



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUKLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN ÇOCUĞUN HASTALIĞA
YÖNELİK TUTUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Duygu YOKUŞ

Tezli Yüksek Lisans

**KONYA
Ocak 2023**

TIP 1 DİYABETLİ ÇOCUKLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN ÇOCUĞUN HASTALIĞA
YÖNELİK TUTUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Duygu YOKUŞ

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

Tezli Yüksek Lisans

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKCÜ

Konya
Ocak 2023

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.¹

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 1 ay ertelenmiştir.²

Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.³⁴

25 Ocak 2023

Duygu YOKUŞ

1 MADDE 6(1) Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

2 MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

3 MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

4 MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Dr. Öğr. Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKCÜ danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

25 Ocak 2023

Duygu YOKUŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez döneminde danışmanlığımı yürüten ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, farklı bakış açısı geliştirmemi sağlayan, kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle rol modelim olan Sayın Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKCÜ 'ye ve ders aldığım tüm hocalarıma teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Değerli görüş ve katkılarıyla her zaman destek olan süreç boyunca her zaman yanımda olan Öğr. Gör. Sefa Haktan HATIK hocama,

Ders dönemi ve tez döneminin meşakkatli yollarında beni motive eden ve lisans eğitimini yüksek lisans eğitimi ile taçlandırmanın konusunda beni yüreklendiren canım aileme,

Her anımda sevgisi ve varlığıyla her zaman yanımda olan yaşadığım her olayda güçlü bir şekilde toparlanmamı sağlayan, desteği ve sevgisiyle güç aldığım canım kardeşim Burcu YOKUŞ KAPCI 'ya

Tez dönemimde ve hayatımda desteklerini esirgemeyen Bediha ŞAHİN ÖZCAN ve ailesine,

Bu süreçte desteklerini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılarak destek olan hastalarımıza,

Sonsuz teşekkürlerimle...

25.01.2023

Duygu YOKUŞ

ÖZET

Duygu YOKUŞ

Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisinin İncelenmesi

Yüksek Lisans

Konya, 2023

Çalışmada Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün, Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisinin incelenmesi amaçlandı. Çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır. Çalışma 20 Haziran 2022 – 20 Kasım 2022 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütüldü. KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul' undan etik onay alındı. Tip 1 DM tanısı konmuş 12 ile 18 yaş aralığındaki çocuk hastalar çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem büyüklüğü öz-bakım gücü ölçeği toplam puanı üzerinden güç %80, yanılma payı 0.05 olarak hesaplandığında 128 kişi olması gerektiği bulundu. Araştırmanın verileri Çocuk ve Aile Tanıtım Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Çocuğun Hastalığına Yönelik Tutum Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği ile toplandı. Araştırmada kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Kolmogorov Simirnov, Shapiro-Wilk, Spearman Korelasyon Katsayısı, Regresyon analizleri yapıldı. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edildi. Tip 1 DM'lu çocukların kendi hastalığına yönelik tutumunun nötr olduğu ($2,77 \pm 0,55$) bulundu. Tip 1 DM'li sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu ($111,59 \pm 5,64$), çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çocuğun hastalığına yönelik tutumuna etkisi olmadığı ancak düşük düzeyde pozitif bir ilişkisinin olduğu bulundu. Tip 1 DM'li çocukların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu ($69,42 \pm 24,01$), öz bakım gücü ile çocuğun kendi hastalığına yönelik tutumu arasında negatif yönde, anlamlı ve orta düzeyde ilişki olduğu bulundu. Aynı zamanda çocukların öz bakım gücünün, çocuğun kendi hastalığına yönelik tutumu üzerinde etkisi vardır. Sonuç olarak; Tip 1 DM'li çocukların kendi hastalığına yönelik olumlu tutum geliştirebilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz bakım gücünün desteklenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler

Tip I diyabet, çocuk, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz-bakım gücü, çocuğun kendi hastalığına yönelik tutumu

ABSTRACT

Duygu YOKUŞ

Investigation of the Effect of Healthy Lifestyle Behaviors and Self-Care Strength on the Child's Attitudes towards the Disease in Children with Type 1 Diabetes

Master's

Konya, 2023

In this study, it was aimed to examine the Effect of Healthy Lifestyle Behaviors and Self-Care Strength on the Child's Attitude towards the Disease in Type 1 DM Children. The study is a descriptive and relation-seeking type of research. The study was carried out at Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital between 20 June 2022 and 20 November 2022. Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of KTO Karatay University Faculty of Medicine, Non-Pharmaceutical and Medical Device Researches. Children between the ages of 12 and 18 who were diagnosed with type 1 DM constituted the population of the study. When the sample size was calculated as 80% power over the total score of the self-care power scale, and the margin of error was 0.05, it was found that there should be 128 people. The data of the study were collected with the Child and Family Introduction Form, the Healthy Lifestyle Behaviors Scale, the Child's Disease Attitude Scale and the Self-Care Strength Scale. In the study, Kolmogorov Smirnov, Shapiro-Wilk, Spearman Correlation Coefficient, Regression analysis were performed as well as descriptive statistics for categorical and continuous variables. A $p < 0.05$ level was considered statistically significant. It was found that the attitude of children with type 1 DM towards their own disease was neutral (2.77 ± 0.55). It was found that healthy lifestyle behaviors with type 1 DM were moderate (111.59 ± 5.64), healthy lifestyle behaviors of children had no effect on the child's attitude towards the disease, but had a low-level positive relationship. It was found that children with type 1 DM had a moderate level of self-care power (69.42 ± 24.01), and there was a negative, significant and moderate relationship between self-care power and the child's attitude towards his own disease. At the same time, children's self-care power has an effect on the child's attitude towards his own illness. In conclusion; It is important to support healthy lifestyle behaviors and self-care power in order for children with type 1 DM to develop a positive attitude towards their own disease.

Keywords

Type I diabetes, child, healthy lifestyle behaviors, self-care power, child's attitude towards her own disease

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
KISATMALAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Hedefleri ve Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Diabetes Mellitus Tanımı.....	4
2.2. Diabetes Mellitusun Epidemiyolojisi ve Sınıflandırılması	4
2.3. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri	5
2.4. Tip 1 Diabetes Mellitus	6
2.5. Tip 1 Diyabetes Mellitus Etiyolojisi	7
2.5.1. Otoimmün Faktörler.....	7
2.5.2. Çevresel Faktörler	7
2.5.3. Genetik Faktörler	8
2.6. Tedavisi	8
2.6.1. İnsülin Tedavisi.....	9
2.6.2. Egzersiz Tedavisi	9

2.6.3. Beslenme Tedavisi	10
2.7. Diyabette Hemşirelik Bakımı ve Yönetimi.....	11
2.8. Adölesan Dönem.....	13
2.9. Adölesan Dönemde Tıp 1 Diyabet Yönetimi.....	14
2.10. Öz Bakım Gücü.....	14
2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	15
2.11. Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumu.....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Örneklem Seçim Yöntemi.....	19
3.5. Araştırmaya alınma ölçütleri.....	19
3.6. Araştırmaya alınmama ölçütleri.....	19
3.7. Veri Toplama Araçları	19
3.7.1. Çocuk ve Aile Tanıtım Formu	19
3.7.2. Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği - ÇKHYTÖ	20
3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	20
3.7.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği	20
3.8. Ön Uygulama	21
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.9.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	21
3.9.2. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	21
3.10. Verilerin Toplanması	21
3.11. Araştırma Verilerinin Analizi	22
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	22

3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları	23
3.14. Araştırmanın Etik Boyutu	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	34
5.1. Tip 1 DM çocukların sosyodemografik özelliklerinin çocuğun hastalığına yönelik tutumuna yönelik etkisinin tartışılması	34
5.2. Tip 1 DM’li Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çocuğun Hastalığına Yönelik Tutumuna Etkisinin Tartışılması.....	37
5.3. Tip 1 DM Çocuklarda Öz-Bakım Gücünün Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisinin Tartışılması.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
6.1. Sonuçlar	43
6.2. Öneriler	43
6.2.1. İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler	43
6.2.2. Klinik Uygulamalara Yönelik Öneriler.....	44
KAYNAKLAR	45
ÖZGEÇMİŞ	62
EK-1. ÇOCUK VE AİLE TANITIM FORMU	63
EK-2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 2.....	66
EK-3. ÇOCUĞUN KENDİ HASTALIĞINA YÖNELİK TUTUMU ÖLÇEĞİ	70
EK-4. ÖZ – BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	72
EK-5. ETİK KURUL İZİNİ.....	75
EK-6. KURUM İZİNİ.....	76
EK-7. ONAM FORMU.....	77
EK-8. ÖLÇEK İZİNLERİ.....	79

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Tip 1 DM Çocukların Sosyo-demografik ve Hastalığına Yönelik Bazı Özellikleri (n=128).....	24
Tablo 1 (Devam). Tip 1 DM Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri (n=128).....	25
Tablo 2. Kullanılan Ölçekler ve Sağlıklı Yaşam Ölçeği Alt boyutlarının Özellikleri (n=128).....	26
Tablo 3. Tip 1 DM Sosyo-Demografik Özelliklerinden İki Değişkenli Parametrik ÇKHYT Düzeyleriyle Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4. Tip 1 DM Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinden İki'den Fazla Değişkenli Parametrik Değerlerin ÇKHYTÖ Puanı Karşılaştırılması.....	28
Tablo 5. Tip 1 DM Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinden Non-Parametrik Değerlerin Hastalığa Yönelik Tutum Düzeyleriyle Karşılaştırılması.....	29
Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	30
Tablo 7. Tip 1 DM Çocukların Yaş, Hastalık Yılı Ortalamaları ve Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki	31

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Tanı Kriterleri	5
Şekil 2: Güç Analizi	18

KISATMALAR DİZİNİ

Kısaltma

Açıklama

ADA

American Diabetes Association

DM

Diabetes Mellitus

ÖRN

Örneğin

T1DM

Tip 1 Diabetes Mellitus

SPSS

Satistical Package for the Social Sciences

NPH

Nötral Protamin Hagedorn

ÇKHYTÖ

Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği

CATIS

Child Attitude Towards Illness Scale

1. GİRİŞ

Diyabet, yetersiz insülin salgılanması ve etkisindeki sorun nedeniyle metabolizmada eksikliklere sebep olan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır (Cicmil vd., 2018.) Dünya çapında hasta bireylerin sayısı hızla artmakta olup, 2030 yılında sayısının 366 milyona kadar yükseleceği düşünülmektedir. Hastalık Tip 1, Tip 2, Gestasyonel ve bilinen nedenleri olan spesifik diyabet türleri olmak üzere 4 farklı grupta sınıflandırılmaktadır (Jwad ve Fatlawi, 2022; Petersmann vd., 2019).

Çocukluk döneminde en yüksek oranda görülen metabolik ve endokrin sistemi etkileyen otoimmün kökenli bir hastalıktır (Atkinson vd., 2014). Tüm diyabetli bireylerin sadece yüzde 10-15'i Tip 1 DM türüne sahiptir. Bununla birlikte Tip 1 diyabet, çocuklarda en yaygın görülen diyabet şeklidir. İnsidans oranı ülkeler arasında belirgin farklılıklar göstermekle birlikte her yıl yaklaşık 90.000 çocuğa teşhis konduğu tahmin edilmektedir (Katsaru vd., 2017).

Diyabet tedavisi karmaşıktır. Tip 1 diyabette, fizyolojik insülin replasmanı için insülin kullanımı esastır. Tip 1 DM ve Tip 2 DM etiyolojisi farklılık gösterse de her ikisi için de tıbbi beslenme tedavisi gerekir. Tıbbi beslenme tedavisi, diyabet yönetiminde ve zayıf glisemik, lipid ve kan basıncı kontrolü ile ilgili potansiyel komplikasyonları azaltmada kritik bir rol oynar (Cheng, 2013). Tip 1 DM'nin yönetimi, doktorlar, hemşireler, diyetisyenler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları dahil olduğu disiplinler arası bir ekibin, hasta, ailelerinin, okul veya işyerinin sıkı iş birliğini gerektirir. Amaç, şiddetli hipoglisemi, şiddetli hiperglisemi ve ketoasidozu önlemek için sağlıklı yaşamı ve glisemik kontrolü teşvik etmektir (Bantle vd., 2008; ADA, 2016). Yapılan bir meta-analiz sonuçlarına göre Tip 1 DM insidansının 100.000 kişide 15 olduğu bulunmuştur. Dünyada Tip 1 DM insidans ve prevalans sayısında her geçen gün artış görülmektedir (Mobasseri vd., 2020).

Diyabetli bireyin günlük diyabet komplikasyonları ile baş etmesi, metabolik kontrolünü dengede tutması ve tedaviye uyum sağlaması amacıyla yeterli bilgi, becerisinin olması ve hastalığına yönelik geliştirdiği tutum hastalığın kontrolünde belirleyicidir. Hastanın diyabete yönelik tutum ve davranışları diyabet tedavisine uyumu etkilemektedir. Bu durum hastanın yaşam kalitesi ve hastalığın yönetiminde oldukça önem arz etmektedir (Rashidi ve Genç, 2020).

Diyabetin tedavi ve kontrolünde, öncelikle hastanın kendisinin hastalık yönetimini ve bakımına katılma davranışını girişimleriyle göstermelidir. Bu da öz bakım yönetimiyle ve öz bakım etkenleri ile gerçekleştirilebilir (Zera, 2012). Öz bakım gücü, kişinin kendi sağlığına bakma becerileriyle birlikte ideal sağlıklı olma halini sağlamak, sürdürmek ya da ilerletmek için gerekli olan aktiviteleri yerine getirmeyi içerir. Bu kavram yalnızca hasta olan bireyler için değil sağlıklı bireyler içinde kullanılan, sağlıklı davranış biçimlerine atıfta bulunan bir terimdir (Şişman ve Çakır, 2022).

Diyabet tanısı alan çocuğun öz bakımı ile ilgili uygulama yeterliliği ve kendi bakımının sorumluluğunu alması, kendi öz bakımına katılımı sağlanmalıdır. Hastalığa yönelik olumlu tutum ve davranışlar edinilmesi olumlu ve güçlü yanlarının ortaya çıkarılması diyabet kontrolünde önemlidir (Ekici, 2021). Bireyin sağlığını etkileyecek davranışlarının kendi kontrolünde olması ve sağlığını etkileyebilecek risk faktörlerini bilip öz yönetimini ve hastalığına yönelik uygun mücadele yöntemleri geliştirmesi bu anlamda önemlidir. Öz bakım gücünün yükseltilmesi için sağlığı geliştirici davranışların kazandırılması gerekmekte olup buna yönelik ilerlemeler sağlanmalıdır (Demir, 2016).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin iyilik halinde olma ve bu dengeyi sağlmasına yönelik gerçekleştirilen davranışların tamamıdır. Bu davranışlar zamanla değişime uğrayabilir. Kazanılan olumlu alışkanlıklar, sonrasında sağlıklı davranışlara dönüşüm açısından ve beraberinde hastalığın getirdiği tehditlere karşı önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları; beslenme alt boyutu, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite ve stres yönetimidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları birçok parçanın bütünüdür ve bu alt boyutlar birbiriyle ilişkilidir (Ekici, 2021). Hasta bireyler sağlıklı davranışlara ve tedavi önerilerine uyumda etkisiz, isteksiz ve başarısız ise hastalık kontrolü sağlanmamış ve sağlıkları olumsuz yönde etkilenmiş olmaktadır. Bu durumda tedaviye uyum istendik düzeyde olmamaktadır (Açıkgöz, 2014).

Tip 1 DM tanısını alan çocukların bakım ve tedaviye yönelik tutumlarının değerlendirilmesi, hastalığın yönetiminde ve kontrolünde oldukça önemlidir. Diyabetin neden olduğu faktörlerin üstesinden gelebilmek için kişinin iyi olma halinin pozitif olmasına, kendi bizzati bakım becerilerine, hasta olmayla ilgili kapsamlı bilgiye, sağlığına ve kendine bakım hakkında pozitif tutum göstermesine gereksinim vardır. Bu yetenek kişinin kendi bakımını gerçekleştirmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunma yeteneğidir. Bu sonuçlar

öz bakım gücü ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çocuğun hastalığına yönelik tutumunun değerlendirilmesinde önemli olduğunu göstermektedir (Ekici, 2021).

Bu çalışma Tip 1 diyabetli çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz-bakım gücünün çocuğun hastalığa yönelik tutumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1.Araştırmanın Hedefleri ve Soruları

Araştırmanın hedefi;

Literatüre Tip 1 diyabetli çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalığa yönelik tutumuna ek olarak öz bakım gücünün hastalığa yönelik tutumuna etkisini inceleyen çalışma kazandırmaktır.

Araştırmanın soruları;

- Tip 1 DM'li çocukların sosyo-demografik özelliklerinin çocuğun hastalığına yönelik tutumuna etkisi var mıdır?
- Tip 1 DM'li çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çocuğun hastalığına yönelik tutumuna etkisi var mıdır?
- Tip 1 DM'li çocuklarda öz-bakım gücünün çocuğun hastalığa yönelik tutumuna etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Diabetes Mellitus Tanımı

Diyabet, yetersiz insülin salınımı veya bunun sonucunda meydana gelen harabiyetten kaynaklanan karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarında bozukluklara sebep olan, kronik hiperglisemi ile karakterize çoklu etiyolojiye sahip bir metabolik bozukluktur. Etkileri arasında çeşitli organlarda uzun vadeli hasar, işlev bozukluğu ve yetersizlikler vardır. Çoğu zaman belirtiler şiddetli değildir. Patolojik ve fonksiyonel değişimlere neden olan hiperglisemi, tanı konulmadan uzun bir süreçte var olabilir (Cicmil vd., 2018).

2.2.Diabetes Mellitusun Epidemiyolojisi ve Sınıflandırılması

DM; küresel olarak yükseliş gösteren hastalık yükü, hasta kişilere, hastanın bakımını yapan kişilere, sağlık sistemlerine ve toplumlara sorun oluşturan bir halk sağlığı önceliğidir. 2017'de dünya çapında 425 milyon diyabet hastası olduğu ve bunun 2045'te 629 milyona çıkacağı tahmin ediliyor. Obezite ve düzensiz beslenme prevalansındaki küresel artış ve fiziksel aktivitedeki azalma dahil olmak üzere sağlıksız davranışlar DM oranlarını arttırmaktadır (Forouhi ve Wareham, 2019). Küresel bir perspektiften bakıldığında, 2000 ve 2030 yıllarında en fazla diyabetli kişiye sahip olduğu tahmin edilen ilk 10 ülke Hindistan, Çin, Amerika Birleşik Devletleri, Endonezya, Japonya, Pakistan, Rusya Federasyonu, Brezilya, İtalya ve Bangladeş'tir (Wild vd., 2004). 1980'de 108 milyon olan diyabetli insan sayısı 2014'te 422 milyona yükselmiştir. Prevelans, düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha hızlı artmaktadır. 2000 ile 2019 arasında yaşa göre diyabet oranında %3 artış olduğu görülmektedir ve 2017'de Tip 1 DM'li 9 milyon insan vardır (WHO 2022'a).

DM'nin en çok görülen şekilleri Tip 1 DM ve Tip 2 DM' dir. Bunlardan başka gestasyonel ve bilinen nedenleri olan özellikli diyabet çeşitleri olmak üzere 4 farklı türde sınıflandırılmaktadır (Petersmann vd., 2019). Otoimmün diyabet olarak da bilinen Tip 1 DM, pankreatik β -hücrelerinin hasarı nedeniyle insülin eksikliği ile karakterize hiperglisemiye neden olan kronik bir hastalıktır (Katsarou, vd., 2017) (Petersmann vd., 2019). Tip 2 diyabet, pankreas β -hücre disfonksiyonunun sebep olduğu göreceli insülin azlığı ve hedef organlarda insülin direnci ile karakterize kronik bir hastalıktır. Sedanter yaşam tarzı ile birlikte prevalansı katlanarak artan bir hastalıktır (Kerner vd., 2014; Petersmann vd., 2017). Gestasyonel diabetes mellitus ise ilk kez gebelik sırasında fark edilen herhangi bir derecede hiperglisemi olarak tanımlanır (Szmuiłowicz vd., 2019). Bilinen nedenleri olan spesifik diyabet türleri:

Pankreatik ekzokrin eksikliğini içeren hastalıklar (örn. pankreatit, kistik fibroz, hemokromatoz), endokrinopatiler (örn. Cushing sendromu, akromegali, feokromositoma), ilaç veya kimyasal olarak indüklenen (örn. glukokortikoidler, nöroleptikler, interferon alfa, pentamidin), β hücre fonksiyonunun genetik kusurları (örn. MODY tipleri), insülin etkisinin genetik kusurları, diyabetle ilişkilendirilebilecek diğer genetik sendromlar, enfeksiyonlar ve otoimmün aracılı diyabetin nadir formlarında vardır (Petersmann vd., 2019).

2.3. Diabetes Mellitus Tanı Kriterleri

Antik çağda diyabet, idrarın tadına bakılarak teşhis edilirdi. Daha sonra idrarda glukoz ölçümü ile tanı konulmaya başlandı. Ancak idrar glikozürisi kandaki glikoz seviyesi ile korele olmadığı ve bunun yerini plazma glikozunun tahmini ile tanı konulma yoluna gidildi (Kumar vd., 2016). Dünya Sağlık Örgütü 1965 yılında teşhis için yaygın olarak kabul edilen ilk laboratuvar standardını önerdi. İlerleyen yıllarda Ulusal Diyabet Veri Grubu, Amerikan Diyabet Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü kabul edilen kriterleri sırasıyla 1979, 1980, 1985, 1997, 1999, 2003, 2010 ve 2011 yılları olmak üzere sekiz kez güncellemiştir (Kumar vd., 2016). HbA1c seviyesi, son üç aydaki ortalama plazma glikoz seviyesini yansıtır. Bu güncellemeye göre HbA1c, açlık kan glukozu gerektirmediği, diyet ve aktivitedeki son değişikliklerden etkilenmediği için plazma glikozundan daha uygun bir değerlendirme yöntemidir. Plazma glukoz testinin bir başka sınırlaması ise testin tutarlı doğruluğunun olmamasıdır (Gambino, 2007). HbA1c, plazma glukozuna kıyasla daha yüksek bir analitik stabiliteye ve daha az günlük değişkenliğe sahiptir (Petersen vd., 2005).

Şekil 1: Diyabetin Tanı kriterleri

Bozulmuş açlık glukozu	Bozulmuş glikoz toleransı	Diyabet hastalığı
Açlık $\geq 5,5$ ila < 7 mmol/L	Açlık (ölçüldüyse) < 7 mmol/L	Açlık ≥ 7 mmol/L
Glukoz sonrası (ölçüldüyse) $< 11,1$ mmol/L	Glukoz sonrası 7.8 ila 11.1 mmol/L	Glukoz sonrası $\geq 11,1$ mmol/L
HbA1c (%5.7-%6.4)	HbA1c (%5.7-%6.4)	HbA1c \geq %6.5

Kaynak: (Kumar vd., 2016).

2.4. Tip 1 Diabetes Mellitus

Tip 1 DM, pankreas adacık β -hücrelerinin eksikliğinin bir neticesi olarak ortaya çıkmasıyla birlikte insülin eksikliğine bağlı hiperglisemi ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır (Atkinson vd., 2014). Tip 1 DM, çocukluk döneminde en çok görülen metabolik ve endokrin bozukluktur. Hastaların büyük bir kısmında (%70-90), β -hücrelerinin kaybı Tip 1 DM ile ilişkili otoimmünitenin sonucudur; bu hastalarda otoimmün Tip 1 DM vardır. Daha küçük bir hasta grubunda, hiçbir immün yanıt veya otoantikör saptanmaz ve β hücre yıkımının nedeni bilinmemektedir; bu tip güçlü bir genetik bileşene sahiptir (Atkinson vd., 2014).

Tüm diyabet türlerinin yalnızca %10-15'i Tip1 DM'dir. Diyabetli kişilerin %95'inden fazlasında Tip 2 DM vardır (WHO 2022'a). Bununla birlikte Tip 1 DM, çocuklarda en fazla görülen diyabet türüdür ve şu anda dünya genelinde 500.000'den fazla çocuk bu hastalıkla yaşamaktadır (Katsaru vd., 2017). Tip 1 DM insidansı dünya çapında artmakta ve her yıl yaklaşık 90.000 çocuğa teşhis konduğu tahmin edilmektedir. İnsidans oranı ülkeler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir; İskandinav ülkelerinde en yüksek olup, bunu Avrupa ülkeleri (Birleşik Krallık gibi), Kuzey Amerika ve Avustralya izlemektedir. Çin, Kore ve Japonya gibi Asya ülkelerinde Tip 1 DM nadir görülen bir hastalıktır (Diaz-Valencia vd., 2015).

Tip 1 DM genellikle çocukluk döneminde başladığı görülmektedir (Castellanos vd., 2020). Hastalığın insidansı 5-9 yaş ve 10-14 yaşları arasında pik yapmaktadır (Moravej vd., 2020). Birçok ülkede çocuklarda Tip 1 DM insidansında bir yükselme söz konusudur. Bunun nedeni hızla artan nüfus, kilo alımı, bebeklik döneminde uygunsuz beslenme şekli, çevresel değişiklikler, insanların yaşam tarzı ile ilgili bozulmalar nedeniyle bu oran artış göstermektedir (Overgaard vd., 2020). Diyabete genetik yatkınlığı olan kişilerde stres, travmalar, enfeksiyon gibi bir sebepten dolayı hastalık tetiklenmektedir (Rewers ve Ludvigsson, 2016). İnsidans oranları erkek ve kadınlar arasında benzer olsa da kadınlar adölesan döneme daha erken girdikleri için hastalık kadınlarda erkeklerden daha önce pik yapmaktadır (Patterson vd., 2012). Adölesan dönem sonrası kadınlarda görülme oranı büyük miktarda azalır ve bir süre erkeklerde daha yüksek oranda görülür. 20 yaş ve üzeri yaş grubunda Tip 1 DM tanısı konan erkeklerin sayısı kadınların iki katıdır (Rawshani vd., 2014).

Diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları olmak üzere iki tür komplikasyonu vardır. Mikrovasküler komplikasyonlar nefropati, nöropati ve retinopatidir (Melendez-Ramirez vd., 2010). Makrovasküler komplikasyonlar koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferik arterdir. Bu durumlar diyabete özgü değildir, ancak Tip 1

DM kişilerde bu hastalıkların gelişme riski daha fazladır. Hatta artık kalp yetmezliğinin diyabetin bir komplikasyonu olabileceği iddia edilmektedir. Bilişsel işlevler de uzun süreli hiperglisemiden etkilenebilir (Miki vd., 2013).

2.5. Tip 1 Diyabetes Mellitus Etiyolojisi

Tip 1 DM'nin meydana gelmesinde otoimmün nedenler ve çevresel nedenlerden kaynaklı faktörler önceliklidir (Paschou vd., 2018).

2.5.1. Otoimmün Faktörler

Bağışıklık sistemimiz birçok antijenle karşı karşıya gelmektedir hedefi yabancıyı ve kendinden olanı ayırıp dengeyi sağlamaktır. Özellikle tanıma moleküllerinin repertuarı genetik olarak sınırlı değildir ve yeniden düzenleme mekanizmaları sayesinde son derece genişir (Cohen ve Efroni, 2019). Bu, pankreatik β hücreleri de dahil olmak üzere birçok doku için kendi kendine reaktif olan antijenik reseptörlerle sonuçlanır. Çevresel faktörlere maruz kaldıktan sonra T hücrelerinin uyarılması ile otoimmün süreç başlar. T hücreleri uyarıldıktan sonra farklılaşır ve beta hücrelerinin yıkılmasına yol açar. Otoimmun süreç ile pankreasın langerhans adacıklarında devam eden yıkım sonucu insülin sekresyonu azalır. Genetik ve çevresel faktörler otoimmün sürecin başlamasında tetikleyici rol oynar. Tip 1 DM' nin otoimmün poliglandüler sendrom I ve II, Addison ve çölyak hastalığı, hipotiroidi, Graves hastalığı, pernisiyöz anemi gibi otoimmun hastalıklarla beraber görülmesi otoimmun faktörlerin etkili olduğunun göstergesidir (Liv vd., 2020).

2.5.2. Çevresel Faktörler

Tip 1 DM insidansındaki artıştan çevresel faktörlerin sorumlu olduğuna inanılmaktadır; çünkü genetik tek başına kısa zaman diliminde gözlenen değişiklikleri açıklayamamıştır (Wang vd., 2017). Tip 1 DM insidans ve prevalans oranlarındaki artışlar en çok gençlerde ve hızlı ekonomik büyüme yaşayan ülkelerde belirgindir, bu da çevresel faktörlerle bir ilişki olduğunu düşündürür (Lin vd., 2020). Tip 1 DM patogenezi incelerken bir dizi çevresel faktör araştırılmıştır. Tip 1 DM tetikleyicileri olarak daha çok virüsler öne çıkmaktadır. Patojenler ya pankreas beta hücrelerini enfekte ederek doğrudan sitotoksositeye neden olarak ya da beta hücrelerine karşı bir otoimmün cevabı indükleyerek Tip 1 DM 'ye neden olabilir. (Butalia vd., 2016).

2.5.3. Genetik Faktörler

Tip 1 DM genellikle aile öyküsü olmayan kişilerde bulunur. Hastaların sadece %10-15'inde birinci veya ikinci derece yakınlarında bu hastalık mevcuttur. Bununla birlikte, hasta çocukların %5'inin kardeşlerinde ve tek yumurta ikizlerinin %70'inde, genel popülasyonun %0,4'ünde Tip 1 DM gelişme riski vardır. Genetik faktörlerin Tip 1 DM etiyojisine katkısına ilişkin ek kanıt, bağışıklık fonksiyonuna sahip anahtar genleri etkileyen genetik mutasyonlarla bağlantılı olarak otoimmün diyabetin ortaya çıkmasıdır (Redondo vd., (2018).

2.6.Tedavisi

Tip 1 DM' nin yönetimi, disiplinler arası bir ekibin, çocuk ve aileleri ile destek sistemlerinin sıkı işbirliğini gerektirir. Amaç, şiddetli hipoglisemi, şiddetli hiperglisemi ve ketoasidozu önlemek, sağlıklı yaşam ve glisemik kontrolü sağlamaktır. Hem hiperglisemi hem de hipoglisemi komplikasyonlarını izlemek ve gerektiğinde tedavi etmek için bireysel kılavuzlar oluşturulmaktadır (Katsarou vd., 2017; Shulman, vd., 2016). Tip 1 diyabet enjeksiyon kullanımı, pompa tedavisi ve inhale insülin tedavisini günlük enjekte edilebilir insülin rejimine entegre etme yeteneği dahil olmak üzere insülin iletmek için çok sayıda seçenek bulunmaktadır (Odegard ve Capoccia, 2007) Düzenli egzersiz insülin etkisini iyileştirir, kardiyorespiratuar uygunluğu artırır, psikososyal durumu iyileştirir ve Tip 1 DM 'lu kişilerde diyabetle ilişkili komplikasyon riskini azaltır. Şu anda, Tip 1 DM kişilerde sağlığı optimize etmek için gereken fiziksel aktivitenin miktarı veya yoğunluğu hakkında özel bir kılavuz yoktur. Ancak hem aerobik hem de direnç egzersiz eğitiminin, diyabet metabolizmasını ve fonksiyonunu iyileştirmek için muhtemelen farklı mekanizmalar yoluyla hareket ederek faydalı olduğu gösterilmiştir (Siminerio, 2006). Yeni koyulan Tip 1 DM çocukların yaklaşık %30'u diyabetik ketoasidoz ile hastaneye başvurur. Bu durum önemli ölçüde morbidite riski taşır. Hastaların beyin ödeminden kaynaklanan nörolojik hasar ve hipofiz yetmezliğinden etkilenme riski vardır ve hatta ölüm oranı %0,15-0,3'tür. Tercihen yoğun bakım ünitesinde acil tedavi gereklidir. Diğer %70'lik popülasyondaki hastalara tanı farklı şekillerde konabilmektedir. Tip 1 DM tedavisi bireyselleştirilmeli, hastanın yaşı, yaşadığı yer ve sosyal ve ekonomik durum mutlaka değerlendirilmelidir (Katsarou vd., 2017).

2.6.1. İnsülin Tedavisi

Tip 1 DM tıbbi yönetiminin temel dayanağı insülin tedavisidir. Çeşitli insülin türleri kullanılır. İnsülin türünün seçimi, çocuğun yaşı, diyabet süresi, aile yaşam tarzı, okul desteği, sosyoekonomik faktörler ve aile, çocuk ve doktor tercihleri gibi birçok faktöre bağlıdır. Kullanılan insülin türünden bağımsız olarak, tüm çocuklar glisemik hedeflere ulaşacak şekilde tedavi edilmelidir (Smith ve Harris, 2018). Tanı konulduktan sonra 2 yıla kadar sürebilen alışma dönemi, amaç glisemiyi kontrol altına almak ve az miktarda insülin gereksinimi ($<0,5$ ünite/kg/gün) sağlamaktır. Bu sürenin sonunda, glisemik hedeflere ulaşmaya devam etmek için daha yoğun diyabet yönetimi gerekebilir. İki yoğun diyabet yönetim yöntemi kullanılmaktadır. Bunlardan ilki bazal bolus rejimleri, ikincisi ise sürekli subkutan insülin infüzyonu tedavisidir. Bazal bolus tedavisi, bütün çalışmalarda olmasa da kimi çalışmalarda geleneksel günde iki kez nötral protamin Hagedorn (NPH) ve hızlı etkili bolus analog tedavisi üzerinde gelişmiş kontrol ile sonuçlanmıştır. Bazal bolus tedavisi, geleneksel olarak günde iki kez nötral protamin Hagedorn (NPH) ve hızlı etkili bolus analog tedavisini içerir. Sürekli subkutan insülin infüzyonu ise daha güvenli ve etkilidir, herhangi bir yaşta başlatılabilir. Bir Cochrane incelemesi bazal-bolus tedavisine göre biraz daha iyi metabolik kontrol ile sağladığı buldu .Okul çağındaki çocuklar ve ergenlerde Sürekli subkutan insülin infüzyonu ile ilgili bazı klinik temelli çalışmalar, bu tedavi öncesi seviyelere kıyasla CSII'nin başlatılmasından 12 ila 24 ay sonra hipoglisemide azalma ile A1C'de önemli bir azalma göstermiştir. Sürekli subkutan insülin infüzyonunun Tip 1 DM çocuklarda A1C seviyelerini düşürmede çoklu günlük enjeksiyonlara göre daha etkili olduğunu göstermiştir (Bergenstal vd., 2010).

2.6.2. Egzersiz Tedavisi

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı Fiziksel Aktivite Kılavuzları Danışma Komitesi Raporunda ve Kanada Diyabet Derneği Klinik Uygulama Kılavuzlarında vurgulandığı gibi, düzenli egzersiz insülin tedavisinin etkisini iyileştirir, psikososyal durumu iyileştirir ve Tip 1 DM 'li kişilerde diyabetle ilişkili komplikasyon riskini azaltır. Haftada minimum 150 dakika aerobik egzersiz (yürüyüş, bisiklete binme veya koşu gibi) yapmaya çalışılması hastalık yönetiminde destekleyicidir (Riddel vd., 2017).

Tip 1 DM, çeşitli fizyolojik ve davranışsal nedenlerle yönetilmesi zor bir durumdur. Tip 1 DM'li kişiler, genel nüfusta olduğu gibi hareketsiz olma eğilimindedir; bireylerin büyük bir yüzdesi, sağlıklı bir vücut kütlelerini koruyamaz. Düzenli egzersiz sağlığı iyileştirebilir ve

bireylerin hedef lipit profiline, vücut kompozisyonuna, zindelik ve glisemik değerlerine ulaşmalarına yardımcı olabilir. Bununla birlikte diyabetli bir kişi için, hipoglisemi korkusu, glisemik kontrolün kaybı ve egzersiz programını yönetememe egzersizin önünde engel olabilir (McKnight vd., 2015).

Hem aerobik hem de direnç eğitiminin, diyabet metabolizmasını ve fonksiyonunu iyileştirmek için muhtemelen farklı mekanizmalar yoluyla hareket ederek faydalı olduğu gösterilmiştir. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanına göre, diyabetik olmayan bireylere benzer şekilde, diyabetli genç bireylerin gün içinde en az 60 dakika orta şiddetli ve şiddetli yoğunlukta fiziksel olarak aktif olmaları teşvik edilmelidir. Kanada Halk Sağlığı Kurumu, 10 ila 14 yaş arasındakiler için her gün 60 dakika orta düzeyde aktivite artı 30 dakika daha şiddetli aktivite önerirken, yetişkinler için tavsiye günde en az 60 dakikadır. Standartlaştırılmış fiziksel aktivite anketlerini kullanan bazı sınırlı araştırma bulgularına göre, bu öneriler muhtemelen diyabetik olmayan akranlarına göre daha az fiziksel aktivite yapma eğiliminde olan Tip 1 DM' li ergenler ve yetişkinler için makul olabilir (Cheng, 2013).

Düzenli egzersiz HbA1c'yi iyileştirir ve hiperglisemik insidansı azalttığı görülür. Bu kanıt, tek başına insülin duyarlılığına değil, glisemik kontrolün statik ölçümlerine dayanmaktadır. İnsülin direnci, insülinle uyarılan glukoz atılımı ve hepatik glukoz çıkışının inhibisyonu gibi insülinin metabolik etkilerine karşı azalan yanıt ile belirgindir (Way vd., 2016).

2.6.3. Beslenme Tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi, diyabetli hastaların yeme davranışını değiştirmeye yardımcı olan yoğun, odaklanmış ve yapılandırılmış beslenme tedavisi olarak tanımlanabilir. Diyabetin farmakolojik tedavisindeki son gelişmelere rağmen, tıbbi beslenme tedavisi, optimal glisemik kontrolü sağlamak için çok önemli bir araç olmaya devam etmektedir. Tıbbi beslenme tedavisi, diyabetin önlenmesi, yönetimi ve öz yönetim eğitiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Diyabetli tüm bireyler, tercihen diyabete özel tıbbi beslenme tedavisi sağlama konusunda bilgi ve beceriye sahip kayıtlı diyet uzmanınca oluşturulan her bireye özel tıbbi beslenme tedavisi almalıdır (ADA,2016).

Tıbbi beslenme tedavisi, yetişkinlerde Tip 1 DM ve Tip 2 DM' nin optimal yönetimi için gereklidir. İnsülinin keşfinden önce, Allen diyeti olarak bilinen çok düşük kalorili (400-500 kalori/gün) bir açlık diyeti diyabet tedavisinde yaygın olarak kullanılıyordu. İnsülinin

keşfinden sonra, diyabet diyetindeki karbonhidrat miktarı, günlük toplam kalori alımının maksimum %35 ila %40'ına çıkarıldı (Hamdy ve Barakatun-Nisak, 2016).

Tip 1 DM tanısı olan tüm çocuklar, pediatrik diyabet konusunda deneyimli kayıtlı bir diyetisyenden danışmanlık almalıdır (Wherrett vd., 2018). Diyabet dört gıda grubundan (et grubu, tahıl grubu, süt grubu, meyve ve sebzeler) çeşitli gıdaların tüketilmesini gerektirir. Diyabeti olan çocukların, diyabeti olmayan çocuklara göre sağlıklı beslenme için kılavuzların önerdiğinden daha fazla yağ ve daha düşük lif içeren bir diyet tükettikleri bulunmuştur (Mehta vd., 2014).

Karbonhidrat sayımı, insülin ve karbonhidrat alımını eşleştirmek için kullanılan bir metottür. Bu, diyetle esnekliğin artmasına izin verir; ancak yağ ve protein içeriği de yemek sonrası glikoz seviyelerini etkiler. Yaşa uygun glisemik hedeflere ulaşmada bir beslenme tedavisi biçiminin diğerinden önemli olduğuna dair kuvvetli bir ispat yoktur. Beslenme tedavisi çocuğun beslenme gereksinimleri, yeme alışkanlıkları, yaşam tarzı, yeteneği ve ilgisine göre bireyselleştirilmelidir. Glisemik kontrolden ödün vermeden normal büyüme ve gelişmeyi sağlamalıdır. Bu plan düzenli bir şekilde yapılmalı ve en az yılda bir kez değerlendirmeye alınmalıdır. Yeme bozukluklarını ve çölyak hastalığını düşündüren özellikler sistematik olarak araştırılmalıdır (Wherrett vd., 2018).

2.7.Diyabette Hemşirelik Bakımı ve Yönetimi

Tip 1 DM yönetimi, doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanının dahil olduğu disiplinler arası bir ekibin, çocuk, ailenin ve destek sistemlerinin (okul veya iş) sıkı iş birliğini gerektirir. Amaç, şiddetli hipoglisemi, şiddetli hiperglisemi ve ketoasidozu önlemek için sağlıklı yaşamı sürdürmek ve kan glukoz düzeyini stabil tutmaktır. Hem hiperglisemi hem de hipoglisemi komplikasyonları organlara özgü olarak ortaya çıkar. İzlem ve tedavi için bireysel programlar oluşturulmalıdır (ADA, 2016).

Hastalığın başlangıcındaki yönetim, hastaların teşhis edildiği ortama bağlı olarak belirgin şekilde farklıdır. Gerçekten de hiperglisemiye ve alternatif yakıt kaynaklarının (örneğin yağdan türetilen ketonlar) üretilmesine neden olan uzun süreli insülin eksikliği diyabetik ketoasidoza yol açabilir. Ayrıca, yeni teşhis edilmiş Tip 1 DM' li çocukların yaklaşık %30'u diyabetik ketoasidoz ile başvurur ve bu hala önemli ölçüde morbiditeye neden olur. Hastalar, örneğin beyin ödeminden kaynaklanan nörolojik hasar ve hipofiz yetmezliğinden etkilenmektedirler. Tercihen yoğun bakım ünitesinde acil tedavi gereklidir. İlk sıvı

resüsitasyonunun ardından, ciddi asidozu ve dehidrasyonu düzeltmek için bir insülin infüzyonu ve elektrolit replasmanı ile hidrasyon kullanılır. Bu ortamda, diyabet eğitiminin başlatılması önemli bir davranıştır ve bunu, sürekli eğitim ile hasta taburcu edildikten sonraki yakın izleme takip etmelidir (Katsarou vd., 2017).

Diyabetli hastanın bakımı karmaşıktır. Hastanın bakım ve tedaviye aktif katılımını gerektirir. Hemşireler diyabetli hastanın glukoz düzeylerinin izlenmesinden, insülin uygulanmasından, hasta eğitiminin sağlanmasından ve komplikasyonların izlenmesinden sorumludur (Lange, 2010). Genel olarak, hemşirenin diyabetli hastaların bakımıyla ilgili rolleri arasında sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, hasta bakımının sağlanması ve öz bakımının hastaya öğretilmesi yer alır (Aalaa vd., 2012). Diyabette günlük bakımın büyük kısmı hasta bireyler ve/veya aileler tarafından yapıldığından hasta ve ailesinin eğitimi önemlidir (Povey ve Clark-Carter, 2007). Diyabetli kişilerde beslenme düzeninin sağlıklı şekilde olması, fiziksel aktivite, kan şekeri düzeyinin izlenimi, ilaçlara uyum, uygun problem karşısında durumla ilgili çözüm becerileri, sağlıklı bir şekilde baş etme becerileri ve risk teşkil eden davranış özelliklerini azaltma önemli uygulamalardır. Bu uygulamalarda iyi glisemik kontrol, zorlukların azaltılması ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Deakin vd., 2005).

Hipoglisemi, Tip 1 DM' li çocuklarda ve ergenlerde çok sık görülen bir durumdur. Hipoglisemi plazma glikoz düzeyinin <70 mg/dL'lik (3,9 mmol/L) olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, Bergenstal ve arkadaşları bir süre önce hipoglisemiyi üç kategoride sınıflandırarak glukoz raporlamasının standardize edilmesini önerdiler. Buna göre plazma glukoz düzeyi 61–70 mg/dL (3,4–3,9 mmol/L) “düşük”; 51–60 mg/dL (2,8–3,3 mmol/L) “çok düşük”; ve (3) <50 mg/dL (2,8 mmol/L) "tehlikeli derecede düşük” olarak kabul edilmiştir (Bergenstal vd., 2013). Hemşireler titreme, açlık, terleme, parestezi, bilişsel işlev bozukluğu, davranış değişikliği, nöbet ve komayı içeren yalnızca bunlarla da sınırlı olmayan hipoglisemi semptomlarının farkında olmalıdır (ADA, 2015).

Diyabetli tüm çocukların, teşhis anından itibaren uzmanlaşmış bakım için endokrinolog, bununla birlikte diyetisyen, diyabet hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve ruh sağlığı uzmanından oluşan deneyimli bir pediatrik diyabet sağlık bakım ekibine erişimi olmalıdır. Tıbbi olarak stabil olan yeni başlayan Tip 1 DM' li çocuklar, uygun personelin ve diyabet sağlık bakım ekibiyle günlük iletişimin mevcut olması koşuluyla, ayakta tedavi ortamında ilk eğitimlerini ve yönetimlerini almalıdır. Devam eden ve yeterli diyabet bakımı sağlamak için adölesanlar, erken yaşta başlatılan ve bir geçiş koordinatörü içeren yetişkin bakımına iyi hazırlanmış ve desteklenen bir geçiş yaratmayı amaçlayan özel bir programdan bakım

almalıdır. Hasta hatırlatmaları özerkliği ve kişisel bakım yönetimi becerilerini destekleyen eğitim verilmelidir (Wherrett vd., 2018).

2.8.Adölesan Dönem

Adölesan dönem; fiziksel büyüme, cinsel gelişim ve psikososyal olgunlaşmanın olduğu çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemine verilen isimdir. Bu dönem, insan gelişiminin en önemli aşamalarından biridir. Adölesan dönem, hormonal değişiklikler ve fiziksel yapılarda değişikliklerle başlar ve üreme sistemlerinde son bulur. Bu süreçte adölesan birey cinsel olarak olgunluğa ulaşır ve ebeveynlerinden ayrı koparak yeni bir kimlik edinir. Adölesan dönem bedensel, toplumsal, bilişsel olgunlaşma dönemidir (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2021). Freud bu dönemi genital dönem olarak isimlendirmekte ve bu dönemde çocuğun sorumluluklarını ebeveynlerinden ayrılarak kendi özgüleriyle işlevlerini yerine getirme dönemi olarak tanımlamaktadır. Zamanla kurulmuş bu güçlü bağın anne ve baba bağımlılığından kopması adölesan için oldukça zorlayıcıdır. Erikson'a göre adölesanın yetişkin bir birey olarak hayatta var olabilmesi için kimlik duygusunu geliştirip ilerletmesi gerekmektedir. Adölesanın bu dönem içinde yaşadığı kimlik karmaşası olağan gelişiminin bir parçası olmakla birlikte kimlik kazanımı sağlamaktadır (Mayer-Davis vd., 2018).

Adölesan dönemi psikososyal gelişim açısından, erken, orta ve geç adölesan dönemi olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Erken adölesan dönem; 10-14 yaş arası dönemi kapsar. Bu dönemde sekonder seks karakterleri oluşmaya başlar. En öne çıkan özelliği puberteyle birlikte biyolojik değişikliklerin yarattığı baskıya karşı genç bireyin uyum ve baş etme uğraşdır (Rapee vd., 2019). Orta adölesan dönem; 15-17 yaşlar arası dönemdir. Bütün olarak kişiliğin oluşması ve bağımsızlık bu dönemin başlıca özelliğini oluşturur. Pubertal değişiklikler ve bilişsel gelişme tamamlanmıştır. Genç, genellemeler yapabilir, soyut düşünebilir ve deneyimleriyle birleştirebileceği içgörü geliştirebilir. Bu dönemin önemli konularından biri cinsel kimlik gelişimidir (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2021; Rapee vd., 2019). Geç adölesan dönem; 18-21 yaşlar arası dönemdir. Üst sınırı kültürel, ekonomik ve eğitsel faktörlerle kısmen değişebilir. Büyüme ve cinsel gelişiminin tamamlanması ile bu konuda yaşanan kaygılar sona ermiştir. Soyut düşünme süreçlerini tamamlamıştır. Geleceğe yönelik seçimlerin yapılması ve uygulama yeteneği oluşmuştur (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2021; Rapee vd., 2019).

2.9.Adölesan Dönemde Tip 1 Diyabet Yönetimi

Tip 1 DM bu dönemde sıklıkla görülen kronik hastalıklardan birisidir. Tip 1 DM yönetimi insülin tedavisinin günlük olarak takibi, kan glikoz düzeyinin izlenimi, sayımının yapılması, fiziksel faaliyetlerin yapılmasını içermektedir (Bakır, 2020).

Adölesanlarda iyi bir diyabet yönetimi ve tedaviye uyumu sağlamak için; metabolik kontrol hedefleriyle hipoglisemi ve hiperglisemi riski düşürülmelidir. Bu dönem zayıf metabolik kontrol için bir risk faktörüdür (Bakır, 2020). Tip 1 DM adölesanlarda gelişim; çok boyutlu bir kavram olarak görülmektedir. Bu dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler, insülin duyarlılığının düşmesine sebep olur ve bireyin metabolizmasını olumsuz yönde etkileyerek glikoz seviyelerinde yükselmesine neden olabilir. Bu faktörlerin yanında; adölesan dönemde bağımsızlıkta artış ve stres faktörlerinin hepsi bu dönemde metabolik kontrolün kötüye gitmesine ve tedaviye uyumun azalmasına yol açabilir. Bu dönemin en önemli özelliği adölesanın kendiyle ilgili kararları verme, kendi öz bakımını sağlaması ve bu durumun adölesanlarda bu durum tedaviye uyumu ile anlamlı şekilde ilişkisi olmasıdır. Adölesanın bu dönemde kendi öz yönetimini kazanırken diyabete sahip olması nedeniyle anne, baba ve sağlık personeline bağımlı olması hastalığıyla ilgili engellenme, kontrolü sağlayamaması gibi nedenler ebeveynler ve sağlık profesyonelleri ile iletişimde problemlere neden olabilir (Jones ve Foli, 2018).

Tip 1 DM'li adölesanların bu dönemde oluşan, anksiyete, hastalığı ile engellenme çevre tarafından müdahaleci davranışlar sebebiyle hastalığa otonomi sağlayamama gibi duygular bireyin tedaviye uyumunu ve hastalığa karşı tutumunu olumsuz etkilemektedir. Hastalığına yönelik negatif tutum ve düşüncelere sahip adölesanlarda tedavi süreci olumsuz etkilenmektedir (Husted vd., 2014).

2.10.Öz Bakım Gücü

Öz bakım, bireyin kendi tarafından veya yakınları tarafından gerçekleştirilen etkili, öğrenilmiş, bilinçli, davranışlarıdır. Öz bakımın amacı, büyüme ve hastanın kendi üzerindeki etkili faktörlerin sağlıklı olma ve esenliği ile ilgili olarak düzenlemektir. Öz bakım davranışı, bireyin elinde bulundurduğu ve bu yönde kullandığı bilgi ve becerilerin toplamından etkilenir. İnsanların kendi sağlık bakımlarındaki aktif rolünü vurgulayan bir ilke olarak kabul edilir (Godarzi vd., 2011).

Sağlıklı kişilerin gerçekleştirdiği günlük sağlık davranışlarından bahsederken öz-bakım gücü kavramı kullanılır. Kendi kendine bakım davranışları yani öz bakım, kişinin hayatta kalmak için yaptığı davranışlardan kendini gerçekleştirmeye kadar çeşitli sorumlulukları yerine getirmesini sağlar. Öz-bakım gücü hem hasta hem de sağlıklı bireylerin günlük yaşamlarının önemli bir parçasıdır. Öz bakım gücü fiziksel ve ruhsal sağlığı korumayı, sosyal ihtiyaçları karşılamayı, kazaları ve hastalıkları önüne geçmeyi hedefleyen bütün uygulamaları içinde barındırır (Şişman ve Çakır, 2021). Orem'in kuramına göre öz bakım, hastanın genel, gelişimsel ve sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını çözecek öğrenilebilir bir davranıştır. Orem, öz-bakım yeteneğinin, insanların yaşamlarını sürdürmek, sağlık ve refah sağlamak için kendilerinin gösterdikleri sürekli çabalar olduğunu yazmıştır. Yetişkin insanlar bu yeteneğe sahiptir, ancak yeni doğanlar, bebekler, yaşlılar, hastalar ve engelli kişiler kendi bakımını yapmada ya tamamen bağımlıdırlar ya da başkalarına ihtiyaçları vardır (Heidarzadeh vd., 2010).

Orem'in kuramına göre öz bakımın amacı; yaşam sürecini ve normal işleyişi desteklemek, normal büyüme, gelişme ve olgunluğu sürdürmek, hastalık ve yaralanmaları önlemek, hastalık durumunda tedavi etmek ve iyi duyguları teşvik etmektir (Hosseinzadeh vd., 2019). Aslında, Öz bakım Kuramı, kronik hastaların kendilerine bakmalarını sürdürmeleri için teşvik etmeyi amaçlamaktadır ve hemşirelerin rolü, öz bakım ihtiyacını değerlendirmek ve öz bakım gücünün yanı sıra öz bakım eksikliğinin olup olmadığını belirlemektir (Rostami vd., 2015). Hastaları kendi kendine bakım alanında güçlendirmek, sağlığın geliştirilmesine ve hastaların hastalığı daha iyi anlamalarına, tedavi yan etkilerinin daha iyi yönetilmesine, semptomların kontrol altına alınmasına ve iyi bir yaşam kalitesinin edinilmesine yardımcı olur (Afrasiabifar vd., 2018).

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışıyla ilgili kronik durumları ve uzun vadeli zararlı sağlık sonuçlarını önlemek için ergenlerde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirme ihtiyacı bir zorunluluk haline gelmiştir (McGovern vd. 2018). Hastalık risklerinin farkında olan bireylerin hastalığı önleyici tedbirler alma olasılıkları daha yüksek gibi görünse de kanıtlar, sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürme veya sürdürme kararının, birey tarafından belirlenen ve algılanan bunun sonuçlarındaki faydalara dayandığını göstermektedir. (Kiviniemi ve Rothman, 2008).

Diyabet hastalık yükünü azaltmak için sağlıklı yaşam tarzı davranışları yoluyla önleyici tedbirlere öncelik verilmesi gerekmektedir. Yapılan planlı bir egzersiz düzeni, iyi bir

beslenme alışkanlıkları gibi sağlıklı yaşam tarzı davranışları, bir dizi risk faktörünün önüne geçebilir. Kapsamlı sağlıklı yaşam tarzı davranış değişiklikleri yapmak önemlidir (Kaminsky vd., 2021).

Sağlıklı yaşam tarzları, neyin sağlıklı, stres giderici veya zevkli davranışlar oluşturduğuna ilişkin bilgi ve normlardan kaynaklanan davranış kalıplarını düzenleyen geniş ve potansiyel olarak gözlemlenemeyen eğilimlerdir. (Cockerham, 2005). Sağlık yaşam tarzı perspektifleri, sağlık davranışlarıyla ilgili bireysel seçimlerin, bireysel seçimleri çerçeveleyen ve sınır koyan sosyal, kültürel ve ekonomik potansiyellerden etkilenmektedir (Saint Onge ve Krueger, 2011; Harris, 2010).

Buna karşılık, Sağlık İnanç Modeli veya Planlı Davranış Teorisi gibi sıklıkla kullanılan davranış teorileri, bireylere dar bir şekilde odaklanır ve davranışların daha geniş sosyal bağlamlar tarafından nasıl şekillendiğine dair çok az fikir sunar. Bourdieu'ya göre, yaşam tarzları "gündelik varoluşun sıradan seçimlerinde en belirgindir." Tek tek davranışlardan ziyade davranış kalıplarını vurgulayarak, sıradan davranışların anlamlı kalıplarda birleştiği çeşitli yollar ve bu kalıpların yaş, ırk/etnik köken, cinsiyet ve coğrafi bölge gibi sosyal konumlar tarafından yapılandırılan davranışsal nişleri nasıl yansıttığı hakkında fikir ediniriz (Abel ve Frohlich, 2012).

2.11. Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumu

12-18 yaş aralığını Eric Ericson' "Kimlik Kazanımı Karşısında Kimlik Karmaşası" dönemi olarak söylenmektedir. Bu dönemde çocuk bir kimlik edinmeye çalışarak hareket eder. Yanı sıra aykırı davranışlar sergileyebilir ancak zamanla toplum kurallarına uygun, sağlıklı ve doğru davranışlar gösterir. Biyolojik, psikolojik, duygusal ve zihinsel olarak hızlı bir değişim içerir. Çocuk daha bağımsız hale gelmeye başlar ve geleceğe dair planlar yapar. Bu dönemde kendini tanıması gelecekteki hayatını şekillendirmesi bakımından önemlidir (Maree, 2021).

Tutum genel olarak "belirli bir varlığı bir dereceye kadar lehte veya aleyhte değerlendirerek ifade edilen psikolojik bir eğilim" olarak tanımlanır. Kronik bir hastalığı olan gençler, her zaman var olan fiziksel semptomlar, fonksiyonel sınırlamalar ve tedavi süreci ile ilgili deneyimlerine dayanarak hastalıklarına karşı tutum geliştirme eğilimindedir. Teorisyenler, bir hastalığın aile için taşıdığı anlam veya değerin ya ailenin stresine katkıda bulunacağını ya da hastalığa uyum sağlamalarına yardımcı olacağını öne sürmüşlerdir. Durumlarının olumlu yönlerini vurgulayabilen çocuklar hastalıktan daha olumlu bir şekilde kurtulur. Hastalıklarını

akranlarından farklı veya daha az değerli kıldığını düşünen çocukların içine kapanma ve sosyal olarak ayrışma olasılıkları daha yüksektir (Ramsey vd., 2016).

Çocukluk döneminde kişinin hastalığına uyum sağlaması yetişkinlikte uyum sağlaması için zemin hazırlar. Kişinin hastalığı hakkındaki duyguları, kendisi hakkındaki duygularıyla yakından ilişkili olabilir. Bu nedenle, adölesan dönemde olan çocuğun hastalığına yönelik tutumları, bu dönemin bazı zorluklarıyla başa çıkma becerilerinin yanı sıra, durumlarına uyumlarını etkileyebilir (Heimlich vd. 2000).

Araştırmacılar hastalığa yönelik tutum ile endişeli ve depresif belirtiler arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Hastalıklarına karşı olumlu bir tutum sergileyen artritli çocukların daha düşük düzeyde depresif ve endişeli semptomlara sahip olduğunu bulmuşlardır (LeBovidge vd., 2005). Besin alerjisi olan çocuklarda benzer bir ilişki gösterilmiştir, öyle ki alerjilerine karşı daha olumsuz bir tutum artmış anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkilidir (LeBovidge vd., 2009). Hastalıklarını olumsuz gören (yani, daha olumsuz tutumları kanıtlayan) ergenler ve genç yetişkinlerin başkalarından çekinme ve hastalıklarının günlük aktivitelerini etkilemesine izin verme olasılıkları daha yüksek olabilir. Aksine, hastalıklarına karşı daha olumlu bir tutuma sahip olanlar, daha dirençli ve yeni fırsatlara açık olabilir (Molzon vd., 2011). Çocukların hastalığa yönelik tutumları hastalığına uyumunu ve hastalığın gidişatını, etkileyebilir. Kronik bir hastalığa sahip olmayla ilgili hasta çocuğun sergilediği tutum, çocuğun hasta olmayla nasıl baş ettiğini ve sonuç olarak hastalığa nasıl uyum sağladığı konusunda önemli rol ve sorumlulukları olduğunu gösterebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

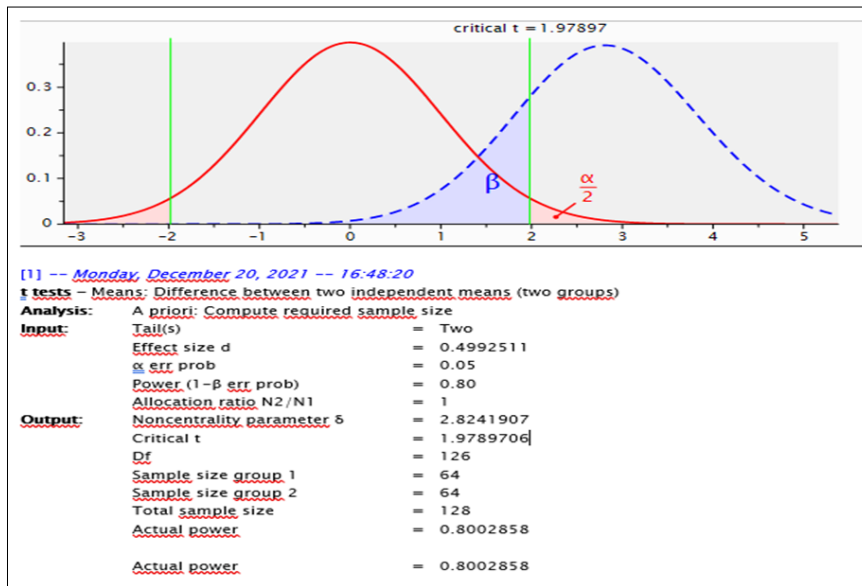
Bu araştırma analitik araştırma yöntemlerinden kesitsel ve ilişki arayıcı türde bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma 20 Haziran 2022 – 20 Kasım 2022 tarihleri arasında yapıldı. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, endokrinoloji ve metabolizma polikliniğinde yürütülmüştür. Poliklinikte bir çocuk endokrinoloji hekimi, altı metabolizma hastalıkları hekimi, bir diyabet hemşiresi, bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesi, endokrinoloji ve metabolizma polikliniğinde uzman bir hekim tarafından Tip 1 DM tanısı konmuş 12 ile 18 yaş aralığındaki çocuk hastalar çalışmanın evrenini oluşturdu. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.2 programında hesaplandı (Faul vd., 2007). Çalışmanın örneklemini Ünalın ve arkadaşlarının 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada öz-bakım gücü ölçeği toplam puanı üzerinden güç %80, yanılma payı 0.05 olarak hesaplandığında 128 kişi olması gerektiği bulundu.



Şekil 2: Güç Analizi

3.4.Örneklem Seçim Yöntemi

20 Haziran 2022 – 20 Kasım 2022 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesi, endokrinoloji ve metabolizma polikliniğinde takip edilen ve tedavi gören 12 ile 18 yaş aralığındaki çocuklar olasılıksız örneklem seçim yöntemlerinden gelişmiş güzel örneklem yöntemiyle çalışmaya alınmıştır.

3.5.Araştırmaya alınma ölçütleri

Katılımcının;

- 12-18 yaş arasında olması
- Uzman hekim tarafından Tip 1 DM tanısı konması
- En az bir yıldır Tip 1 DM tanısı olması
- Örgün eğitime devam ediyor olması

3.6.Araştırmaya alınmama ölçütleri

Katılımcının;

- İkinci bir kronik hastalığının olması
- Doğumsal veya sonradan zihinsel veya bedensel anomalisinin olması
- Psikiyatrik yönden tıbbi tanı konmuş olması

3.7. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; Çocuk ve Aile Tanıtım Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Çocuğun Hastalığına Yönelik Tutum Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır.

3.7.1. Çocuk ve Aile Tanıtım Formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Çocuk ve Aile Tanıtım Formu kullanılmıştır (EK 1) (Sevinç ve Celasin, 2016). Çocuk ve Aile Tanıtım Formunda; çocukların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa yönelik özelliklere yönelik sorular bulunmaktadır.

3.7.2. Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği - ÇKHYTÖ

Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği (ÇKHYTÖ); 1993 yılında Austin ve Huberty tarafından geliştirilmiştir. Kronik hastalığı olan çocukların kendi hastalığına yönelik geliştirdikleri tutumları değerlendirir. Ersun tarafından 2010 yılında ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. ÇKHYTÖ, kronik hastalığa sahip çocukların doldurabileceği öz bildirim ölçeği olarak düzenlenmiştir. Ölçek, beşli likert tipinde ve 13 maddeden oluşmaktadır. 4 madde çift kutuplu, 9 madde ise çocukların kronik hastalığa sahip olma ile ilgili ne sıklıkla olumlu/olumsuz duygular hissettiklerini “çok sık, sık sık, bazen, sık değil, hiçbir zaman” ifadeleriyle değerlendirmektedir. Ölçek maddelerinin puan ortalaması 1-5 arasında değişmektedir. 1 ve 2 puan negatif, 3 puan nötral, 4 ve 5 puanlar ise pozitif tutumun göstergesidir. Ersun tarafından ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.846’dır.

3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş ve 1996’da tekrar revize edilmiştir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin altı alt boyutu (Bu boyutlar; kendini gerçekleştirme (9 madde), sağlık sorumluluğu (9 madde), egzersiz (8 madde), beslenme (9 madde), kişilerarası destek (9 madde) ve stres yönetimi (8 madde) vardır. Her bir alt grubun puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Alt boyutların toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin puanlaması, (1) hiçbir zaman, (2) bazen, (3) sık sık, (4) düzenli olarak şeklindedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadelerden oluşmakta olup ters madde yoktur. Ölçekten alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösterir. Esin (1997) tarafından ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.689 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireylerin öz bakım gücünü değerlendirmek için Kearney ve Fleischer (1979) tarafından geliştirilen ölçek Nahcivan (1993) tarafından Türkçe’ye uyarlanmış (Kearney ve Fleischer 1979; Nahcivan 1993) ve 2004 yılında tekrar geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. (Nahcivan 2004). Kendini değerlendirme ölçeği olan öz bakım gücü ölçeği 35 sorudan

oluşmaktadır. Beşli likert tipindedir. Ölçekten elde edilen en yüksek puan 140, en düşük puan 35'tir. Ölçek toplam puanının yüksek olması hasta bireyin öz bakımını gerçekleştirirken bağımsız ve yeterli olduğunu gösterir (Nahcivan, 1993; Nahcivan 2004). Nahcivan (2004) tarafından ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.936 olarak bulunmuştur.

3.8. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla Kasım 2021 tarihinde bir hafta süreyle rastgele seçilmiş toplam 10 çocukla ön uygulama yapıldı ve bu veriler çalışmaya dahil edilmemiştir. Poliklinikte bir çocuk endokrinoloji hekimi, altı metabolizma hastalıkları hekimi, bir diyabet hemşiresi, bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Veriler yüz yüze ve poliklinikte ayrı bir odada gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamada anket sorularına verilen ortalama cevaplama süresinin bütün hastalarda aynı olduğu görülmüştür. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Çocuğun sosyodemografik özellikleri
- Çocuğun hastalığına yönelik özellikleri
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanı
- Öz bakım Gücü Ölçeği puanı

3.9.2. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği puanı

3.10. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak; Çocuk ve Aile Tanıtım Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Çocuğun Hastalığına Yönelik Tutum Ölçeği ve Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplanmaya başlamadan önce endokrin kliniğine gidilerek sağlık ekibi, adölesan ve ebeveynlerle görüşülmüş, zaman ve yer planlaması yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul

eden ebeveynlere ve adölesanlara açıklama yapılarak elde edilen verilerin isim belirtmeden araştırmada kullanılacağı açıklanmış ve gönüllü olur formu imzalatılmıştır. Görüşmeler endokrin polkinliğinde bulunan diyabet eğitim hemşiresinin odasının yanında bulunan görüşme odasında sessiz bir ortamda yapılmıştır Standardizasyonu sağlamak için veriler tek bir araştırmacı tarafından toplanmıştır. Görüşmelerin süresi 15 dakika ile 30 dakika arasında değişmiştir

3.11. Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin analizi SPSS 24 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0) programı kullanılarak yapıldı. Araştırmada kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sayı ve yüzdeler dilim) verildi. Ayrıca parametrik testlerin ön şartlarından varyansların homojenliği “Kolmogorov Simirnov” testi ile kontrol edildi. Normallik varsayımına “Shapiro-Wilk” testi ile bakıldı. Yordanan ve yordayıcı değişkenlerin en az eşit aralık ölçeğinde ölçülen sürekli değişken olması ve normal dağılım incelemesi -2, +2 puan aralığında değerlendirildi (George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson). Sürekli iki değişken arasındaki ilişki parametrik test ön şartları sağlanamadığından Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için kullanılan tekniklerden bir diğeri regresyon analizi tekniği oldu. Regresyon analizinde bağımlı değişken üzerinde, bağımsız değişkenlerin etkisi incelendi. Burada amaç, bağımlı değişken ile bir ya da birden çok bağımsız değişken arasında kurulan modeldeki parametreleri tahmin ederek, bağımsız değişkenlerin bilinen değerleri için bağımlı değişkenin alacağı değeri tahmin etmektir. Araştırmada bağımsız değişkenlerin çeşitli parametreler üzerindeki etkisini değerlendirmek için regresyon analizi tekniği kullanıldı. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmalarda olasılıklı örneklem seçim yöntemi önerilmektedir. Bu çalışmada olasılıksız örneklem seçim yönteminin kullanılması bir sınırlılık oluşturmaktadır. Özel bir grup olmaları sebebiyle çalışma kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar olasılıksız olarak seçilebilmiştir.

- Ayrıca çalışmamızın belli bir yaş grubu çocukluk dönemini kapsamaması ve çocukta diyabet dışında başka bir kronik hastalığının olmaması gerekliliği örneklem sayısını etkilemektedir.
- Çocuklarda hastalığa yönelik tutumun değerlendirilmesinde subjektif değerlendirme ölçekleri kullanılarak öz bildirimine dayalı olması çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Çalışmanın büyük bir merkezde ve bir üniversitenin eğitim araştırma hastanesinde bulunan bir poliklinikte yürütülmesi ve anketör kullanmadan verilerin araştırmacı gözetiminde toplanmış olması araştırmanın güçlü yönleri arasındadır.
- Araştırma grubumuzun aynı yaş grubunda ve diyabetin aynı türlerindeki çocukları içermesi nedeniyle homojen bir grup olması çocukların bildirdiği tedaviye uyum düzeyini daha sağlam görmemizi sağlayacağı düşünülmektedir.

3.14. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma için gerekli olan etik kurul KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul' undan 20.12.2021 tarihinde 2021/041 no.lu karar sayılı izini alındı (EK 5). Çalışmanın gerçekleştirildiği üniversite hastanesinden kurum izini 20.06.2022 tarihinde alındı (EK 6). Çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere ve çocuklara araştırmanın amacı açıklanarak yazılı ve sözlü onamları (EK 7) alındı. Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği-ÇKHYTÖ (EK 3) (Child Attitude Towards Illness Scale-CATIS), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (EK 2) ve Öz bakım Gücü Ölçeği'nin (EK 4) kullanımını için yazarlardan e-posta yoluyla izin (EK 8) alındı.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 128 Tip 1 DM çocuktan elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 1. Tip 1 DM Çocukların Sosyo-demografik ve Hastalığına Yönelik Bazı Özellikleri (n=128)

	Değişkenler	Frekanslar		Değişkenler	Frekanslar		
		n	%		n	%	
Cinsiyet	Kız	59	46,1	Hastaneye Yatma	Evet	120	93,7
	Erkek	69	53,9		Hayır	8	6,3
Yaşadığı Yer	Şehir	103	80,5	Tanı Alma Yaşı	İlk 5 yaş	19	14,8
	İlçe	18	14,1		5-10 yaş arası	86	67,2
	Köy	7	5,4		10-15 yaş arası	23	18,0
Aile tipi	Çekirdek	94	73,4	Hipoglisemi sıklığı	Ayda 1	65	50,8
	Geniş	34	26,6		3-4 ayda 1	63	49,2
Gelir	Gelir giderden az	24	18,7	İlaç Kullanımını Takip Eden	Anne	38	29,7
	Gelir gidere denk	87	68,0		Baba	22	17,2
	Gelir giderden fazla	17	13,3		Kendisi	68	53,1
Anne Yaşı	37 ve altı	77	60,2	Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	96	75,0
	38 ve üstü	51	39,8		Hayır	32	25,0
Baba Yaşı	37 ve altı	77	60,2	İlacımı Almayı Unutma	Evet	42	32,8
	38 ve üstü	51	39,8		Hayır	86	67,2
Anne Eğitim Durumu	Temel eğitim	21	16,4	Nöbet Geçirme Korkusu	Var	78	60,9
	Üniversite	107	83,6		Yok	50	39,1
Baba Eğitim Durumu	Temel eğitim	5	3,9	Hastalığın Oyun Oynamaya Engeli	Yok	19	14,8
	Üniversite	123	96,1		Kararsız	64	50,0
Annenin çalışma durumu	Çalışmayan	55	43,0		Var	45	35,2
	Çalışan	73	57,0				

Tablo 1 (Devam). Tip 1 DM Çocukların Sosyo-demografik Özellikleri (n=128)

Değişkenler	Frekanslar		Değişkenler	Frekanslar			
	n	%		n	%		
Baba Çalışma durumu	Çalışmayan	1	0,8	İlaç Kullanma Süresi	1-3 yıl	40	31,3
	Çalışan	124	99,2		4-6 yıl	53	41,4
Okul Başarısı Beyanı	İyi	77	60,2	Hastalıkla İlgili Bilgi Alma	≥ 10 yıl	6	4,6
	Orta	42	32,8		Evet	91	71,1
	Kötü	9	7,0		Hayır	37	28,9
Aile Desteği	Yetersiz	2	1,6	Anne Babanın Aynı Evde Olma Durumu	Evet	107	83,6
	Kısmen	54	42,2		Hayır	21	16,4
	Yeterli	72	56,2				
		Min	Maks	Mean±SS			
Yaş		12	18	14,76±1.84			
Dişabet Tanısı Alma Süresi		2	17	8,10±2,84			

Özet istatistikler *ortalama ± standart; minimum ve maksimum değer* olarak verilmiştir.

Araştırmaya katılan Tip 1 DM 'li çocukların %53,9'u erkek, %80,5'i şehirde, %73,4'ü çekirdek ailede yaşayan, %68'i geliri giderine denk, %60,2'si anne ve babası 33-37 yaş aralığında olan çocuklardı. Çocukların ebeveynlerine yönelik özellikleri değerlendirildiğinde %83,6'sının annesi, %96,1'inin babası üniversite mezunuydu. %43'ünün annesinin ev hanımı, %48,4'ünün babasının memur, %47,7'sinin babasının serbest meslek yaptığı, %16,4'ünün anne ve babasının aynı evde yaşamadığı belirlendi. %60,2'si okul başarısını iyi, %7'si kötü bulduğunu belirtti. Çocukların hastalıklarına yönelik kişisel bilgileri sorgulandığında; %93,7'sinin Tip 1 DM nedeniyle hastaneye tekrar yatmak zorunda kaldığı, %67,2'sinin ilk tanımı 5-10 yaş aralığında aldığı, %50,8'inin ayda bir kez hipoglisemi sorunuyla karşılaştığı, %53,1'inin diyabetik ilaç kullanım takibini kendisinin yaptığı, %75'inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %32,8'inin zaman zaman ilacını almayı unuttuğu, %60,9'unun nöbet geçirmekten korktuğu, %41,4'ünün 4-6 yıldır, %4,6'sının 10 yıldan fazla zamandır ilaç tedavisi aldığı belirlendi. Çocukların hastalığına yönelik aldıkları destek ve sosyal hayata yansımalarına yönelik kişisel bilgileri değerlendirildiğinde; %35,2'si bu hastalığın oyun oynamalarını olumsuz etkilediğini, %50'si bu konuda kararsız olduğunu, %56,2'si ailelerinden aldığı desteği yeterli bulurken, %42,2'si bu desteği kısmen yeterli bulduğunu, %71,1'i hastalığı

konusunda sağlık profesyonellerinden bilgi aldıklarını, ancak %43'ü aldığı bu bilgiyi yetersiz bulunduğunu belirtti (Tablo 1).

Tablo 2. Kullanılan Ölçekler ve Sağlıklı Yaşam Ölçeği Alt boyutlarının Özellikleri (n=128).

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Min-Maks	Median	Mean±SS
Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	16,00-27,00	19,00	19,02±1,44
Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	15,00-24,00	18,00	18,35±1,90
Beslenme Alt Boyutu	18,00-27,00	19,50	19,74±1,59
Manevi Gelişim Alt Boyutu	18,00-27,00	19,00	19,26±1,25
Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	16,00-25,00	18,50	18,54±1,28
Stres Yönetimi Alt Boyutu	15,00-24,00	16,00	16,66±1,29
SYBDÖ Toplam Skoru	102,00-154,00	111,00	111,59±5,64
ÖBGÖ Toplam Skoru	16,00-140,00	81,00	69,42±24,01
ÇKHYTÖ Toplam Skoru	1,85-4,08	2,69	2,77±0,55

Özet istatistikler *ortalama ± standart; minimum ve maksimum değer* olarak verilmiştir. SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği, ÇKHYTÖ: Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği

Tablo 2 incelendiğinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanı için elde edilen skor ortalaması 111,59±5,64 puan, Öz Bakım Gücü Ölçeğinin toplam puanı için elde edilen skor ortalaması 69,42±24,01 puan, Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği sonuç skor ortalamasınının 2,77±0,55 puan olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Tip 1 DM Sosyo-Demografik Özelliklerinden İki Değişkenli Parametrik ÇKHYT Düzeyleriyle Karşılaştırılması

Bağımsız Değişkenler		ÇKHYTÖ Toplam Skoru			
		Min-Max	Mean±SD	t	p
Cinsiyet	Kız	1,92-4,08	2,85±0,59	1,424	0,157
	Erkek	1,85-4,08	2,71±0,51		
Aile Tipi	Çekirdek	1,85-4,08	2,74±0,54	-	0,233
	Geniş	1,92-4,08	2,87±0,57		
Anne Yaşı	37 ve altı	1,85-4,08	2,80±0,58	0,708	0,480
	≥ 38	1,92-4,08	2,73±0,50		
Baba Yaşı	37 ve altı	1,85-4,08	2,80±0,58	0,708	0,480
	≥ 38	1,92-4,08	2,73±0,50		
Hipoglisemi Sıklığı	Ayda 1	1,85-4,08	2,77±0,56	0,022	0,983
	3-4 ayda 1	1,92-4,08	2,77±0,55		
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	1,92-4,08	2,76±0,51	-	0,684
	Hayır	1,85-4,08	2,81±0,67		
İlacını Almayı Unutma	Evet	2,00-4,08	2,73±0,57	-	0,602
	Hayır	1,85-4,08	2,79±0,54		
Nöbet Geçirme Korkusu	Var	1,85-4,08	2,79±0,57	0,419	0,676
	Yok	1,92-4,08	2,75±0,52		
Hastalıkla İlgili Bilgi Alma	Evet	1,85-4,08	2,77±0,55	-	0,897
	Hayır	1,92-4,00	2,78±0,57		
Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma	Yeterli	1,85-4,08	2,83±0,59	1,397	0,165
	Kısmen	1,92-4,08	2,70±0,49		

Özet istatistikler ortalama ± standart; minimum ve maksimum değer olarak verilmiştir. Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Tablo 3'te Tip 1 DM çocukların sosyo-demografik özelliklerinin hastalığa yönelik tutum düzeyleri üzerinde yaratabileceği farklılıklar değerlendirildi. Ortalamalara göre kız çocuklarının 2,85±0,59, geniş ailede yaşayanların 2,87±0,57, anne ve baba yaşı daha genç

olanların $2,80\pm0,58$, düzenli ilaç kullanmayanların $2,81\pm0,67$, ilacını almayı unutanların $2,79\pm0,54$, nöbet geçirme korkusu olanların $2,79\pm0,57$, hastalıkla ilgili sağlık profesyonellerinden bilgi almamış olanların $2,78\pm0,57$, sağlık profesyonellerinden yeterli bilgi aldığını düşünenlerin $2,83\pm0,59$ puan ile daha yüksek hastalık tutumuna sahip olduğu belirlendi. Parametrik dağılım gösteren iki değişkenli özelliğe sahip olan bu değişkenler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 3).

Tablo 4. Tip 1 DM Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinden İki'den Fazla Değişkenli Parametrik Değerlerin ÇKHYTÖ Puanı Karşılaştırılması

Bağımsız Değişkenler		ÇKHYTÖ Toplam Skoru			
		Min-Max	Mean±SD	F	P
Yaşanılan Yer	Şehir	1,85-4,08	2,77±0,55	0,088	0,916
	İlçe	2,08-4,00	2,82±0,58		
	Köy	2,08-3,92	2,73±0,61		
Gelir	Gelir giderden az	1,85-3,92	2,75±0,53	0,138	0,871
	Gelir gidere denk	1,92-4,08	2,77±0,55		
	Gelir giderden fazla	2,08-4,08	2,84±0,63		
Okul Başarısı Beyanı	İyi	1,85-4,00	2,67±0,49	3,676	0,028
	Orta	2,00-4,08	2,93±0,56		
	Kötü	2,15-4,08	2,94±0,81		
Tanı Alma Yaşı	İlk 5 yaş	2,08-4,08	2,91±0,54	0,757	0,471
	5-10 yaş arası	1,85-4,08	2,76±0,59		
	10-15 yaş arası	2,08-3,92	2,71±0,40		
İlaç Kullanma Süresi	1-3 yıl	1,92-4,08	2,88±0,59	2,028	0,113
	4-6 yıl	1,85-4,08	2,81±0,61		
	7-9 yıl	2,00-3,54	2,63±0,33		
	≥ 10 yıl	1,92-3,08	2,42±0,43		
İlaç Kullanımını Takip Eden	Anne	1,92-4,08	2,85±0,52	1,630	0,200
	Baba	1,85-3,92	2,59±0,54		
	Kendisi	1,92-4,08	2,79±0,56		
Hastalığın Oynama Oynamaya Engeli	Yok	2,00-3,85	2,64±0,42	2,898	0,059
	Kararsız	1,85-4,08	2,70±0,50		
	Var	2,00-4,08	2,93±0,64		

Sosyo-demografik özelliklerden ikiden fazla değişkene sahip olan parametrelerin hastalık tutum ölçeği ortalaması üzerinde yaratabileceği farklar değerlendirildi. Sonuçlara göre çocuklardan ilçede yaşayanların $2,82\pm 0,58$, geliri giderinden fazla olanların $2,84\pm 0,63$, okul başarısının kötü olduğunu düşünenlerin $2,94\pm 0,81$, ilk tanı alma yaşı 5 yaşından önceki dönemde olanların $2,91\pm 0,54$, ilaç kullanma süresi 1-32 yıl aralığında olanların $2,88\pm 0,59$, ilaç takibini annelerinin yaptığı çocukların $2,85\pm 0,52$, hastalığın oyun oynamalarına engel yarattığını düşünen çocukların $2,93\pm 0,64$ puan ile daha yüksek hastalık tutumuna sahip olduğu belirlendi. Belirlenen bu ortalamalardan post hoc ileri analiz sonucuna göre okul başarısını kötü bulanlar ile iyi bulan çocukların ortalama puanları arasında ($p=0,032$) önemli bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$; Tablo 4).

Tablo 5. Tip 1 DM Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinden Non-Parametrik Değerlerin Hastalığa Yönelik Tutum Düzeyleriyle Karşılaştırılması

Bağımsız Değişkenler			Çocuğun Hastalık Tutum Ölçeği Toplam Skoru			
			Min-Max	Mean±SD	U/KW	P
Aile Desteği	Yetersiz	2,77-3,08	2,92±0,21	0,934*	0,627	
	Kısmen	2,00-4,08	2,78±0,50			
	Yeterli	1,85-4,08	2,77±0,60			
Anne Eğitim Durumu	Lise	2,00-4,08	2,88±0,62	944,500**	0,248	
	Üniversite	1,85-4,08	2,75±0,54			
Baba Eğitim Durumu	Lise	2,00-4,08	3,13±0,88	217,500**	0,267	
	Üniversite	1,85-4,08	2,76±0,53			
Anne Babanın Aynı Evde Olma Durumu	Evet	1,92-4,08	2,78±0,55	1093,000**	0,844	
	Hayır	1,85-4,00	2,73±0,56			
Hastaneye Yatma	Evet	1,85-4,08	2,77±0,56	460,000**	0,844	
	Hayır	2,31-3,54	2,77±0,36			

Özet istatistikler ortalama \pm standart; minimum ve maksimum değer olarak verilmiştir.

*Kruskal Wallis **Mann Whitney U analizleri kullanılmıştır. M: Meslek

Tip 1 DM çocukların sosyo-demografik özelliklerinden non-parametrik değerlerin hastalığa yönelik tutum düzeyleri karşılaştırıldığında; annesi işçi olanların $2,87\pm 0,59$, babası işçi olanların $3,26\pm 0,90$, anne eğitimi ve baba eğitim düzeyi daha düşük olanların sırasıyla, $2,88\pm 0,62$ ve $3,13\pm 0,88$, aile desteğini yetersiz bulanların $2,92\pm 0,21$, annesi ve babası aynı

evde yaşayanların $2,78 \pm 0,55$ puan ile hastalık tutum puanı daha yüksekti. Ancak değişkenler arasında önemli bir fark yoktu ($p > 0,05$; Tablo 5).

Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Ölçek ve Alt Boyutları		Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Fiziksel Aktivite	r	0,088					
	p	0,325					
Beslenme	r	-0,042	-0,022				
	p	0,637	0,809				
Manevi Gelişim	r	0,251**	0,052	0,189*			
	p	0,004	0,558	0,033			
Kişilerarası İlişkiler	r	0,107	0,230**	0,011	0,101		
	p	0,228	0,009	0,904	0,254		
Stres Yönetimi	r	0,260**	-0,052	0,181*	0,275**	0,112	
	p	0,003	0,559	0,041	0,002	0,208	
Ölçek Toplam Skoru	r	0,477**	0,587**	0,413**	0,488**	0,416**	0,455**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ¹: Spearman Korelasyon Katsayısı (r); Özet istatistikler r (p) değer olarak verilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile Alt Boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler mevcuttur ($p < 0,05$). Ölçek toplam skoru ile pozitif yönlü değerlendirmeler arasında en düşük ilişkinin Beslenme alt boyutu, en yüksek ilişkinin Fiziksel Aktivite arasında olduğu belirlendi. Sağlık Sorumluluğu alt boyutu ile Manevi gelişim ve Stres Yönetimi alt boyutları arasında; Fiziksel Aktivite alt boyutu ile Kişilerarası İlişkiler alt boyutu arasında; Beslenme alt boyutu ile Manevi gelişim ve Stres Yönetimi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$; Tablo 6).

Tablo 7. Tip 1 DM Çocukların Yaş, Hastalık Yılı Ortalamaları ve Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki

Değişkenler		ÇKHKTÖ	ÖBGÖ	SYBDÖ	Yaş	Hastalık Yılı
ÖBGÖ	r	-0,553**				
	p	0,000				
SYBDÖ	r	0,235**	-0,157			
	p	0,008	0,076			
Yaş	r	-0,101	-0,131	0,035		
	p	0,256	0,142	0,698		
Hastalık Yılı	r	0,107	-0,195*	-0,001	0,409**	
	p	0,228	0,027	0,992	0,000	
Sağlık Sorumluluğu	r	0,137	-0,005	0,664**	0,008	-0,100
	p	0,123	0,958	0,000	0,929	0,260
Fiziksel Aktivite	r	0,069	-0,075	0,569**	0,086	0,082
	p	0,437	0,398	0,000	0,332	0,357
Beslenme	r	0,073	-0,071	0,561**	0,027	0,023
	p	0,414	0,424	0,000	0,758	0,795
Manevi Gelişim	r	0,131	-0,066	0,737**	-0,010	-0,074
	p	0,141	0,457	0,000	0,908	0,409
Kişilerarası İlişkiler	r	0,196*	-0,150	0,675**	0,035	0,090
	p	0,027	0,091	0,000	0,699	0,311
Stres Yönetimi	r	0,358**	-0,267**	0,704**	-0,043	-0,059
	p	0,000	0,002	0,000	0,631	0,509

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ ¹: Spearman Korelasyon Katsayısı (r); Özet istatistikler r (p) değer olarak verilmiştir. ÇKHKTÖ: Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği, ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği, SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 7 incelendiğinde Özbakım Gücü Ölçeği toplam skor ortalaması ile Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği arasında negatif yönlü orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu belirlendi. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam skoru ortalaması ile Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam skoru

ortalaması ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği ile diğer değişkenler ile ilişki boyutu karşılaştırıldığında yaş, hastalık yılı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü. Aynı ölçek skoru ile Stres Yönetimi ve kişiler arası ilişkiler alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardı. Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği ile Özbakım Gücü Ölçeği toplam skor ortalaması arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 7).

Tablo 8: Yaş, Hastalık Yılı, Öz Bakım Gücü Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Tip 1 DM Çocukların Kendi Hastalıklarına Yönelik Tutumları Üzerindeki Etkisi

	Standardize Edilmemiş		Standardize Edilmiş	t	p
	B±SH	GA	Beta		
Sabit	3,163±0,927	(1,328; 4,998)	-	3,414	0,001**
Yaş	-0,061±0,024	(-0,108; -0,014)	-0,202	-2,555	0,012*
Hastalık Yılı	0,021±0,016	(-0,011; 0,052)	0,106	1,312	0,192
ÖBGÖ	-0,013±0,002	(-0,017; -0,009)	-0,503	-6,494	0,000**
Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği					
SYBDÖ	0,025±0,034	(-0,042; 0,092)	0,250	0,728	0,468
Sağlık sorumluluğu	0,053±0,034	(-0,015; 0,120)	0,137	1,551	0,123
Fiziksel Aktivite	-0,024±0,043	(-0,109; 0,060)	-0,083	-0,566	0,573
Beslenme	-0,035±0,042	(-0,118; 0,048)	-0,101	-0,841	0,402
Manevi gelişim	-0,042±0,061	(-0,163; 0,078)	-0,096	-0,697	0,487
Kişilerarası ilişkiler	-0,014±0,053	(-0,118; 0,091)	-0,031	-0,257	0,797
Stres yönetimi	0,066±0,060	(-0,053; 0,185)	0,154	1,095	0,276

Durbin-Watson=2,168
Adjusted R²=0,346
F=8,457 **p=0.000****

* $p<0,05$; ** $p<0,01$ ¹: Regresyon Analizi (F); ²: Katsayı Analizi (t); Özet istatistikler Regresyon Katsayısı (Standard Hata) değer olarak verilmiştir. ÇKHKTÖ: Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği, ÖBGÖ: Öz Bakım Gücü Ölçeği, SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 8’de incelendiğinde ocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği modeldeki değişkenlerin etkisi olmadan $3,163\pm 0,927$ puan aralığında önemli bir puan elde edildi ($t=3,414$ $p=0,001$). Yaş ortalamasının hastalık tutumu üzerinde negatif yönlü $0,061\pm 0,024$ puan istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardı ($t=-2,555$ $p=0,012$). Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam skorunun hastalık tutumu üzerinde negatif yönlü $-0,011\pm 0,002$ puan istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardı ($t=-6,494$ $p=0,000$). Bu değişkenlerin ocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı ($F=8,457$ $p=0,000$) olup, %34’ünü istatistiksel olarak açıklamaktadır (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Tip I Diyabetli Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisini inceleyen ilişki arayıcı ve tanımlayıcı türde yapılan bir araştırmadır.

Bu çalışmada elde edilen bulgular araştırma soruları doğrultusunda 3 ana başlık altında tartışılmıştır.

- Tip 1 DM çocukların sosyodemografik özelliklerinin çocuğun hastalığına yönelik tutumuna yönelik etkisinin tartışılması
- Tip 1 DM çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çocuğun hastalığına yönelik tutumuna yönelik etkisinin tartışılması
- Tip 1 DM çocuklarda öz-bakım gücünün çocuğun hastalığa yönelik tutumuna etkisinin tartışılması

5.1. Tip 1 DM çocukların sosyodemografik özelliklerinin çocuğun hastalığına yönelik tutumuna yönelik etkisinin tartışılması

Tutum; belirli bir durum, kavram, nesne ya da diğer insanlara yönelik öğrenilmiş olan olumlu veya olumlu olmayan tepki verme eğilimidir (Öztürk, 2002). Tutum kişiden kişiye farklılık gösterir. Bireylerin tutumlarını bilmek onların davranışlarını anlamayı ve gerektiğinde kontrol etmeye yardım eder (Morris, 2002). Tutumlar çocukların sahip olduğu kronik hastalığa uyumunu ve böylece hastalığın seyrini etkileyebilir (Guz vd., 2020). Diyabet hastalığı; çocuklara ve ailelerine, sağlık sistemlerine ve toplumlara çözülmesi zor sorunlar oluşturan, tüm dünyada artan hastalık yükü olan önem arz eden bir halk sağlığı önceliğidir. Diyabet yaş, cinsiyet, çevresel ve ailesel faktörler gibi birçok faktörden etkilenebilir (Forouhi ve Wareham, 2019).

Araştırma sonuçlarımıza göre Tip 1 DM' li Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği ile diğer değişkenler ile ilişki boyutu karşılaştırıldığında yaş, hastalık yılı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Çölyak hastaları ile yapılan bir çalışmada çocukların kendi hastalığına yönelik olumsuz tutum sergiledikleri (Bişgin vd., 2020), bir başka çalışmada epilepsili çocukların hastalığına yönelik tutumlarının olumsuz olduğu (Kahraman ve Bolışık 2014) bulunmuştur. Çalışma sonuçları gösteriyor ki çocukların kronik hastalıklara uyumu ve

olumlu tutum sergilemesi kolay değildir. Bundan dolayı daha fazla desteklenmeleri gerekir. Aynı zamanda çocuğun hastalığa uyumunun sağlanabilmesi için çocuğa; ailenin, okulun ve sosyal çevresinin de desteği gerekir.

Cinsiyet faktörüne bakıldığında araştırmaya dahil edilen çocukların yarısından fazlası erkekti. Diyabet insidansı incelendiğinde bazı toplumlarda cinsiyet farklılığı vardır. Finlandiya ve Norveç gibi diyabet oranının daha yüksek olduğu toplumlarda sıklığın erkeklerde fazla iken Polonya da kızlarda daha çok olduğu görülmüştür (Mayer vd., 2018). Yapılan benzer araştırmalarda yaş grupları incelendiğinde erkeklerin (≥ 13 yaş) benzer yaş ve coğrafi konumdaki kadınlara göre Tip 1 DM geliştirme olasılığı daha yüksek ve yaklaşık 3:2 erkek/kadın oran olarak bulunmuştur (Levitsky ve Misra, 2018). Araştırmaya dahil olan çocuklar arasında merkezde yaşayan çocukların oranı diğer yerleşim yerlerine oranla oldukça fazla olduğu gözlenmekle birlikte çoğunluğun gelir durumunun gider durumuna denk olduğu, çekirdek ailede yaşadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Araştırmada sosyo-demografik değişkenlerin ve hastalığına yönelik bazı bilgi ve uygulamalarını çocukların kendi hastalıklarına yönelik tutumlarını etkileyebileceği varsayılmıştı. Ancak yapılan istatistiksel analizler; cinsiyet, aile tipi, anne –baba yaşı, hipoglisemi sıklığı, düzenli ilaç kullanımı, ilacı almayı unutma nöbet geçirme korkusu, hastalıkla ilgili bilgi alma ve aldığı bilgiyi yeterli bulma (Levitsky ve Misra, 2018), yaşanılan yer, ailenin gelir durumu, tanı konma yaşı, ilaç kullanma süresi (Levitsky ve Misra, 2018) aile desteği, anne-baba eğitim durumu, anne babanın birlikte yaşama durumu ve hastaneye yatma durumlarının çocukların hastalığa karşı tutumları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını ortaya koymuştur. Yalnızca çocuğun okul başarısının hastalığa karşı tutumunu etkilemektedir (Mayer vd., 2018) Yapılan bir araştırmada çocuğun cinsiyeti, yaşı ve kardeş sahibi olmasının çocukların hastalığa karşı tutumları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını ancak yaşanılan yer ve aile yapısına göre çocukların hastalığa yönelik tutumlarının anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Trojanowska vd., 2021). Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada kronik hastalığa sahip çocukların bazı sosyodemografik özelliklerinin hastalıklarına yönelik tutumlarını olumsuz etkilediği gösterilmektedir (Bişgin vd., 2017).

Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak yapılan diğer bir çalışmada anne ve babaların eğitim düzeyleri göz önünde bulundurulduğunda farklı eğitim düzeylerine sahip oldukları görülmekte ve bulgular ebeveynlerin eğitim düzeyine göre çocukların metabolik kontrollerinin farklılaştığını göstermektedir (Fırat, 2014). Baharvand ve Hormozi çalışmalarında, ebeveynlerin eğitim seviyesinin Tip 1 DM' li çocuklarda aile desteğinin

metabolik kontrol üzerine etkisini araştırmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, anne ve babanın eğitim düzeyinin tüm sosyal destek alanları (insülin uygulama, kan şekeri izlem, oğn planlama, egzersiz ve duygusal destek) ve HbA1c düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Baharvand ve Hormozi, 2019). Araştırmaya katılan çocukların ailelerinde geliri giderinden fazla olanların daha yüksek hastalık tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir. zkaraman ve arkadaşları (2016) yapmış olduğu araştırmada olumlu sosyo-ekonomik değişkenlerin sağlık sorumluluğu davranışına olumlu yönde katkılar sağladığını bildirmişlerdir (zkahraman vd., 2016).

Literatürde “sağlıklı yaşam biçimi davranışları” kavramının 1980’li yıllardan itibaren kullanılmaya başlandığı görülmektedir (Walker vd., 1987; Pender vd., 1990). Sağlıklı yaşam biçimi, “kişilerin yaşam koşulları içinde kendi sağlığını korumaya ve yükseltmeye yönelik davranışları seçmesi ve günlük aktivitelerinde uygulaması” olarak tanımlanır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise “kişilerin seçtiği ve uyguladığı davranışların sağlıklarını korumalarını ve yükseltmelerini sağlayan davranışlar” olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda sağlıklı yaşam biçimi davranışları kavramı stresten uzak durma, beslenme, fiziksel aktivite, kişilerarası iletişim, manevi gelişim ve bireyin sağlığını koruma ve yükseltmesine dair sorumluluklarını yerine getirmelerini gerektirir (Walker vd., 1987).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha çok kronik hastalıklardan korunma ve hastalığın yönetimini sağlamayı ifade eder (Savucu, 2020; Winkleby ve Cubbin, 2004). Bu olumlu davranışlar sağlığı iyi bir noktaya ulaştırmak için sağlığı geliştirme ve bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü sağlama gücünü kazanmasında yarar sağlar (Edelman ve Kudzma, 2021).

Araştırma sonuçlarımıza göre Tip 1 DM’ li çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da orta düzeyde olduğu görülmektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği toplam skoru ortalaması ile ocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu leği arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardı. Çocuklar hastalıklarına yönelik olumlu (pozitif) tutum sergilemediklerinden dolayı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da aynı düzeyde kaldığı söylenbilir.

Diyabet gibi sık görülen kronik hastalıkların birçoğunda sağlıklı yaşam tarzı davranışları oldukça önemlidir (SchulmanGreen vd., 2012; Dufour vd., 2014; Fortin vd., 2014; WHO 2020b). Geleneksel tıbbi yaklaşım, bireylerin sağlık hizmeti seçimlerinde genellikle aktif rol almalarına engel olmaktadır (WHO 2020a). Araştırma sonuçlarımız incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları leği ile alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı

ilişki vardır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da aynı boyutta artış görülmektedir. Ölçek toplam skoru ile pozitif yönlü değerlendirmeler arasında en düşük ilişkinin beslenme alt boyutu, en yüksek ilişkinin fiziksel aktivite arasında olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel aktiviteye yönelik tutumlar genellikle birçok bireysel ve çevresel faktörden etkilenir (Chang, 2011). Ergenlerin egzersiz kalıpları, kişisel faktörlerden çok, destekleyici çevre ve akran etkisinden etkilenmektedir (Chari vd., 2014). Beslenme alt boyutu ile sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutları arasında, stres yönetimi alt boyutu ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan stres yönetimi düzeyleri ile fiziksel aktivite arasında zayıf ilişki olması, hastalığın etkin bir şekilde kontrolünde çocuklara yönelik bilgilerin genellikle fiziksel aktivitenin öneminden çok fiziksel büyümeye ve akranlarıyla aktivite ve etkinliklere odaklanmış olmasında kaynaklandığı olduğu düşünülebilir. Ayrıca ergenlerde stres yönetiminin psikolojik, fizyolojik ve çevresel faktörlerin iç içe geçtiği birçok karmaşık yapıya yol açtığı belirtilmektedir (Burns ve Rapee, 2006). Ek olarak, yeterli sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut seviyelerine rağmen, alt boyutları arasındaki ilişkiler düşük veya orta düzeyde olabilir, bu da gençlerin uygun bilgileri alsalar bile stresle baş etmelerinin zor olabileceğini düşündürür. Dolayısıyla bu iki değişken arasında ilişki olmayabilir (Asadzandi, 2018).

5.2. Tip 1 DM’li Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çocuğun Hastalığına Yönelik Tutumuna Etkisinin Tartışılması

Literatürde “sağlıklı yaşam biçimi davranışları” kavramının 1980’li yıllardan itibaren kullanılmaya başlandığı görülmektedir (Walker vd., 1990). Sağlıklı yaşam biçimi, “kişilerin yaşam koşulları içinde kendi sağlığını korumaya ve yükseltmeye yönelik davranışları seçmesi ve günlük aktivitelerinde uygulaması” olarak tanımlanır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise “kişilerin seçtiği ve uyguladığı davranışların sağlıklarını korumalarını ve yükseltmelerini sağlayan davranışlar” olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda sağlıklı yaşam biçimi davranışları kavramı stresten uzak durma, beslenme, fiziksel aktivite, kişilerarası iletişim, manevi gelişim ve bireyin sağlığını koruma ve yükseltmesine dair sorumluluklarını yerine getirmelerini gerektirir (Walker vd., 1987).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha çok kronik hastalıklardan korunma ve hastalığın yönetimini sağlamayı ifade eder (Savucu, 2020; Winkleby ve Cubbin, 2004). Sağlıklı yaşam

biçimi davranışları sağlığı iyi bir noktaya ulaştırmak için sağlığı geliştirme ve bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü sağlama gücünü kazanmasını sağlar. (Edelman ve Kudzma, 2021). Araştırma sonuçlarımıza göre çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da orta düzeyde olduğu görülmektedir. Çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çocuğun hastalığına yönelik tutumuna etkisi üzerinde pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır. Çocukların kendi hastalıklarına yönelik olumlu tutum sergilediklerinden dolayı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da orta düzeyde kaldığı söylenebilir.

Diyabet gibi sık görülen kronik hastalıkların birçoğunda sağlıklı yaşam tarzı davranışları oldukça önemlidir (Schulman Green vd., 2012; Dufour vd., 2014; Fortin vd., 2014; WHO 2020b). Geleneksel tıbbi yaklaşım, bireylerin sağlık hizmeti seçimlerinde genellikle aktif rol almalarına engel olmaktadır (WHO 2020'a). Araştırma sonuçlarımız incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı ilişki vardır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında aynı boyutta artış görülmektedir. Ölçek toplam skoru ile pozitif yönlü değerlendirmeler arasında en düşük ilişkinin beslenme alt boyutu, en yüksek ilişkinin fiziksel aktivite arasında olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktiviteye yönelik tutumlar genellikle birçok bireysel ve çevresel faktörden etkilenir (Chang, 2011). Ergenlerin egzersiz kalıpları, kişisel faktörlerden çok, destekleyici çevre ve akran etkisinden etkilenmektedir (Chari vd., 2014). Stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve beslenme arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan stres yönetimi düzeylerinin sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim arasında zayıf ilişki olması, hastalığı etkin bir şekilde kontrolünde çocuklara yönelik bilgilerin genellikle fiziksel büyümeye ve akranlarıyla aktivite ve etkinliklere odaklanmış olmasından dolayı kaynaklanmış olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Ayrıca ergenlerde stres yönetiminin psikolojik, fizyolojik ve çevresel faktörlerin iç içe geçtiği birçok karmaşık yapıya yol açtığı belirtilmektedir (Burns ve Rapee, 2006). Bu çelişkiler, çalışmanın sağlıklı yaşam tarzı alt boyutu arasında kanıtlanmış bir ilişki olmamasının altında yatan neden olabilir. Ek olarak, yeterli sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut seviyelerine rağmen, alt boyutları arasındaki ilişkiler düşük veya orta düzeyde olabilir, bu da gençlerin uygun bilgileri alsalar bile stresle baş etmelerinin zor olabileceğini düşündürür. Dolayısıyla bu iki değişken arasında ilişki olmayabilir (Asadzandi, 2018).

Kronik hastalığa sahip çocukların hastalığa yönelik tutumları, çocuğun kronik hastalığa uyumunu ve hastalığın seyrini etkilemektedir. Kronik bir hastalığa sahip olmayla ilgili

çocukların sergilediği tutum, çocuğun hastalığın üstesinden nasıl geldiği ve sonuçta hastalığa nasıl uyum sağladığı noktasında önemli rolleri olduğunu göstermektedir (Akkuş, 2018).

Diyabetli çocuk günlük diyabet kontrolünü başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgiye, beceriye ve pozitif tutuma sahip olması her zaman önemlidir. Hasta bireylerin göstermiş olduğu olumlu tutum ve davranışlar diyabet tedavisinin temel taşlarını oluşturur (Kara ve Uzun, 2020).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Bireylerin kendi sağlığına ve iyilik durumuna sürekli katılımı, öz bakımını gerçekleştirmesi, bu yöndeki çabası, kişinin yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürmek amacıyla sağlık aktivitelerini başlatması veya uygulama yeteneğiyle birlikte öz bakım gücünü ortaya çıkarması hastalığına yönelik olumlu tutum geliştirdiğini göstermektedir.

Diyabetle yaşamayı öğrenmek için çocuğun kendi kendine bakım becerilerine, sağlıklı olma haline ve kendi öz bakımı ile ilgili pozitif tutum göstermesine daima gereksinim vardır.

Bu yetenek kişinin kendi bakımını gerçekleştirmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunmasıyla doğrudan ilişkilidir.

5.3.Tip 1 DM Çocuklarda Öz-Bakım Gücünün Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisinin Tartışılması

Öz bakım kavramı “bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır”. Bu kavram yeterli olgunluk seviyesine ulaşmamış bir çocuk için kullanıldığında, bakımının sorumlu bir erişkin tarafından yapılması olarak düşünülür (Alligood, 2017). Öz bakım gücü ise bireyin kendine bakma yeteneğini ve en iyi düzeyde sağlıklı olmayı başarmak, sürdürmek ya da geliştirici faaliyetleri yerine getirmeyi içerir (Richard ve Shea, 2011). Diyabet hastalığı diğer tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi yaşam boyu bakım gerektiren bir hastalıktır. Hastanın bakım sorumluluğu öncelikli olarak kendisindedir (Mbuagbaw vd., 2015). Diyabeti olan bireylerin öz bakım kavramı, metabolik kontrolün sağlanmasını, komplikasyonların önlenmesini, iyilik durumunun arttırılmasını ifade eder. Diyabetli birey öz bakım uygulamalarına aktif olarak katılarak, kendisi ile ilgili karar vererek ve sorunlarına çözüm üreterek öz bakım gücünü artırabilir (King vd., 2010).

Araştırma sonuçlarımıza göre Tip 1 DM’li çocukların kendi hastalığına yönelik tutumları ile öz bakım gücü arasında negatif yönlü orta düzey ilişki olduğu görülmüştür. Çocuğun öz

bakım gücünün orta düzeyde olması kendi hastalığına yönelik nötr tutum sergilemesini açıklayabilir. Çocuğun öz bakım gücü arttıkça kendi hastalığına yönelik olumsuz tutum sergilemektedir. Erişkin diyabet hastaları ile yapılan bir araştırmada da hastaların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Özkan ve Durna, 2006). Farklı hasta ve yaş gruplarıyla yapılan araştırmaların çoğunda araştırma sonuçlarımıza benzer olarak toplumumuzda öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Eraydın, 2016; Oksel vd., 2016; Ünal vd., 2007).

Araştırma grubundaki çocukların yarısından fazlasının diyabet tanısının 5-10 yaş aralığında olduğu, en az 2 yıldır Tip 1 DM hastası olduğu ve hastalık yılı arttıkça öz bakım gücünün azaldığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde araştırma kapsamına alınan çocukların çoğunun diyabet tanılarını aynı yaş döneminde aldığı ve farklı olarak çoğunun tanı süresinin 1-2 yıl olduğu belirlenmiştir (Sena ve Kitiş, 2016). Küçük ve Didişen (2021)'in yapmış olduğu araştırmada çocukların diyabet yönetimi ile tanı yılı arasındaki ilişkinin dağılımı incelendiğinde çocuklarda tanı alma yılının artması ile diyabet yönetiminin, çocuğa geçmeye başladığını göstermiştir (Küçük ve Didişen, 2021). Bireyin davranışa ilişkin algıladığı yararlar, karşılaştığı engeller, öz-yeterlilikleri, kişiselarası etkileşim ve durumdan kaynaklı oluşan etkilerden meydana gelmektedir (Polat ve Aylaz, 2020). Bireyler sağlıklı yaşam davranışının sağlığı üzerindeki faydalarını deneyimlese davranışa başlama ve sürdürmesi daha kolay olurken, davranışa ilişkin olumsuz duygular davranışın gelişmesini olumsuz etkileyecektir (Pender, 2011). Kişinin hastalığa yönelik geliştirdiği sağlıklı yaşam biçimi davranışları kendi öz bakımına yönelik olumlu ilerlemeler gösterir ve çocuğun hastalığa yönelik olumsuz tutum geliştirmesinin önüne geçer. Araştırmamızda çoğunluğun daha önce hastanede yatarak ayda bir kez hipoglisemi sorunuyla karşılaştığı, diyabetik ilaç kullanım takibini kendisinin yaptığı, ilaçlarını düzenli kullandığı, nöbet geçirmekten korktuğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre edinilen olumsuz deneyimler, çocuğun hastalığına yönelik tutumunda pozitif etkisini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanımında ve kendi öz bakımını gerçekleştirmesinde olumlu etkiler bıraktığı düşünülmüştür. Küçük ve Didişen (2021) yapmış olduğu çalışmaya göre araştırmaya katılan çocukların diyabet kaynaklı hastaneye yatışı sorgulandığında tamamının hastaneye en az bir kez yatışının olduğu saptanmıştır (Küçük ve Didişen, 2021). Sağlıklı davranışları tutum haline dönüştürebilen bireyler olumlu olmayan sağlık çıktılarının gelişmesini engel olarak sağlık hallerinin daha iyi noktaya yükseltebilirler. Bireyin sağlığına özen göstermesi, iyilik halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesi ve gerektiğinde sağlık profesyoneline

başvurması sağlık sorumluluğunun göstergesidir (Özkahraman ve diğ., 2016). Çocukların hastalığına yönelik aldıkları destek ve sosyal hayata yansımalarına yönelik kişisel bilgileri değerlendirildiğinde çoğunluğun bu hastalığın oyun oynamalarını olumsuz etkilediği konusunda kararsız olduğunu belirtmiş olup yarıdan fazlası ailelerinden aldığı desteğin yeterli olduğunu söylemiş sağlık profesyonellerinden aldığı bilginin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Tip 1 DM; akut ve kronik komplikasyonları sebebiyle devamlı olarak tıbbi bakım ve öz-bakım gerektiren kronik bir hastalıktır. Diyabetli hastaların metabolik kontrollerinin düzenli olması için kişinin öz-bakım aktivitelerini yerine getirmesi önemlidir. Öz-bakım gücü; yaşamda sağlık ve iyilik halinin sürdürülmesi için sağlık faaliyetlerinin başlatılması veya uygulama becerisidir (İstek ve Karakurt, 2018). Araştırmamızda Tip 1 DM' li çocuklarda öz bakım gücünün çocuğun hastalığa yönelik tutumuna negatif yönlü orta düzeyde etkisi olduğu görüldü. Öz bakım gücü arttıkça çocuklar kendilerini daha az hasta hissetmekte ve hastalığa yönelik olumsuz tutumda azalma görülmektedir. Yine araştırmamızda gördüğümüz çocuğun kendi hastalığına yönelik tutumu ile stres yönetimi arasında en yüksek pozitif ilişki olmasıdır. 12-18 yaş çocukluk döneminde kronik hastalıklar fizyolojik ve psiko-sosyal değişimlerden kaynaklı gençler için başlı başına bir stres kaynağı olarak kabul edilmektedir. Çalışmalarda öğrencilerin stres yönetimini cinsiyetin, sosyal aktivitelere katılmanın, iyi sağlık algısının, anne eğitiminin yüksek olmasının ve spor yapmanın etkilediği görülmüştür (Bektaş ve diğ. 2021). Çocukların okul başarısı ile hastalığı hakkındaki olumlu tutumun bariz bir şekilde arttığı görüldü. Çocuğun Tip1 DM yönünden hastalığının regüle olmaması okul başarısını negatif yönde etkileyecek ve çalışmamızda da görüldüğü üzere bu durum hastalık farkındalığını azaltacağından, hastalığın şiddetini potansiyalize edecektir. Hastalığa yönelik olumsuz tutum geliştiren çocukların okul başarısının daha kötü olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda stres yönetimindeki yükselme bize çocuğun kendi hastalığına yönelik olumlu tutumunda artışını göstermektedir. Hasta bireylerin motive olması ve baş etme yöntemlerinin kullanılması, sosyal destek sistemlerinin olması ve sağlık inancının yükseltilmesi bu sürecin belirleyicisi olmaktadır (Miller vd., 2014). Çocuk, hastalığı bir stres etkeni olarak kavramsallaştırmak yerine gelişen akut komplikasyonlarda kontrolü sağlayarak hastalığın seyrini olumlu yönde iyileştirmekte, hastalığa yönelik olumlu tutum geliştirmektedirler. Bu da çocuğun kendi hastalığına yönelik tutumu ile orta düzey ilişkinin stres yönetimi arasındaki ilişki sonucunu doğrulamaktadır. Bu süreçteki hedef kronik hastalığa sahip bireylerin günlük yaşamda hastalığıyla ilgili karşılaştığı sorunlarda ihtiyaçlarını belirleyebilmesi, ihtiyaçlarını

karşılayabilmek için çok boyutlu stratejiler geliştirmesidir. Bu süreç devamlılığı olan dinamik, birbiriyle bağlantılı ve tekrarları olan bir süreçtir (Lorig ve Holman 2003; Miller vd. 2014; Grey vd., 2015).

Çocuklarda kronik hastalıkların gidişatı; çocuğa, aileye, hastalığa, sosyal çevresine ve aldığı tıbbi bakıma göre değişim göstermekte ve hastalığına yönelik tutumunu etkilemektedir (Sayar, 2021). Bireyin gereksinimlerini karşılayabilme düzeyini fark etmesi, bireyin öz bakım yetenekleri, öz bakımı gideremediği durumlarda da bakım gereksinimlerini, çözüm yollarını kendisi üretmeli ve üstlenmelidir. Öz bakım gücü yüksek olan adölesanlar daha güçlü bir iç kontrol odağına sahiptir ve yeteneklerinin daha fazla farkındadır. Bu tür ergenler eksikliklerini daha iyi görürler. Böylece bu ergenler kendi sağlıkları için daha fazla sorumluluk alırlar (Fleary vd., 2018). Araştırmamızda sağlık sorumluluğu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü bir etkileşim görülmektedir. Sağlık sorumluluğu, diyabetli adölesanın bu süreçte sağlıklı davranışlar kazanımında önemli bir motivasyon kaynağıdır. Diyabetle mücadelede, öz bakım gücünün yüksek olması ve öz bakımın önemi göz ardı edilmemelidir. Araştırma sonuçlarımıza göre öz bakım gücü arttıkça çocukların hastalığa yönelik olumsuz tutumları azalmakta ve kendilerini daha iyi hissetmektedirler. Hastalığıyla ilgili primer yönetimde olması; öz bakımıyla ilgili sorumluluklar aldığını, hastalığa karşı olumlu tepkilerde bulunma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma Tip 1 DM'li çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz-bakım gücünün çocuğun hastalığa yönelik tutumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre;

- Çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çocuğun hastalığına yönelik tutumuna etkisi yoktur.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile kendi hastalığına yönelik tutumu arasında pozitif yönlü düşük düzeyde önemli bir ilişki vardır.
- Çocukların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Çocukların öz bakım gücünün çocuğun hastalığına yönelik tutumuna etkisi vardır.
- Çocuğun öz bakım gücü ile kendi hastalığına yönelik tutumu arasında negatif yönlü orta düzeyde önemli bir ilişki vardır.
- Tip 1 DM' li çocukların kendi hastalığına yönelik nötr bir tutum sergilediği tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

6.2.1. İleri Araştırmalara Yönelik Öneriler

- Tip 1 DM'li çocukları anlamaya ve değerlendirmeye yönelik kalitatif çalışmalar yapılması
- Tip 1 DM'li çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını desteklemeye yönelik hemşirelik girişimlerini kapsayan araştırmaların yapılması
- Tip 1 DM'li çocukların öz bakım davranışlarını desteklemeye yönelik hemşirelik girişimlerini kapsayan araştırmaların yapılması
- Tip 1 DM'li çocukların hastalığa yönelik olumlu tutumu geliştirmeleri için uygun hemşirelik girişimlerini kapsayan araştırmaların yapılması önerilebilir.

6.2.2. Klinik Uygulamalara Yönelik Öneriler

- Tip 1 DM’li çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını desteklemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin yapılması
- Tip 1 DM’li çocukların öz bakım davranışlarının öğretilmesi ve desteklenmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin yapılması
- Tip 1 DM ‘li çocukların kendi hastalığına yönelik olumlu tutum geliştirmeleri için uygun hemşirelik girişimlerinin yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Aalaa, M., Malazy, O. T., Sanjari, M., Peimani, M., & Mohajeri-Tehrani, M. R. (2012). Nurses' role in diabetic foot prevention and care; a review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 11(1), 1-6.
- Abdul-Ghani, M. A., Tripathy, D., & DeFronzo, R. A. (2006). Contributions of β -cell dysfunction and insulin resistance to the pathogenesis of impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose. *Diabetes care*, 29(5), 1130-1139.
- Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social science & medicine*, 74(2), 236-244.
- Açıkğöz, G., 2014. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi SBE.
- Afrasiabifar, A., Hamzhiakia, S. H., & Hosseini, N. A. (2018). The effect of self-care program using orem's self-care model on the life quality of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Armaghane danesh*, 23(1), 1-13.
- Akkuş, S. Y. (2018). Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1-7.
- Al-Kandari, F., Vidal, V. L., & Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing & Health Sciences*, 10(1), 43-50.
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- American Diabetes Association (ADA). (2002). Diabetes mellitus and exercise. *Diabetes care*, 25(suppl_1), s64-s64.
- American Diabetes Association (ADA). (2015). Standards of medical care in diabetes—2015 abridged for primary care providers. *Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association*, 33(2), 97.

- American Diabetes Association (ADA). (2016). 5. Glycemic targets. *Diabetes care*, 39(Supplement_1), S39-S46.
- American Diabetes Association. (2003). Physical activity/exercise and diabetes mellitus. *Diabetes care*, 26(suppl_1), s73-s77.
- American Diabetes Association. (2004). Gestational diabetes mellitus. *Diabetes care*, 27(suppl 1), s88-s90.
- American Diabetes Association. (2016). 3. Foundations of care and comprehensive medical evaluation. *Diabetes care*, 39(Supplement_1), S23-S35.
- Atkinson, M. A., Eisenbarth, G. S., & Michels, A. W. (2014). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 383(9911), 69-82.
- Austin, J. K., & Huberty, T. J. (1993). Development of the child attitude toward illness scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(4), 467-480.
- Baharvand, P., & Hormozi, M. (2019). Can parents' educational level and occupation affect perceived parental support and metabolic control in adolescents with type 1 diabetes?. *Journal of Education and Health Promotion*, 8.
- Bantle, J. P., Wylie-Rosett, J., Albright, A. L., Apovian, C. M., Clark, N. G., Franz, M. J., ... & American Diabetes Association. (2008). Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 31, S61-S78.
- Bektas, İ., Kudubeş, A. A., Ayar, D., & Bektas, M. (2021). Predicting the healthy lifestyle behaviors of Turkish adolescents based on their health literacy and self-efficacy levels. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, e20-e25.
- Bergenstal RM, Ahmann AJ, Bailey T, et al. Recommendations for standardizing glucose reporting and analysis to optimize clinical decision making in diabetes: the Ambulatory Glucose Profile (AGP). *Diabetes Technol Ther*. 2013;15:198–211.
- Bişgin, F., Akça, S. Ö., & Turan, A. P. (2020). Çölyak hastası çocukların hastalıklarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1466-1473.

- Brady, B., & Nies, M. A. (1999). Health-promoting lifestyles and exercise: A comparison of older African American women above and below poverty level. *Journal of Holistic Nursing*, 17(2), 197-207.
- Buchanan, T. A., & Xiang, A. H. (2005). Gestational diabetes mellitus. *The Journal of clinical investigation*, 115(3), 485-491.
- Butalia, S., Kaplan, G. G., Khokhar, B., & Rabi, D. M. (2016). Environmental risk factors and type 1 diabetes: past, present, and future. *Canadian journal of diabetes*, 40(6), 586-593.
- Care, F. (2019). Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl 1), S124-S138.
- Castellanos, L., Tuffaha, M., Koren, D., & Levitsky, L. L. (2020). Management of diabetic ketoacidosis in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Drugs*, 22(4), 357-367.
- Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J. (2017). Type 2 diabetes. *The lancet*, 389(10085), 2239-2251.
- Cheng, A. Y. (2013). Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee: Canadian diabetes association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes*, 37(Suppl 1), S1-S3.
- Cicmil S, Mladenović I, Krunić J, Ivanović D, Stojanović N. Oral Alterations in Diabetes Mellitus. *Balk J Dent Med*. 2018;22:7–14.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 51-67.
- Cohen, I. R., & Efroni, S. (2019). The immune system computes the state of the body: crowd wisdom, machine learning, and immune cell reference repertoires help manage inflammation. *Frontiers in immunology*, 10, 10.
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Fernhall, B., Regensteiner, J. G., Blissmer, B. J., Rubin, R. R., ... & Braun, B. (2010). American College of Sports Medicine; American Diabetes Association. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care*, 33(12), e147-e167.

- Deakin, T. A., McShane, C. E., Cade, J. E., & Williams, R. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
- DeFronzo, R. A. (2009). From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes*, 58(4), 773-795.
- Demir, E., 2016. Yıldırım beyazıt üniversitesi tıp fakültesi ve sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi: Tıp Fakültesi
- Diaz-Valencia, P. A., Bougnères, P., & Valleron, A. J. (2015). Global epidemiology of type 1 diabetes in young adults and adults: a systematic review. *BMC public health*, 15(1), 1-15.
- Donnan, P. T., MacDonald, T. M., & Morris, A. D. (2002). Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabetic Medicine*, 19(4), 279-284.
- Edelman, C., & Kudzma, E. C. (2021). *Health promotion throughout the life span-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Ekici, S., 2021. Tip 1 diyabetli kardeşi olan ergenlerde psikolojik belirtilerin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi SBE.
- Ellard, S., Bellanné-Chantelot, C., & Hattersley, A. T. (2008). Best practice guidelines for the molecular genetic diagnosis of maturity-onset diabetes of the young. *Diabetologia*, 51(4), 546-553.
- Eraydın, C. (2016). *Stomalı hastalarda öz bakım gücünün belirlenmesi* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Ersun, A., & Boluşık, B. (2012). Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği Türkçe Formu Geçerlik Ve Güvenirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 37-45.
- Esin, N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45), 87-95.

- Esteve, E., Ricart, W., & Fernández-Real, J. M. (2011). Gut microbiota interactions with obesity, insulin resistance and type 2 diabetes: did gut microbiote co-evolve with insulin resistance?. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 14(5), 483-490.
- Fırat, E., 2014. 3-16 yaş tip 1 diyabetli çocukların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Forouhi, N. G., & Wareham, N. J. (2019). Epidemiology of diabetes. *Medicine*, 47(1), 22-27.
- Franz, M. J., Bantle, J. P., Beebe, C. A., Brunzell, J. D., Chiasson, J. L., Garg, A., ... & Wheeler, M. (2002). Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes care*, 25(1), 148-198.
- Gambino, R. (2007). Glucose: a simple molecule that is not simple to quantify. *Clinical chemistry*, 53(12), 2040-2041.
- Gannon, M. C., Nuttall, J. A., Damberg, G., Gupta, V., & Nuttall, F. Q. (2001). Effect of protein ingestion on the glucose appearance rate in people with type 2 diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 86(3), 1040-1047.
- Godarzi, M., Ebrahimzadeh, A., Rabi, A. R., & SaidipoorB, A. M. (2011). JA Examining the relationship between knowledge, attitude and Performance With self-efficacy in type 2 diabetic patients in city of Karaj. *Iran J Diabetes Lipid Disord*, 11(3), 269-81.
- Gokal, K., Wallis, D., Ahmed, S., Boiangiu, I., Kancherla, K., & Munir, F. (2016). Effects of a self-managed home-based walking intervention on psychosocial health outcomes for breast cancer patients receiving chemotherapy: a randomised controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1139-1166.
- Grøntved, A., Rimm, E. B., Willett, W. C., Andersen, L. B., & Hu, F. B. (2012). A prospective study of weight training and risk of type 2 diabetes mellitus in men. *Archives of internal medicine*, 172(17), 1306-1312.
- Guz, E., Brodowicz-Krół, M., Kulbaka, E., Bartoszek-Popko, M., & Lutomski, P. (2020). Parents' attitudes towards a difficult situation resulting from the chronic disease of their child. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 27(3).
- Haller, M. J., Atkinson, M. A., & Schatz, D. (2005). Type 1 diabetes mellitus: etiology, presentation, and management. *Pediatric Clinics*, 52(6), 1553-1578.

- Hamdy, O., & Barakatun-Nisak, M. Y. (2016). Nutrition in diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 45(4), 799-817.
- Harris, K. M. (2010). An integrative approach to health. *Demography*, 47(1), 1-22.
- Harville, E. W., Viikari, J. S., & Raitakari, O. T. (2011). Preconception cardiovascular risk factors and pregnancy outcome. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 22(5), 724.
- Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Self-care concept analysis in cancer patients: An evolutionary concept analysis. *Indian journal of palliative care*, 22(4), 388.
- Hawa, M. I., Kolb, H., Schloot, N., Beyan, H., Paschou, S. A., Buzzetti, R., ... & Action LADA Consortium. (2013). Adult-onset autoimmune diabetes in Europe is prevalent with a broad clinical phenotype: Action LADA 7. *Diabetes care*, 36(4), 908-913.
- Heath, J., Norman, P., Christian, M., & Watson, A. (2017). Measurement of quality of life and attitudes towards illness in children and young people with chronic kidney disease. *Quality of Life Research*, 26(9), 2409-2419.
- Heidarzadeh, M., Atashpeikar, S., & Jalilazar, T. (2010). Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 15(2), 71.
- Heimlich, T. E., Westbrook, L. E., Austin, J. K., Cramer, J. A., & Devinsky, O. (2000). Brief report: Adolescents' attitudes toward epilepsy: further validation of the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS). *Journal of pediatric psychology*, 25(5), 339-345.
- Herbst, A., Kordonouri, O., Schwab, K. O., Schmidt, F., Holl, R. W., & DPV Initiative of the German Working Group for Pediatric Diabetology Germany. (2007). Impact of physical activity on cardiovascular risk factors in children with type 1 diabetes: a multicenter study of 23,251 patients. *Diabetes care*, 30(8), 2098-2100.
- Hosseinzadeh, M., Mahdavi, N., Valizadeh, S., Fooladi, M. M., Rahmani, F., Ghanouni, F., & Aghajari, P. (2019). Self-care behavior and self-care agency in lowering salt consumption in hypertensive older patients based on Orem's self-care theory. *Social Health and Behavior*, 2(3), 89.
- Hoying, J., Melnyk, B. M., Hutson, E., & Tan, A. (2020). Prevalence and correlates of depression, anxiety, stress, healthy beliefs, and lifestyle behaviors in first-year graduate health sciences students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 49-59.

- Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., ... & Matthews, D. R. (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes care*, 35(6), 1364-1379.
- Jwad, S. M., & AL-Fatlawi, H. Y. (2022). Types of Diabetes and their Effect on the Immune System. *J. Adv. Pharm. Pract*, 4, 21-30.
- Kahraman, A., & Bolışık, B. (2014). Epilepsili Çocukların Hastalıklarına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 53.
- Kaminsky, L. A., German, C., Imboden, M., Ozemek, C., Peterman, J. E., & Brubaker, P. H. (2021). The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*.
- Kara, Ö., & Uzun, M. E. (2020). Tip 1 Diyabetli Çocukların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri ile Ebeveynlerinin Yılmazlık ve Başa Çıkma Tutumları Arasındaki İlişki. *Ankara edical journal*, 20(4), 814-824.
- Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., ... & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-17.
- Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., ... & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-17.
- Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., ... & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-17.
- Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., ... & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-17.
- Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., ... & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-17.

- Kerner, W., & Brückel, J. (2014). Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes*, 122(07), 384-386.
- Kiviniemi, M. T., & Rothman, A. J. (2008). What do people think about changes in health behaviors? Differential perceptions of consequences of increases and decreases in health behaviors. *Psychology and Health*, 23(7), 867-885.
- Klein, S., Sheard, N. F., Pi-Sunyer, X., Daly, A., Wylie-Rosett, J., Kulkarni, K., & Clark, N. G. (2004). Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. A statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. *The American journal of clinical nutrition*, 80(2), 257-263.
- Kligler, B. (2004). The role of the optimal healing environment in the care of patients with diabetes mellitus type II. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10(Supplement 1), S-223.
- Kostak, M. A., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., & Ergül, G. D. (2014). Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Prev Med Bull*, 13(3), 189-96.
- Kumar, R., Nandhini, L. P., Kamalanathan, S., Sahoo, J., & Vivekanadan, M. (2016). Evidence for current diagnostic criteria of diabetes mellitus. *World journal of diabetes*, 7(17), 396.
- Küçük, S., & Didişen, N. A. (2021). Tip 1 Diyabetli 12-18 Yaş Arasında olan Çocukların Kan Şekeri Ölçüm Becerilerinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(5), 325-334.
- Küçükkaya, B., & Erçel, Ö. (2019). Jinekolojik kanserli hastalarda hastalık algısının öz-bakım gücüne etkisi. *Ege üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 35(3), 137-145.
- Lange, V. Z. (2010). Successful Management Of In-Hospital Hyperglycemia: The Pivotal Role of Nurses In Facilitating Effective Insulin Use. *Medsurg Nursing*, 19(6).
- LeBovidge, J. S., Lavigne, J. V., & Miller, M. L. (2005). Adjustment to chronic arthritis of childhood: The roles of illness-related stress and attitude toward illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(3), 273-286.

- LeBovidge, J. S., Strauch, H., Kalish, L. A., & Schneider, L. C. (2009). Assessment of psychological distress among children and adolescents with food allergy. *Journal of allergy and clinical immunology*, 124(6), 1282-1288.
- Levitsky, L. L., & Misra, M. (2018). Epidemiology, presentation, and diagnosis of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents.
- Ley, S. H., Hamdy, O., Mohan, V., & Hu, F. B. (2014). Prevention and management of type 2 diabetes: dietary components and nutritional strategies. *The Lancet*, 383(9933), 1999-2007.
- Li, L., Liu, S., & Yu, J. (2020). Autoimmune thyroid disease and type 1 diabetes mellitus: same pathogenesis; new perspective?. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 11, 2042018820958329.
- Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., ... & Shan, P. F. (2020). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Scientific reports*, 10(1), 1-11.
- Lowes, L., & Gregory, J. W. (2004). Management of newly diagnosed diabetes: home or hospital?. *Archives of disease in childhood*, 89(10), 934-937.
- M.L. Misso, K.J. Egberts, M. Page, et al. Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) versus multiple insulin injections for type 1 diabetes mellitus, *Cochrane Database Syst Rev* (1) (2010).
- MacLeod, S. F., Terada, T., Chahal, B. S., & Boule, N. G. (2013). Exercise lowers postprandial glucose but not fasting glucose in type 2 diabetes: a meta-analysis of studies using continuous glucose monitoring. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 29(8), 593-603.
- Maree, J. G. (2021). The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview. *Early Child Development and Care*, 191(7-8), 1107-1121.
- Marwick, T. H., Hordern, M. D., Miller, T., Chyun, D. A., Bertoni, A. G., Blumenthal, R. S., ... & Rocchini, A. (2009). Council on clinical cardiology, American Heart Association exercise, cardiac rehabilitation, and prevention committee; council on cardiovascular disease in the young; council on cardiovascular nursing; council on nutrition, physical activity, and metabolism; interdisciplinary council on quality of care and outcomes research. Exercise training for type 2 diabetes mellitus: impact on cardiovascular risk:

- a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 119(25), 3244-3262.
- Mayer-Davis, E. J., Kahkoska, A. R., Jefferies, C., Dabelea, D., Balde, N., Gong, C. X., ... & Craig, M. E. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric diabetes*, 19(Suppl 27), 7.
- Mbuagbaw, L., Mursleen, S., Lytvyn, L., Smieja, M., Dolovich, L., & Thabane, L. (2015). HIV ve diğer kronik hastalıklar için cep telefonu metin mesajı müdahaleleri: kanıt aktarımı için sistematik incelemelere ve çerçeveye genel bir bakış. *BMC sağlık hizmetleri araştırması* , 15 (1), 1-16.
- Mbuagbaw, L., Mursleen, S., Lytvyn, L., Smieja, M., Dolovich, L., & Thabane, L. (2015). HIV ve diğer kronik hastalıklar için cep telefonu metin mesajı müdahaleleri: kanıt aktarımı için sistematik incelemelere ve çerçeveye genel bir bakış. *BMC sağlık hizmetleri araştırması* , 15 (1), 1-16.
- McGovern, C. M., Militello, L. K., Arcolego, K. J., & Melnyk, B. M. (2018). Factors associated with healthy lifestyle behaviors among adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(5), 473-480.
- McIntyre, H. D., Catalano, P., Zhang, C., Desoye, G., Mathiesen, E. R., & Damm, P. (2019). Gestational diabetes mellitus. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-19.
- McKnight, J. A., Wild, S. H., Lamb, M. J. E., Cooper, M. N., Jones, T. W., Davis, E. A., ... & Miller, K. M. (2015). Glycaemic control of Type 1 diabetes in clinical practice early in the 21st century: an international comparison. *Diabetic Medicine*, 32(8), 1036-1050.
- Meece, J. (2006). Dispelling myths and removing barriers about insulin in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 32(1_suppl), 9S-18S.
- Meeto, D., McGovern, P., & Safadi, R. (2007). An epidemiological overview of diabetes across the world. *British journal of nursing*, 16(16), 1002-1007.
- Mehta, S. N., Volkening, L. K., Quinn, N., & Laffel, L. M. (2014). Intensively managed young children with type 1 diabetes consume high-fat, low-fiber diets similar to age-matched controls. *Nutrition research*, 34(5), 428-435.
- Melendez-Ramirez, L. Y., Richards, R. J., & Cefalu, W. T. (2010). Complications of type 1 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 39(3), 625-640.

- Miki, T., Yuda, S., Kouzu, H., & Miura, T. (2013). Diabetic cardiomyopathy: pathophysiology and clinical features. *Heart failure reviews*, 18(2), 149-166.
- Mobasserri, M., Shirmohammadi, M., Amiri, T., Vahed, N., Fard, H. H., & Ghojazadeh, M. (2020). Prevalence and incidence of type 1 diabetes in the world: a systematic review and meta-analysis. *Health promotion perspectives*, 10(2), 98.
- Mohammad, H. M., Farahani, B., Zohour, A. R., & PANAHI, A. S. (2010). Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease.
- Molzou, E. S., Suorsa, K. I., Hullmann, S. E., Ryan, J. L., & Mullins, L. L. (2011). The relationship of allergy severity to depressive and anxious symptomatology: the role of attitude toward illness. *International Scholarly Research Notices*, 2011.
- Monaghan, M., Horn, I. B., Alvarez, V., Cogen, F. R., & Streisand, R. (2012). Authoritative parenting, parenting stress, and self-care in pre-adolescents with type 1 diabetes. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(3), 255-261.
- Nabors, L., & Liddle, M. (2017). Perceptions of hospitalization by children with chronic illnesses and siblings. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1681-1691.
- Nacar, M., Baykan, Z., Cetinkaya, F., Arslantas, D., Ozer, A., Coskun, O., ... & Yilmaze, G. (2014). Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(20), 8969-8974.
- Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western journal of nursing research*, 26(7), 813-824.
- Nathan, D. M., Buse, J. B., Davidson, M. B., Heine, R. J., Holman, R. R., Sherwin, R., & Zinman, B. (2006). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes care*, 29(8), 1963-1972.
- Norris, S. L., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Bowman, B., Schmid, C. H., & Lau, J. (2005). Long-term effectiveness of weight-loss interventions in adults with pre-diabetes: a review. *American journal of preventive medicine*, 28(1), 126-139.
- Odegard, P. S., & Capoccia, K. (2007). Medication taking and diabetes. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1014-1029.

- Oksel, E., Akbıyık, A., & Koçak, G. (2016). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(2), 1-8.
- OREM'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Tip I Diyabeti Olan Adölesanın Hemşirelik Bakımı Öğr. Gör. Dr. Sultan Esra SAYAR Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Ebelik Bölümü, ERZURUM 2021
- Overgaard M, Lundby- Christensen L, Grabowski D. Disruption, worries and autonomy in the everyday lives of adolescents with Type 1 diabetes and their family members: a qualitative study of intrafamilial challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 2020, 29: 4633-4644.
- Özkan, S., & Durna, Z. (2006). İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(2), 121-135.
- Özkaraman, A., Alparslan, G., Babadağ, B., Gökçe, S., Gölgeli, H., Derin, Ö., & Bilgin, M. (2016). Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(2), 51-61.
- Parker, B., Noakes, M., Luscombe, N., & Clifton, P. (2002). Effect of a high-protein, high-monounsaturated fat weight loss diet on glycemic control and lipid levels in type 2 diabetes. *Diabetes care*, 25(3), 425-430.
- Parkkola, A., Härkönen, T., Ryhänen, S. J., Ilonen, J., Knip, M., & Finnish Pediatric Diabetes Register. (2013). Extended family history of type 1 diabetes and phenotype and genotype of newly diagnosed children. *Diabetes care*, 36(2), 348-354.
- Pastors, J. G., Franz, M. J., Warshaw, H., Daly, A., & Arnold, M. S. (2003). How effective is medical nutrition therapy in diabetes care?(Commentary). *Journal of the American Dietetic Association*, 103(7), 827-832.
- Patterson, C. C., Gyürüs, E., Rosenbauer, J., Cinek, O., Neu, A., Schober, E., ... & Soltesz, G. (2012). Trends in childhood type 1 diabetes incidence in Europe during 1989–2008: evidence of non-uniformity over time in rates of increase. *Diabetologia*, 55(8), 2142-2147.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing research*, 39(6), 326-332.

- Petersen, P. H., Jørgensen, L. G., Brandslund, I., De Fine Olivarius, N., & Stahl, M. (2005). Consequences of bias and imprecision in measurements of glucose and hba1c for the diagnosis and prognosis of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 65(sup240), 51-60.
- Petersmann, A., Müller-Wieland, D., Müller, U. A., Landgraf, R., Nauck, M., Freckmann, G., ... & Schleicher, E. (2019). Definition, classification and diagnosis of diabetes mellitus. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 127(S 01), S1-S7.
- Povey, R. C., & Clark-Carter, D. (2007). Diabetes and healthy eating. *The diabetes educator*, 33(6), 931-959.
- R.M. Bergenstal, W.V. Tamborlane, A. Ahmann, et al. Effectiveness of sensor-augmented insulin-pump therapy in type 1 diabetes *N Engl J Med*, 363 (2010), pp. 311-320.
- Ramsey, R. R., Ryan, J. L., Fedele, D. A., Mullins, L. L., Chaney, J. M., & Wagner, J. L. (2016). Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS): A systematic review of the literature. *Epilepsy & Behavior*, 59, 64-72.
- Ramsey, R. R., Ryan, J. L., Fedele, D. A., Mullins, L. L., Chaney, J. M., & Wagner, J. L. (2016). Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS): A systematic review of the literature. *Epilepsy & Behavior*, 59, 64-72.
- Rashidi, M., & Genç, A.. (2020). Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (10), 34-49.
- Rawshani, A., Landin-Olsson, M., Svensson, A. M., Nyström, L., Arnqvist, H. J., Bolinder, J., & Gudbjörnsdottir, S. (2014). The incidence of diabetes among 0–34 year olds in Sweden: new data and better methods. *Diabetologia*, 57(7), 1375-1381.
- Redondo, M. J., Jeffrey, J., Fain, P. R., Eisenbarth, G. S., & Orban, T. (2008). Concordance for islet autoimmunity among monozygotic twins. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2849-2850.
- Redondo, M. J., Steck, A. K., & Pugliese, A. (2018). Genetics of type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 19(3), 346-353.
- Rewers, A., Klingensmith, G., Davis, C., Petitti, D. B., Pihoker, C., Rodriguez, B., ... & Dabelea, D. (2008). Presence of diabetic ketoacidosis at diagnosis of diabetes mellitus in youth: the Search for Diabetes in Youth Study. *Pediatrics*, 121(5), e1258-e1266.

- Rewers, M., & Ludvigsson, J. (2016). Environmental risk factors for type 1 diabetes. *The Lancet*, 387(10035), 2340-2348.
- Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011;43(3):255-64.
- Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011;43(3):255-64.
- Richter, E. A., & Hargreaves, M. (2013). Exercise, GLUT4, and skeletal muscle glucose uptake. *Physiological reviews*.
- Riddell, M. C., & Perkins, B. A. (2006). Type 1 diabetes and vigorous exercise: applications of exercise physiology to patient management. *Canadian journal of diabetes*, 30(1), 63-71.
- Riddell, M. C., Gallen, I. W., Smart, C. E., Taplin, C. E., Adolfsson, P., Lumb, A. N., ... & Laffel, L. M. (2017). Exercise management in type 1 diabetes: a consensus statement. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 5(5), 377-390.
- Riordan, J. M., & Washburn, J. (1997). Comparison of baccalaureate student lifestyle health behaviors entering and completing the nursing program. *Journal of Nursing Education*, 36(6), 262-265.
- Rostami, F., Ramezani Badr, F., Amini, K., & Pezeshki, A. (2015). Effect of a self-care educational program based on Orem's model on stress in patients undergoing hemodialysis. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 5(1), 13-22.
- Russell, A. W., Baxter, K. A., Askew, D. A., Tsai, J., Ware, R. S., & Jackson, C. L. (2013). Model of care for the management of complex Type 2 diabetes managed in the community by primary care physicians with specialist support: an open controlled trial. *Diabetic medicine*, 30(9), 1112-1121.
- Saint Onge, J. M., & Krueger, P. M. (2011). Education and racial-ethnic differences in types of exercise in the United States. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 197-211.
- Sayar, S.E. (2021). OREM'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına Göre Tip I Diyabeti Olan Adölesanın Hemşirelik Bakımı. *Türk Diyabet Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 10- 14.
- Saydah, S. H., Imperatore, G., Henkin, L., D'Agostino Jr, R., Divers, J., Mayer-Davis, E. J., ... & Lawrence, J. M. (2015). Trends and characteristics of self-reported case

- presentation of diabetes diagnosis among youth from 2002 to 2010: findings from the SEARCH for Diabetes in Youth study. *Diabetes care*, 38(6), e84-e85.
- Sena, T., & Kitiş, Y. (2016). Tip 1 diyabetli çocukların okulda diyabet yönetimiyle ilgili yaşadıkları güçlükler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 44-60.
- Sevinç, H. Y., & Celasin, N. Ş. (2016). Tip 1 diyabetli kardeşi olan sağlıklı çocukların davranışlarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 5(3), 291-301.
- Sheard, N. F., Clark, N. G., Brand-Miller, J. C., Franz, M. J., Pi-Sunyer, F. X., Mayer-Davis, E., ... & Geil, P. (2004). Dietary carbohydrate (amount and type) in the prevention and management of diabetes: a statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 27(9), 2266-2271.
- Shulman, R., Miller, F. A., Daneman, D., & Guttmann, A. (2016). Valuing technology: a qualitative interview study with physicians about insulin pump therapy for children with type 1 diabetes. *Health Policy*, 120(1), 64-71.
- Siminerio, L. (2006). Challenges and strategies for moving patients to injectable medications. *The Diabetes Educator*, 32(2_suppl), 82S-90S.
- Smith, A., & Harris, C. (2018). Type 1 diabetes: management strategies. *American family physician*, 98(3), 154-162.
- Sümen, A., & Öncel, S. (2017). Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistemik derleme. *Eur J Ther*, 23(2), 49-94.
- Szmuilowicz, E. D., Josefson, J. L., & Metzger, B. E. (2019). Gestational diabetes mellitus. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(3), 479-493.
- Şişman, N. Y., & Çakır, G. A. (2021). Adölesanlarda Öz-bakım Gücü-Sağlığı Geliştirme Arasındaki İlişki ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(1), 29-34.
- Tapsell, L. C., Gillen, L. J., Patch, C. S., Batterham, M., Owen, A., Baré, M., & Kennedy, M. (2004). Including walnuts in a low-fat/modified-fat diet improves HDL cholesterol-to-total cholesterol ratios in patients with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 27(12), 2777-2783.

- Tonyushkina, K. N., Visintainer, P. F., Jasinski, C. F., Wadzinski, T. L., & Allen, H. F. (2014). Site of initial diabetes education does not affect metabolic outcomes in children with T1DM. *Pediatric diabetes*, 15(2), 135-141.
- Trojanowska, A., Emeryk, A., & Zarzycka, D. (2021). Asthmatic children's attitudes towards their illness. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 38(6), 1065-1070.
- Tuomilehto, J. (2013). The emerging global epidemic of type 1 diabetes. *Current diabetes reports*, 13(6), 795-804.
- Umpierre, D., Ribeiro, P. A., Kramer, C. K., Leitão, C. B., Zucatti, A. T., Azevedo, M. J., ... & Schaan, B. D. (2011). Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 305(17), 1790-1799.
- Unsar, S., Erol, O., & Mollaoglu, M. (2007). The self-care agency in dialyzed patients. *Dialysis & transplantation*, 36(2), 57-70.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., & Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 14(2), 101-109.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., & Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 14(2), 101-109.
- Valerio, G., Spagnuolo, M. I., Lombardi, F., Spadaro, R., Siano, M., & Franzese, A. (2007). Physical activity and sports participation in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases*, 17(5), 376-382.
- Walker, S. N., Sechrist KR, Pender NJ. (1987). The health-Promotion lifestyle profile: derelopment and psychometric characteristics, 36(2), 76-81.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*, 36(2), 76-81.

- Wang, X., Bao, W., Liu, J., OuYang, Y. Y., Wang, D., Rong, S., ... & Liu, L. G. (2013). Inflammatory markers and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes care*, 36(1), 166-175.
- Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*, 378(9793), 815-825.
- Wang, Z., Xie, Z., Lu, Q., Chang, C., & Zhou, Z. (2017). Beyond genetics: what causes type 1 diabetes. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 52(2), 273-286.
- Way, K. L., Hackett, D. A., Baker, M. K., & Johnson, N. A. (2016). The effect of regular exercise on insulin sensitivity in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes & metabolism journal*, 40(4), 253-271.
- Wherrett, D. K., Ho, J., Huot, C., Legault, L., Nakhla, M., Rosolowsky, E., & Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2018). Type 1 diabetes in children and adolescents. *Canadian journal of diabetes*, 42, S234-S246.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27(5), 1047-1053.
- Zeren., F., 2021. Diyabetes mellituslu bireylerin aile desteği ile öz bakım düzeyleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi SBE.
- Zhang, Y., Kwekkeboom, K., & Petrini, M. (2015). Uncertainty, self-efficacy, and self-care behavior in patients with breast cancer undergoing chemotherapy in China. *Cancer Nursing*, 38(3), E19-E26.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Duygu YOKUŞ

Doğum Yeri – Tarihi :

E-Posta Adresi :

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : 2018, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi Üniversite, Bölüm Hemşirelik

Yüksek Lisans Öğrenimi : 2023, KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri :7.Uluslararası 18. Ulusal hemşirelik Kongresi Sözel Bildiri (Tip 1 dm olan çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz bakım gücünün çocuğun hastalığa yönelik tutumuna etkisi ilişki arayıcı-tanımlayıcı bir çalışma)

İŞ DENEYİMİ

Stajlar : 2017, Stajyer Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2018, Stajyer Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Projeler :-

Çalıştığı Kurumlar : 2018, Güven Hastanesi

2019, Konya Başkent Hastanesi

2020-2023, İstanbul Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Tarih:25.01.2023

EK-1. ÇOCUK VE AİLE TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Kaç yaşındasın?

2.Cinsiyetin nedir?

a) Kız b) Erkek

3. Bugüne kadar en çok yaşadığın yer aşağıdakilerden hangisidir?

a) Büyük Şehir b) Şehir c) İlçe d) Köy

4. Aile tipin nedir? a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile e) Diğer

5. Aileniz gelir durumu sizce nasıldır?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden az

6. Annen kaç yaşında?

a) 18-22 b) 23-27 c)28-32 d) 33-37 e) 38 yaş ve üstü

7. Annenin eğitim durumu nedir?

a) Okur yazar/İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise ve dengi okul mezunu

d)Fakülte/Yüksekokul mezunu e) Diğer

8. Annen çalışıyor mu?

a) Evet b) Hayır

9. Baban kaç yaşında?

a) 18-22 b) 23-27 c)28-32 d) 33-37 e)38 yaş ve üstü

10. Babanın eğitim durumu nedir?

a) Okur yazar/İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu

c) Lise ve dengi okul mezunu d) Fakülte/Yüksekokul mezunu

e) Diğer.....

11. Baban çalışıyor nedir?

a) Evet b) Hayır

12. Sosyal güvencen var mı?

a) Evet b) Hayır

13. Annen ve baban birlikte aynı evde mi yaşıyorsunuz?

a) Evet b) Hayır

14. Okula gidiyor musun?

a) Evet b) Hayır

15. Yanıtın “Evet” ise kaçınıcı sınıfa gidiyorsunuz?

Yazınız

16. Okuldaki başarı durumunu nasıl tanımlarsın?

a) İyi b) Orta c) Kötü

17. Hastalığın kaç yaşındayken ortaya çıktı?

a) ilk 5 yaş b) 5-10 yaşlar arası c) 10-15 yaşlar arası d) 16-18 yaşlar arası

18. Hastalığın nedeniyle hastaneye yattın mı?

a) Evet b) Hayır

19. Yanıtın “Evet” ise hastanede kaç kez yattınız?

a) 1 kez b) 2 kez c) 3 kez d) 4 ve daha fazla

20. Kaç yıldır diyabet hastasıdır?

a) 1-3 yıl b) 4-6 yıl c) 7-9 yıl d) 10 yıldan fazla

21. Ne kadar sıklıkla hipoglisemi geçiriyorsun?

a) Ayda 1 ve daha fazla b) 3-4 ayda bir c) Yılda 1 veya daha az

23. Şuanda diyabet tedavisi için ilaç kullanıyor musun?

a) Evet b) Hayır

24. Kaç yıldır ilaç kullanıyorsun?

a) 1-3 yıl b) 4-6 yıl c) 7-9 yıl d) 10 yıldan fazla

25. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musun?

a) Evet b) Hayır

26. İlaçlarınızı kim takip ediyor?

a) Kendim takip ediyorum b) Annem takip ediyor c) Babam takip ediyor d) Diğer

27. İlaçlarının yan etkisi oluyor mu?

a) Evet b) Hayır

28. Yanıtınız “Evet” ise yan etki olarak neler oluyor?

Yazınız

29. Hiç ilaçlarını içmeyi unuttuğunuz olur mu?

a) Evet b) Hayır

30.Hastalığın konusunda aile desteğini yeterli buluyor musunuz?

a) Yeterli b) Kısmen yeterli c) Yetersiz

31.Diyabet oyun oynamanı veya arkadaşlarıyla vakit geçirmeni etkiliyor mu?

a) Evet etkiliyor b) Kararsızım c) Hayır etkilemiyor

32.Sürekli görüştüğün ya da oyun oynadığın kaç arkadaşınız var?

a) 1-2 b) 3-5 c) 6-8 d) 9 ve daha fazla

33. Nöbet geçirme korkun var mı?

a) Var b) Yok

34.Hastalığın hakkında bilgi aldınız mı?

A) Evet b) Hayır

35.Hastalığın hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a) Yeterli b) Kısmen yeterli c) Yetersiz

EK-2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 2

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

İfadeler		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				

11	Her gün rahatlamak için zaman ayırıyorum				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırıyorum				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				

26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				

40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahî bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK-3. ÇOCUĞUN KENDİ HASTALIĞINA YÖNELİK TUTUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda sen ve hissettiklerin hakkında 13 adet soru bulunmaktadır. Her soruyu dikkatle oku. Eğer anlamadığın bir şey olursa, bize sor. Her soru için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabın üst kısmına bir X işareti koy. Bazı sorularda cevap vermek zor olsa bile HER soruyu cevaplandır ve her soru için BİR cevap işaretle. Yalnızca KENDİN bize ne düşündüğünü söyleyebilirsin, bu nedenle GERÇEKTEN düşündüklerini işaretlemeni umuyoruz.

1. Diyabet hastası olmanla ilgili kendini ne kadar iyi veya kötü hissediyorsun?

Çok İyi Biraz İyi Emin Değilim Biraz Kötü Çok Kötü

2. Diyabet hastası olmanı ne kadar adaletli buluyorsun?

Çok Adaletli Biraz Adaletli Emin Değilim Biraz Adaletsiz Çok Adaletsiz

3. Diyabet hastası olmanla ilgili kendini ne kadar mutlu veya üzgün hissediyorsun?

Çok Üzgün Biraz Üzgün Emin Değilim Biraz Mutlu Çok Mutlu

4. Diyabet hastası olmanla ilgili kendini ne kadar kötü veya iyi hissediyorsun?

Çok İyi Biraz İyi Emin Değilim Biraz Kötü Çok Kötü

5. Diyabet hastalığının senin hatan olduğunu ne sıklıkla hissediyorsun?

Hiçbir zaman Sık Değil Bazen Sık Sık Çok Sık

6. Diyabet hastalığının, sevdiğin şeyleri yapmanı engellediğini ne sıklıkla düşünüyorsun?

Çok Sık Sık Sık Bazen Sık Değil Hiçbir zaman

7. Sürekli hasta olacağını ne sıklıkla hissediyorsun?

Hiçbir zaman Sık Değil Bazen Sık Sık Çok Sık

8. Diyabet hastalığının, yeni şeylere başlamanı engellediğini ne sıklıkla hissediyorsun?

Çok Sık Sık Sık Bazen Çok Sık Değil Hiçbir zaman

9. Diyabet hastası olmandan dolayı kendini diğer kişilerden ne sıklıkla farklı hissediyorsun?

Hiçbir zaman Sık Değil Bazen Sık Sık Çok Sık

10. Diyabet hastası olmandan dolayı kendini ne sıklıkla kötü hissediyorsun?

Çok Sık Sık Sık Bazen Sık Değil Hiçbir zaman

11. Hasta olmandan dolayı ne sıklıkla üzgün hissediyorsun?

Hiçbir zaman Sık Değil Bazen Sık Sık Çok Sık

12. Diyabet hastası olmana rağmen kendini ne sıklıkla mutlu hissediyorsun?

Hiçbir zaman Sık Değil Bazen Sık Sık Çok Sık

13. Diyabet hastası olmana rağmen kendini ne sıklıkla yaşlıların kadar iyi hissediyorsun?

Çok Sık Sık Sık Bazen Sık Değil Hiçbir zaman

EK-4. ÖZ – BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme X işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç Tanımlamıyor	Beni pek Tanımlamıyor	Fikrim yok	Tanımlıyor	Beni biraz Tanımlıyor	Beni çok Tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.						
2.Kendimi beğeniyorum.						
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.						
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.						
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.						
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.						
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.						
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.						
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.						
10.Hasta olmamak için bazı						

önlemler alırım.					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.					
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi					

yeterince yerine getiremiyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK-5. ETİK KURUL İZİNİ

**T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

Toplantı Sayısı: 10

Toplantı Tarihi: 20.12.2021

Karar Savısı: 2021/041 Dr.Öğr.Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKÇÜ'nün "Tip I Diyabetli Çocuklarda Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 13.12.2021 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Dr.Öğr.Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKÇÜ'nün sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr.Öğr.Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKÇÜ

Yardımcı Araştırmacı: Duygu YOKUŞ

ASLI GIBİDİR
20.12.2021

Prof. Dr. Fahri ZİYLAN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

EK-6. KURUM İZİNİ



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-14567952-900-204138
Konu : Çalışma İzni Hk.

20.06.2022

Sayın Duygu YOKUŞ

İlgi : 16.06.2022 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli yazınıza istinaden, "Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışmanızı tebliğ tarihinden itibaren 6 (Altı) ay süreyle hastanemizde veri toplamanız ve anket çalışması yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 09TM-9BTV-0U32 Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Hocacıhan Mahallesi Sultan Abdülhamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya
Telefon No : 0332 223 60 01
e-Posta :

Fax No :

İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgi için : Celil ALTINAYAK
Sekreter

Telefon No:0332 223 60 01



EK-7. ONAM FORMU

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Figen Türk DÜDÜKCÜ ve yüksek lisans öğrencisi Duygu YOKUŞ tarafından yürütülen "Tip I Diyabetli Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Öz-Bakım Gücünün Çocuğun Hastalığa Yönelik Tutumuna Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma Konya ili Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Necmettin Erbakan Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde yürütülecek olup araştırmanın yapıldığı dönemde bu merkezlerde tedavisi devam eden Tip 1 diyabetli çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz-bakım gücünün çocuğun hastalığa yönelik tutumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Bu araştırma kapsamında çocuğunuza, tedavisi için yapılan rutin işlemlerin dışında herhangi bir girişim yapılmayacaktır sadece çocuğa araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu ve ölçek formlarının doldurması istenecektir. Formların doldurulması 15-25 dakika sürecektir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararı vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmanın sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya yönlendirmesi altında olmadan. Size en uygun gelen cevapları içtenlikle cevaplamanız gerekmektedir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacıyla kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Araştırmaya Katılmak İstiyorum

Tarih:

Araştırmaya Katılmak İstemiyorum

İmza:

Katılımcının Beyanı,

Sayın araştırmacı Duygu Yokuş tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırmaya başlamadan önce aydınlatılmış onamdaki bilgileri okudum ve sızlő olarak dinledim. Aklıma takılan bőtőn soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da bőtők bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin őzenle korunacağı konusunda bana yeterli gőven verildi. Araştırmanın yőrőtőlmesi sırasında herhangi bir neden gőtsermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Duygu Yokuş' a hangi telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tőtőm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti bőtők bir memnuniyet ve gőtőllölük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

İmza:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Duygu YOKUş

Adres: İ*****

Tel: 05*****

EK-8. ÖLÇEK İZİNLERİ

27.12.2022 16:30

Posta - Figen Türk Dündükcü - Outlook

Fwd: Ölçek kullanım izni

Duygu Yokuş

27.12.2022 Sal 16:28

Kime: Figen Türk Dündükcü

----- Forwarded message -----

Gönderen: aysel kahraman

Date: 3 Oca 2022 Pzt, 13:49

Subject: Re: Ölçek kullanım izni

To: Duygu Yokuş

Duygu Hanım Merhaba,

Bu mailimi çok kullanmadığımdan mailinizi geç gördüm kusura bakmayın.

Diğer mailimden size yanıt verdim. Ölçeği yolladım.

İyi çalışmalar.

Kimden: "Duygu Yokuş"

Kime: "aysel kahraman"

Gönderilenler: 12 Aralık Pazar 2021 14:00:00

Konu: Ölçek kullanım izni

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.

Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı nyg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.

Değerli hocam,

Ben Duygu Yokuş Kto Karatay Üniversitesi Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam için Çocukların Kendi Hastalıklarına Yönelik Tutum Ölçeğini kullanabilmek için izninizi rica etmekteyim.

Ölçek puanlandırmalarını da rica etmekteyim.

Sağlıklı günler ve iyi çalışmalar dilerim. Cevabınızı beklemekteyim hocam 😊🙏

<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATZmYAZC05YWEAZS1NjQ0AC0wMAIMDAKAEYAAANic%2Fip%2BfT18K0baDR7mABwC6Xc9htx13TaGagA1%2BWQJ3AAACAQwAAAC6Xc9htx13TaGagA...> 1/2

27.12.2022 16:30

Posta - Figen Türk Dündükcü - Outlook

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmez ve kullanmaz kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.

<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATZmYAZC05YWEAZS1NjQ0AC0wMAIMDAKAEYAAANic%2Fip%2BfT18K0baDR7mABwC6Xc9htx13TaGagA1%2BWQJ3AAACAQwAAAC6Xc9htx13TaGagA...> 2/2

Fwd:  l ek kullanım izni

Duygu Yokuş <[REDACTED]>

27.12.2022 Salı 16:27

Kime: Figen Türk D d kc  <[REDACTED]>

2 ek (157 KB)

1-NNahcivan-TURKCE OZ-BAKIM GUCU OLCEGI.doc; 2-Turkish Esca-W.NR.pdf;

----- Forwarded message -----

Gönderen: **NURSEN NAHCIVAN** <[REDACTED]>

Date: 12 Ara 2021 Paz, 15:55

Subject: Re: Ölçek kullanım izni

To: Duygu Yokuş <[REDACTED]>

Sayın Duygu YOKUŞ,

Türkçe  z-bakım Gücü  l eği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerle,

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli  ğretim  yesi
E posta: [REDACTED]

https://outlook.live.com/mail/0/inbox/ld/ACMKADAwATZIZmYAZC05YWEAZS1N Q0AC0wMAIMDAKAEYAAANic%2Fip%2B T18K0wDR7mABwC6Xc h x13TaGagA1%2BWQJ3AAACAQwAAAC0Xc h x13TaGagA... 1/2

Duygu Yokuş <[REDACTED]> 12 Ara 2021 Paz, 14:11 tarihinde şunu yazdı:

Değerli hocam, ben Duygu Yokuş Kto Karatay  niversitesi ne psikiyatri ve ruh sağlığı hastalıkları hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tez çalışmam da  zbakım gücü  l eğinizi kullanmak için izninizi istemekteyim. Sevgi ve saygılarımla iyi çalışmalar dilerim hocam  😊

Yasal Uyarı: Bu elektronik posta, [buradan](#), ulaşabileceğiniz Kişi ve şartları tabidir.

Disclaimer: This email is subject to the Terms and Conditions available [here](#).

Lütfen bu e-postayı yazdırmadan önce  vreye olan etkisini dikkate alınız. Unutmayınız ki; d nyadaki kağıt t ketiminin yansı kazanılırsa, her yıl 8 milyon hektar orman alanı (Ege B lgesi b y kl ğ nde) yok olmaktan kurtulacaktır.

Please take into account the impact on the environment before printing this e-mail. Do not forget that if we reduce our paper consumption by half, every year 8 million hectares of forest (an area the size of Aegean Region in Turkey) will be saved from vanishing.

https://outlook.live.com/mail/0/inbox/ld/ACMKADAwATZIZmYAZC05YWEAZS1N Q0AC0wMAIMDAKAEYAAANic%2Fip%2B T18K0wDR7mABwC6Xc h x13TaGagA1%2BWQJ3AAACAQwAAAC0Xc h x13TaGagA... 2/2