Nefes almak için.” (16 yaşında, erkek)

“Rahatlamamızı sağlar”(13 yaşında, kız)

“Sağlığımız için”(14 yaşında, erkek) şeklinde ifade etmişlerdir.

4.2.1.2. Psikofiziksel Gereksinimler

4.2.1.2.a. Aktivite

Adölesanların egzersiz özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.7’de yer almaktadır. Kontrol grubundaki adölesanların 1. izlemde %38.9’unun düzenli, %50.0’sinin günde 60 dakika egzersiz yaptığı, %61.6’sının kendisini yorgun hissettiği için egzersiz yapmadığı, %50.0’sinin egzersize göre insülin dozunda değişiklik yaptığı, %93.3’ünün insülin dozunu azaltarak egzersize göre insülin dozunda değişiklik yaptığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların 2. ve 3. izlem sonuçlarının egzersiz özelliklerine ilişkin tüm alanlarda 1. izlem

sonuçları ile benzer olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki adölesanların 1. izlemde %50.0'sinin düzenli, %33.3'ünün günde 60 dakika egzersiz yaptığı, %50.0'sinin kendisini yorgun hissettiği için egzersiz yapmadığı, %12.5'inin egzersize göre insülin dozunda değişiklik yaptığı, %90.9'unun insülin dozunu azaltarak egzersize göre insülin dozunda değişiklik yaptığı bulunmuştur. Müdahale grubundaki adölesanların 2. ve 3. izlem bulgularının tüm alanlarda 1. izlem sonuçları ile benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Müdahale grubundaki adölesanlarla fiziksel egzersize ve masaja ilişkin etkinlikler yapılmış ve stresle ilişkisi açıklanmıştır. Daha sonra adölesanların yaptıkları egzersizler sorulduğunda; çoğunluğu egzersiz yaptıklarını (12 kişi), en çok yürüyüş (5 kişi), futbol (3 kişi) ve voleybolu (4 kişi) tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Adölesanlar okulda spor yapabilecek alanların olmamasını, beden eğitimi derslerinde rapor istenmesini, maçlarda hipoglisemiye girdikleri zaman sağlıkçıların bu konuda bilgilerinin olmamasını egzersiz yapmadaki engeller olarak ifade etmişlerdir.

“Burada bizim okul küçük bir alan spor yapabilecek bir alanda yok.” (16 yaşında, erkek)

“Belge getir diyor. Oynayabilir raporu. Tamam, oynamayım derse gireyim oturayım o da yok. Yani böyle hastalıkla ilgili kısıtlamalar canımı sıkıyor.” (16 yaşında, erkek)

“Şöyle bir durum var. Hani resmi maçlara çıktığımızda maçlarda bulunan sağlıkçıların şeker hastalığı ile ilgili hiçbir bilgisinin olmaması, maç esnasında hipoya girdiğimde yardım etmesi gereken sağlıkçıyken benim kendi hocam yardım ediyor yani bu gerçekten büyük bir sorun. Çünkü tam bir hipoya girsem orda bana yardım edebilecek hiç kimse yok.” (15 yaşında, erkek) şeklinde ifade etmişlerdir.

Tablo 4.7. Adölesanların Egzersize İlişkin Özellikleri

	Müdahale Grubu						Kontrol Grubu					
	1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem		1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Düzenli egzersiz yapma												
Evet	8	50.0	8	50.0	6	37.4	7	38.9	4	22.2	7	38.9
Bazen	4	25.0	4	25.0	5	31.3	9	50.0	12	66.7	9	50.0
Hayır	4	25.0	4	25.0	5	31.3	2	11.1	2	11.1	2	11.1
Egzersiz süresi (dk/gün)												
30	1	16.7	4	33.3	4	36.4	1	12.5	4	26.7	7	43.8
60	2	33.3	4	33.3	4	36.4	4	50.0	6	40.0	6	37.5
90	1	16.7	2	16.7	-	-	1	12.5	2	13.3	2	12.5
120	2	33.3	2	16.7	2	18.1	2	25.0	3	20.0	1	6.3
180	-	-	-	-	1	9.1	-	-	-	-	-	-
Egzersiz yapmama nedeni*												
Canı istememe	4	50.0	6	75.0	4	36.4	4	30.8	4	28.5	1	8.4
Okul nedeniyle	-	-	-	-	5	45.5	1	7.6	7	50.0	7	58.3
Kendini yorgun hissetme	4	50.0	2	25.0	2	18.1	8	61.6	2	14.4	4	33.3
Saatinde kalkamama	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7.1	-	-
Egzersize göre insülin dozunda değişiklik yapma												
Evet	2	12.5	7	43.8	6	37.4	9	50.0	10	55.6	7	38.9
Bazen	9	56.3	5	31.2	5	31.3	6	33.3	3	16.7	5	27.8
Hayır	5	31.2	4	25.0	5	31.3	3	16.7	5	27.7	6	33.3
Egzersize göre insülin dozunda yapılan değişiklikler*												
İnsülin dozunu azaltma	10	90.9	7	58.3	9	75.0	14	93.3	11	84.6	7	63.6
Kan şekeri yüksekse çok düşükse az yapma	1	9.1	2	16.7	-	-	1	6.7	2	15.4	3	27.3
Egzersizi az yapılırsa insülini 1-2 ünite fazla yapma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9.1
Kan şekerini ölçme ve ona göre karar verme	-	-	3	25.0	3	25.0	-	-	-	-	-	-

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.2.1.2.b. Cinsellik

T1DM'li adölesanların vücut ağırlığı ortalamalarının çalışma sonrasında öncesine göre kontrol grubunda arttığı ve bu artışın önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002$). Boy uzunluklarının müdahale ve kontrol grubunda arttığı grup içinde bu artışın önemli olduğu ($p=0.000$, $p=0.000$) ancak gruplar arasında önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmada adölesanların BKİ puan ortalamalarının çalışma öncesinde kontrol grubunda daha az olduğu ve aralarındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır. Çalışma sonrasında müdahale grubunda BKİ ortalamalarının azaldığı kontrol grubunda arttığı, bu farkın grup içi ve gruplar arasında önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 4.5).

Tablo 4.8.Müdahale Grubu Adölesanların Alt Düzey Gereksinimlere İlişkin Görüşleri

Temalar	Kategoriler ve kodlar
Tıbbi beslenme tedavisine ilişkin engeller	• Stresli olma • Doymama • Değişim listelerini bilmeme ve kullanmama • Aile tutumlarına tepki • Dışarıda yemek yeme • Ailede diyabeti olan bireyin olması • İnsanların tutum ve davranışları
İnsülin tedavisini düzenli yapmama nedenleri	• Unutma • İnsülin tedavisine karşı olumsuz duygu ve düşünce • Arkadaş ve öğretmenlerin davranışlarından rahatsız olma
Kan glukoz ölçümü yapmama nedenleri	• Ortamın uygun olmaması • Okuldan yapmaktan hoşlanmama, gerek duymama
En çok yapılan egzersizler	• Yürüyüş • Futbol • Voleybol
Egzersiz yapmada engeller	• Okulda spor yapılabilecek alanların olmaması • Beden eğitimi dersinde rapor istenmesi • Maçlarda hipoglisemiye girdiklerinde müdahale konusunda sağlıkçıların bilgilerinin olmaması

4.2.2. ÜST DÜZEY GEREKSİNİMLER

4.2.2.1. Psikososyal (Bütünleyici) Gereksinimler

Ait olma ve başarı olmak üzere 2 kategoride ele alınmıştır.

4.2.2.1.a. Ait Olma

Diyabetli olmayan ve T1DM'li olan arkadaşlar olmak üzere 2 grupta ele alınmıştır.

1- Diyabetli Olmayan Arkadaşlar

Adölesanlar arkadaşları onlara acıdıkları ve diyabet olduklarını onlardan duymak istemedikleri için hastalıklarını kimseyle paylaşmak istemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

Diyabeti olmayan arkadaşlarına ilişkin ifaderi;

“Söylemiyorum ben. Acıyorlar, nasıl yapıyorsun? Biz bir iğne yapıyoruz çok acıyor sen nasıl yapıyorsun? Bunlar da beni sıkıyor söylemiyorum.” (14 yaşında, erkek)

“Ölçüm zamanı geldiğinde millet bir değişik bakıyordu, sinirleniyordum onlara, acınaklı bakıyorlardı, şeker hastasıymış, iğne yapıyormuş, öyle terimler kullanıyorlardı, canım sıkılıyordu, strese giriyordum.” (16 yaşında, erkek)

“Ben kimseye söylemem. Bilmelerine gerek yok ben bilsem yeter. Kendi vücudum kendi hastalığım onlar mı yaşıyor. (14 yaşında, erkek)

“İlkokuldayken ortaokuldayken şeker hastalığı varmış işte şöyleymiş diye bana söylediklerinde daldım. Disipline giderdim. Bunu duymak beni rahatsız ediyordu. Bu bana ağır geliyordu.” (15 yaşında, erkek)

2- T1DM'li arkadaşlarına ilişkin ifadeleri

Yaratıcı drama oturumları sırasında adölesanlar tanışarak etkinliklerde bulunmuşlardır. Bu etkinliklere ilişkin adölesanlar kendilerini iyi hissettiklerini, rahatladıklarını, eğlenceli olduğunu ve iyi vakit geçirdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

1- Kendini iyi hissetme

“İyi hissettim” (14 yaşında, erkek)

“İyi, kendimi kolay ifade ettim.” (14 yaşında, erkek)

“İnternetin başından kalkmazdım. Buraya gelmeyi istemedim ama iyi ki gelmişim.” (15 yaşında, kız)

“Buraya en istekli gelen insanlardan biri de bendim. O kadar yabancı insanın içinde benim gibi olan birilerini görmek istedim. İyi ki gelmişim.”(16 yaşında, erkek)

2- Rahatlamış Hissetme

“Egzersizler ilginç geldi güzel geldi rahatladık.” (15 yaşında, kız)

“Rahatladık.” (14 yaşında, erkek)

“Yumuşama rahatlama hissettim.” (13 yaşında, erkek)

“Huzurlu hissettim.” (15 yaşında, kız)

“Kendimi rahat hissettim.” (15 yaşında, erkek)

“Çok değişik birşeydi, rahatlattı.”(16 yaşında, erkek)

“Kaslarım rahatladı.”(16 yaşında, erkek)

“Nefes egzersizleri güzeldi.” (15 yaşında, erkek)

“Dün stresli olunca fiziksel olarak bir şey aradık. Bugünse manevi bir rahatlık. .Güzeldi değişik ilginç şeylerdi.”(16 yaşında, erkek)

3- Eğlenceli bulma, iyi vakit geçirme

“Sabah geldiğimde arkadaşlardan utanıyordum. Sonra arkadaşlarla anlaştık, eğlenceli geçti.” (14 yaşında, erkek)

“İlk sıkıcıydı, sonra oyun oynarken birbirimize alıştık, eğlenceliydi.” (13 yaşında, kız)

“Ben gelmek istemiyordum babam göndermişti, iyi ki de göndermiş. İlk başlarda çok sıkılacağımı düşünmüştüm. Daha önceden böyle yerlere gitmiştim. Ora çok sıkıcı bir yerdi. Burada eğlendik, güldük, çocukça şeyler yaptık, güzeldi.”(16 yaşında, erkek)

“Diğer programlara göre daha eğlenceliydi.”(15 yaşında, erkek)

“Bugün canlandırmalar daha kolay oldu çok da zor olmadı. .Biraz daha alışınca ortama daha kolay oldu herşey bugün daha eğlenceliydi.”(15 yaşında, kız)

“Alıştığımız için daha eğlenceli geçti bence” (15 yaşında, kız)

“Stres attım güldüm eğlendim.”(15 yaşında, kız)

4.2.2.1.b.Başarı

Stresle baş etme, problem çözmeyi başarma ve umut düzeyini arttırma şeklinde ele alınmıştır.

4.2.2.1.b.1. Stres Yönetimi

Tablo 4.9’da adölesanların algılanan stres düzeyleri ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Çalışma sonrasında müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların çalışma sonrasında algılanan stres puan ortalamaları arasında puan farkı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.211$, $p=0.872$, $p=0.909$). Müdahale ve kontrol grubunda

stres/rahatsızlık ve özyeterlilik alt boyutlarında gruplar arasında önemli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Müdahale grubundaki adölesanların özyeterlilik alt boyut puanlarında grup içinde önemli bir değişiklik olmazken ($p>0.05$), kontrol grubundakilerin grup içi puan ortalamalarının azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.025$).

Tablo 4. 9. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Stres Puan Ortalamaları

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test*
	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	
Stres/Rahatsızlık Alt Boyutu			
1. izlem	10.23±4.75	11.55±4.44	$p=0.414$
2. izlem	11.06±4.49	10.22±5.17	$p=0.619$
3. izlem	10.68±3.78	10.33±4.96	$p=0.818$
Test*	$p=0.776$	$p=0.440$	
Özyeterlilik Alt Boyutu			
1. izlem	6.50±3.09	8.05±3.05	$p=0.151$
2. izlem	6.81±3.31	7.27±1.93	$p=0.615$
3. izlem	6.06±3.10	6.16±3.11	$p=0.923$
Test*	$p=0.522$	$p=0.025$	
Toplam Algılanan Stres Düzeyi			
1. izlem	16.75±6.64	19.61±6.39	$p=0.211$
2. izlem	17.87±6.92	17.50±6.56	$p=0.872$
3. izlem	16.75±6.64	16.50±6.66	$p=0.909$
Test*	$p=0.715$	$p=0.120$	

*Genel Doğrusal Modellerde Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi

Müdahale grubundaki adölesanlara etkinliklerde “Stres nedir?” sorusu yöneltilmiştir. Adölesanlar stresi iğrenç, kötü, üzüntü verici ve kan şekerini yükselten bir şey olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.12).

“İğrenç birşey.” (15 yaşında, kız)

“Kötü bir şey.” (15 yaşında, kız)

“Üzüntü” (16 yaşında, kız)

“Hayatımda üzücü şeyler üst üste geldiği zaman genelde stres olmazsa olmaz. Üzücü şeylerden kaynaklanan sinir hali.” (16 yaşında, erkek)

“Çok kötü birşey. Ben stres olunca şekerim yükseliyor.” (14 yaşında, erkek)

Adölesanlarda stresin uyandırdığı duygu ve düşünceler; olumlu ve olumsuz duygu ve düşünceler olarak ele alınmıştır (Tablo 4.12).

1. Olumlu duygu ve düşünceler

Adölesanlar stresin onlarda uyandırdığı olumlu duygu ve düşünceleri; “*mutlu, neşeli, keyifli*” olarak belirtmişlerdir.

2. Olumsuz duygu ve düşünceler

“Düşünceli, üzgün, sinirli, dikkat dağınıklığı, karamsar, başı boş, umutsuz, çaresiz, ağlamaklı, mutsuz, sıkılmış, karışık duygular içerisinde olmak, kızgın, endişeli, ne yapacağını bilmemek” olarak ifade etmişlerdir.

Adölesanların yaratıcı drama oturumlarında stres nedenlerini; sınavlar, okul, ders, ödev yapmak, lise tercihi, arkadaş davranışları, hastalık ile ilgili durumlar, aile, kilo alma ve uykusuzluk olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

1- Sınavlar

“TEOG” (13 yaşında, erkek)

“Bana göre stres babam artı geometri sınavı.” (16 yaşında, erkek)

“Okul ve sınav sistemi.” (15 yaşında, erkek)

“Okulda sınav kaygısı olduğu için ben stres oluyorum. O yüzden şekerim yükseliyor.” (16 yaşında, erkek)

“Günlük hayatta karşılaştığımız olaylar, sınavlar” (15 yaşında, kız)

“Ertesi gün sınav olduğu halde benim çalışmayıp sınavdan düşük not almam.” (15 yaşında, kız)

“Sınavlarda düşük not almak” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılanlardan)

“Herhangi bir işte yapamama korkusu var genelde yani. Sınavlarda olsun normal günlük işlerde olsun yapamayacağım diye bir korku var içimde. Öyle düşünüyorum.” (15 yaşında, kız)

“Teog sınavının düşük gelmesi” (Öfke nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Teog sınavına gireceğim en büyük stres nedenim” (15 yaşında, kız)

“Düşük not alma kaygısı var. Aldım da yani. Alınca ne oluyor birşey olmuyor. Sonra ikinci sınava daha çok çalışırım düzeltirim diyorum. Yine olmuyor.” (16 yaşında, erkek)

“Geometriyi önceden yapamıyordum. Artık yapabiliyorum. Geometriyi yapamıyordun artık yapabiliyorsun bir olay olduğunda bunda da böyle yap olmuyor bende. Aynı

durum oluyor bende yapamayacaksın olur. Öğrenilmiş çaresizliği yaşıyorum.” (16 yaşında, kız)

2- Okul, ders, ödev yapmak

“Ders çalışmak” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“İngilizce dersine çalışmak” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Sunum öncesi çok stres yaşıyorum” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Ödev yapmak” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Test çözmek” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Okula gitmek” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

3- Lise tercihi

4- Arkadaş davranışları

“Arkadaşlarımın benimle dalga geçmesi” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Arkadaş ortamının sıkıcı olması” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Trip atıyorlar. Ben triplerini çekemem. Onlarla aram bozuluyor.” (15 yaşında, kız)

“Bende hastalık var dedim. Bazıları benimle dalga geçti. Dövebildiğimi dövdüm. Dövedemediğimi dövdürdüm.” (15 yaşında, erkek)

5- Hastalık ile ilgili durumlar

Adölesanlar hastalık yönetimi konusunda günlük kan glukoz değerleri (hipo/hiperglisemi), HbA1c düzeyleri, hastane ve hastaneye yatma, hastalık ve komplikasyon gelişmesi ve insülin tedavisi nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

“Şekerimin düşmesi” (13 yaşında, erkek)

“Ben artık şekerimin yüksek çıkmasından sıkıldım” (Olumsuz düşünce biçimlerine yazılan ifadelerden)

“HbA1c’nin yüksek çıkması” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Hastaneye yatmak” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Sağlığını kaybetme korkusu” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Diyalize girebilme olasılığı” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“İğne vurmak” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Her duyguyu yaşamakta daha bir farklıydı. Her üç ayın sonunda HbA1c nasıl çıkacak korkusu vardı. İyi çıkarsa mutluluk, kötü çıkarsa hüznün oluyordu.” (14 yaşında, kız)

6- Aile

Adölesanlar aileleri ile çatıştıklarını, ailelerinin baskı yapmaları, yüksek not beklentileri, kızmaları, tehdit etmeleri ve okul gezisi ya da il dışı gezisine izin vermemeleri nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

“Ailemle çok çatışıyorum.”(16 yaşında, kız)

“Babamın bana sürekli karışmasına artık katlanamıyorum” (Olumsuz düşünce yapısı olarak yazılan ifadelerden)

“Evde olmak benim için stres kaynağıdır”(Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Beni strese sokan en önemli şey aile baskısı”(Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Annemin ders çalış baskısı”(Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Psikolojik baskı, ailemin ders çalış diye baskı yapması”(14 yaşında, erkek)

“O bende çok oluyor. Arkadaşlarla yemeğe gidiyoruz en az 50 defa cevapsız arama. Kapatıpta gidiyorum artık.Ne yaptın ne yedin iğneni vurdun mu şekerini ölçtün mü?Hep baskı ama çok baskı da sıkıyor.” (16 yaşında, erkek)

“Ablam var benim. O dışarı çıkınca onu hiç aramazlar. Ama ben çıkınca 50 defa arıyorlar. Ama rahatsız olmuyorum çok”(16 yaşında, kız)

“Sınavdan hep yüksek not almamı beklemesi ailemin” (15 yaşında, erkek)

“YGS’de yüksek bekliyorlar. Ona da çalışmak strese sokuyor.”(16 yaşında, erkek)

“Ben düşük not alırsam işe yaramazın teki olurum diye düşünüyorum çevremden dolayı aile baskısından dolayı.Yüksek beklenti.”(16 yaşında, erkek)

“Annemin tehdit etmesi”(Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Babamın kızmaması”(Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Benimde yediklerime şart koşuyorlar. Bunu yersen bunu yemeyeceksin bunu yersen şekerini düşürmesi için şunu yiyeceksin mesela geçen gün dondurma yedim. Annem bana şart koşuyor gitmeden çörek otu yiyeceksin diye. Yemek istemiyorum. Biri bana şekerimin düşmesi için bir şey ye dediği zaman batıyor resmen o kelime bana nefret ediyorum sevdiğim bir şey bile olsa tiksiniyorum o an istemiyorum. Zor geliyor. Ne kadar şekerimi düşüren şey varsa hepsi acı.” (15 yaşında, kız)

“Ben ortaokulda okul voleybol takımındaydım 3 yıl üst üste şampiyon olduk. Fakat ailem hastalığımdan dolayı beni il dışına yollamadı. Ama şu an lisede öyle bir sıkıntı yaşamıyorum ama küçükken kendine bakmıyorsun diye karşı çıkıyorlardı. Şu anda da kendileri göndermek istiyorlar ben gitmek istemiyorum tepki olarak.” (15 yaşında, erkek)

7- Kilo alma

“Kilolarımı stres yaparım.” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

“Kilomun olması beni strese sokar.” (Stres ağacı etkinliğinde stres nedenlerine yazılan ifadelerden)

8- Uykusuzluk

Adölesanların stres ile başetme yöntemleri; etkili ve etkisiz başetme yöntemleri olarak ele alınmıştır. Kullandıkları etkili başetme yöntemlerinin müzik dinleme, espri yapma, dışarıda, arkadaşlarla vakit geçirme olduğu ve duygularını ifade etme olduğu belirlenmiştir. Ayrıca adölesanlar diyabet hakkında bilgi sahibi olmayı da stresle başetmede kullandıklarını belirtmişlerdir. Kullandıkları etkisiz başetme yöntemlerinin ise ağlama, içine kapanma, saldırganlık ve duygularını ifade edememe olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

Etkili yöntemlere ilişkin örnek ifadeler;

“Ya idman ya müzik dinlerim. Bazen müzik dinlediğimde bazen kimseyle konuşmuyorum.” (15 yaşında, erkek)

“Stresli bir durum olduğunda espri yaparım ortamı yumuşatırım.” (14 yaşında, erkek)

“Streslenince çıkar gezerim.” (15 yaşında, erkek)

“Arkadaşlarımla vakit geçiriyorum beni rahatlatıyor.” (16 yaşında, erkek)

“Kolayca yansıtabilirim. En kolay sevinci.” (16 yaşında, erkek)

“Ben her duyguyu rahatlıkla yansıtabilirim.” (14 yaşında, kız)

“Yenik düşmemek için düşmana onu tanımak gerekli tanımak içinse eğitim elbette ki diyabeti bilmezsen diyabetle mücadele edemezsin.” (16 yaşında, erkek)

Etkili ve etkisiz yöntemlerin birlikte kullanıldığı örnek ifadeler;

“Hiç birşey yapasım gelmiyor. Ya ağlarım ya müzik dinlerim. Çok strese grince sinirlenirim. Sinirlenince pişman olduğum şeyler yaparım. Arkadaşlarımla kavga ederim. Ben hiç özür dilemem. Pişman oluyorum. Müzik dinliyorum.” (15 yaşında, kız)

“Ben ya yatar ağlarım ya da bir kitap beni kendime getirir.” (16 yaşında, kız)

“Ben genelde ağlarım. İlk önce arkadaşlarımla konuşurum. Beni anlayabilecek bir arkadaşım var. Onunla genelde konuşurum. Çözüm yolu bulamazsam yine ağlarım.” (15 yaşında, kız)

“Sinirlenirim, dışarı çıkar, spor falan yaparım, top oynarım, bazen ailem ve arkadaşlarımdan uzaklaşıyorum. Şekerim yüksek çıktığında sinirli oluyorum, sessiz kalmayı içime kapanmayı tercih ediyorum.” (13 yaşında, erkek)

“Ben genellikle kendimi odama kapatıyorum, kimseyle konuşmuyorum. Bir iki saat müzik dinliyorum, daha hiç olmadı odamda yatıyorum sabaha kadar çıkmıyorum.” (16 yaşında, erkek)

Etkisiz yöntemlere ilişkin örnek ifadeler;

“Öfkeyle sevinci yansıtırım. Mesela annemin bağırıp çağırması da öfkelenendirir, dışarı çıkıp araba sürmemde rahatlatır.” (13 yaşında, erkek)

“Üzüntü hariç hepsini yansıtabilirim. Üzüntüyü paylaşmak istemiyorum. Ben kendi başıma halledebilirim.” (16 yaşında, kız)

“Velhasılı 6 yılımız şeker ikizimle kavga dövüş halinde geçti. Ancak ben kendisini ne kadar sevmesem de, istemesem de, kavga da etsem; o hep benim yanımda olacak, benimle kalacak ve asla benden çıkmayacak. Bu yüzden ona alışmaktan başka çarem kalmıyor galiba.” (15 yaşında, kız)

“Üzgün davranırım. Ailemden uzaklaşıyorum. Kendi içeme dönerim.” (13 yaşında, erkek)

“Ben sorunlarımı anlatmayı hiç sevmem içime kapanırım. Hiç kimseye içime atarım.” (16 yaşında, kız)

“Mesela annem yani anlatırsam başka kimseye anlatınca kendimi aciz gibi hissederim. Çünkü onlar benim yaşadığım şeyi yaşamadılar. Tatmadılar. Belki ben anlattıktan sonra başka bir ortamda dalga konusu yapabilecek konuma düşebilirler. Dalga geçilirse iyi olmaz. Direkt saldırganlığa geçiyorum uygulayabilirsem, yetmezse dayak

“Yiyorum. Öfke patlaması yaşıyorum. Onu dışarı vurmam lazım. Çok ağır şeyler yaşanabiliyor.” (16 yaşında, erkek)

“Genelde yatarım. Uzanırım. Diğer türlü daha fazla zarar veriyorum. Direkt insanlara zarar veriyorum. Durduramıyorum kendimi sinir patlaması yaşıyorum. Çok zarar veriyorum kendime. Aile içi böyle çok stres olacak birşeyler olmuyor da dışarda arkadaş ortamında normal seyreden bir şeyde hiç beklenmedik bir şekilde sinirlenebiliyorum. Ondan sonra sonu kötü oluyor ya ona ya bana.” (16 yaşında, erkek)

“Sinirlenince topu patlatırım mesela. Telefon ne varsa vururım kırarım.” (13 yaşında, erkek)

“Sinirlenirim. Ben sinirlenince bağırıp çağırırım ya da ortamı terk ederim. (14 yaşında, erkek)

“Öfkelenirim. Öfkelenince anneme bağırırım.” (13 yaşında, kız)

“Bağırırım.” (13 yaşında, kız)

“Bilgisayar oynarım. Ablamla kavga ederim. O bana vurunca ben bir şey söylemem, ben ona vurunca bir şey söylemez.” (13 yaşında, erkek)

“Öfkelenirim. Ya birine vururum ya da kırıp dökerim. Kavga çıkarırım. Abimi döverim, rahatlıyor anlaşıyoruz biz.” (14 yaşında, erkek)

“Sinirlenirim. Kavga ederim döğüşürüm. Sinirlenince çıkarım evden, ortamı terk ederim.” (13 yaşında, erkek)

“Mesela ben saldırganlığı kullanıyorum genellikle. Odamdaki eşyalara zarar veriyorum duvara yumruk atıyorum stresimi öyle atmaya çalışıyorum.” (16 yaşında, erkek)

“Ben edemiyorum galiba. Ben üzüldüğümü dışarıya yansıtmam. Niye? dersiniz. Ben üzülyorsam arkadaşlara derdimi söyleyipte onu niye üzeyim ki. Belli etmem kimseye ne olduğumu. Sevdiğim kişi arkadaşım herşeyimi bilse bile üzüntümü ona anlatmam. O da üzülebilir canı sıkılabilir.” (16 yaşında, erkek)

“Sevinç duygusu hariç diğerlerini yansıtamam. Aslında ben yansıtırımda insanlar anlayamaz. Çünkü normal yansıtılardan farklı oluyor. Mesela öfkelendiğimde ben sepsessiz olurum. Normalde millet bağırıp çağırırken ben susarım o yüzden anlayamazlar.” (15 yaşında, erkek)

“Ben üzüntü ve korkumu yansıtamam galiba.” (15 yaşında, kız)

“Korku ve üzüntüyü yansıtamam. Korkumu yüze vuramıyorum üzüntümü de daha çok içimde yaşıyorum.” (15 yaşında, kız)

“Üzüntü ve korku. Korku yüzüme yansıtamam korkuyu da arkadaşlarım gibi kimsyle paylaşmak istemem.” (15 yaşında, kız)

Etkinliklerde adölesanların yazdıkları stres sloganları (Tablo 4.12);

- *Stresi atın mutluluğu alın*
- *Stresi geriye geleceği öne al*
- *Stres yapıp geleceğe zarar verme*
- *Stresle savaş el ele verin stresi yenin*
- *Stresim şekil önümden çekil*
- *Stresi unut mutluluğa atıl*
- *Strese girmeyin rahat edin*
- *Stresi at hayatı kap*
- *Stresi unut asla ona yer verme*
- *Stresi kovun huzuru bulun*
- *Nefes alın stresi atın*
- *Stresle savaşmak için nefes egzersizi*

4.2.2.1.b.2. Problem Çözme

T1DM’li adölesanların problem çözme ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına Tablo 4.10’da yer verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların çalışma sonrasında öncesine göre problem çözme puan ortalamalarının azaldığı, ancak gruplararası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur. Ayrıca problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma ve kişisel kontrol alt boyutunda adölesanların puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arasında farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Problem Çözme Puan Ortalamaları

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test*
	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	
Problem Çözme Yeteneğine Güven Alt Boyutu			
1. izlem	29.37±10.51	29.61.55±9.59	$p=0.946$
2. izlem	27.43±10.45	28.55±7.62	$p=0.722$
3. izlem	27.81±11.43	29.55±9.70	$p=0.634$
Test*	$p=0.673$	$p=0.854$	
Yaklaşma-Kaçınma Alt Boyutu			
1. izlem	49.18±10.69	50.94±10.51	$p=0.633$
2. izlem	50.68±14.35	45.77±12.21	$p=0.289$
3. izlem	49.18±13.80	44.77±14.77	$p=0.377$
Test*	$p=0.816$	$p=0.080$	
Kişisel Kontrol Alt Boyutu			
1. izlem	16.43±5.03	16.88±3.78	$p=0.768$
2. izlem	15.93±3.80	15.83±3.94	$p=0.938$
3. izlem	14.93±3.92	14.55±2.35	$p=0.730$
Test*	$p=0.351$	$p=0.086$	
Toplam Problem Çözme Düzeyleri			
1. izlem	95.00±21.34	97.44±17.48	$p=0.716$
2. izlem	94.06±24.12	90.16±19.74	$p=0.608$
3. izlem	91.93±24.34	88.88±23.75	$p=0.714$
Test*	$p=0.748$	$p=0.073$	

*Genel Doğrusal Modellerde Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi

4.2.2.1.b.3. Umut/Umutsuzluk

Tablo 4.11’de T1DM’li adölesanların umutsuzluk ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların umutsuzluk düzeyleri ve alt boyutlarına ilişkin çalışma sonrasında öncesine göre puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.11).

Müdahale grubundaki adölesanların umutları ile ilgili olarak motivasyon ve geleceğe yönelik beklentilere ilişkin görüşlerini belirtmişlerdir. Adölesanlardan biri diyabeti bir savaş ve yarış olarak belirterek bunu kazanmaya yönelik önerilerde bulunmuştur. Bir başka adölesan diyabetli biri olarak yalnız olmadıklarını belirterek, birbirlerine destek olabileceklerini belirtmiştir.

“İnanın ki bunların hepsi sizin elinizde. Ya mutlu olacaksınız ya da mutsuz, bu duygulardan hangisini yaşamak istiyorsanız onu yaşayacaksınız. Her kim olursa olsun

sizin durumunuzu yaşamayan asla ve asla sizi anlamayacak. Bu yüzden kimseyi duymayın. Kendi yolunuzu çizin. Bu hastalığın benim hayatıma engel olmaması gerektiğini biliyorum. Ve bunun içinde elimden geleni yapıyorum. Artık dostumu çok iyi tanıyorum. Ona iyi davranmazsam eğer o da bana kötü davranıyor. Herşey karşılıklı bu hayatta. Size de tavsiye ederim dostunuzu iyi tanımanızı. Çünkü o her zaman sizin yanınızda olacak. Asla peşinizi bırakmayacak. Bizde mağlup olmayıp, bu savaşı, yarışı kazanmalıyız. (14 yaşında, kız)

“Yenik düşmemek için düşmana.Onu tanımak gerekli. Tanımak içinse eğitim elbetteki diyabeti bilmezsen diyabetle mücadele edemezsin. Sekiz yıl geçti aradan. Biliyorum yapılacakları. Uyguluyorum kuralları. Hala eksiklerim var inan. Öğreniyorum durmadan.” (16 yaşında, erkek)

“Ben bir taneyim benden hepinize selam olsun aynı duyguları paylaştığımız için, aynı kurallara sahip olduğumuz için, hemen hemen aynı sıkıntıları çektiğimiz için. Bende bir şekerim peki neden sizden haberim yok neden dertlerimi sizlere anlatamıyorum neden hep içime atma zorunluluğu hissediyorum. Biz bu kadar fazla iken evlerimizde neden birer yalnız kişilere dönüşüyoruz? Birbirimizi bulamaz mıyız? Dertlerimizi anlatamaz mıyız? Yalnız şekerli değil de şekerliler olamaz mıyız?”(16 yaşında, erkek)

Tablo 4. 11. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası Umutsuzluk Puanları

	Müdahale Grubu Median (%25 p-%75p)	Kontrol Grubu Median (%25 p-%75p)	Test*
Gelecek İle İlgili Duygular Beklentiler Alt Boyutu			
1. izlem	0.00(0.00-1.00)	0.00(0.00-1.00)	$p=0.695$
2. izlem	0.00(0.00-1.75)	1.00(0.00-1.25)	$p=0.506$
3. izlem	0.00(0.00-1.00)	0.00(0.00-0.00)	$p=0.198$
Test*	$p=1.000$	$p=0.103$	
Motivasyon Kaybı Alt Boyutu			
1. izlem	2.00(1.00-4.75)	2.50(1.00-4.25)	$p=0.986$
2. izlem	2.00(1.00-4.75)	2.50(1.00-4.25)	$p=0.986$
3. izlem	2.00(1.00-4.75)	2.00(1.00-3.00)	$p=0.959$
Test*	$p=0.717$	$p=0.500$	
Umut Alt Boyutu			
1. izlem	1.00(0.00-3.00)	2.00(0.00-3.00)	$p=0.617$
2. izlem	0.00(0.00-1.75)	1.00(0.00-2.25)	$p=0.422$
3. izlem	0.00(0.00-0.75)	0.50(0.00-2.00)	$p=0.227$
Test*	$p=0.109$	$p=0.183$	
Umutsuzluk Toplam Puanları			
1. izlem	4.00 (2.00-4.25)	3.50 (2.75-7.75)	$p=0.721$
2. izlem	2.00 (2.00-4.25)	5.00 (3.00-7.50)	$p=0.217$
3. izlem	2.50 (2.00-4.25)	3.50 (2.00-4.25)	$p=0.905$
Test**	$p=0.645$	$p=0.109$	

*Mann-Whitney U testi, **Friedman testi

Müdahale grubundaki adölesanların etkinlikler sonrasında kullanacaklarını belirttikleri başetme yöntemlerinin; problem çözme, müzik dinleme, progresif gevşeme egzersizi, slogan belirleme, empati yapma, iyi ilişkiler kurma, spor yapma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

“Problem çözme basamaklarını öğrendim yapabileceğimi düşündüm.” (15 yaşında, erkek)

“Müzik dinlerim.”(14 yaşında, erkek)

“Resim yaparak, müzik dinleyerek, birçok şeyi yaparak”(13 yaşında, kız)

“Kullanıyorum zaten hayatımda çoğunu. Ben dolaşırım müzik dinlerim annemle konuşurum arkadaşlarımla olurum.”(16 yaşında, erkek)

“Gevşeme egzersizlerini ben yapıyorum müzik dinlediğim için evdeyken uyuyor gibi”(16 yaşında, erkek)

“Okulda derslerde normalde gevşeme egzersizini yapıyorum”(16 yaşında, kız)

“Slogan seçebilirim kendime stresi atıp mutluluğu elime alabilirim”(13 yaşında, kız)

“Slogan hazırlamak güzeldi. Öğrenilmiş çaresizliği yenebilirim”(14 yaşında, kız)

“Bende kullanabileceğimi düşünüyorum, empati kurarak, özür dileyerek, sakinleşerek. İnsanlarla iyi ilişkiler kurabileceğimi düşünüyorum.”(14 yaşında, kız)

“Paten sürebilirim.”(13 yaşında, erkek)

“Spor yapabilirim.”(13 yaşında, kız)

“Daha mutlu olurum. Özgür olarak hepsini kullanabilirim.”(13 yaşında, erkek)

Etkinlikler sonrasında adölesanların bir kısmı problem çözme, düşüncelere yönelik yöntemleri ve progresif gevşeme egzersizlerini yapamayacaklarını belirtmiştir (Tablo 4.12).

Kullanamayacaklarını belirttikleri baş etme yöntemleri;

“Problem çözme basamaklarını öğrendim ama çok yapmam herhalde.” (15 yaşında, kız)

“Bugünkülerin (düşüncelere yönelik yöntemler) hiç birini yapamam. Hepsini kullanmak istesem kullanırım ama kullanmak istemiyorum.”(13 yaşında, erkek)

“Ben düşünmüyorum. Hayatımızın her an her yerinde stres yaşıyoruz. Devam ediyor. Bir yerde stres yaşarım ben.”(13 yaşında, kız)

“Ben yapabileceğimi sanmıyorum (gevşeme egzersizi) uyumak beni rahatlatıyor.”(16 yaşında, erkek)

“Ben zannetmiyorum çünkü böyle bir mekeni her zaman bulmak sıkıntı” (16 yaşında, erkek)

“Dürüst olmak gerekirse ben bunu (gevşeme egzersizi) hayatımda yapamam.”(15 yaşında, erkek)

“Yapabileceğimi (gevşeme egzersizi) pek sanmıyorum. O anda birden patladığım için o anda aklıma gelmez. Daha sonraki bir zamanda olabilir.” (15 yaşında, kız)

“Ben yapabileceğimi (gevşeme egzersizi) sanmıyorum. Kafamıza sorunları attıkça böyle hallolmayacak ki geri aklımıza gelecek.”(16 yaşında, kız) şeklinde ifade etmişlerdir.

Adölesanlarda farkındalık gelişen konular 4 kategoride ele alınmıştır. Adölesanlar; stresle baş etmede kullandıkları baş etme yöntemlerini, kullanılabilecek farklı yöntemlerin olabileceğini, yalnız olmadıklarını, benzer sorun ve düşüncelerinin olduğunu farkettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.12).

1- Kullandıkları baş etme yöntemlerini farketme

“Stres karşısında uyguladığım yöntemlerin doğru olduğunu gördüm.”(15 yaşında, erkek)

“Doğru yolda olduğumu ve böyle devam etmem gerektiğini.” (16 yaşında, erkek)

“Stresle baş etme yolumun yanlış olduğunu gördüm.” (16 yaşında, erkek)

“Aslında uyguladığımız ama isim olarak veya fiziksel olarak bilmediğimiz şeylerdi. Öğrendik iyi oldu. Daha çok yol katederiz inşallah.” (16 yaşında, erkek)

2- Stresle baş etmede kullanılabilecek farklı yöntemler olduğunu farketme

“Bana lazım olan şeyin ne olduğunu öğrendim. (problem çözme basamakları)” (16 yaşında, erkek)

“Bende problem çözme basamaklarını öğrendim. Hem de arkadaşlarımdan yardım destek alabileceğimi gördüm yorumlar falan onlar çok güzeldi herkes farklı bir şey öğreniyor o da çok iyiydi.”(15 yaşında, kız)

“Farklı yollar denersen farklı çıkışlara ulaşarak daha kolay çözüm yolları bulabileceğimi öğrendim.”(15 yaşında, erkek)

“Farklı yöntemler varmış. Ama işte denemek lazım sonucunu görmek için.”(16 yaşında, kız)

“Deneyecek yeni yollar varmış onu gördüm.” (16 yaşında, erkek)

“Stresle baş etmenin kolay yollarını gördük. Kavga dövüş yoluyla değil.”(15 yaşında, erkek)

“Problem çözme basamaklarını öğrendim yapabileceğimi düşündüm.”(15 yaşında, erkek)

“Günlük hayatta kullanabileceğim yöntemler öğrendim.” (14 yaşında, erkek)

“İlginç şeyler öğrenmek hoşuma gitti.” (14 yaşında, erkek)

3- Yalnız ve tek olmadıklarının farkına varma

“Ben hep kendimi çok yalnız hissedirdim şeker hastası olduğum için yalnız olmadığımı fark ettim şu aşamaya kadar. Daha da fazla olduğumuzu fark ettim.Bu beni sevindirdi açıkçası.”(15 yaşında, kız)

“Ben yeni arkadaşlarla tanıştım,yalnızlığımı yenmeyi, anlatabileceğim insanlar olduğunu öğrendim. Gerçek arkadaş grubumun olduğunu hissettim. Umarım bu dostluk hiç bozulmayacak.”(16 yaşında, erkek)

“Arada bir şey yapabiliriz beraber.Ben isterim bilmiyorum.”(16 yaşında, kız)

“Bir yerlere gidebiliriz.”(15 yaşında, kız)

“Kendi grubumuzda (watsapp) da konuşuyoruz bunu arkadaşlarla.Bizi bizim gibi olmayan hiç kimse bilemez anlayamaz.Mektup yazan arkadaşta öyle yapmış.Haklı da yani ben burdan ayrıldıktan sonra böyle bir ortam bir arkadaş grubu da bulabileceğime de inanmıyordum yani iyi oldu benim için.”(16 yaşında, erkek)

4- Benzer sorun ve düşüncelerinin olduğunu farketme

“Hepimizin aynı süreçte sorunları varmış onu öğrendim.”(15 yaşında, kız)

“Çoğu benim gibi düşünüyormuş onu gördüm.” (15 yaşında, kız)

“Hayatımdan karelere gitmek güzeldi”(16 yaşında, erkek) şeklinde belirtmişlerdir.

4.2.2.2.Gelişim Arama Gereksinimi (Kendini Gerçekleştirme)

Hastalık algısı

Hastalar için hastalığın anlamının ne olduğuna ilişkin veriler 5 kategoride ele alınmıştır.

Yaratıcı drama etkinliklerinde adölesanlar hastalıklarını; kendilerinin bir parçası, kendilerine verilmiş bir veli nimet, ömürlük bir dost, tehlikeli bir arkadaş ve kısıtlayıcı bir faktör olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.12).

1- Benim Bir Parçam

“Bence şeker hastalığı o kadar da kötü bir hastalık değil yani bu sonuçta Allah’ın bana verdiği bir sınav. Benim bir parçam, istesem de istemesem de.” (15 yaşında, kız)

2- Bana Verilmiş Bir Veli Nimet

“Ben hastalığımın bu kadar da kötü olduğunu düşünmüyorum. Bana verilmiş bir veli nimet diye düşünüyorum. Beni hiçbir zaman hastalığım beni rahatsız etmedi. Hiçbir zaman rahatsız edipte üzülmedim hastalığımdan.”(16 yaşında, erkek)

3- Tehlikeli Bir Arkadaş

“2007 yılında Hoş geldin 8 yıllık hayatıma. Söylemişlerdi bana demişlerdi senin için. Bundan sonraki yaşamında o senin arkadaşın diye. Her zaman yanında olacak.İyi gününde kötü gününde ağladığında, güldüğünde sevincinde hüznünde. Arkadaşın o senin. Ama çok çok dikkat et. Onunla iyi geçin. Adı gibi şeker değil. Daima Onun dediklerini yap. Sakın onun inadına gitme. Alay etme onunla. En ufak bir yanlışında seni yerden yere vuracak tehlikeli bir arkadaş.” (16 yaşında, erkek)

4- Ömürlük Dost

“Ömürlük Dostum Diyabet...” Aslında diyabeti tanımlamak benim için çok zor. Diyabet herkese göre çok basit bir şey gibi geliyor. Ama yaşayan bilir. Mesela ben 8 yıllık bu süreç diliminde çok şey yaşadım. Korku, heyecan, hüznün, sevinç... Birçok duyguya şahitlik ettim.” (14 yaşında, kız)

5- Kısıtlayıcı Bir Faktör

“Bende herkes gibi sıradan bir insanım. Ama benim birkaç farklı yönüm var. Mesela bir tanesi, benim hayatıma son 6 yıldır dahil olan bir ikizimin olması. İsmi şeker. Beni her fırsatta kısıtlar kendisi.” (15 yaşında, kız)

“Ramazan gelirdi iftar açmasına 2 saat var herkesin ben saat 6 da akşam yemeğimi yerdim akşam herkes sofraya oturduğunda giderdim televizyon izlerdim. Sofraya oturmak bile insana bir mutluluk veriyor. Ondan bile mahrum kaldığım zamanlar oluyordu. Hayatımı çok kısıtladı benim gerçekten.”(15 yaşında, kız)

“Çayıçiyorsun çay içince şeker atmayınca tadı kötü geliyor şeker atınca tadı iyi ama şekerimi yükseltiyor. Hem kötü hem iyi. Bir çay içmek bile benim için sıkıntı oluyor.”(13 yaşında, erkek) şeklinde ifade etmişlerdir.

Tablo 4.12. Müdahale Grubu Adölesanlarının Üst Düzey Gereksinimlerine İlişkin Görüşleri

Temalar	Kategoriler ve kodlar
T1DM'li olmayan arkadaşlara ilişkin görüşleri	• Arkadaşlarının onlara acıması • Diyabet olduklarını arkadaşlarından duymak istememe nedeniyle hastalıklarını kimseyle paylaşmamak
Yaratıcı drama oturumlarında T1DM'li arkadaşlarla birlikte olmaya ilişkin görüşleri	• Kendini iyi hissetme • Kendini rahatlamış hissetme • Eğlenceli bulma • İyi vakit geçirme
Stres tanımı	• İğrenç birşey • Kötü bir şey • Üzüntü verici • Kan şekeri yükselten birşey
Stresin uyandırdığı duygu ve düşünceler	• Olumlu - Mutlu - Neşeli - Keyifli • Olumsuz - Düşünceli - Üzgün - Sinirli - Dikkat dağınıklığı - Karamsar - Başı boş - Umutsuz - Çaresiz - Ağlamaklı - Mutsuz - Sıkılmış - Karışık duygular içinde olmak - Kızgın - Endişeli - Ne yapacağını bilmemek
Stres nedenleri	• Sınavlar • Okul, ders, ödev yapmak • Lise tercihi • Arkadaş davranışları - Arkadaşların dalga geçmesi - Arkadaşların trip atması - Arkadaş ortamının sıkıcı olması • Hastalık ile ilgili durumlar - Kan glukoz değerleri (hipo/hiperglisemi) - HbA1c düzeyleri - Hastane ve hastaneye yatma - Hastalık ve komplikasyon gelişmesi - İnsülin tedavisi • Aile - Ailelerinin baskı yapmaları, - Yüksek not beklentileri, - Kızmaları, - Tehdit etmeleri - Okul gezisi ya da il dışı gezisine izin vermemeleri • Kilo alma • Uykusuzluk

Tablo 4.12. Müdahale Grubu Adölesanlarının Üst Düzey Gereksinimlerine İlişkin Görüşleri

Temalar	Kategoriler ve kodlar
Stresle başetmede kullandıkları yöntemler	- Etkili yöntemler - Müzik dinleme - Espri yapma - Dışarıda, arkadaşlarla vakit geçirme - Duygularını ifade etme - Diyabet hakkında bilgi sahibi olma - Etkili ve etkisiz yöntemi birlikte kullananlar - Etkisiz yöntemler - Ağlama - İçine kapanma - Saldırganlık - Duygularını ifade edememe
Stres sloganları	- Stresi atın mutluluğu alın. - Stresi geriye geleceği öne al - Stres yapıp geleceğe zarar verme - Stresle savaş el ele verin stresi yenin - Stresim şekil önümden çekil - Stresi unut mutluluğa atıl - Strese girmeyin rahat edin - Stresi at hayatı kap - Stresi unut asla ona yer verme - Stresi kovun huzuru bulun - Nefes alın stresi atın - Stresle savaşmak için nefes egzersizi
Umut ile ilgili görüşleri	- Motivasyon - Diyabeti bir savaş ve yarış olarak belirterek bunu kazanmaya yönelik önerilerde bulunma - Geleceğe yönelik beklentiler - Diyabetli biri olarak yalnız olmadıklarını belirterek, birbirlerine destek olma
Etkinlikler sonrası kullanabilecekleri baş etme yöntemleri	- Problem çözme - Müzik dinleme - Progresif gevşeme egzersizi - Slogan belirleme - Empati yapma - İyi ilişkiler kurma - Spor yapma
Etkinlikler sonrası kullanamayacaklarını belirttikleribaşetme yöntemleri	- Problem çözme - Düşüncelere yönelik yöntemler - Progresif gevşeme egzersizleri
Farkındalık gelişen konular	- Stresle başetmede kullandıkları başetme yöntemleri - Kullanılabilecek farklı yöntemlerin olması - Yalnız ve tek olmadıkları - Benzer sorun ve düşüncelerin olması

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada İBM'ye göre T1DM'li adölesanların alt ve üst düzey gereksinimleri belirlenerek yaratıcı drama yöntemi ile stresle başetme ve problem çözme eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrasında da hastalık yönetimine ilişkin uygulamaları, algılanan stres, problem çözme, umutsuzluk, HbA1c düzeyleri değerlendirilerek ve yaratıcı drama oturumlarının içerik analizleri yapılarak eğitimin etkinliğine bakılmıştır. Elde edilen bulgular alt ve üst düzey gereksinimlerine göre bu bölümde tartışılmıştır. Yapılan literatür değerlendirmelerine göre araştırma ile bire bir örtüşen başka bir çalışma bulunmamaktadır.

5.1.ALT DÜZEY GEREKSİNİMLER

5.1.1. Biyofiziksel gereksinimler

5.1.1.1. Yeme-içme gereksinimi: Bu bölümde tıbbi beslenme tedavisi, insülin tedavisi ve kan glukoz izlemelerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.1.1.1.a. Tıbbi Beslenme Tedavisi

T1DM'li adölesanların kan glikoz seviyesini normal sınırlarda tutmak, optimal büyüme ve gelişmeyi sağlamak, ideal vücut ağırlığını korumak, akut/kronik komplikasyonları önlemek için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir. T1DM'li adölesanların beslenmesi, sağlıklı akranlarından farklı değildir (72-74). Ancak adölesanlar yiyeceklere karşı koyamama, fazla yemek yeme gibi nedenlerle çoğunlukla beslenme programına uyumda güçlükler yaşamaktadırlar (17). T1DM'li adölesanların beslenme alışkanlıkları sağlıklı yaşatlarına uymadığı için kendilerini bir grubun parçası olarak hissetmeleri güçleşebilmektedir. Bu nedenle adölesanlar hastalıklarını akranlarından gizlemekte, diyabet değillermiş gibi davranmayı tercih etmekte, sağlıkları ile ilgili korkuları olsa bile kendilerini farklı göstermeye çalışmakta ve diyabet özyönetim uygulamalarını

ihmal etmektedirler (221-223). Bu çalışmada da müdahale grubundaki adölesanların hastalıklarını arkadaşlarından gizlemeleri, diyetle uymak istememeleri, çoğunlukla dışarıda arkadaşlarla birlikte fastfood tarzı beslenmeleri, beslenme konusunda ailelerinin davranışlarından, çevrelerindeki insanların acıyarak bakmalarından, soru sormalarından rahatsız olmaları ve sıkıntı yaşamaları bu gelişim özellikleri ile ilişkilidir. Adölesanlar kimlik kazanım sürecinde bağımsız olmak, kendilerini ortaya koymak ve engellenmemek istedikleri için tıbbi besleme tedavisi onlar için bağımlı olma, engellenme ve farklı olma anlamına gelmektedir(1-3).

Çalışmada, adölesanların beslenme tedavisi konusunda günlük kalori miktarlarını, değişim listelerini bilmemeleri ve çok yemek yemeleri adölesanların beslenme tedavisi konusunda yeterli bilgi ve farkındalıklarının gelişmediğini göstermektedir. Adölesanların diyabet ekibi ile iletişime geçmeleri, diyetisyenden günlük kalori gereksinimlerini, değişim listelerini kullanmayı öğrenmeleri, günlük insülin dozlarının yeniden ayarlanması gerekmektedir.

Adölesan dönemde metabolik kontrolün sağlanabilmesi için tıbbi beslenme tedavisine uyum önemlidir. Tıbbi beslenme tedavisine uyumda uygun yiyeceklerin seçilmesi gereklidir. Bu çalışmada günün büyük bir bölümünü okulda geçiren adölesanların okul kantininde uygun yiyeceklerin olmaması nedeniyle beslenme tedavilerine uymadıkları belirlenmiştir. Günümüzde fastfood ve atıştırmalık yiyecek/içecek seçenekleri daha ucuz ve kolay elde edilebilmektedir (224). Okullarda yiyecek/içecek otomatu bulunmasının bile çocukların sebze/meyve tüketimiyle negatif, toplam yağ ve doymuş yağ asidi alımı ile pozitif ilişki gösterdiği belirlenmiştir (225). Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Raporu’na göre şeker/şekerleme, gofret ve çikolataların, cips ve patlamış mısırın, simit ve poğaçanın, hamburger, sosisli sucuklu sandviç vb’nin ise her gün tüketildiği belirlenmiştir (226). Sağlık Bakanlığı’nın hazırlamış olduğu "Okul Kantinleri İç Denetim Raporu"na göre okul çocuklarının neredeyse yarısının hiç sebze yemediği, %20-30’unun meyve tüketmediği, buna karşın atıştırmalıkları sık tükettikleri ve öğün atladıkları belirtilmiştir (227). Bu raporlar dikkate alındığında T1DM’li adölesanların tıbbi beslenme tedavilerine uyumunu arttırmada multidisipliner çalışma yapılmasının gerekliliği dikkat çekmektedir. Adölesanların bu şekilde beslenmeleri onların hem metabolik kontrollerini bozulmasına hem de obezite, kalp-damar hastalıkları gibi sorunların görülmesine neden olabilir.

Diyabetli adölesanların tıbbi beslenme tedavilerine uyumda diyabet eğitimi önemlidir. Literatürde diyabetli adölesanların uyumlarını arttırmaya yönelik hem hastalık yönetimi hem de psikososyal desteğin yer aldığı çalışmalar bulunmaktadır (53-64). Hastalık yönetimini içeren çalışmaların çoğunda adölesanların tıbbi beslenme tedavisine uyumlarının arttığı görülmektedir (94, 228, 229, 230). Olmsted ve arkadaşlarının yeme tutumlarını geliştirmek için yaptıkları psikoeğitim çalışmasında adölesanların yeme tutumlarının geliştiği belirlenmiştir (231) Mendez ve Belendez'in davranışsal bir müdahale ile rutin diyabet bakımını karşılaştırdığı çalışmasında beslenme yönetimine ilişkin iyileşmeler sağlanmıştır (232). Problem çözme temelli yapılan başka bir eğitimde genel diyet önerilerine uyumun arttığı gözlenmiştir (154). Yeme bozukluğu olan ve olmayan diyabetli kız adölesanlarda multisistemik terapinin beslenmeye uyumda etkili olmadığı saptanmıştır (233). Bu çalışmayla benzer şekilde Boardway'in (234) stres yönetimi eğitimi sonrasında diyet uyumunda değişiklik olmadığı belirlenmiştir. T1DM'li adölesanların beslenme tedavisine ilişkin yeterli bilgi ve farkındalıklarının olmaması önemli bir faktördür. Psikososyal eğitimin içerisinde beslenme ile ilgili konuların ayrıntılı olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

5.1.1.1.b.İnsülin Tedavisi

T1DM'de yeterli insülin üretilmemesi ya da eksikliği söz konusu olduğu için adölesanların aldıkları besine, aktivitelerine ve yaşına uygun olarak insülin tedavisi almaları ve duruma göre insülin dozlarının düzenlenmesi gerekir (4, 83-85). Adölesanlar, özellikle kızlar vücut yapısındaki değişiklikler, fazla kilo alımı ve bundan kaçınmak gibi nedenlerle insülin dozunu az yapmak, atlamak, suistimal etmek veya birkaç gün insülin yapmamak gibi riskli davranışlar sergilemektedirler (233, 235). Bu çalışmada adölesanların çoğunluğunun insülinlerini kendilerinin, saatinde yaptıkları (kontrol: %72.2, müdahale:%87.5), insülin dozunu atladıkları ve fazla doz insülin yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Adölesaların insülin dozlarını yapmamaları, doz atlamaları ve fazla doz insülin yapmalarının risk alma davranışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca adölesanların fazla doz insülin yapmaları, tıbbi beslenme tedavilerine uyumlarının az olması nedeniyle yüksek seyreden kan glukoz değerlerini kontrol etmek zorunda kalmaları ile ilişkili olabilir. Müdahale grubundaki adölesanların tıbbi beslenme tedavisine uymak istememeleri, çoğunlukla dışarıda arkadaşları ile birlikte fastfood tarzı beslenmeleri ve fazla doz insülin yapmaları insülin dozlarını suistimal ettiklerini düşündürmektedir.

Müdahale grubundaki adölesanların bazıları drama oturumlarında unuttukları, insülin tedavisine karşı olumsuz duygu ve düşüncelere sahip oldukları, arkadaş ve öğretmenlerinin bazı davranışlarından rahatsız oldukları için insülinlerini düzenli yapmadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada bu çalışma ile benzer şekilde adölesanlar; insülin tedavisini yaparken şişlikler oluştuğunu, arkadaşlarının şişlikler ile dalga geçtiklerini, insülin yaparken çevredeki insanların bakışlarından rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (94). Adölesanların arkadaşları tarafından desteklenmesi ve onlarla iyi ilişki içinde olmasının hastalığa uyumlarını ve yaşam kalitelerini artırdığı problem yaşamaları durumunda okulda insülin tedavisini uygulamaya karşı isteksiz oldukları belirtilmektedir (5, 12, 92, 93). Bu çalışmada da adölesanlar insülinlerini düzenli yapmamalarında arkadaşlarının davranışlarının etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Diyabetin etkin yönetiminde insülin tedavisi önemlidir ve hastaların bu konuda bilgi, beceri eksikliklerinin, endişe ve korkuları giderilerek hastanın uyumunu sağlanması gereklidir. Funnell ve arkadaşları (236), diyabetli bireyleri doğru açıklamalarla eğitmenin, psikolojik direnci azalttığını ve tedaviyi geliştirdiğini belirlemişlerdir. Literatürde hastalık yönetimine ilişkin yapılan eğitim çalışmalarında insülin tedavisine uyumu arttırdığı belirlenmiştir (94, 228, 229, 232). Bu çalışmada ise yaratıcı drama ile yapılan problem çözme ve stresle başetme eğitiminin adölesanların insülin uygulama davranışları üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)(Tablo 4.3). Literatürde eğitimin insülin tedavisine uyumu arttırdığı belirten çalışmalar hastalık yönetimine yönelik yapılan çalışmalardır. Bu çalışmada eğitimde psikososyal boyutun ele alınmış olması sonuçta etkili olmuş olabilir.

5.1.1.1.c. Kan glukoz izlemi

T1DM'li adölesanlarda insülin dozlarının düzenlenebilmesi ve metabolik kontrolün sağlanması amacı ile adölesanın kendi kendine kan glukoz ölçümü yapması, ölçülen değerleri günlük olarak kaydetmesi gereklidir. Ayrıca bu uygulamalar hipoglisemi ve hiperglisemini ataklarının tespiti ve gerekli önlemlerin alınması, komplikasyonların erken tanısı ve gelişiminin geciktirilmesi veya önlenmesi açısından önemlidir (4, 83-85). ADA, T1DM'li hastalarda evde dört kez veya daha sık kan glukoz ölçümünü önermektedir (4). Yapılan çalışmalarda günde dört kez veya daha sık kan glukoz ölçümü yapanlar %50-94 arasında değişmektedir (66, 94, 105, 237, 238). Bu çalışmada günde dört kez ölçüm yapan T1DM'li adölesanların sayısının düşük olduğu ve eğitim ile bunun artmadığı görülmektedir (Tablo 4.4). Literatürde dönem özellikleri nedeniyle

adölesanların kan glukoz ölçümünün gerekliliğine inanmadıkları, ölçümelerini az yapabilecekleri ve atlamaların olabileceği belirtilmektedir (92, 239). Çalışmada adölesanların ölçüm yapmama nedenlerini ortamın uygun olmaması, okulda yapmaktan hoşlanmama, rahatsız olma ve gerek duymama olarak belirtmeleri bu görüşü desteklemektedir. Ancak problem çözme becerilerini arttırmaya yönelik yapılan bir çalışmada ve multisistemik terapilerin kullanıldığı diğer bir çalışmada adölesanların kan glukoz izlem sıklıklarının arttığı belirlenmiştir (156, 233). Günün büyük bir kısmını okulda geçiren adölesanların arkadaşlarından farklı olmak istememe, bağımsız olmak isteme gibi dönem özellikleri nedeni ile günde 4 kez kan glukoz ölçümü yapmadıkları düşünülmektedir.

Kan glukoz ölçümünün invaziv bir işlem olması ölçüm yapmada önemli bir engel olarak belirtilmektedir (241). İnsülin kullanan Tip 2 diyabetlilerle kan glukoz ölçümünde engellerin araştırıldığı kalitatif bir araştırmada; ağrı ve parmak delme korkusu nedeniyle kan glukoz ölçümü yapılmadığı belirlenmiştir (240). Bu çalışmada da literatürle benzer şekilde adölesanlar ağrıdığı için kan glukoz ölçümü yapmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4). T1DM’li bir adölesan “İğnemde aksaklık olmuyor ama şeker ölçme aletimi götürmüyorum. Şeker ölçünce parmaklarımın acıyor” demesi bu görüşü destekler niteliktedir.

5.1.1.1.d. Metabolik Kontrol

T1DM’de metabolik kontrolün sağlanması diyabete bağlı gelişen istenmeyen yan etkilerin önlenmesi açısından önemlidir. Adölesan dönemde psikolojik ve sosyal sorunlar nedeniyle diyabet bakımına ilgi azalmakta, metabolik kontrol daha kötü seyretmekte ve diyabete uyum sorunları daha fazla yaşanmaktadır (102-105). Literatürde adölesanların uyum sorunlarına müdahale etmek için psikososyal bakıma yönelik; diyabet eğitim programları, aile odaklı takım çalışmaları, ev temelli multisistemikterapiler, sosyal destek, akran destekleri ve etkileşimleri, tekrarlı ev ziyaretleri, motivasyonel görüşme, çözüm odaklı yaklaşım, tele tıp müdahaleleri ile ilgili yapılan çalışmalar olmasına karşın, yaratıcı drama yoluyla eğitim verilen çalışmalar bulunmamaktadır (60-64). Bu çalışma ile benzer şekilde T1DM’li adölesanlara güçlendirme programı uygulanan Viklund ve arkadaşlarının çalışmasında da gruplar arasında HbA1c düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grupta da müdahale sonrası 6. ve 12. aylarda HbA1c düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (196). Hains ve arkadaşlarının grup temelli bilişsel yapılandırma ve problem çözme

kullandığı çalışmasında HbA1c düzeylerinin değişmediği, bireysel eğitim yaptığı çalışmasında ise HbA1c düzeylerinin geliştiği bildirilmektedir (58, 59). Eğitimlerin grup çalışması olarak verildiği bu çalışmanın sonuçları Hains ve arkadaşlarının grup temelli bilişsel yapılandırma ve problem çözmeyi kullandığı çalışmasının sonuçları ile örtüşmektedir. Bu çalışmada adölesanların tıbbi beslenme, insülin tedavisi, kan glukoz ölçümüne uyumlarının kötü olması, dönem özellikleri ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Farklı yöntemler kullanılarak yapılan bazı çalışmalarda HbA1c düzeylerinde düzelme olduğu bulunmuştur (53, 56, 104, 154, 158, 233, 242-245).

5.1.1.2. Boşaltım

T1DM’li adölesanlarda özellikle hastalık, stres ve tedavi değişimi nedeniyle kan glukoz düzeyinin yükselmesi ve ketoasidoz görülür. T1DM’li adölesanların keton izlem sonuçları Tablo 4.4’de yer verilmiştir. Kontrol grubundaki adölesanların %55.5’inin, müdahale grubundakilerin %56.3’ünün keton bakmadığı belirlenmiştir. Eğitim sonrasında da sonuçların benzer olduğu görülmüştür. Kontrol ve müdahale grubundaki adölesanlar bilmedikleri, canları istemediği ve keton çubuklarını almadıkları için keton bakmadıklarını belirtmişlerdir. Diyabetli hastalarda tedavi yaklaşımlarında iyileşmeler olmasına karşın en önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir (4, 83-86). Çalışmada adölesanların keton bakmayı bilmediklerini belirtmeleri diyabetik ketoasidoz açısından önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca adölesanların keton bakmadıklarını ve keton çubuklarını almadıklarını belirtmeleri adölesan dönemde risk alma davranışı ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada T1DM’li adölesanların hastalık yönetimine ilişkin bazı uygulamaların çok ya da az yapılmasının kendine zarar verme davranışı olarak kabul edilebileceği belirtilmektedir (247). Bu çalışmada da adölesanların hem hastalık yönetimine ilişkin uyumlarının kötü olması hem de keton bakmayı bilmemeleri ve bakmamaları kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olabilir.

5.1.2. Psikofiziksel Gereksinimler

5.1.2.1. Aktivite

Düzenli egzersiz T1DM’li adölesanların tedavisinde önemlidir ve günlük olarak uygulanması gereklidir. T1DM’li adölesanlarda egzersiz glikozun ve insülinin daha iyi kullanılmasını ve etkili olmasını, kalp-damar hastalıklarının önlenmesini, stresle etkili baş etmeyi ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar (72-75). Yapılan çalışmalarda T1DM’li adölesanların egzersiz yapma düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir (92, 228, 230, 239, 248). Ayrıca çalışmalarda adölesanların okul ve sosyal

yaşam nedeniyle zaman ayıramama, egzersiz yapmayı istememe/ihtimal etme ve ailelerin hipo/hiperglisemi korkusu nedeniyle egzersiz yapmadıkları belirlenmiştir (94, 238). Bu çalışmada da izlemlerde düzenli egzersiz yapan adölesanların sayısının az olduğu (kontrol: %38.9, %22.2, %38.9, müdahale: %50.0, %50.0, %37.4), okul, canı istememe ve kendini yorgun hissetme nedenleriyle egzersiz yapmadıkları belirlenmiştir. Ayrıca drama oturumları sırasında adölesanlar egzersiz yapmadaki engelleri okulda spor yapabilecek alanların olmaması, beden eğitimi derslerine katılabilmeleri için rapor istenmesi, maçlara katıldıklarında hipoglisemiye girdikleri zaman sağlıkçıların bu konuda bilgilerinin olmaması ve genellikle kendi hocalarının müdahale etmesi ve yardım edebilecek hiç kimsenin olmaması olarak belirtmişlerdir.

Türkiye’de okul ve sınav sistemi nedeniyle adölesanlar günün büyük bir bölümünü okul ve dershaneye giderek yoğun bir şekilde geçirmekte ve yorulmaktadırlar (249). Adölesanların bu nedenle egzersiz yapamadıkları düşünülebilir. Ayrıca adölesanların okulda spor faaliyetlerini destekleyecek alanların olmadığını belirtmeleri, okulda öğretmenlerinin beden eğitiminde rapor istemeleri, adölesanların günlük yaşamlarına egzersizi yerleştirmediklerini ve bu konuda bazı engellerin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle diyabeti olan ve olmayan adölesanların hem okulda hem de sosyal yaşamda egzersizi yaşamlarına yerleştirebilmek için TC Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, valilik ve belediyelerinde içinde bulunduğu işbirlikçi projelerin yapılması gereklidir. Ayrıca adölesanların kendilerini yorgun hissettikleri için düzenli egzersiz yapmadıklarını belirtmeleri metabolik kontrollerinin kötü olması ile ilişkili olabilir. Kara’nın yetişkin hasta popülasyonunda yaptığı çalışmasında HbA1c değeri ile yorgunluk puanı arasında pozitif, enerji puanı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (250). Bu şekilde adölesanların metabolik kontrollerinin kötü gitmesi kendilerini yorgun hissetmelerine, yorgun hissetmeleri egzersiz yapmamalarına ve metabolik kontrolün daha da bozulmasına neden olabilir. Bu kısır döngü T1DM’li adölesanlarda komplikasyonların gelişim sürecini hızlandırabilir.

T1DM’li adölesanlarda komplikasyon gelişim sürecini azaltmak için adölesanların hastalık yönetiminde egzersizin önemini anlamaları gereklidir. Yapılan çalışmalarda müdahale sonrasında adölesanların egzersize uyumlarının arttığı belirlenmiştir (94, 197, 228, 229, 232). Bu çalışmada düzenli egzersiz yapan adölesanların artmaması T1DM’nin bir yaşam şekli ve egzersizin bu yaşamın bir parçası olduğunu benimsememeleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Adölesanlara yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmaların yapılması önemlidir. Hemşireler, koruyucu programları başlatmada pozitif yaşam davranışlarını geliştirmede liderlik ve danışmanlık yapabilirler. Günlük yaşamlarının büyük bir bölümünü okulda geçiren adölesanlar için egzersiz konusunda değişimin olabileceği en iyi yerlerin okullar olabileceği düşünülmektedir. Okul sağlığı alanında hemşireler, anasınıfından üniversite eğitimine kadar olan süreçte beslenme ve egzersiz programlarının yürütülmesinde aktif rol alabilirler. Okullarda hemşireler, adölesanlara sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırabilir ve fiziksel aktiviteye yönlendirebilirler. T1DM’li adölesanlar birçok spor dalını güvenli bir biçimde yapabilirler. Okullarda beden eğitimi dersleri, tüm öğrencileri içeren bireylerin kendine güvenini ve kendini iyi hissetmelerini sağlayacak şekilde yeniden düzenlenebilir. Bu çalışmada drama oturumlarında adölesanlar en çok yürüyüş, futbol ve voleybolu tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Adölesanlara okullarda voleybol ve futbola ilişkin düzenlenen etkinliklerin sayıları arttırabilir. Türkiye’de Okulda Diyabet Programı gibi projelerin arttırılarak hem öğretmenlerin hem öğrencilerin hem de toplumun bilinçlendirilmesi sağlanabilir (251). Ayrıca çoğunlukla adölesanlar yürüyüş yaptıkları için adım ölçer kullanmaları sağlanabilir.

5.1.2.2. Cinsellik

T1DM’li adölesanlarda pubertal gelişim ile beraber vücudun insülin ve enerji gereksinimi artmakta, kan glikoz düzeyi değişmektedir (75, 77). Bu nedenle adölesan dönemde tıbbi beslenme ve insülin tedavisi yeniden düzenlenmeli, günlük kan glikoz düzeyi izlemleri yapılmalıdır. T1DM’de uzun süre metabolik kontrolün kötü olması fiziksel gelişimin olumsuz etkilenmesine neden olabilir (78-81). Bu nedenle T1DM’li adölesanlarda vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ gibi parametrelerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada müdahale grubunda BKİ ortalamalarının azaldığı kontrol grubunda arttığı, bu farkın grup içi ve gruplar arasında önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$)(Tablo 4.5). Adölesan dönemde dış görünüş önem kazanır ve adölesanların ilgisi bedenlerine yoğunlaşır. Dış görünüş adölesan dönemde kendi bedenini kabul etme, kabul görme ve popüler olmak için önemlidir. Arkadaşları ile kendilerini sürekli olarak kıyaslayabilir ve kendilerini eleştirebilirler. Bu dönemde adölesanların dış görünüşlerine ilişkin olumsuz düşünceleri beden imaj ve benlik saygısını olumsuz olarak etkileyebilir (1-3). Özellikle kilo kontrolü adölesanlarda beden imajı açısından önemli hale gelmektedir. Çoğunlukla kızlarda kilo almamak için yeme bozuklukları

görülebilmektedir (1-3, 231,). Bu çalışmada da adölesanların stres nedeni olarak kilo almayı belirtmeleri bu görüşü desteklemektedir.

5.2. ÜST DÜZEY GEREKSİNİMLERİ

5.2.1. Psikososyal (Bütünleyici) Gereksinimler

Ait olma ve başarı olmak üzere 2 kategoride ele alınmıştır.

5.2.1.1. Ait Olma

Diyabetli olmayan ve T1DM'li olan arkadaşlar olmak üzere 2 grupta ele alınmıştır.

5.2.1.1.a. Diyabetli Olmayan Arkadaşlar

Adölesan dönemde çocukların sağlıklı psikososyal gelişimleri için bir grubun üyesi olma, bir grupta özdeşleşme, düşünce ve duygularını arkadaşlarıyla paylaşma ve grup içinde bağımsız davranabilme gibi gereksinimleri vardır (91). Yapılan bazı çalışmalarda adölesanlar, hastalıklarını arkadaşlarına nasıl açıklayacaklarını bilemediklerini, açıklamadıklarını, akranları tarafından farklı algılanmak istemedikleri ve reddedilmekten korktukları için arkadaşlarından DM'li olduklarını sakladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca adölesanlar hastalıklarını arkadaşlarına söylediklerinde arkadaşlarının kendilerini bırakacağını düşündüklerini, kendilerini farklı hissettiklerini ve arkadaş ilişkilerinin kendileri için stresör olduğunu ifade etmişlerdir (8, 16, 17, 98-100, 228, 252). T1DM'li adölesanların kendilerini arkadaşlarından farklı algılamamak ve dışlanmamak için diyetlerine uymadıkları, kan glukoz izlemelerini ve insülin enjeksiyonlarını yapmadıkları bildirilmektedir (17, 55). Bu çalışmada da adölesanlar arkadaşları onlara acıdıkları ve diyabet olduklarını onlardan duymak istemedikleri için hastalıklarını kimseyle paylaşmak istemediklerini, arkadaş davranışlarının kendileri için stres nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Adölesanların okulda insülin yaparken arkadaşlarının arkalarından gelmelerinden, acıyor mu? diye soru sormalarından, insülinin kötü koktuğunu söylemelerinden rahatsız olduklarını, utandıklarını ve insülinlerini düzenli yapmamalarına neden olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmanın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. T1DM'li adölesanların arkadaşları ile olumlu ilişkiler kurmaları önemli bir duygusal destek kaynağı olabildiği gibi diyabet yönetiminde ve metabolik kontrolde başarılı olmalarında da etkili olmaktadır (5, 16, 92-94). Bu çalışmada adölesanların hastalıklarını arkadaşları ile paylaşmamaları hastalık yönetimini olumsuz olarak etkilemiş olabilir. Adölesanların hem arkadaşlarına hem de öğretmenlerine bilgi verilmesi ve acil durumlarda ne yapacaklarının öğretilmesi gereklidir (253).

5.2.1.1.b. T1DM’li Arkadaşlar

T1DM gibi benzer süreçler yaşayan kronik hastalıklarda bireyler birbirlerine destek olabilir, yaşadıkları sorunları paylaşabilir ve yaşanan güçlüklerle daha kolay başa çıkabilirler. Bu şekilde adölesanların deneyim, bilgi ve duygularını paylaşmaları güçlenmelerini sağlayabilir. Ayrıca ait olma ve sosyal kabul görmeyi, yalnız olmadığını fark etmeyi ve kişinin kendisiyle ortak sorunu olan birisine yardımcı olmasını sağlayabilir. Bu çalışmada adölesanlar; kendilerini iyi, rahatlamış hissettiklerini, etkinlikleri eğlenceli bulduklarını ve iyi vakit geçirdiklerini belirtmişlerdir. Stresle baş etmede kullandıkları baş etme yöntemlerini, kullanılabilecek farklı yöntemlerin olabileceğini, yalnız olmadıklarını, benzer sorun ve düşüncelerinin olduğunu farkettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca adölesanların stres nedenleri, başetme yöntemleri, stres yönetimi ve hastalığa ilişkin görüşleri belirlenmiştir. Çalışmada yaratıcı drama ile eğitim algılanan stres, problem çözme, umutsuzluk puanlarında ve HbA1c değerlerinde değişime neden olmasa da adölesanların kendilerini iyi hissetmelerini ve rahatlamalarını sağlamış ve bazı konularda farkındalıklarını geliştirmiştir. Ayrıca birbirlerine sosyal destek olmalarını sağlamıştır. Adölesanlar çalışmanın son günü Watsapta “Şekerler” grubunu kurarak görüşmeye devam edeceklerini belirtmişlerdir. Güçlendirmede sonuçlardan çok süreç odaklı olunması ve sürecin değerlendirilmesi önerilmektedir (183-189). Bu yönüyle yaratıcı drama eğitimi ile yapılan bu müdahalenin T1DM’li adölesanları güçlendirdiği düşünülmektedir. IBM’ne göre yapılan bu çalışmada bu bulgular iyileştirici süreçlerden yardım güven, olumlu-olumsuz duygularını ifade etme, öğretme-öğrenme, iyileştirici çevre oluşturma ve gereksinimlerine yardım süreçlerinin uygulandığını göstermektedir.

5.2.1.2. Başarı

Stresle baş etme, problem çözme başarma ve umut düzeylerine ilişkin bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

5.2.1.2.a. Stres Yönetimi

İBM’ye temellendirilen ve yaratıcı drama yöntemi ile verilen eğitim sonrasında müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların algılanan stres puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Boardway ve arkadaşlarının (234) bilişsel yapılandırma, rol oynama ve atılganlık eğitimini kullandıkları grup çalışmasında eğitim sonrasında adölesanların stres düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Grey ve arkadaşlarının (53) sosyal beceri eğitimi, problem

çözme, rol oynama bilişsel yapılandırmayı kullandıkları grup çalışmasında adölesanlarda diyabetle ilişkili stresin azaldığı belirlenmiştir. Hains'in (58) stres eğitimi, bilişsel yapılandırma, problem çözme ve rol oynamayı kullandığı bireysel eğitim çalışmasında 6 adölesanın 4'ünde stress düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Whitemore'nin (254) internet başetme becerileri eğitim programını kullandığı çalışmasında da adölesanların stres düzeylerinin azaldığı ve başetmelerinin arttığı belirlenmiştir. TDM'li adölesanlarda multisistemik terapilerin kullanıldığı başka bir çalışmada da 7 aylık bir süreçte adölesanların stres düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (233). Çalışmada stres düzeylerine ilişkin bulguların literatürle benzer olmadığı görülmüştür. Bu durum literatürde stres düzeyleri ve stresle baş etmede kullanılan yöntem ve ölçüm araçlarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

T1DM, adölesanlarda güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük duygularının gelişmesine, adölesanların kendilerini engellenmiş hissetmelerine, adölesanların duygularını ifade edememelerine, içe kapanmalarına ve saldırganlığa neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, T1DM'li adölesanların öğrenilmiş çaresizlik, kaçınma, bilişsel ve davranışsal geri çekilme, kendini suçlama, kuruntulu düşünme gibi duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir (31, 36, 38-42, 55, 133-136). Efe'nin Kayseri'de T1DM'li ve sağlıklı ergenlerde saldırganlık davranışını incelediği tez çalışmasında; çalışmaya katılan sağlıklı ergenlerin saldırganlık puanlarının DM'li ergenlerden fazla olduğu belirlenmiştir (247). Bu çalışmada müdahale grubundaki adölesanların kullandıkları etkisiz baş etme yöntemlerinin ise ağlama, içine kapanma, saldırganlık ve duygularını ifade edememe olduğu saptanmıştır.

Stres hayatın kaçınılmaz bir parçasıdır ve her zaman kötü bir şey değildir. Bireyin normal olarak işlev görebilmesi için bir miktar stres gereklidir. Stres, genellikle kişilerin olayları değerlendirme ve çözümleme şekillerinden kaynaklanmaktadır (67-74). İnsanların olaylara bakış açısı karşılaştığı olayları anlamlandırışı, değerlendirişi ve yönlendirişi stres düzeyini etkilemektedir. Stres olumlu düzeyde olduğunda fiziksel ve psikolojik gelişime, motivasyon, dikkat ve duyarlılık gibi konularda katkı vermekte, bireyin yaşamının anlam kazanmasına yardımcı olmaktadır. Stres olumsuz olarak algılandığında da kaygı düzeyi artmakta, çok yoğun ve uzayan stresin yıkıcı fizyolojik ve psikolojik etkileri olabilmektedir (67-74). Bu çalışmada müdahale grubundaki T1DM'li adölesanlar stresi iğrenç, kötü, üzüntü verici ve kan şekerlerini yükselten bir şey olarak tanımlamışlardır. Adölesanların bir kısmı stresin onlarda mutlu, neşeli,

keyifli gibi olumlu, bir kısmı da üzgün, sinirli, karamsar, umutsuz, çaresiz, mutsuz gibi olumsuz duygu ve düşüncelere neden olduğunu belirtmişlerdir. T1DM’li adölesanların da yaşadıkları olayları değerlendirmelerinde bu bakış açılarının olumsuz etkileri olabilir ve kan glukoz düzeylerinin yükselmesine neden olabilir.

T1DM’li ergenlerde, adölesan dönemde büyüme-gelişme ve diyabete özgü stresörlerle ilgili genel yaşam streslerinin kombinasyonu, fizyolojik ve psikolojik sorunlara katkıda bulunabilmektedir. Adölesan dönemde T1DM ile birlikte bir çok stresör adölesanların metabolik kontrollerinde bozulma, psikososyal zorluklar gibi kötü sağlık sonuçları ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda adölesanların stres nedenlerini kendileri, diyabet, okul, aile, arkadaşları/akranlar, sosyal yaşam, boş zamanlar ve karşı cins olduğunu belirtmişlerdir (17, 38-40, 255-257). Bu çalışmada da müdahale grubundaki adölesanlarda stres nedenleri; sınavlar, okul, ders, ödev yapmak, lise tercihi, arkadaş davranışları, hastalık ile ilgili durumlar, aile, kilo alma ve uykusuzluk olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki stres nedenlerinin literatürdekilerle benzer yönlerinin olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar T1DM’li adölesanlarda diyabete özgü stresörleri ve genel yaşam stresörlerinin incelendiği önceki çalışmaları hem desteklemekte hem de genişletmektedir.

Adölesan dönemde stres nedenleri arasında sınavlar önemlidir. Dünyanın hemen her yerinde birçok insanın hayatı, sınavlardan etkilenmekte ve sınavlardaki başarılarına göre hayatları hakkında kararlar da verilmektedir. Bu nedenle, birçok öğrenci sınavları tehdit edici olarak algılamakta ve sınav kaygısı yaşamaktadırlar (249). Türkiye’de eğitim sistemi sınav odaklı olduğundan, öğrencinin üniversiteye girmesi hayatının en önemli hedefi haline gelmektedir. Ülkemizde eğitimin birçok aşamasında seçme ve yerleştirme süreci yaşanmaktadır. Bu, ilköğretimin ilk yıllarından itibaren başlamakta ve öğrenciler tarafından oldukça stresli bir dönem olarak yaşanmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yapılan bir açıklamaya göre 22 yaşındaki bir gencin 16 yıllık eğitim hayatında yaklaşık 1138 sınava girdiği belirtilmektedir. Farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda adölesanlar arasında sınav kaygısının yaygınlığı %25-%30 arasında olduğu belirtilmektedir (258). Türkiye’de yapılan bir çalışmada öğrencilerin %60.41’inin sınav kaygısının yüksek olduğu tespit edilmiştir (259). Bu çalışmada T1DM’li adölesanlar stres nedenleri arasında sınavlar, okul, ders ödev yapmak ve lise tercihinde bulunmayı belirtmişlerdir. Adölesanların sınavlar, okul ve dersler nedeniyle yaşadıkları stresin sağlıklı yaşatları ile benzer şekilde eğitim öğretim süreci ve sınav kaygısı ile ilişkili

olduğu düşünülmektedir. Adölesanlarda sınav kaygısıyla birlikte fizyolojik olarak; uykusuzluk, bulantı, baş ağrısı vb. belirtiler görülürken, davranışsal olarak; gerginlik, sinirlilik, öfke, karamsarlık, mutsuzluk, isteksizlik, boş verme gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Bilişsel olarak da bazı olumsuz düşüncelere neden olabilmektedir (249). Bu araştırmada müdahale grubundaki adölesanlar sınavlardan düşük not almanın stres, korku, öfke ve öğrenilmiş çaresizliğe neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar adölesanların eğitim sonrasında algılanan stres düzeylerinin değişmemesinde sınav kaygısının etkili olduğunu düşündürmektedir.

T1DM'li adölesanların stres nedenlerinden biri de hastalık yönetimidir. Öncelikle T1DM'li adölesanların hastalıklarına yükledikleri anlam onların stresle başetmelerinde ve hastalık yönetimlerinde etkili olabilmektedir. Davidson ve arkadaşlarının çalışmasında adölesanlar diyabeti zor, bakım gerektiren ve asla bitmeyen olarak tanımlamışlardır. Adölesanlar hayatlarının bir parçası olarak diyabeti görmeye çalıştıklarını ancak her zaman bunu sürdürmenin zor olduğunu belirtmişlerdir (17). Bu çalışmada müdahale grubundaki adölesanlar hastalıklarının kendilerinin bir parçası olduğunu, kendilerine verilmiş bir veli nimet, ömürlük bir dost, tehlikeli bir arkadaş ve kısıtlayıcı bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.

Diyabet bakımının kendisi adölesanlar için çok sayıda stresöre neden olabilmektedir. Chao ve arkadaşlarının (256) çalışmasında adölesanlar stres nedenleri arasında diyabeti ilk sırada belirtmişlerdir. Bu çalışmada diyabet yönetimi, diyabete ilişkin gelecek hakkında endişeler, diyabetin yaşam boyu sorumluluğu, diyabet ile başetmekten nefret etme gibi düşünce ve duygularla başetme nedenleriyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (256). Davidson ve arkadaşlarının çalışmasında (17) adölesanlar bakımın sürekliliği, karmaşıklığı, sıkıntılı oluşu, yoğun tedavi, beslenme ve “kötü sayılar” olarak adlandırdıkları kan glukoz değerleri nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Delameter ve arkadaşlarının çalışmasında da (255) adölesanların diyabetle ilişkili olarak en çok hiperglisemi, hipoglisemi stresi, ebeveynleri ve sıkıntı-endişe nedeniyle stres yaşadıkları belirlenmiştir. Hema'nın çalışmasında da (260) diyabetin tüm stresörlerin sadece %2'sini oluşturduğu, stres nedenlerinin kan şekerinin yüksek olması, keton olması gibi nedenler olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da adölesanlar, hastalık, tıbbi prosedürler, etkili olmayan özyönetim, diyabetin olumsuz sonuçları (ölmek) nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (40, 257). Bu çalışmada müdahale grubundaki adölesanlar hastalık yönetimi konusunda günlük kan glukoz değerleri

(hipo/hiperglisemi), HbA1c düzeyleri, hastane ve hastaneye yatma, hastalık ve komplikasyon gelişmesi ve insülin tedavisi nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmanın bulguları literatürle benzer özellikler göstermektedir. Literatürde genel ve diyabete ilişkin stresörlerin diyabete uyumu ve metabolik kontrolü olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (19, 33-35, 42, 118). Bu çalışmada hem müdahale hem de kontrol grubunda günlük beslenme tedavilerine uyumda stresin etkili olduğu belirlenmiş (Tablo 4.2), müdahale grubundaki adölesanlar stresi tıbbi beslenme tedavisine uyumlarını etkileyen bir faktör olarak belirtmişlerdir.

T1DM'li adölesanların stres nedenlerinden biri de ailedir. Adölesan dönemde adölesanın kendi bakımının kontrolünü kazanması ve sorumluluğunu alması ebeveynleri ile aralarında iletişim sorunlarına ve çatışmalara neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada adölesanların aileye ilişkin stres nedenleri, aileden bağımsız olmak isteme, aile çatışması, ebeveynlerin yüksek beklentileri, kan glukoz düzeyinin iyi olması konusunda baskı yapmaları olarak belirlenmiştir. Başka bir çalışmada kardeşler, ebeveynler ve diğer aile üyeleri stres nedeni olarak belirtilmiştir (260). Davidson ve arkadaşlarının çalışmasında (17) adölesanlar ebeveynlerin stres kaynağı oldukları, aşırı koruyucu, rahatsız edici, suçlayıcı davrandıkları ve diyabet bakımının belirli yönlerine yeterli maddi yardım sağlamadıkları belirlenmiştir. Delameter ve arkadaşlarının çalışmasında (255) diyabete ilişkin stresin ebeveyn stresi ve HbA1c düzeyleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada da müdahale grubundaki adölesanların aileleri ile çatıştıkları, ailelerinin baskı yapmaları, yüksek not beklentileri, kızmaları, tehdit etmeleri ve okul gezisi ya da il dışı gezisine izin vermemeleri nedeniyle stres yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada kardeşlerin stres nedeni olarak belirtilmediği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda aile iletişiminin ve desteğinin iyi olması; adölesanların özbakımlarında daha başarılı olmalarını, diyabetle ilişkili daha az endişe duymalarını, hastalık yönetiminde karşılaştıkları sorunlarla ve stresörlerle daha iyi baş edebilmelerini sağladığı, yaşam memnuniyetlerinin fazla olduğu belirlenmiştir (17, 102). Bu çalışmada adölesanların ailelerini stres kaynağı olarak görmeleri hastalık yönetimlerini, stresle baş etmelerini ve problem çözmelerini olumsuz olarak etkileyebilir. Müdahale grubundaki adölesanların aile tutumlarının tıbbi beslenme tedavisine uyumlarını etkileyen ve strese neden olan bir faktör olduğunu belirtmeleri bu görüşü desteklemektedir.

5.2.1.2.b. Problem çözme

T1DM'li adölesanlarda iletişim, akranlar, sosyal durumlar ve negatif duygular gibi özyönetim engelleri ve hormonal değişimler nedeniyle HbA1c düzeyleri yükselmekte, glisemik kontrol bozulmaktadır. Bu nedenle problem çözme diyabet ile ilgili problemleri çözme ve baş etmede diyabet eğitiminin bir parçası olarak önerilmektedir (151). Cook ve arkadaşlarının çalışmasında (156) müdahale sonrası adölesanların problem çözme düzeylerinin geliştiği ancak gruplar arasında farklılığın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Hill Briggs'in çalışmasında (154) müdahale grubundaki adölesanların problem çözme düzeylerinin istatistiksel olarak önemli olmamasına karşın gelişme gösterdiği belirlenmiştir. Mulvaney'in çalışmasında (151) müdahale sonrasında gruplar arasında problem çözme düzeylerinin farklı olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada da müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların çalışma sonrasında öncesine göre problem çözme puan ortalamalarının azaldığı, ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

5.2.1.2.c. Umut/Umutsuzluk

T1DM gibi kronik hastalık, tedavisi, hastaneye yatış gibi özellikleri nedeniyle adölesan tarafından bağımsızlığın engellenmesi ve aileye bağımlı olma olarak değerlendirilebilmektedir. Adölesanların bu düşünceleri stres ve umutsuzluğa neden olabilmektedir. Umutsuzluk, hastaların tedaviye uyumlarını, motivasyonlarını, baş etmelerini etkilemekte ve depresyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır (167-170). Bu çalışmada T1DM'li adölesanların umutsuzluk düzeylerinin çok düşük olduğu ve müdahale sonrasında istatistiksel olarak gruplar arasında önemli bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.11). Yine bu çalışmada adölesanların umut düzeylerinin yüksek olması adölesanların gelecekte ne olacağını düşünmemeleri ve şimdiki zamanı yaşamaları ile ilişkili olabilir. Adölesanların umut düzeylerinin yüksek olması stresle başetmelerine, problem çözmelerine ve hastalık yönetimlerine olumlu yönde katkı verebilir.

Yaratıcı drama ile verilen stresle başetme ve problem çözme eğitiminin T1DM'li adölesanları güçlendirmeye etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada; adölesanların algılanan stres, problem çözme ve HbA1c düzeylerine ilişkin gelişme sağlanamamıştır. T1DM'li adölesanlar için stresle başetme ve problem çözmeyi öğrenmek ve bunları hayatlarında uygulayarak hastalık yönetimini başarmak bir değişim sürecidir. Değişim sürecinde bireyler gereksinimlerinin karşılanması için değişime direnç gösterebilir ve

fonksiyonel olmasa bile daha önce kullandıkları başetme yöntemlerini kullanabilirler (261). T1DM’li adölesanların hem günlük hayattaki hem de diyabete ilişkin stresörlerle etkili başedebilmeleri için fonksiyonel başetme yöntemlerini kullanmaları gereklidir. Eğitim sonrasında müdahale grubundaki adölesanların algılanan stres ve problem çözme puan ortalamalarının değişmemesinin değişim süreci ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmada müdahale grubundaki bazı adölesanların stresle başetmede ağlama, içine kapanma, saldırganlık, duygularını ifade edememeyi kullanmaları, bazılarının da problem çözme, düşüncelere yönelik yöntemleri ve progresif gevşeme egzersizlerini yapamayacaklarını belirtmeleri bu görüşü desteklemektedir. Ayrıca adölesan dönemde adölesanların çoğu kendilerine asla bir şey olmayacağı ve zarar görmeyecekleri düşüncesiyle T1DM’nin uzun süreli etkilerini anlamayabilmekte, risk almakta ve riskli davranışlara yönelebilmekte ve tedaviye uyumsuzluklar yaşanabilmektedir (115). Bu çalışmada da adölesanların stresle başetme ve hastalık yönetimine ilişkin fonksiyonel başetme yöntemlerini kullanmayacaklarını belirtmeleri bu durumla ilişkili olabilir. Davranış değişikliği oluşturulmasında olumlu ve olumsuz pekiştireçlerin kullanılması sürece katkı vermektedir (262). Bu çalışmada yaratıcı drama eğitimi sonrasında izlem aşamasında pekiştireçlerin kullanılmamış olması da bu durumu etkilemiş olabilir. Davranış değişikliği oluşturmak uzun bir süreç gerektirir. Çalışmada 3 izlem yapılmış olması nedeniyle davranış değişikliğinin sonuçlarını değerlendirmede daha uzun süreli bir izlem yapılması gereklidir. Davranış değiştirme çok boyutlu bir kavramdır. Adölesanlarda davranış değişikliği oluşturmak aile, okul, arkadaş çevresinin de dahil edilmesini gerektirmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalar bu şekilde çok yönlü olarak planlanabilir.

5.2.2. Gelişim Arama Gereksinimi (Kendini Gerçekleştirme)

5.2.2.1. Hastalık Yönetimi

Kendini gerçekleştirme yolunda ilk adım kendini tanımadır. Kendini tanıma ve boyutlarının ele alınması bireyin üst bilinçlilik (farkındalık) geliştirerek güçlenmesinde ilk adımdır (210). Çalışmada adölesanlar stresle baş etmede kullandıkları baş etme yöntemlerini, kullanılabilecek farklı yöntemlerin olduğunu, yalnız ve tek olmadıklarını, benzer sorun ve düşüncelerinin olduğunu fark ettiklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar yaratıcı drama ile eğitimin adölesanların kendilerini tanımalarında yardımcı olduğunu düşündürmektedir. Kendine gerçekleştirme sürecinde İBM’ye göre T1DM’li adölesanlarda öğrenme-öğretme sürecinin kullanıldığını düşündürmektedir. Ayrıca

adölesanların çalışmada stres nedenlerini, stresle başetmede kullandıkları yöntemleri, problem yaşadıkları konuları, problem çözmeyi kullanma konusundaki görüşlerini ifade etmeleri yardım-güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, öğretme ve öğrenme, iyileşme çevresi oluşturma, gereksinimlere yardım süreçlerinin kullanıldığını göstermektedir.

Herkes kendini bir birey olarak gerçekleştirmeye çalışırken belirli bir zamana ihtiyaç duyar. İnsanın kendini gerçekleştirmesi için, çevresinin farkında olma, olaylar karşısında sorumluluk alabilme ve yaşanan hoş gitmeyen durumlardaki kendi katkısını görerek bunları düzeltme yoluna gitmesi gerekir. Bu çalışmanın bulguları dikkate alındığında müdahale grubundaki T1DM'li adölesanların hem hastalık yönetimi hem de stresle baş etme ve problem çözmede kendilerinin ve çevrelerinin farkına vardıkları düşünülebilir. Kendini gerçekleştirmede bir adım olarak düşünülebilir.

T1DM'li adölesanların kendini gerçekleştirebilmeleri için hastalık yönetiminin önemli bileşenleri olan tıbbi beslenme, insülin tedavisi, kan glukoz ölçümü, düzenli kontroller ve metabolik kontrol, stres yönetimi ve problem çözmeyi başarabilmeleri gereklidir. Bu çalışmada adölesanların tıbbi beslenme, insülin tedavisi, kan glukoz, keton ölçümleri, metabolik kontrol alanlarında sorun yaşadıkları ve uyumlarının kötü olduğu görülmüştür. Hastalık yönetimi boyutunda kendini gerçekleştirememenin bu bileşenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

İBM'de hemşirenin bakım verebilmesi ve kişilerarası bakım ilişkisinin kurulabilmesi için bireyin varoluşsal veya yaşam alanına girilmesi, uzun zamandır açığa vurmayı ertelediği duygu ve düşüncelerini ifade etmesinin sağlanması gerekir. Bu çalışmada drama oturumlarında adölesanlar hastalık yönetimi, stres yönetimi ve problem çözme konusunda kendilerini ifade etmişler ve görüşlerini dile getirmişlerdir. Çalışmadaki bu bulgular adölesanların varoluşsal alanına girildiğini ve kişilerarası bakım ilişkisinin kurulduğunu düşündürmektedir. İBM'de kişilerarası bakım ilişkisinin kurulmasında bakım anı önemlidir. Bakım anı oluştuğunda; bu süreç içsel bir etkileşim sağlayarak bakım alan ve verenin memnun olmalarını sağlamaktadır. Bu çalışmada adölesanların kendilerini iyi, rahatlamış hissettiklerini ve iyi vakit geçirdiklerini belirtmeleri İBM'ye göre bakım anının oluştuğunu ve kişilerarası bakım ilişkisinin kurulduğunu düşündürmektedir. Ayrıca iyileştirici süreçlerden yardım-güven, olumlu ve olumsuz duyguların ifadesi, iyileştirici çevre oluşturulması ve gereksinimlerin giderilmesi süreçlerinin kullanıldığını göstermektedir.

Bu çalışmada T1DM’li adölesanların güçlendirilmesinde; hastalık yönetimi, stres, problem çözme ve umutsuzluk düzeyleri, hastalık algısı, hastalık yönetimine ilişkin engeller, stres nedenleri, stresle baş etme yöntemleri ve farkındalık gelişen konular belirlenmiştir. İBM ve yaratıcı dramının kullanılmasıyla adölesanların hastalık, stres yönetimi ve problem çözmeye ilişkin olumlu-olumsuz duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlanmıştır. Sonuç olarak; İBM ve yaratıcı drama çocuk endokrin kliniklerinde adölesanları anlamada, gereksinimlerini belirlemede ve bakımı yönlendirmede kullanılabilir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar;

- ✓ Tanıtıcı özellikler açısından baba eğitim düzeyi dışında müdahale ve kontrol gruplarının benzer olduğu (Tablo 4.1),
- ✓ T1DM’li adölesanların alt düzey gereksinimlerine (tıbbi beslenme, insülin tedavisi, egzersiz, kendi kendine izlem) ilişkin izlemlerde özelliklerinin benzer olduğu ancak kontrol ve müdahale grubundaki adölesanlara ilişkin verilerin simetrik dağılmaması nedeniyle analiz yapılamamış olması çalışmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanların tıbbi beslenme tedavisine uyumlarını etkileyen faktörlerin stres, değişim listelerini bilmeme ve kullanmama, aile tutumlarına tepki, dışarıda yemek yeme ve çevredeki insanların davranışları olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8).
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanların bazıları drama oturumlarında unuttukları, insülin tedavisine karşı olumsuz duygu ve düşüncelere sahip oldukları, arkadaş ve öğretmenlerinin bazı davranışlarından rahatsız oldukları için insülinlerini düzenli yapmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.8).
- ✓ T1DM’li adölesanların vücut ağırlığı ortalamalarının çalışma sonrasında öncesine göre kontrol grubunda arttığı ve bu artışın önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.002$). Boy uzunluklarının müdahale ve kontrol grubunda arttığı grup içinde bu artışın önemli olduğu ($p=0.000$, $p=0.000$) ancak gruplar arasında önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmada adölesanların BKİ puan ortalamalarının çalışma öncesinde kontrol grubunda daha az olduğu ve aralarındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır. Çalışma sonrasında müdahale grubunda BKİ ortalamalarının azaldığı

kontrol grubunda arttığı, bu farkın grup içi ve gruplar arasında önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

- ✓ Müdahale grubundaki adölesanlar hastalıklarının onların bir parçası olduğunu, onlara verilmiş bir veli nimet, ömürlük bir dost, tehlikeli bir arkadaş ve kısıtlayıcı olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.12).
- ✓ Yaratıcı drama oturumlarında adölesanlar arkadaşları onlara acıdıkları ve diyabet olduklarını onlardan duymak istemedikleri için hastalıklarını kimseyle paylaşmak istemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.12).
- ✓ Çalışmada adölesanların fizyolojik parametrelerine ilişkin ortalamaları Tablo 4.5’de verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda HbA1c ortalamaları arasında çalışma sonrasında öncesine göre anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubunda HbA1c düzeylerinin grup içinde arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.018$). Buna göre “Müdahale grubundaki adölesanların eğitim öncesine göre eğitim sonrasında HbA1c düzeylerinde azalma olur” hipotezi çalışmanın sınırlıkları içerisinde reddedilmiştir.
- ✓ Çalışma sonrasında müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların çalışma sonrasında algılanan stres puan ortalamaları arasında puan farkı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.211$, $p=0.872$, $p=0.909$). Müdahale ve kontrol grubunda rahatsızlık ve özyeterlilik alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Bu sonuçlara göre “Müdahale grubundaki adölesanların eğitim öncesine göre eğitim sonrasında algılanan stres puan ortalamalarında azalma olur” hipotezi çalışmanın sınırlıkları içerisinde reddedilmiştir.
- ✓ Müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların çalışma sonrasında öncesine göre problem çözme puan ortalamalarının azaldığı, ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur. Ayrıca problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma ve kişisel kontrol alt boyutunda adölesanların puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arasında farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Bu sonuçlara göre “Müdahale grubundaki adölesanların eğitim öncesine göre eğitim sonrasında problem çözme puan ortalamalarında azalma olur” hipotezi çalışmanın sınırlıkları içerisinde reddedilmiştir.
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanlar etkinliklerde stresi iğrenç, kötü, üzüntü verici ve kan şekerlerini yükselten bir şey olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.12).

- ✓ Yaratıcı drama oturumlarında adölesanların stres nedenlerinin sınavlar, okul, ders, ödev, lise tercihi yapmak, arkadaş davranışları, hastalık ile ilgili durumlar, aile, kilo alma ve uykusuzluk olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanlar sınavlardan düşük not almanın stres, korku, öfke ve öğrenilmiş çaresizliğe neden olduğunu belirtmişlerdir.
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanların hastalık yönetimi konusunda günlük kan glukoz değerleri (hipo/hiperglisemi), HbA1c düzeyleri, hastane ve hastaneye yatma, hastalık ve komplikasyon gelişmesi ve insülin tedavisi nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.12).
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanların aileleri ile çatıştıkları, ailelerinin baskı yapmaları, yüksek not beklentileri, kızmaları, tehdit etmeleri ve okul gezisi ya da il dışı gezisine izin vermemeleri nedeniyle stres yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 4.12).
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanların kullandıkları fonksiyonel başetme yöntemlerinin müzik dinleme, espri yapma, dışarıda arkadaşlar ile vakit geçirme ve duygularını ifade etme, fonksiyonel olmayan baş etme yöntemlerinin ise ağlama, içine kapanma, saldırganlık ve duygularını ifade edememe olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanlardan bazıları stresle baş etmede problem çözme, müzik dinleme, progresif gevşeme egzersizi, slogan belirleme, empati yapma, iyi ilişkiler kurma, spor yapma yöntemlerini kullanacaklarını belirtirken, bazıları da problem çözme, düşüncelere yönelik yöntemleri ve progresif gevşeme egzersizlerini yapamayacaklarını belirtmiştir (Tablo 4.12).
- ✓ Müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların umutsuzluk düzeyleri ve alt boyutlarına ilişkin çalışma sonrasında öncesine göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Buna göre “Müdahale grubundaki adölesanların eğitim öncesine göre eğitim sonrasında umutsuzluk puan ortalamalarında azalma olur” hipotezi çalışmanın sınırlıkları içerisinde reddedilmiştir.
- ✓ Müdahale grubundaki adölesanların umutları ile ilgili olarak motivasyon ve geleceğe yönelik beklentilere ilişkin görüşlerini belirtmişlerdir. Adölesanlardan biri diyabeti bir savaş ve yarış olarak belirterek bunu kazanmaya yönelik önerilerde bulunmuştur. Bir başka adölesan diyabetli biri olarak yalnız olmadıklarını belirterek, birbirlerine destek olabileceklerini belirtmiştir (Tablo 4.12).

- ✓ Yaratıcı drama oturumları sırasında adölesanlar; kendilerini iyi, rahatlamış hissettiklerini, etkinlikleri eğlenceli bulduklarını ve iyi vakit geçirdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca adölesanlar; stresle baş etmede kullandıkları başetme yöntemlerini, kullanılabilecek farklı yöntemlerin olabileceğini, yalnız olmadıklarını, benzer sorun ve düşüncelerinin olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.12).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ❖ T1DM’li adölesanların tıbbi beslenme tedavilerine uyumunu arttırmada multidisipliner bir çalışma yapılması,
- ❖ Gelecekte yaratıcı drama ile yapılacak eğitim programlarına hastalık yönetimi ile ilgili konuların dahil edilmesi,
- ❖ Diyabeti olan ve olmayan adölesanların yaşamlarında hem okulda hem de sosyal yaşamda egzersizi yerleştirebilmek için Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, valilik ve belediyelerinde içinde bulunduğu multidisipliner bir çalışma yapılması,
- ❖ Okul sağlığı hemşireliğinin Türkiye’de aktif olarak rol alması ve okullarda adölesan sağlığına yönelik projelerde görev almaları,
- ❖ Okul yönetimi ve aile arasında işbirliği yapılması,
- ❖ Türkiye’de Okulda Diyabet Programı gibi projelerin yaygınlaştırılması, öğretmenlerin, öğrencilerin ve toplumun bilinçlendirilmesi,
- ❖ Adölesanların arkadaşlarına, öğretmenlerine bilgi verilmesi ve acil durumlarda ne yapacaklarının öğretilmesine yönelik uygulamaların artırılması,
- ❖ T1DM’li adölesanların stresle başetme ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik güçlendirme programları ile ilgili daha çok araştırma yapılması ve bu programların yaygınlaştırılması,
- ❖ T1DM’li adölesanları güçlendirmeye yönelik yapılacak çalışmalarda stresle başetme, problem çözme, umut geliştirme, etkili iletişim kurma gibi psikososyal becerilerin öğretilmesine daha fazla yer verilmesi, bu becerilerin öğretiminde yaratıcı dramının daha fazla kullanılması ve literatürde kanıt düzeylerinin artırılması,
- ❖ T1DM’li adölesanların stresle başetme ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik uygulanacak programlarda zihin beden ruh bütünlüğüne önem veren İBM’nin diyabet hemşireleri tarafından kullanılması,

- ❖ T1DM’li adölesanların stresle başetme, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, umut düzeylerinin, hastalık yönetimine uyumlarının artırılması ve fizyolojik sonuçların iyileştirilmesine yönelik arkadaş, okul ve aile işbirliğinin yer aldığı bütüncül özellikteki ve periyodik uzun süreli programların geliştirilmesi, diyabet hemşireleri tarafından kullanılması ve yaygınlaştırılması,
- ❖ T1DM’li adölesanların yaşadıkları stres nedenleri, problemlerin belirlenmesinde ve müdahale edilmesinde motivasyonel görüşme, çözüm odaklı yaklaşım, bilişsel davranışçı teknikler gibi yöntemlerin yaratıcı drama ile birleştirilerek farklı programlar oluşturulması,
- ❖ T1DM’li adölesanlarda stresle başetme, problem çözme, etkili bir hastalık yönetim becerilerinin ve umut düzeylerinin geliştirilmesinde multidisipliner bir ekip (hemşire, hekim, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) yaklaşımının kullanılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Çankırılı A. Sorunlarıyla Çözümleriyle Ergenlik Çağı (4. Baskı), Zafer Yayınları, İstanbul, 2014; 13-230
2. Dolgin KG. Ergenlik Psikolojisi (1. Baskı), Çevirmen Duygu Özen, Kaknüs Yayınları, İstanbul, 2008; 34-729
3. Sandroek JW. Ergenlik (14. Baskı), Çevirmen Diğdem Müge Siyez, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2014; 3-460
4. American Diabetes Association (ADA) Diabetes Guidelines 2016. http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC2/2016-Standards-of-Care.pdf(23.2. 2016)
5. Bearman KJ, LA Greca. Assessing friend support of adolescents diabetes care: the diabetes social support questionnaire-friends version. J Pediatr Psychol 2002; 27: 417-428
6. La Greca AM, Bearman KJ, Moore H. Peer relations of youth with pediatric conditions and health risks: promoting social support and healthy life styles. J Dev Behav Pediatr 2002; 23: 271-280
7. Karlsson A, Arman M, Wikblad K. Teenagers with type 1 diabetes-a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. Int J Nurs Stud 2008; 45: 562-570
8. Helgeson VS, Reynolds KA, Escobar O, Siminerio L, Becker D. The role of friendship in the lives of male and female adolescents: does diabetes make a difference? J Adolesc Health 2007; 40: 36-43
9. Berlin KS, Rabideau EM, Hains AA. Empirically derived patterns of perceived stress among youth with type 1 diabetes and relationships to metabolic control. J Pediatr Psychol 2012; 37: 990-998

10. LaGreca AM, Auslander WF, Greco P, et al. I get by with a little help from my family and friends: adolescents' support for diabetes care. *J Pediatr Psychol* 1995; 20: 449–476
11. Kyngäs H, Hentinen M, Barlow JH. Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care? *J Adv Nurs* 1998; 27: 760-769
12. Davidson M, Boland EA, Grey M. Teaching teens to cope: coping skills training for adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Soc Pediatr Nurs* 1997; 2: 65–72
13. Helgeson VS, Lopez LC, Kamarck T. Peer relationships and diabetes: retrospective and ecological momentary assessment approaches. *Health Psychol* 2009; 28: 273-282
14. Lehmkuhl HD, Merlo LJ, Devine K, et al. Perceptions of type 1 diabetes among affected youth and their peers. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; 16: 209-215
15. Hains AA, Berlin KS, Davies WH, Parton EA, Alemzadeh R. Attributions of adolescents with type 1 diabetes in social situations: relationship with expected adherence, diabetes stress, and metabolic control. *Diabetes Care* 2006; 29: 818-822
16. Hains AA, Berlin KS, Davies WH, et al. Attributions of adolescents with type 1 diabetes related to performing diabetes care around friends and peers: The moderating role of friend support. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 561
17. Davidson M, Penney ED, Muller B, Grey M. Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Appl Nurs Res* 2004; 17: 72–80
18. Palladino DK, Helgeson VS. Friends or foes? A review of peerinfluence on self-care and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2012; 37: 591-603
19. Helgeson VS, Siminerio L, Escobar O, Becker D. Predictors of metabolic control among adolescents with diabetes: a 4-year longitudinal study. *J Pediatr Psychol* 2009; 34: 254-270
20. Wodrich DL, Hasan K, Parent KB. Type 1 diabetes mellitus and school: A review. *Pediatr Diabetes* 2010; 12: 63-70
21. Glaab LA, Brown R, Daneman D. School attendance in children with type 1 diabetes. *Diabet Med* 2005; 22: 421-426

22. Dahlquist G, Källén B. Swedish Childhood Diabetes Study Group. School performance in children with type 1 diabetes- a population-based register study. *Diabetologia* 2007; 50: 957-964
23. Chien Chun Shu, Larson E, Nakamura N, Lin SJ. Self-care problems of adolescents with type 1 diabetes in Southern Taiwan. *J Pediatr Nurs* 2007; 22: 404-409
24. McCarthy A, Tsalikian M, Lindgren E. Factors associated with academic achievement in children with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 112-117
25. Carroll A, Marrero D, Swenson M. Why do adolescent with type 1 diabetes and their parents participate in focus groups? Research and theory for nursing practice. *Res Theory Nurs Pract* 2007; 21: 135-139
26. Geffken GR, Lehmkuhl H, Walker KN, et al. Family functioning processes and diabetic ketoacidosis in youths with type I diabetes. *Rehabilitation Psychology* 2008; 53: 231-237
27. Herzer M, Hood KK. Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes: Association with blood glucose monitoring and glycemic control. *J Pediatr Psychol* 2010; 35: 415-425
28. Hillege S, Beale B, McMaster R. Enhancing management of depression and type 1 diabetes in adolescents and young adults. *Arch Psychiatr Nurs* 2011; 25: 57-67
29. Hilliard ME, Herzer M, Dolan LM, Hood KK. Psychological screening in adolescents with type 1 diabetes predicts outcomes one year later. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 94: 39-44
30. Bernstein CM, Stockwell MS, Gallagher MP, Rosenthal SL, Soren K. Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes: prevalence and impact on glycemic control. *Clin Pediatr* 2013; 52: 10-15
31. Delemater AM. Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabetes* 2009; 10: 175-184
32. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological counselling in problematic diabetes: Does it help? *Diabet Med* 2002; 19: 265-273
33. Surwit RS, Schneider MS, Feinglos MN. Stress and diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1992; 15: 1413-1422
34. Helgeson VS, Escobar O, Siminerio L, Becker D. Relation of stressful life events to metabolic control among adolescents with diabetes: 5-year longitudinal study. *Health Psychol* 2010; 29: 153-159

35. Lloyd C, Smith J, Weinger K. Stress and diabetes: A review of the links. *Diabetes Spectrum* 2005; 18: 121-127
36. Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E. Coping styles in adolescents with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 1313-1317
37. Luyckx K, Seiffge-Krenke I, Hampson SE. Glycemic control, coping, and internalizing and externalizing symptoms in adolescents with type 1 diabetes: A cross-lagged longitudinal approach. *Diabetes Care* 2010; 33: 1424-1429
38. Jaser SS, White LE. Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child Care Health Dev* 2011; 37: 335-342
39. Pisula E, Czaplinska C. Coping with stress in adolescents with type 1 diabetes and their mothers. *Eur J Med Res* 2010; 15: 115-119
40. Seiffge-Krenke I, Stemmler M. Coping with everyday stress and links to medical and psychosocial adaptation in diabetic adolescents. *J Adolesc Health* 2003; 33: 180-188
41. Riazi A, Pickup J, Bradley C. Daily stress and glycaemic control in type 1 diabetes: Individual differences in magnitude, direction, and timing of stress-reactivity. *Diabetes Res Clin Pract* 2004; 66: 237-244
42. Jaser SS, Faulkner MS, Whittemore R, et al. Coping, self-management, and adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *Ann Behav Med* 2012; 43: 311-319
43. AADE7 Self-Care Behaviors. <https://www.diabeteseducator.org/patient-resources/aade7-self-care-behaviors> (12.01.2015).
44. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns* 1995; 26: 139-144
45. Sigurdardottir AK, Jonsdottir H RN. Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. *Scand J Caring Sci* 2008; 22: 284-291
46. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes* 2004; 22: 123-127.
47. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns* 2010; 79: 277-282
48. Watson J. *Nursing: Human Science And Human Care* (1st ed), Jones&Bartlett Learning, New York, 2008: 17-93
49. Fawcett J. Watson's theory of humancare. In: *Contemporary Nursing Knowledge an Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2nd ed), F.A. Davis Company Philadelphia, 2005: p 553-599

50. Watson J. Jean Watson's Theory of Human Caring. In: Nursing Theories and Nursing Practice (2nd ed), Parker EM (Eds). FA DavisCompany, Philadelphia, 2005: p 295-305
51. Adıgüzel Ö, Eğitimde Yaratıcı Drama (3. Baskı), Pegem Akademi, Ankara, 2013: 1-145
52. Güven İ. Yaratıcı drama yoluyla öğrenme stratejilerinin geliştirilmesi. Yaratıcı Drama Dergisi 2009; 4: 33-34
53. Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WV. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. J Pediatr 2000; 137: 107-113
54. Nansel TR, Thomas DM, Liu A. Efficacy of a behavioral intervention for pediatric type 1 diabetes across income. Am J Prev Med 2015; 49: 930-934
55. Grey M. Coping skills training for youth with diabetes. Diabetes Spectrum 2011; 24
56. Grey M, Berry D. Coping skills training and problem solving in diabetes. Current Diabetes Reports 2004; 4: 126-131
57. Soo H, Lam S. Stress management training in diabetes mellitus. J Health Psychol. 2009; 14: 933-943
58. Hains AA, Davies WH, Parton E, Silverman AH. Brief report: a cognitive-behavioral intervention for distressed adolescents with type 1 diabetes. J Pediatr Psychol 2001; 26: 61-66
59. Hains AA, Davies WH, Parton E, Totka J, Amoroso-Camarata J. A stress management intervention for adolescents with type 1 diabetes. Diabetes Educ 2000; 26: 417-424
60. Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: A systematic review and appraisal. Diabetes Educ 2007; 33: 1080-1103
61. Winkley K, Ismail K, Landau S, Eisler I. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2006; 333: 65
62. Murphy HR, Rayman G, Skinner TC. Psycho-educational interventions for children and young people with type 1 diabetes. Diabet Med 2006; 23: 935-943

63. Borus JS, Laffel L. Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: Prevention and intervention. *Curr Opin Pediatr* 2010; 22: 405-411
64. Gage H, Hampson S, Skinner TC, et al. Educational and psychosocial programmes for adolescents with diabetes: approaches, outcomes and cost-effectiveness. *Patient Educ Couns* 2004; 53: 333-346
65. Erdem A. Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Ergenler İle Sağlıklı Çocuk ve Ergenlerin Benlik Kavramı Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul 2013: 53-129
66. Çövener Ç. Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Sorun Çözme Becerisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul 2005: 48-84
67. Baltaş A, Baltaş Z. Stress ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1997:1-327
68. Şahin NH. Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikoloji Derneği yayınları, Ankara, 1995: 2-45
69. Çam Ö. Stresiz (2. Baskı), Kitap Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti., İstanbul, 2013: 21-300
70. Bozkurt T, Uluğ M, Çelik AT, et al. Stres, İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları, Gezen Tanıtım Ltd. Şti., İstanbul, 2010: 6-34
71. Altuntaş E. Stres Yönetimi. Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd.Şti, İstanbul, 2003: 1-174
72. Aydın KB, Stresle Başa Çıkma (2. Baskı), Editör: Uğur Öner, Uygulamalı Grup Rehberliği, Programları Dizisi, Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti., Ankara 2010: 25-45
73. Rowshan A. Stres Yönetimi, Sistem Yayıncılık ve Mat. San.Tic.A.Ş, İstanbul, 2011: 11-190
74. Erşahin C, Stres Kendine Güven Mücadele Ruhu (117. Baskı), Tutku Yayınevi, Ankara, 2013: 11-270
75. Yıldırım İ. Gündelik sıkıntılar ölçeğinin geliştirilmesi. Eğitim araştırmaları 2004; 122-131
76. Lu L. University transition - major and minor life stressors, personality characteristics and mental-health. *Psychol Med* 1994; 24: 81-87

77. Andrews B, Wilding JM. The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *Br J Psychol* 2004; 95: 509-521
78. Gençöz T, Dinç Y. Moderator role of perfectionism between negative life events and depressive symptoms among Turkish youth. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 52: 332-342
79. De Benedittis G, Lorenzetti A. The role of stressful life events in the persistence of primary headache: Major events vs. daily hassles. *Pain* 1992; 51: 35-42
80. Cathcart S, Pritchard D. Daily stress and pain sensitivity in chronic tension type headache sufferers. *Stress and Health* 2008; 24: 123-127
81. Guthrie BJ, Young AM, Boyd CJ, Kintner EK. Ebb and flow when navigating adolescence: predictors of daily hassles among African-American adolescent girl. *J Spec Pediatr Nurs* 2002; 7: 143-152
82. Maybery DJ, Graham D. Hassles and uplifts: Including interpersonal events. *Stress and Health* 2001; 17: 91-104
83. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatric (3. Baskı) Cilt 2, Nobel Tıp Kitabevleri*, 2002: 1306 - 1327
84. WEB IDF/ISPAD 2011 Global guideline for diabetes in childhood and adolescence. <http://www.ispad.org/resource-type/idfispad-2011-global-guideline-diabetes-childhood-and-adolescence> (04.04.2013)
85. Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S. *Pediatric Endocrinology. Pediatric Endocrinology ve Oksoloji Derneği Yayınları, Kalkan Matbaacılık, Ankara*, 2003: 137-450
86. Tfayli H, Arslanian S. The challenge of adolescence: hormonal changes and sensitivity to insulin. *Diabetes Voice* 2007; 52: 28-30
87. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Tip 1 diyabetin uzun dönem izlemi. *Güncel Pediatric* 2008; 6: 111-118
88. El-Amin A, Hüseyin Ö, Tuvemo T. Growth, puberty, and final height in children with type 1 diabetes. *J Diabetes Complications* 2006; 20: 252-256
89. Bonfing W, Kapellen T, Dost A et al. Growth in children and adolescents with Type 1 Diabetes. *J Pediatric* 2012; 160: 900-903
90. Poyrazoğlu Ş, Saka N, Bundak R ve ark. Tip 1 diyabetli çocuklarda büyüme ve puberte. *Çocuk Dergisi* 2004; 4: 83-87

91. Bozdoğan Z. Okulda Rehberlik Etkinlikleri ve Yaratıcı Drama, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2003: 23-70
92. Kyngas H. Compliance of adolescents with diabetes. *J Pediatr Nurs* 2000; 15: 260-267
93. Pendley J, Kasmien L, Deborah L, et al. Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2002; 27: 429-438
94. Üstün AS. Tip 1 Diabetes Mellitus'lu Adölesanların Hastalığa Uyumunda Akran Etkileşimlerinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Kayseri 2012: 55-95
95. La Greca AM, Social consequences of pediatric conditions: Fertile area for future investigation and intervention? *J Pediatr Psychol* 1990; 15: 285-307
96. Coupey SM. Psychosocial problems and concerns, chronic illness in the adolescent. In: Adolescent health care: A practice guide (fifty edition) Neistein LS, Gorden CM (eds), Lippincott Williams-Wilkins, Philadelphia 2008: 1057-1058
97. Spirito A, De Lawyer DD, Stark LJ. Peer relations and social adjustment of chronically ill children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 1991; 11: 539-565
98. Storch E, Lewin A, Silverstein J H. Peer victimization and psychosocial adjustment in children with type 1 diabetes. *Clin Pediatr (Phila)* 2004; 43: 467-71
99. Thomas A, Peterson L, Goldstein D. Problem solving and diabetes regimen adherence by children and adolescents with IDDM in social pressure situations a reflection of normal development. *J Pediatr Psychol* 1997; 22: 541-561
100. Meijer SA, Sinnema G, Bijstra JO, et al. Peer interaction in adolescents with chronic illness. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 799-813
101. La Greca AM. It's "all in the family": responsibility for diabetes care. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1998; 11: 379-85
102. Faulkner MS, Chang L. Family influence on self-care, quality of life, and metabolic control in school-age children and adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Nurs* 2007; 22: 59-68
103. Wysocki T. Parents, teens and diabetes. *Diabetes Spectrum* 2002; 15: 6-8
104. Ellis DA, Podolski Cl, Frey M, et al. The role of parental monitoring in adolescent health outcomes: impact on regimen adherence in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 907-17

105. Anderson BJ, Vangsness L, Connell A, et al. Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. *Diab Med* 2002; 19: 635-642
106. Duke DC, Geffken GR, LewinAB, et al. Glycemic control in youth with type 1 diabetes: Family predictors and mediators. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 719–727
107. Pereira MG, Berg-Cross L, AlmeidaP, et al. Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *Int J Behav Med* 2008; 15: 187-193
108. Lewin AB, Heidgerken AD, Geffken GR, et al. The relation between family factors and metabolic control: the role of diabetes adherence. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 174-183
109. Marshall M, Carter B, Rose K, et al. Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *J Clin Nurs* 2009; 18: 1703- 1710
110. Weinger K, O'Donnell AK, Ritholz MD. Adolescent views of diabetes related parent conflict and support: a focus group analysis. *J Adolesc Health* 2001; 29: 330-336
111. Miller VA, Drotar D. Discrepancies between mother and adolescent perceptions of diabetes-related decision-making autonomy and their relationship to diabetes-related conflict and adherence to treatment. *J PediatrPsychol* 2003; 28: 265- 274
112. Carroll A E, Marrero D G. The role of significant others in adolescent diabetes: a qualitative study. *Diabetes Educ* 2006; 32: 243-252
113. Uslu N, Bayat M, Variyenli N, Arıcan F, Hatipoğlu N. Orlando'nun etkileşim teorisinin uygulamada kullanımına bir örnek: Tip 1 diyabetes mellitus. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2015; 3: 64-70
114. Anderson B, Auslander WF, Jung KC, et al. Assessing family sharing of diabetes responsibilities. *J Pediatr Psychol* 1990; 15: 477-492
115. Kakleas K, Kandyla B, Karayianni C, et al. Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Metab* 2009; 35: 339-350
116. Byrne DG, Davenport SC, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: the development of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ). *JAdolesc* 2007; 30: 393–416

117. Hih JH, Eberhart NK, Hammen CL, Brennan PA. Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006; 35: 103-115
118. Farrell SP, Hains AA, Davies WH, Smith P, Parton E. The impact of cognitive distortions, stress, and adherence on metabolic control in youths with type 1 diabetes. *J Adolesc Health* 2004; 34: 461-467
119. Frey A, Guthrie B, Loveland-Cherry C, Park PS, Foster CM. Risky behavior and risk in adolescents with IDDM. *J Adolesc Health* 1997; 20: 38-45
120. Gold MA, Gladstein J. Substance use among adolescents with diabetes mellitus: preliminary findings. *J Adolesc Health* 1993; 14: 80-84
121. Glasgow D, Tynanm R, Schwartz JM, Hicks J, Turett PR. Gets on alcohol and drug use in teenagers with diabetes mellitus. *J Adolesc Health* 1991; 12: 11-14
122. Ng RS, Darko DA, Hillson RM. Street drug use among young patients with type 1 diabetes in the UK. *Diabet Med* 2004; 21: 295-296
123. Court JM. Diabetes education for the family, patient and paramedical staff. *Ind J Pediatr* 1999; 56: 581-585
124. Öz R, Yılmaz HB, Akçay N. Tip 1 diyabetli çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörler. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 1: 330- 338
125. Massengale J. Depression and the adolescent with type 1 diabetes: The covert comorbidity. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26: 137-148
126. Mullins LL, Fuemmeler BF, Hoff A, et al. The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depressive symptomatology in children with type 1 diabetes mellitus: The moderating influence of parenting stress. *Children's Health Care* 2004; 33: 21-34
127. Greening L, Stoppelbein L, Konishi C. Child routines and youths' adherence to treatment for type diabetes. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 437-447
128. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull* 2001; 127: 87-127
129. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. Challenges to the developmental study of coping. *New Dir Child Adolesc Dev* 2009; 124: 5-17
130. Hampel P, Petermann F. Age and gender effects on coping in children and adolescents. *J Youth Adolesc* 2005; 34: 73-83

131. Üstün B, Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte iletişim becerileri öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir 2005; 74-84
132. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 455-480
133. Jacobson AM, Hauser ST, Lavori P, et al. Adherence among children with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: I. The influence of patient coping and adjustment. *J Pediatr Psychol* 1990; 15: 511–526
134. Reid GJ, Dubow EF, Carey TC, Dura JR. Contribution of coping to medical adjustment and treatment responsibility among children and adolescents with diabetes. *Dev Behav Pediatr* 1994;15: 327–335
135. Band EB, Weisz JR. Developmental differences in primary and secondary control coping and adjustment to juvenile diabetes. *J Clin Child Psychol* 1990; 19: 150–158
136. Edgar KA, Skinner TC. Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *J PedPsych* 2003; 28: 485–493
137. Bingham A. Çocuklarda Problem çözme yeteneklerinin geliştirilmesi. Çev: Oğuzkan F, Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, 1998: 9-40
138. Eskin M. Sorun Çözme Terapisi (2. Baskı), Hyb Basım Yayın, Ankara, 2011: 1-308
139. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P ve ark. Lise öğrencilerinin problem çözme becerileri ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; 8: 905-92
140. Greening L. Adolescent stealers and nonstealers social problem-solving skills. *Adolescence* 1997; 32: 51-55
141. Joffe RD, Dobson KS, Fine S, et al. Social problem-solving in depressed, conduct-disordered, and normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1990; 18: 565-575
142. Yıldırım A, Karakurt P, Hacıhasanoğlu R. Comparison of the problem solving skills with feeling and expression of anger in nursing students. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12: 57-65
143. Griffey S, Piccinino L, Gallivan J, Lotenberg LD, Tuncer D. Applying national survey results for strategic planning and program improvement: the National Diabetes Education Program. *Eval Program Plann* 2015; 48: 83-89

144. Haas L, Maryniuk M, Beck J, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care* 2014; 37: 144-153
145. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care* 2007; 30: 2433-2440
146. Agema P, Sherifali D. Determining the impact of an intervention to increase problem-solving skills in diabetes self-management: the diabetes problem-solving passport pilot study. *Can J Diabetes* 2012; 36: 199-203
147. Cole-Lewis HJ, Smaldone AM, Davidson PR, et al. Participatory approach to the development of a knowledge base for problem-solving in diabetes self-management. *Int J Med Inform* 2016; 85(1): 96-103
148. Wysocki T, Iannotti R, Weissberg-Benchell J, et al. Diabetes problem solving by youths with type 1 diabetes and their caregivers: measurement, validation, and longitudinal associations with glycemic control. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 875-884
149. Mulvaney SA, Rothman RL, Osborn CY, et al. Self-management problem solving for adolescents with type 1 diabetes: intervention processes associated with an internet program. *Patient Educ Couns* 2011; 85: 140-142
150. Stetson B, Boren S, Leventhal H, et al. Embracing The evidence on problem solving in diabetes self-management education and support. *Self Care* 2010; 1: 83-99
151. Mulvaney SA, Rothman RL, Wallston KA, Lybarger C, Dietrich MS. An internet-based program to improve self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33: 602-604
152. Problem çözme. <https://www.diabeteseducator.org/patient-resources/aade7-self-care-behaviors/problem-solving> (02.02. 2015)
153. Hill-Briggs F, Gemmell L. Problem solving in diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 2007; 33: 1032-1050.
154. Hill-Briggs F, Lazo M, Peyrot M, et al. Effect of problem-solving based diabetes self-management training on diabetes control in a low income patient sample. *J Gen Intern Med* 2011; 26: 972-978
155. Glasgow RE, Fisher L, Skaff M, Mullan J, Toobert DJ. Problem solving and diabetes self-management: investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care* 2007; 30: 33-37

156. Cook S, Herold K, Edidin DV, Briars R. Increasing problem solving in adolescents with type 1 diabetes: the choices diabetes program. *Diabetes Educ* 2002; 28: 115-24
157. Fitzpatrick SL, Schumann KP, Hill-Briggs F. Problem solving interventions for diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Res Clin Pract* 2013; 100: 145-161
158. Loading RN, Wold JE, Skavhaug A, Graue M. Evaluation of peer-group support and problem-solving training in the treatment of adolescents with type 1 diabetes. *EDN* 2007; 4: 28-32
159. Thorpe CT, Fahey LE, Johnson H, et al. Facilitating healthy coping in patients with diabetes: a systematic review. *Diabetes Educ* 2013; 39: 33-52
160. Mulvaney SA. Improving patient problem solving to reduce barriers to diabetes self-management. *Clinical Diabetes* 2009; 273: 99-104
161. Esenay FI, Conk Z. Sağlıklı ve Kansersiz Ergenlerde Umut, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2007: 14-78
162. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. *Handbook of Positive Psychology*, Snyder CR (eds), Lopez SJ, Hope Theory Oxford university press, New York 2002; p 257-270
163. Snyder CR. Hypothesis: There Is Hope. In: *Handbook of Hope, Theory, Measures, Applications*, Snyder CR (eds), Academic press, USA, 2000: p 3-18
164. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar (1.Baskı), İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, Ankara, 2004: 230-234
165. Hinds P. Inducing a definition of hope through the use of grounded theory methodology. *J Adv Nurs* 1984; 9: 357-362
166. Hinds P, Martin J. Hopefulness and the self sustain process in adolescents with cancer. *Nursing Research* 1988; 37: 336-340
167. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 134-138
168. Yerlikaya İ. Devlet ve özel ortaokul öğrencilerinin umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi ve çeşitli değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 2014; 9: 865-877
169. Lerner RM. The Positive Youth Development Perspective: Theoretical And Empirical Bases Of A Strengths Based Approach To Adolescent Development, In: *The Oxford Handbook of Positive Psychology (second edition)*, Snyder CR, Lopez SJ (ed), Oxford University Press, Newyork 2011: p 149-325

170. Abela JRZ, Payne AVL. A test of the integration of the hopelessness and selfesteem theories of depression in schoolchildren. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27: 519 - 535
171. Özmen D, Dünder PE, Çetinkaya AÇ, Taşkın O, Özmen E. Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 8-15
172. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *focus.psychiatryonline.org* 2006, 4: 291-296
173. Hung Kuo W, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: A 13-year community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 497-501
174. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7: 39-47
175. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir mesleki eğitim merkezi öğrencilerinde umutsuzluk düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38: 312- 317
176. Çevik GB, Gündoğdu HM. Stres, umutsuzluk, ve annelerin öğrenilmiş çaresizliğinin ergenlerin öğrenilmiş çaresizliğini yordama düzeyleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2015; 5: 21-34
177. Landis V. Urban adolescent stress and hopelessness. *J Adolesc* 2007; 30: 1051
178. Vatan S, Dağ İ. Problem çözme, umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik MMPI-2 ile ölçülen psikopatolojinin yordayıcıları olabilir mi? *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 187-197
179. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi F.N. Hemşirelik Dergisi* 2010; 18: 87-97
180. Kula, E. Endüstri Meslek Lisesi Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri Ve Saldırganlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksel Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008: p 57-74
181. Eskin M. İntihar. Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. *Ergenlik ve Gençlikte İntihar*. HYB Basım Yayın, Ankara 2012

182. Dolgun G, İnal S, Uğurlu F. Ergen sağlığının sürdürülme ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Türk Pediatri Arşivi* 2011; 46: 4-8
183. Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernström L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Educ Couns* 2004; 53: 319-324
184. Funnell MM, Weiss MA. Patient empowerment: the LIFE approach. *EDN* 2008; 5: 75-78
185. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 153–157
186. Funnell MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. *JAMA* 2000; 284: 1704–1709
187. Nyatanga L, Dann KL. Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nurs Philos* 2002; 3: 234–239
188. Chen MF, Wang RH, Cheng CP, et al. Diabetes empowerment process scale: development and psychometric testing of the Chinese version. *J Adv Nurs*. 2011; 67: 204-214
189. Petersen KS, Tribler J, Molsted S. Empowerment-inspired patient education in practice and theory. *EDN* 2008; 5 (3): 99-103
190. Meetoo D, Gopaul H. Empowerment: giving power to people with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing* 2005; 9: 28-32
191. Deakin TA, Cade E, Williams R, Greenwood C. Structured patient education: The diabetes X-pert programme makes a difference. *Diabet Med* 2006; 23: 944–954
192. Tang TS, Gillard ML, Funnell MM et al. Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions: a preliminary report. *Diabetes Educ* 2005; 31: 91–97
193. Glimer TP, Philis-Tsimikas A, Walker C. Outcomes of Project Dulce: a culturally specific diabetes management program. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 817–822
194. Keers JC, Blaauwwekel EE, Hania M, Bouma J, Scholten-Jaegers SMHJ, Sanderma R et al. Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 151–157
195. Anderson RM, Funnell MM, Nwankwo R, et al. Evaluating a problem-based empowerment program for African Americans with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Ethnic Dis* 2005; 15: 671–678

196. Viklund G, Örtqvist E, Wikblad K. Assessment of an empowerment education programme. A randomized study in teenagers with diabetes. *Diabet Med* 2007; 24: 550–556
197. Çövener Ç, Tip 1 Diyabet Yönetiminde Sağlığı Geliştirme Modeli ve Tam Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitimin Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012: 208.
198. Ekberg J, Ericson L, Timpka T, et al. Web 2.0 systems supporting childhood chronic disease management: design guidelines based on information behaviour and social learning theories. *J Med Syst* 2010; 34: 107-117
199. Hanson CL, De Guire MJ, Schinkel AM, et al. Comparing social learning and family systems correlates of adaptation in youths with IDDM. *J Pediatr Psychol* 1992; 17: 555-72
200. Jean Watson. <http://nursingtheories.weebly.com/jean-watson.html> (10.08.2012)
201. Jean Watson's Philosophy of Nursing. http://currentnursing.com/nursing_theory/Watson.html (02.08.2012)
202. Çakar S. “Yapıyorsam Bir Nedeni Var” 6-11 yaşlarda görülen davranış problemleri konusunda yaratıcı drama yoluyla anne babaların farkındalıklarının artırılması. Çağdaş Drama Derneği, Yaratıcı Drama Eğitmenliği/Liderliği Programı Bitirme Projesi, Ankara 2012, 54-60
203. Altay F. “Çözümün Bir Parçası Da Sen Ol” Yaratıcı Drama Yöntemiyle Kişilerarası Sorun Çözme Becerisi Eğitimi. Çağdaş Drama Derneği, Yaratıcı Drama Eğitmenliği/Liderliği Programı Bitirme Projesi, Muğla 2013, 53-63
204. Turak D. “Riskleri Yönetmek” Ergenlik Döneminde Risk Alma Davranışının Yaratıcı Drama Yöntemiyle İşlenmesi. Çağdaş Drama Derneği, Yaratıcı Drama Eğitmenliği/Liderliği Programı Bitirme Projesi, Ankara 2012, 51-65
205. Somers J. Drama ve iyi oluş: Anlatı kuramı ve ruh sağlığı bilincini arttırmada interaktif tiyatronun kullanımı. *Yaratıcı Drama Dergisi* 2008;1: 115-141
206. Sefer SR, Akfırat ON. Yaşam becerilerinin kazandırılmasında yaratıcı drama yönteminin kullanılması. *Yaratıcı Drama Dergisi* 2009; 4: 99-107
207. Leite SA, Zanim LM, Granzotto PC, et al. Educational program to type 1 diabetes mellitus patients: basic topics. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2008; 52: 233-242

208. Hanberger L, Ludvigsson J, Nordfeldt S. Use of a web 2.0 portal to improve education and communication in young patients with families: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2013; 15: 175
209. Knowles J, Waller H, Eiser C, et al. The development of an innovative education curriculum for 11–16 yr old children with type 1 diabetes mellitus, *Pediatr Diabetes* 2006; 7: 322–328
210. Karaca S. Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: Kendini tanıma. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3: 79-84
211. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983: 385-96
212. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal* 2013, 51; 132-140
213. Heppner MJ, Lee D, Heppner PP, et al. Examining the role of problem-solving appraisal in the process and outcome of career counseling. *Journal of Vocational Behavior* 2004; 65: 217-238
214. Şahin N, Şahin NH, Heppner PP. Psychometric properties of the problem solving inventory in a group of Turkish university students. *Cognit Ther Res* 1993; 17: 379-396
215. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 139-142
216. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi* 1994; 2: 311-319
217. Neyzi O, Günöz H, Furman A, et al. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 1-14
218. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Tanı ve Tedavi Kılavuzları (4), Aralık 2014. [http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/kilavuz-4.pdf\(02.01.2016\)](http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/kilavuz-4.pdf(02.01.2016))
219. Cook S, Aikens JE, Bery CA, et al. Development of the diabetes problem-solving measure for adolescents. *DiabetEduc* 2001; 27: 865–873
220. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimci Rehberi, <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/cocuklukCagiDiyabetiEgiticiRehberi.pdf> (03.04.2015)

221. Kyngäs H, Hentinen M, Barlow JH. Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care? *J Adv Nurs* 1998; 27: 760-769
222. Tapper-Strawhecker MA. Multidisciplinary teaming to promote effective management of type 1 diabetes for adolescents. *J Sch Health* 2001; 71: 213-217
223. Hesketh KD, Wake MA, Cameron FJ. Health-related quality of life and metabolic control in children with type 1 diabetes: a prospective cohort study. *Diabetes Care* 2004; 27: 415-20
224. Shepherd J, Harden A, Rees R, et al. Young people and healthy eating: a systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Educ Res* 2006; 21:239-57
225. Kubik MY, Lytle LA, Hannan PJ, Perry CL, Story M. The association of the school food environment with dietary behaviors of young adolescents. *Am J Public Health* 2003; 93: 1168-1173
226. Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Raporu. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/tocbi_kitap.pdf (08.04.2016)
227. Okul Kantinleri İç Denetim Raporu. http://icden.meb.gov.tr/digeryaziler/Okul_Kantinleri_ic_denetim_2010_11.pdf. (09.04.2016)
228. Bayat M. İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus’u Olan Adölesanlara Özbakımlarının Öğretilmesi ve Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ankara 1999: 28-55
229. Özçelik EM. Tip 1 Diyabetes Mellitusu Olan Adölesanlara Verilen Eğitimin Metabolik Kontrolleri ve Özbakımları Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir 2001: 58-87
230. Karabel Z. Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Benlik Saygısının Diyetle Uyumla İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2006: 43-91
231. Olmsted MP, Daneman D, Rydall AC, Lawson ML, Rodin G. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 230-239.

232. Méndez FJ, Beléndez M. Effects of a behavioral intervention on treatment adherence and stress management in adolescents with IDDM. *Diabetes Care* 1997; 20: 1370-1375
233. Ellis DA, Frey MA, Naar-King S, et al. Use of multisystemic therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in chronic poor metabolic control: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2005; 28: 1604-1610
234. Boardway RH, Delamater AM, Tomakowsky J, Gutai JP. Stress management training for adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol* 1993; 18: 29-45
235. Jaser SS, Yates H, Dumser S, Whittemore R. Risky business: Risk behaviors in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Educ* 2011; 37: 756-764
236. Funnell MM, Kruger DF, Spencer M. Self-management support for insulin therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2004; 30: 274-280
237. Hood KK, Butler DA, Volkening LK, Anderson BJ, Laffel LMB. The blood glucose monitoring communication. *Diabetes Care* 2004; 27: 2610-2615
238. Dedik T. Tip 1 Diabetli Adölesanların Zaman Yönetimi Becerileri ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008: 104-168
239. Stewart SM, Lee PWH, Waller D, et al. A follow-up study of adherence and glycemic control among Hong Kong youths with diabetes. *J Pediatr Psychol* 2003; 28: 67-79
240. Ong WM, Chua SS, Ng CJ. Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 diabetes using insulin: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2014; 8: 237-246
241. Wagner J, Malchoff C, Abbott G. Invasiveness as a barrier to self monitoring of blood glukose in diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2005; 7: 612-619
242. Laffel LM, Vangsness L, Connell A, et al. Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr* 2003; 142: 409-16
243. Channon S, Smith VJ, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Arch Dis Child* 2003; 88: 680-683

244. Channon SJ, Huws-Thomas MV, Rollnick S, et al. A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 1390-1395
245. Wang YC, Stewart SM, Mackenzie M, et al. A randomized controlled trial comparing motivational interviewing in education to structured diabetes education in teens with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33: 1741-1743
246. Svoren BM, Butler D, Levine BS, Anderson BJ, Laffel LM. Reducing acute adverse outcomes in youths with type 1 diabetes: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2003; 112: 914-922
247. Efe YS. Tip1 Diyabetes Mellitus'lu ve Sağlıklı Ergenlerde Saldırganlık Ve Kendine Zarar Verme Davranışları, Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri 2013: 24-39
248. Akduman S. Farklı Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Öz Bakım Güçlerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2003: 61-78
249. Boyacıoğlu NE, Küçük L. Ergenlikte mantık dışı inançlar sınav kaygısını nasıl etkiliyor? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2: 40-45
250. Kara B. Diyabetli hastalarda metabolik kontrol ile yorgunluk arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Nurs* 2010; 2: 42-47
251. Okulda Diyabet Programı. www.okuldadiyabet.org/ (12.05.2016)
252. Kahrıman İ, Platin N. Tip 1 diyabeti olan adölesanlar hastalıkları için ne diyorlar?, 4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongre Kitabı, s 106, 22-25 Mayıs 2013, Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman
253. Toparlak D. Diyabeti söylemek. *Diyafon* 2003, 9: 34-36
254. Whittemore R, Jaser SS, Jeon S, et al. An internet coping skills training program for youth with type 1 diabetes: six-month outcomes. *Nurs Res* 2012; 6: 395-404
255. Delamater AM, Paino-fernandez AM, Smith EK, Bubb J. Measurement of diabetes stress in older children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Diabetes* 2013; 14: 50-56
256. Chao AM, Mingos KE, Park C, et al. General life diabetes-related stressors in early adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Health Care* 2016; 30: 113-142
257. Ersig AL, Tsalikian E, Coffey J, Williams JK. Stressors in teens with type 1 diabetes and their parents: immediate and long-term implications for transition to

- self-management. J Pediatr Nurs. 2016; 28. doi: 10.1016/j.pedn.2015.12.012. [Epub ahead of print]
258. Yıldırım İ. Family variables influencing test anxiety of students preparing for the university entrance examination. Eurasian Journal of Educational Research 2008; 31: 171-86
259. Aslan SA. Ergenlerde Ana-Baba Tutumu, Sınav Kaygısı, Ders Çalışma Becerilerinin Lise Giriş Sınavını Yordama Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, Mersin 2005: 64-67
260. Hema A, Roper SO, Nehring JW, et al. Daily stressors and coping responses of children and adolescents with type 1 diabetes, Child: Care, Health and Development 2009; 35: 330–339
261. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health Behavior Change, Churchill Livingstone, China, 2003: 4
262. Sanemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim(12.baskı), Gazi Kitabevi Tic. Ltd.Şti. Ankara, 2005; 85-379

EKLER

EK-1. ADÖLESAN TANITIM FORMU**Tarih :**

1. Anket no:
2. Dosya no:
3. Adı-Soyadı:
4. Yaşın:.....
5. Cinsiyetin: 1. Kız () 2. Erkek ()
6. Öğrenim gördüğün sınıf:
1. 6.sınıf () 2. 7. Sınıf () 3. 8. Sınıf () 4. 9. Sınıf () 5.10. sınıf ()
6. 11. Sınıf 7. 12. Sınıf 8. Okulu bırakan ()
7. Yaşadığın Yer? 1. İl () 2. İlçe () 3. Köy ()
8. Kaç yaşında diyabet tanısı aldın?.....
9. Diyabet dışında başka kronik hastalığın var mı?
1. Var () 2. Yok ()
10. Kullandığın insülinin tipi ve dozu nedir?
11. Kaç yıldır insülin kullanıyorsun?
12. İnsülinini kim yapıyor?
1. Kendim () 3. Bazen annem bazen kendim ()
2. Annem () 4. Diğer (lütfen yazınız)
13. İnsülinlerini saatinde yapıyor musun?
1. Evet () 16.soruya geçiniz.
2. Bazen () 14. Soruya geçiniz.
3. Hayır () 14. Soruya geçiniz.
14. İnsülinlerini neden saatinde yapamıyorsun?
1. Canım istemiyor ()
2. Okulda arkadaşlarımla yanında yapmak istemiyorum ()
3. Unutuyorum ()
4. Diğer(lütfen yazınız).....
15. İnsülin tedavisine uymama davranışların nelerdir?
1. Fazla doz insülin yapıyorum ()
2. İnsülin dozunu atlıyorum ()
3. Fazla doz insülin yapıyorum + doz atlıyorum ()
4. Önerilen dozdan daha az insülin yapıyorum
5. Diğer (lütfen yazınız).....
16. İnsülinlerin hangi vücut bölgelerine yapıyorsun?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Kollarım ()
2. Karnım ()
3. Bacaklarım ()
4. Kalçam ()
5. Diğer.....

17. İnsülinlerini yaparken bölgeyi ne sıklıkta bölge değiştiriyorsun?

1. Değiştirmem ()
2. Her uygulamada farklı bölgeye yaparım ()
3. Hergün farklı bölgeye yaparım ()
4. İki günde bir farklı bölgeye yaparım ()
5. Haftada bir farklı bölgeye yaparım ()
6. Diğer.....

18. Günlük kaç kalorilik besin alman önerildi?.....

19. Günlük olarak beslenme şeklin nasıl belirlendi?

1. Üç ana öğün ()
2. Üç ara öğün ve üç ana öğün ()
3. Karbonhidrat sayımı ()
4. Diğer

20. Günlük yemek saatlerine uyabiliyor musun?

1. Evet ()
2. Bazen ()
3. Hayır ()

21. Günlük beslenme şekline uyuyor musun?

1. Evet ()
2. Bazen ()
3. Hayır ()

23. Soruya geçiniz

22. Soruya geçiniz

22. Soruya geçiniz

22. Günlük beslenme şekline neden uymuyorsun?

1. Stresli oluyorum ()
2. Doymuyorum ()
3. Canım diyetle uymak istemiyor ()
4. Okul kantininde beslenme şekline uygun yiyecekler olmuyor ()
5. Diğer (lütfen yazınız).....

23. Günlük beslenme şekline uymayan davranışların nelerdir?

1. Çok yemek yiyorum ()
2. Öğün atlıyorum ()
3. Az yiyorum ()
4. Çok yiyorum ve insülin dozumu çok yapıyorum ()
5. Çok yiyorum ve egzersiz süremi uzatıyorum ()
6. Çikolata, kola, cips gibi abur cuburu fazla yiyorum
7. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

24. Düzenli egzersiz yapıyor musun?

1. Evet () Süresi: Şekli:.....
2. Bazen ()
3. Hayır ()

26. Soruya geçiniz

25. Soruya geçiniz

25. Soruya geçiniz

25. Neden düzenli egzersiz yapmıyorsun?

1. Canım istemiyor ()
2. Okuldan dolayı ()
3. Kendimi yorgun hissediyorum ()
4. Diğer (lütfen yazınız).....

26. Yaptığın egzersize göre insülin dozunda değişiklik yapıyor musun?

1. Evet ()
2. Bazen ()
3. Hayır ()

27. Yaptığın egzersize göre insülin dozunda ne tür değişiklikler yapıyorsun?

28. Yaptığın egzersize göre yediklerinde değişiklik yapıyor musun?

1. Evet ()
2. Bazen ()
3. Hayır ()

29. Soruya geçiniz.

29. Soruya geçiniz.

30. Soruya geçiniz.

29. Yaptığın egzersize göre yediklerinde ne tür değişiklikler yapıyorsun?

30. Kan şekerini ne kadar sıklıkta ölçüyorsun?

1. Ölçüm yapmıyorum ()
2. Günde 1 kez ölçüyorum ()
3. Günde 2 kez ölçüyorum ()
4. Günde 4 kez ve daha fazla ölçüyorum ()
5. Diğer (lütfen yazınız).....

31. Kan şekerini 4 kez ve daha fazla neden ölçmüyorsun?

1. Unutuyorum ()
2. Canım istemiyor ()
3. Ağrıyor ()
4. Okuldan dolayı ()
5. Diğer (lütfen yazınız).....

32. Kan şekeri ölçümelerini günlük olarak kaydediyor musun?

1. Evet () **34. soruya geçiniz.**
2. Bazen () **33. soruya geçiniz.**
3. Hayır () **33. soruya geçiniz.**

33. Neden kan şekeri ölçümelerini kaydetmiyorsun?

34. İdrarında keton bakıyor musun?

1. Evet () **36. soruya geçiniz.**
2. Bazen () **35. soruya geçiniz.**
3. Hayır () **35. soruya geçiniz.**

35. Neden idrarda keton bakmıyorsun?

36. Üç ayda bir düzenli kontrollere geliyor musun?

1. Evet () **38. soruya geçiniz.**
2. Bazen () **37. soruya geçiniz.**
3. Hayır () **37. soruya geçiniz.**

37. Neden üç ayda düzenli kontrollere gelmiyorsun?

38. Üç ayda bir düzenli kontrollere kiminle geliyorsun?

1. Yalnız kendim ()
2. Annemle ()
3. Babamla ()
4. Diğer (lütfen yazınız)

39. Son 1 yıl içerisinde akut komplikasyon öyküsü nedeniyle hastaneye yattınız mı?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| 1. Hipoglisemi | 1. Evet () | Kaç Kez | 2. Hayır () |
| 2. Hiperglisemi | 1. Evet () | Kaç Kez | 2. Hayır () |
| 3. Diyabetik Ketoasidoz | 1. Evet () | Kaç Kez | 2. Hayır () |

40. Daha önce diyabet eğitimi aldın mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

41. Diyabet eğitimi kapsamında eğitim aldığınız konular nelerdir?

KONULAR	Evet	Hayır
Diyabet hakkında bilgi		
Kan glikozu ölçüm aletinin kullanımı		
İdrar çubuklarının kullanımı		
İnsülin çeşitleri ve etkileri		
İnsülin doz ayarları		
İnsülin saklama ve taşıma koşulları		
Enjeksiyon tekniği ve uygulama yerleri		
Kalem kullanımı		
Hipoglisemi belirti ve tedavisi		
Glukagon kullanımı		
Hiperglisemi belirtileri ve tedavisi		
Üst solunum yolu enfeksiyonu ve ya diğer enfeksiyon durumlarında yapılacaklar		
İshal ve kusmada yapılacaklar		
Egzersiz yararları		
Egzersiz yaparken dikkat edilecek noktalar		
Beslenme		
Stres yönetimi		
Problem çözme ve basamakları		
Risk yönetimi		
Diğer.....belirtiniz		

EK-2. ADÖLESAN BİREYSEL DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU

2.1. ALT DÜZEY GEREKSİNİMLERE İLİŞKİN SORULAR

1. Diyabet hastalığı hakkında neler biliyorsunuz? Açıklar mısınız?
2. Bu hastalığı bana tanımlar mısınız?
3. Bu hastalık sizin hayatınızda ne gibi değişikliklere neden oldu?
1. Diyabetle ilgili güçlük sıkıntı yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
2. Evde şeker takibi ile ilgili güçlükler/zorluklar yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
3. Diyetiniz ile ilgili güçlükler/zorluklar yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
4. İnsülin kullanımı ile ilgili güçlükler/zorluklar yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
5. Egzersiz ile ilgili güçlükler/zorluklar yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
6. İdrarda keton bakma ile ilgili güçlükler/zorluklar yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
7. Tıbbi tedavinin yanında hastalığınız için alternatif bir tedavi yöntemi kullanıyor musunuz?
8. Hastalık sürecinizde hiperglisemi, hipoglisemi gibi acil durumlar yaşadınız mı?
9. Acil durumlarda ne yapacağınızı biliyor musunuz?
10. Bu acil durumları tekrar yaşamaktan korkuyor musunuz?
11. Diyabetin sağlığını üzerindeki uzun süreli etkilerini biliyor musunuz?
12. Diyabetin kronik komplikasyonları ile ilgili yaşadığınız zorluklar neler?
13. 3 ayda bir düzenli kontrollerinizi yaptırıyor musunuz?
14. Düzenli kontrolleriniz ile ilgili güçlükler/zorluklar yaşıyor musunuz? Açıklar mısınız?
15. Diyabetli kişilerin hayatlarını kolaylaştırabilecek uygulamalar sizce neler olabilir? Açıklar mısınız?
16. Diyabet hakkında yeni diyabet tanısı almış bir arkadaşınıza diyabet eğitimi verebilir misiniz? Bu konuda kendinizi nasıl görüyorsunuz?

2.2. ÜST DÜZEY GEREKSİNİMLERE İLİŞKİN SORULAR

1. Eğer gücünüz yetecek olsa değiştirmek istediğiniz özelliklerinizi bana anlatabilir misiniz?
2. Keşke başka biri olsaydım diyor musunuz? Diyorsanız kimler gibi olmak isterdiniz?
3. Ailenizin, arkadaşlarınızın, okulunuzun beklentilerini yerine getirebiliyor musunuz? Açıklar mısınız?
4. Diyabet tanısı almadan önceki kişiliğinizi, karakterinizi, huyunuzu, duygularınızı tanımlar mısınız?
5. Diyabet tanısı aldıktan sonraki kişiliğinizi, karakterinizi, huyunuzu, duygularınızı tanımlar mısınız?
6. Bu hastalık öncesi kendinizi fiziksel görünüş olarak nasıl tanımlarsınız?
7. Bu hastalık sonrası kendinizi fiziksel görünüş olarak nasıl tanımlarsınız?
8. Diyabet tanısı aldıktan sonra ev ortamındaki rollerinizde (çocuk, kardeş, abla, abi vb) neler değişti?
9. Diyabet nedeniyle annenizin/babanızın/kardeşinizin/ablanızın/ağabeyinizin size karşı olan davranışlarında değişiklikler oldu mu?
10. Hastalık kontrolünde aileniz size destek oluyor mu? Açıklar mısınız?
11. Diyabetli olmak arkadaşlarınızla ilişkilerinizi etkiledi mi?
12. Diyabet olduğunuz için kendinizi arkadaşlarınızdan farklı hissediyor musunuz? En çok hangi durumlarda farklı hissediyorsunuz?
13. Diyabetli olmak sizin eğitiminizi nasıl etkiliyor?
14. Diyabet tanısı aldıktan sonra öğretmeninizin/öğretmenlerinizin size karşı davranışları değişti mi?
15. Diyabet tanısı konduktan sonra sosyal aktivitelere katılma durumunuz değişti mi? Nasıl değişti? Kısıtlamalar yaşıyor musunuz? Hangi konularda/durumlarda kısıtlılıklar yaşıyorsunuz?
16. Hastalık ile ilgili yaşadığınız sorunlarla ilgili olarak baş edebiliyor musunuz? Nasıl? Açıklar mısınız?
17. Sizce baş etmeniz için neler yapmanız gerekiyor? Açıklar mısınız?
18. Hastalığınızla ilgili olarak kendinizi suçladığınız oldu mu? Neden?
19. Diyabet ile yaşamakta size destek olan kişiler var mı? Kimler nasıl destek veriyor?
20. Gelecekte hayal ettiğiniz şey nedir? Açıklar mısınız? (Meslek, okul, evlilik... gibi)

21. Hastalığınız gelecekle ilgili planlarınızı nasıl etkiliyor? Açıklar mısınız? (Meslek, okul, evlilik... gibi)

EK-3. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir. Her soruyu cevaplandırmanız değerlendirmeyi yapabilmemiz için önemlidir.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	Hiç	Neredeyse Hiç	Bazen	Sıkça	Çok Sık
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
7. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
9. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelendiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

EK-4. PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ

Lütfen aşağıdaki maddeleri cevaplarken, bu tür sorunlarla karşılaştığınızda nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırınız. Soruları yanıtlarken “Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?” sorusunu kendinize sorun. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir. Her soruyu cevaplandırmanız değerlendirmeyi yapabilmemiz için önemlidir.

	Her zaman Böyle Davranırım	Çoğunlukla Böyle Davranırım	Sık sık Böyle Davranırım	Arada sırada Böyle Davranırım	Ender Olarak Böyle Davranırım	Hiçbir zaman Böyle Davranmam
1. Bir sorunu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.						
2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.						
3. Bir sorunu çözmek için gösterdiğim çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.						
4. Bir sorunu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, ayrıntılı olarak düşünmem.						
5. Sorunlarımı çözmeye konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.						
6. Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım.						
7. Bir sorunun olduğunda onu çözmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.						
8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.						
9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.						
10. Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çözmeye yeteneğim vardır.						
11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden zor ve karmaşıktır.						
12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.						
13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.						

	Her zaman Böyle Davranırım	Çoğunlukla Böyle Davranırım	Sık sık Böyle Davranırım	Arada sırada Böyle Davranırım	Ender Olarak Böyle Davranırım	Hiçbir zaman Böyle Davranmam
14. Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.						
15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.						
16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.						
17. Genellikle aklıma gelen ilk fikirler doğrultusunda hareket ederim.						
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar, birbirleriyle karşılaştırır sonra karar veririm.						
19. Bir sorunu çözmek için plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.						
20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.						
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yolları düşünürken çok fazla seçenek üretmem.						
22. Bir sorunu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.						
23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.						
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.						
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.						
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.						
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.						

	Her zaman Böyle Davranırım	Çoğunlukla Böyle Davranırım	Sık sık Böyle Davranırım	Arada sırada Böyle Davranırım	Ender Olarak Böyle Davranırım	Hiçbir zaman Böyle Davranmam
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.						
29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken n çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.						
30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışımdaki etmenleri genellikle dikkate almam.						
31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.						
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.						
33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle ben im beklediğim sonuca uyar.						
34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.						
35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.						

EK-5. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek 10 yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yaralanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum, gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok, tatsızlıklarla dolu.		
12. Özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.		
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için, çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

**EK-6. HASTALIĞIN FİZYOLOJİK SONUÇLARINI DEĞERLENDİRME
FORMU**

Adı-soyadı:

ÖLÇÜM	(0. Ay)	3. Ay	6.ay
HBA1C düzeyi			
Boy /persentil			
Vücut ağırlığı /persentil			
BKİ			

EK-7.

RE: PROBLEM SOLVING

Kimden: **Sandy Cook** (sandy.cook@duke-nus.edu.sg)
Gönderme tarihi: 07 Mart 2014 Cuma 14:45:22
Kime: nevin şener uslu (nsener38@hotmail.com)

I'm pleased to let you use the measure. It was developed quite a while ago, so I agree, it is necessary to update it for more current treatment regimens. Please let me know how your project goes and best of luck in your studies.

Regards,

Sandy

Sandy COOK, PhD | Senior Associate Dean, Curriculum Development |
Medical Education, Research, and Evaluation (MERE) |
W: (65) 6516 8722 | F: (65) 6227 2698 |

[Join us at the SingHealth Duke-NUS Scientific Congress on 5 - 6 Sep 2014! Click here.](#)

Assistant Manager: Belinda Yeo | belinda.yeo@duke-nus.edu.sg | 6516-8511

Important: This email is confidential and may be privileged. If you are not the intended recipient, please delete it and notify us immediately; you should not copy or use it for any purpose, nor disclose its contents to any other person. Thank you.

EK-8.

Kimden: **Çağrı Çövener** (ccovener@gmail.com)
Gönderme tarihi: 09 Ağustos 2013 Cuma 22:02:05
Kime: nevin şener uslu (nsener38@hotmail.com)

Merhaba Nevin Hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Yüksek lisans tezimi Yök'ten indirebilirsiniz ve atıf yapabilirsiniz. Tezin içinde ayrıntılı bilgi yer alıyor. Uygulama yaşı 13-17. Ölçek bu yaş grubunda geliştirilmiş ve bende geçerliliği bu yaş grubunda yaptım.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim. Ölçekler ilgili sormak istediğiniz birşey olursa yardımcı olurum.

İyi çalışmalar dilerim

Çağrı

EK-9.

TİP 1 DİABETES MELLİTUSLU ADÖLESANLARI GÜÇLENDİRMEDE PROBLEM ÇÖZME VE STRESLE BAŞ ETME EĞİTİM PLANI

1. OTURUM

Konu: Tanışma, İletişim ve Etkileşim

Süre: 40+40 dk

Grup : Tip 1 Diyabetli Adölesanlar

Yöntem: Yaratıcı drama

Uygulanan Teknikler: rol oynama, doğaçlama, soru-cevap

Araçve gereçler: Dizüstübilgisayar, hoparlör, kamera, fotoğraf makinesi, kalem, A4 kağıt, top

Kazanımlar:

- Adölesanlar grup arkadaşlarının isimlerini öğrenir.
- Adölesanlar grup üyelerini tanır.
- Adölesanlar grup üyeleri ile etkileşime girer.

GİRİŞ

Tüm grup el ele tutuşarak bir çember oluşturduktan sonra oturur. Lider kısaca kendini tanıtır ve hoşgeldiniz diyerek kısaca çalışma ile ilgili olarak;

“8 Oturluk bir programdan oluşan çalışmamızın bu ilk oturumuna hoşgeldiniz. Programın ilk günü bir eğitim yöntemi olan yaratıcı drama ile tanışacağız. Daha sonraki oturumlarımızda yaratıcı drama yöntemi ile T1DM’li adölesanların diyabet kontrolünde stres yönetimi ve problem çözmenin nasıl yapılabileceğini göreceğiz. Tüm katılımcılar burada gönüllü olarak bulunmaktadır. Ancak programın başarılı olabilmesi için tüm katılımcıların oturumların tamamına katılması gerekmektedir. Yaratıcı drama oturumlarında uyulması gereken bazı kurallar vardır. Bunlar; yaratıcı drama oturumları süresince fiziksel ve psikolojik olarak kendinizi, grup arkadaşlarınızı ve mekânı korumakla yükümlüsünüz. Din, dil, ırk, cinsiyet, sosyal statü ayrımı yoktur. Burada olanların tamamının burada kalacağını bilmeli, dışarı çıkacağı endişesi taşımamalısınız. Burada olma nedenimizi unutmayarak her anın tadını çıkarmanızı öneriyorum. Çalışmalarımızın tamamını izninizle kameraya kaydedeceğiz. Bu kayıtlar tamamen çalışmanın uygulama sürecinin raporlaştırılabilmesi içindir. Bu görüntülerin bilimsel amacı dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı sözünü veriyorum. Katılımcılar daha önce yaratıcı drama çalışmalarına katılmamıştır. Şimdi herkesin sırayla kendisini tanıtmasını istiyorum (ad, soyad, kaçınıcı sınıfta olduğu, hangi okula gittiği, kaç yıldır diyabet olduğu gibi).

ISINMA/HAZIRLIK

1. ETKİNLİK (2 dk)

Lider katılımcılardan çember olmalarını ve el ele tutuşmalarını ister. Katılımcılara herkes ortaya gelerek “merhaba” diye bağırın yönergesi verilir.

2. ETKİNLİK (3 dk)

Katılımcılardan müzik eşliğinde mekânın her yerini kullanarak yürümeleri istenir. Ayrıca lider katılımcılar yürürken aşağıdaki yönergeleri verir.

- Durmayın,

**TİP 1 DİABETES MELLİTUSLU
ERGENLERİ GÜÇLENDİRMEDE
STRESLE BAŞ ETME VE PROBLEM
ÇÖZME EĞİTİM REHBERİ**



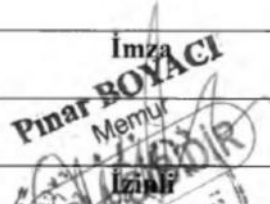
EK-11.

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
KAYSERİ ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
02.08.2013	2013/10	12

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 02.08.2013 Cuma Günü saat 09.00'da Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Ümit SEVİĞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Anabilim Doktora öğrencisi Nevin USLU'nun “ **Yaratıcı Drama ile Verilen Problem Çözme ve Stresle Baş Etme Eğitiminin Tip 1 Diabetes Mellituslu adölesanları Güçlendirmeye Etkisi**” isimli çalışmayı Doç.Dr.Meral BAYAT'ın yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	
Doç.Dr.Sultan TAŞCI	Üye	
Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Songül GÖRİŞ	Üye	İzinli

EK-12.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU										
ETİK KURULUN ADI		: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
AÇIK ADRES		: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ								
TELEFON		: 0 352 437 49 10 - 11								
FAKS		: 0 352 437 52 85								
E-POSTA		: byancar@erciyes.edu.tr								
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Yaratıcı drama ile verilen stresle baş etme ve problem çözme eğitiminin tip 1 diabetes mellitus'lu adölesanları güçlendirme							
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU									
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr. Meral Bayat							
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği							
	KOORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr. Meral Bayat							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri							
	DESTEKLEYİCİ									
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ									
	ARAŞTIRMA FAZİ		FAZ 1		☐					
			FAZ 2		☐					
		FAZ 3		☐						
		FAZ 4		☐						
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Yeni Bir Endikasyon		☐						
		Yüksek Doz Araştırması		☐						
		Diğer İse Belirtiniz		☒		Doktora Tezi				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEKMERKEZ		☐		ÇOKMERKEZ		☐		
		ULUSAL		☒		ULUSLARARASI		☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası		Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe	☐	İngilizce	☐	Diğer	☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe	☐	İngilizce	☐	Diğer	☐
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe	☐	İngilizce	☐	Diğer	☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe	☐	İngilizce	☐	Diğer	☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama								
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐								
	SIGORTA	☐								
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐								
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	☐								
	HASTA KARTI/GÖNÜLLÜKLERİ	☐								
	ILAN	☐								
	YILLIK BİLDİRİM	☐								
	SONUÇ RAPORU	☐								

ASLI GİBİDİR

Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	☐	 Bahri YANCAR Fakülte Şefi
	DİĞER	☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2013/630	Karar Tarihi : 22.11.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.	

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Karamehmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	
Doç. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hüseyin ARINÇ	Kardiyoloji	Kayseri Eğitim Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Erdem KILIÇ	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Afra YILDIRIM	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	

EK-13.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU
MÜDAHALE GRUBU

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, İnsan Bakım Modeli'ne göre yaratıcı drama ile verilen stresle baş etme ve problem çözme eğitiminin T1DM'li adölesanların güçlendirilmesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır.

Çalışmada sizin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinizi içeren Adölesan Tanıtım Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu kullanılacaktır. Çalışmada ilk formların doldurulmasından sonra müzik, dans, resim gibi sanatsal çalışmalar ile oyun, rol oynama gibi aktivitelerin olduğu yaratıcı drama ile eğitim verilecektir. Eğitimde sizinle aynı sorunları yaşayan arkadaşlarınızla duygu paylaşımlarınız ve etkileşimleriniz sağlanacaktır. Eğitimden 3 ve 6 ay sonra yukarıdaki formlar tekrar doldurularak eğitimin etkinliği değerlendirilecektir.

Çalışma öncesinde hazırlanan anketi cevaplamak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir. Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. İstedığınız zaman gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılırsanız bile, size gösterilen bakım ve özende bir eksiklik olmayacaktır. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan

Ben

.....

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi Yapan

Katılımcı

Tanık

Adı-soyadı

Adı-soyadı

Adı-soyadı

İmza

İmza

İmza

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU
(KONTROL GRUBU)

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, İnsan Bakım Modeli'ne göre yaratıcı drama ile verilen stresle baş etme ve problem çözme eğitiminin T1DM'li adölesanların güçlendirilmesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır.

Çalışmada hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren Adölesan Tanıtım Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu kullanılacaktır. Çalışmada ilk formların doldurulmasından 3 ve 6 ay sonra yukarıdaki formlar tekrar doldurularak değerlendirilecektir.

Çalışma öncesinde hazırlanan anketi cevaplamak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir. Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılırsanız bile, size gösterilen bakım ve özende bir eksiklik olmayacaktır. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan

Ben

.....

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi Yapan

Adı-soyadı

İmza

Katılımcı

Adı-soyadı

İmza

Tanık

Adı-soyadı

İmza

EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU
(MÜDAHALE GRUBU)

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, İnsan Bakım Modeli'ne göre yaratıcı drama ile verilen stresle baş etme ve problem çözme eğitiminin T1DM'li adölesanların güçlendirilmesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır.

Çalışmada çocuğunuzun sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren Adölesan Tanıtım Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu kullanılacaktır. Çalışmada ilk formların doldurulmasından sonra müzik, dans, resim gibi sanatsal çalışmalar ile oyun, rol oynama gibi aktivitelerin olduğu yaratıcı drama ile eğitim verilecektir. Eğitimde çocuğunuzla aynı sorunları yaşayan çocuklarla duygu paylaşımları ve etkileşimleri sağlanacaktır. Eğitimden sonra 3 ve 6 ay sonra eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Çalışma öncesinde çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılması konusunda özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman gerekçe göstermeden çocuğunuz çalışmadan ayrılabilir. Çocuğunuz çalışmadan ayrılrsa bile, çocuğunuza gösterilen bakım ve özende bir eksiklik olmayacaktır. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan

Ben

.....
Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi Yapan

Adı-soyadı

İmza

Katılımcı

Adı-soyadı

İmza

Tanık

Adı-soyadı

İmza

EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU
(KONTROL GRUBU)

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, İnsan Bakım Modeli'ne göre yaratıcı drama ile verilen stresle baş etme ve problem çözme eğitiminin T1DM'li adölesanların güçlendirilmesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır.

Çalışmada çocuğunuzun sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren Adölesan Tanıtım Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Problem Çözme Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Fizyolojik Sonuçları Değerlendirme Formu kullanılacaktır. Çalışmada ilk formların doldurulmasından 3 ve 6 ay sonra yukarıdaki formlar tekrar doldurularak değerlendirilecektir.

Çalışma öncesinde çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılması konusunda özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılırsanız bile, size gösterilen bakım ve özende bir eksiklik olmayacaktır. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan

Ben

.....

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi Yapan

Katılımcı

Tamk

Adı-soyadı

Adı-soyadı

Adı-soyadı

İmza

İmza

İmza



Karar Tarih / No : 08.03.2013/190-4
Belge No : 2013-2/KYS/1.16-1/009
Başlama Tarihi : 23.03.2013
Bitiş Tarihi : 18.05.2013
Katıldığı Süre : 42

YARATICI DRAMA EĞİTMENLİĞİ/LİDERLİĞİ PROGRAMI
BİRİNCİ AŞAMA KATILIM BELGESİ

Sayın Nevin Uslu

**Çağdaş Drama Derneği'nin açtığı 48
saatlik Birinci Aşama yaratıcı drama
atölyesi çalışmalarına katılmıştır.**

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

Bu belge 48 saatlik atölye çalışmasına aittir. Liderlik için geçerli ve yeterli değildir.

- Yaratıcı Drama Eğitmenliği/Liderliği Programı Milli Eğitim Bakanlığı Talim Terbiye Kurulu tarafından 18/11/2005 tarih ve 346 sayılı kararla onaylanmıştır.



Selânik Cad. No: 41/ 2 Kızılay/ ANKARA Tel: 00.90.312.425 00 89 Faks: 00.90.312.418 18 65
web: yaraticidrama.org e-posta: bilgi@yaraticidrama.org



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Nevin USLU
Uyruğu: Türkiye (TC)
Doğum Tarihi ve Yeri: 20.08.1982, Kayseri
Medeni Durumu: Evli
Tel: +90 207 66 66
E-mail: nevinuslu38@gmail.com
Yazışma Adresi: ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	ERÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	2010
Lisans	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	2006
Lise	KAYSERİ SAĞLIK MESLEK LİSESİ	2000

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2006-2009	ERÜ TIP FAKÜLTESİ GEVHER NESİBE HASTANESİ/ACİL SERVİS	Hemşire
2009-2016	ERÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI	Araştırma Görevlisi