

T.C.

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ERGEN DİYABETLİNİN ERİŞKİN DÖNEME
GEÇİŞİNDE YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR
VE KAYGI DURUMLARI**

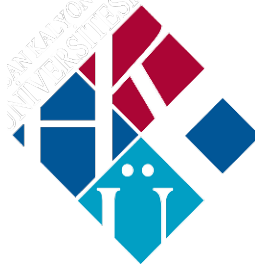
NURDAN YILDIRIM

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2017



T.C

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ERGEN DİYABETLİNİN ERİŞKİN DÖNEME
GEÇİŞİNDE YAŞADIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLAR
VE KAYGI DURUMLARI**

NURDAN YILDIRIM

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik Anabilim

Dalı Programı için Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMAN

Prof. Dr. NERMİN OLGUN




GAZİANTEP

2017

KABUL/ONAY SAYFASI

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **Nurdan YILDIRIM** tarafından hazırlanan “Ergen Diyabetlinin Erişkin Döneme Geçişinde Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Kaygı Durumları” başlıklı tez, 28.02.2017 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO	
Jüri Başkanı	: Doç. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO	
Jüri Üyesi	: Yrd. Doç. Dr. Gülhan COŞANSU İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tezi merhum babam Dursun Dökecek ve aramızdan çok erken yaşta ayrılan yiğenim İsmail Dökecek'e itaf ediyorum.

Yüksek Lisans yapmama vesile olan, eğitimim süresince öz verisini ve desteğini hiç eksik etmeyen yetişmemde büyük emeği olan hocam, Tez Danışmanım "Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nermin Olgun'a, benimle birlikte niteliksel bir seyahate çıkmayı kabul ettiği için minnettarım.

Tez aşamasında, baştan sona kadar destek olan Yrd. Doç. Dr. Selda Çelik, Yrd. Doç. Dr. Gülhan Coşansu, Uzm. Psikolog Meriç Onbaşıoğlu ve Yrd.Doç. Dr. Psikolog Ayça Özen Çıplak'a

Bu çalışmanın yapılmasında gerekli kurumsal desteği sunan Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yönetimine, klinik ve mesleki desteğini esirgemeyen, klinikte çalışma yapmama fırsat veren Çocuk Endokrinoloji Uzmanı Prof. Dr. Zehra Aycan ve Doç. Dr. Semra Çetinkaya'ya,

Eğitim ve proje çalışmalarım sırasında desteğini hiç esirgemeyip hep yanımda olan eşim İrfan Yıldırım, kızlarım Hande Deniz Yıldırım ve Başak Yıldırım'a, canım annem ve aileme,

Diyabet serüveninde beraber yürüdüğüm diyabet eğitim hemşiresi Hatice Bilgili ve tüm meslektaşlarıma,

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılan, benimle diyabet deneyimlerini ve duygularını paylaşan çok sevdiğim diyabetli gençler; Bu çalışma, sizlerin sesinin yansımasıdır. Her birinizin paylaşımları, beni derinden etkilemiş ve sınırsız ilham kaynaklarım olmuştur. Hepinize sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Tip 1 diyabet çocukluk çağı kronik hastalıklarının başında gelmekte olup düzenli metabolik kontrol ve takip gerektiren aynı zamanda çocuk, aile ve diyabet ekibi için kontrolü son derece güç olan bir durumdur. Diyabet takibi ve kontrolünü zorlaştıran en önemli neden ise her yaş döneminde ayrı, farklı bakım ve eğitim stratejilerine gereksinim duyulmasıdır. Özellikle çocukluk dönemindeki takip ve kontrolden, erişkin dönemdeki takip ve kontrole geçiş aşamasında bazı tedbirler alınması, takibin devamının sağlanması ve bu sürecin sorunsuz atlatılması ergen, aile ve diyabet ekibi için büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, adölesan diyabetlinin erişkin döneme geçişinde yaşadığı psikososyal sorunlar ve kaygı durumlarını belirlemek üzere Haziran-Temmuz 2016 tarihleri arasında niteliksel olarak yürütülmüştür. Veriler görüşme formu, Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği ve derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Düzenli kontrollere gelen, daha önce bireysel ve grup eğitimi-ileri düzey karbonhidat sayımı eğitimi almış, insülin pompası (9/16) (%56,2) çoklu insulin rejimi kullanan (7/16(%43,7), 18-24 yaş arası araştırmaya katılmayı kabul eden 16 diyabetli ergen çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma gurbuna sorular yöneltilerek, alınan yanıtlar ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış, elde edilen kayıtların yazılı dökümü çıkarılmıştır. Verilerin analizinde içerik analiz yönteminin yanı sıra frekans ve yüzde dağılımı gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır.

Görüşme içerik analiz gruplamasına göre 5 tema, 13 ana kategori, 52 tematik ünite oluşturulmuştur. BDÖ'ye göre çalışmaya katılanların %25,0'i depresif olarak ve STAI FORM TX-I' ye göre %67'si ve STAI FORM TX-II'ye göre %68,7'si kaygılı olarak tespit edilmiştir. İçerik analizi sonuçları normbağımlı değerlendirmelerden elde edilen bulguları destek nitelikte olup, adölesanlar erişkin kliniğine geçişe ilişkin çok çeşitli alan ve konularda kaygılarını belirtmişlerdir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, iyi yapılandırılmış bir geçiş eğitim programına ihtiyaç olduğu ve ön hazırlıkla bu kaygıların azalacak hatta ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Geçiş protokolleri ve rehberlerinin, çocuk ve erişkin kliniklerinde uygulanarak bakımda ortak dilin oluşturulması sağlanmalıdır. Çocukla erişkin arasında geçiş polikliniği oluşturulmasına ve adölesanların bu poliklinikte takip edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırma bulguları, literatür eşliğinde yorumlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 diyabet,kronik hastalık,ergenlik dönemi, erişkin geçiş dönemi

ABSTRACT

Type I diabetes mellitus (DM-I) is the most frequently observed chronic disease in childhood, requiring prolonged metabolic monitoring and regular check-ups that can be quite demanding for the caregivers, medical team and, ultimately, the children themselves. The most important factor behind the challenges in monitoring and controlling diabetes is that every age group necessitates separate areas of expertise. It is especially important for adolescent patients, their families and medical team, for instance, to adjust to and take necessary precautions regarding changing caring conditions when proceeding from childcare to adult care. This study focused on identifying psychosocial problems faced by late adolescents moving on to young adulthood, and employed a combination of quantitative as well as qualitative techniques in data gathering during June-July, 2016. Tools for data gathering included interview forms, Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and in-depth interviewing.

Study sample involved 16 voluntary adolescent patients with DM-I, who underwent regular check-ups, finished advanced carbohydrate counting training in both individual and group settings, were using insulin pumps (9 out of 16; 56.2%) or multiple daily insulin regimens (7 out of 16; 43.7%), and were aged between 16 and 24 years old. Researchers directed various questions to the study group and recorded answers in audio; then, these answers were transcribed into print-out forms which were eventually analysed with descriptive statistics, involving content analysis as well as assignment of frequencies and percentage distributions. Content analysis was done by grouping data into 5 themes, 13 main categories and 52 thematic sections. According to the BDI data 25.0% of participants demonstrated identifiable depression profiles, and STAI TX-I and TX-II forms demonstrated identifiable anxiety profiles in 67.0% and 68.7% of participants, respectively. Normative assessment of content analysis findings were in line with the indications of findings, which means that adolescents experience a number of problems in various areas and topics when proceeding to adult care sections.

Findings of this study suggest that well organized education programmes on the transition from child to adult care are essential for late adolescent patients with DM-I; and with adequate preparations the anxiety levels these patients are currently suffering can be ameliorated, even eliminated. Transition protocols and consultants need to be implemented in child and adolescent care to support mutual understanding and dialogue. This means that a transition polyclinic service needs to be formed to fill the gap between child and adult care services, also to conduct medical monitoring of transition patients. Research findings were discussed with respect to current literature on the subject.

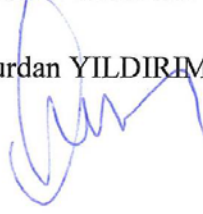
Keywords: Type I diabetes mellitus, chronic disease, adolescence, transition to adulthood

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Ergen Diyabetlinin Erişkin Döneme Geçişinde Yaşadığı Psikososyal Sorunlar Ve Kaygı Durumları” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 28.02.2017

Nurdan YILDIRIM



İÇİNDEKİLER

KABUL/ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	x
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi	1
1.2. Amaç	2
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. Kronik Hastalık	3
2.2. Diyabet	3
2.2.1. Diyabetin Tanımı	3
2.2.2. Tip 1 Diyabet Epidemiyolojisi	4
2.2.3. Tip 1 Diyabet Etyolojisi	4
2.2.4. Tip 1 Diyabet Belirti Ve Bulgular	5
2.2.5. Diyabet Tanı Kriterleri	6
2.2.6. Tip 1 Diyabet Tedavisi	7
2.2.7. Kendi Kendine İzlem	9
2.2.8. Çocuk ve Adölesanlarda Glisemik Kontrol Hedefleri	11
2.2.9. Psikososyal Yaklaşım	11
2.2.10. Tip 1 Diyabette Eğitim	12
2.3. Adölesan Dönem (12-21 Yaş)	17
2.3.1. Erken Adölesan Dönemi	18
2.3.2.Orta Adölesan Dönemi	18
2.3.3.Geç Adölesan Dönemi	18
2.4. Adölesan Dönemde Yaşanan Sağlık Sorunları	19
2.5.Kronik Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkileri	20

2.6. Kronik Sağlık Sorunu Olan Adölesanların Yetişkin Sağlık Hizmetlerine Geçiş Sürecinde Yaşadıkları Güçlükler	20
2.7. Diyabetli Gençlerin Erişkine Geçiş Süreci	21
2.8. Geçişte Uyulması Gereken ADA Geçiş Grubu Önerileri	22
2.9. Geçişte uygulanması gereken işlemler	24
2.10. Hasta Kurum Tercihi, Memnuniyeti	25
3. GEREÇ / YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.3. Veri Toplama Araçları	27
3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği	27
3.3.2. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAITX-1)	28
3.3.3. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2)	28
3.4. Verilerin Toplanması	28
3.5. Verilerin Analizi	30
3.6. Etik Hassasiyetler	34
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
4.1. Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	35
4.2. Sosyo Demografik Özellik Analizi	36
4.3. Depresyon ve Kaygı	38
4.4. İçerik Analizi Sonuçları	39
4.4.1. Tema 1- Pediatri Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercihi	39
4.4.2. Tema 2- Diyabeti ile ilgili paylaşım ve diğer insanların düşünceleri	46
4.4.3. Tema 3-Yeni Bir Yaşam Ve Gelecekle İlgili Belirsizlik Kaygı Durumu	49
4.4.4. Tema 4-Stres ve Kaygıları İle Baş Etme Yöntemleri	55
4.4.5. Tema 5-Çocuk Kontrolünden Erişkin Kontrolüne Geçişte Kurumlardan Beklentiler	58
5. TARTIŞMA	62
5.1. Sosyo Demografik Özelliklere Yönelik Tartışma	62

5.2. Katılımcıların Kaygı Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışması	64
5.3. Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Niteliksel Sonuçlarının Tartışması	65
5.3.1. Tema 1-Pediatri Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercihi	66
5.3.2. Katılımcıların kuruma karşı olumlu duygu ve düşünceleri	66
5.3.3. Kurumun İşleyişinden Memnuniyet (Randevu, Ulaşılabilirlik, Ayrılan Vakit Vb.)	68
5.3.4. Diğer Hastaların Kurumla İlgili Olumlu Geri Bildirimlerinin De Kurum Tercihinde Önemi	69
5.3.5. Geçilecek Kuruma Karşı Olumsuz Düşünce ve Duygular	69
5.4.1. Tema 2- Diyabeti İle İlgili Paylaşım Ve Diğer İnsanların Düşünceleri Tartışması	71
5.5.1. Tema 3- Yeni Bir Yaşam Ve Gelecekle İlgili Belirsizlik Kaygı Durumu Tartışması	71
5.5.2. Gelecek Yaşantıya Yönelik Kaygılar	72
5.5.3. Baş Edebilme Gücüne Dair İnanışlar	73
5.5.1.Tema 4- Stres Ve Kaygıları İle Baş Etme Yöntemleri	74
5.6.1.Tema 5- Çocuk Kontrolünden Erişkin Kontrolüne Geçişte Kurumlardan Beklentiler Tartışması	76
5.6.2.Eski Kurumdan Beklenti/İstek/Talep	76
5.6.3. Yeni Kurumdan Beklentiler	78
5.6.4.Her İki Kuruma Dair Beklentiler	79
6. SONUÇ	83
KAYNAKÇA	86
EKLER	99
EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	99
EK 2. Demografik Bilgi Formu	101
EK3. Açık Uçlu Sorular	102
EK 4. Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö)	103
EK 5. Beck Depresyon Ölçeğinin Yorumlanması Ve Değerlendirilmesi	107
EK 6. Stai Form Tx – I	108
EK-7. Stai Form Tx – 2	109

EK 8. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği	110
EK 9. Tip 1 Diyabetli Çocukların Erişkin Kliniklerine Geçiş Süreci Rehberi	112
EK 10. Etik Kurul Onayı	114
Ek 11. İntihal Raporu Formu	116
ÖZGEÇMİŞ	117

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri	6
Tablo 2.	A1C ile ortalama kan şekeri ilişkisi ve A1C'nin NGSP ve IFCC birimlerinin karşılaştırılması	10
Tablo 3.	Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Adölesanlar da Yaş Gruplarının Normal Gelişimi ve Yaşa Uygun Tedavi ve Takip Prensipleri	15
Tablo 4.	Araştırmacı tarafından oluşturulan kodlar ve alt kodlar-1	32
Tablo 5.	Araştırmacı tarafından oluşturulan kodlar ve alt kodlar-2	33
Tablo 6.	Katılımcılara Ait Sosyo Demografik Bilgiler	36
Tablo 7.	Sosyo-Demografik Özellik Tablosu	36
Tablo 8.	Kullanılan Ölçeklerin Analiz Tablosu	38
Tablo 9.	Pediyatri Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercihi	40
Tablo 10.	Araştırmaya katılan diyabetli gençlerin kurumda kalmayı tercih nedenlerine ilişkin önemli ifadelerin gruplamaları	41
Tablo 11.	Diyabeti ile ilgili paylaşım ve diğer insanların düşünceleri	46
Tablo 12.	Araştırmaya katılan diyabetli gençlerin diyabeti ile ilgili paylaşım ve diğer insanların düşüncelerini belirten önemli ifadeler	47
Tablo 13.	Tema 3-Yeni bir yaşam, gelecekle ilgili belirsizlik ve kaygı durumu	50
Tablo 14.	Araştırmaya katılan diyabetli gençlerin yeni bir yaşam ve gelecekle ilgili belirsizlik kaygı durumuna ilişkin önemli ifadelerin gruplamaları.	51
Tablo 15.	Tema 4- Stres ve kaygılar ile baş etme yöntemleri	56
Tablo 16.	Katılımcıların stres ve kaygıları ile baş etme yöntemlerine yönelik önemli ifadeleri	57
Tablo 17.	Çocuk kontrolünden erişkin kontrollerine geçişte kurumlardan beklentiler	59
Tablo 18.	Katılımcıların kurumlardan beklentilerini içeren önemli ifadeler	60

SİMGELER ve KISALTMALAR

A1C	: Glukozillenmiş Hemoglobin
ADA	: Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association)
APG	: Açlık Plazma Glukozu
DCCT	: Diyabet Kontrol ve Komplikasyon Çalışması (Diabetes Control and Complications Trial)
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gebelik Döneminde Diyabet
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
IFG/ BG	: Bozulmuş Glukoz Toleransı (Impaired Glucose Tolerance)
IGT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
ISPAD	: Uluslararası Pediatrik ve Ergen Diyabet Derneği (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes)
MÖ	: Milattan Önce
NPH	: Neutral Protamine Hagedorn
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
PG	: Plazma Glukozu
SMBG	: Kendi Kendine Glukoz İzlemi (Self Monitoring of Blood Glukose)
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi

Kronik hastalık; kalıcı yetersizlik bırakan, geriye dönüşü olmayıp, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim, uzun süreli bakım, gözetim ve denetim gerektiren, günlük fonksiyonları sınırlandıran durum olarak tanımlanmaktadır(1-3).

İstatistiklere göre ülkemizde kronik hastalıklardan etkilenen kişi sayısı çocuk, anne-baba ve kardeşlerle birlikte yaklaşık 2,8 milyondur (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre adölesan dönemde kronik hastalık görülme oranı %15 olarak bildirmiştir (4).

Günümüzde kronik hastalıklar, özellikle çocuk ve adölesanlar için giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmektedir (5). Adölesan hastalar, fiziksel görünüşlerine ve kişisel gelişimlerine verdikleri önem, bağımsızlık ve kontrol duyguları nedeniyle kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklar karşısında oldukça hassastırlar (6).

Dünyada küresel olarak en yaygın görülen ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların başında ise diyabet gelmektedir (7). Diyabet, insülin eksikliği ya da insülinin etkisindeki sorunlar nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerinden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik ve metabolik hastalıktır. Dünyada giderek sıklığı ve önemi artmaktadır(8-10). Diyabet, uzun dönemde vücudun çeşitli organ ve sistemlerinde hasarlara, fonksiyon kayıplarına yol açan bir hastalıktır. Bireyin yaşam kalitesini azaltır, yüksek tedavi harcamaları ve iş gücü kaybı nedeniyle bireyi, ailesini ve toplumu büyük oranda etkiler(11).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) ilk defa 14 yaş altı çocuk diyabetli oranını açıklamış bu oranı yarım milyon (542.000) olarak bildirmiştir. Her yıl bu sayıya 86 bin 14 yaş altı çocuğun ekleneceğini öngörmüştür (12).

Tip 1 diyabet çocukluk döneminde en sık görülen kronik hastalıktır ve yaşam boyu bakım ve yönetim gerektirir. İnsidansı tüm dünyada hızla artmaktadır (13-14).

Adölesan dönemde birçok davranış diyabet kontrolünün bozulmasına neden olur. Bunun sonucunda adölesan birey sorunlarıyla birlikte erişkin takibine geçer (15). Bu geçiş döneminde sıklıkla tedaviye uyumun olmaması, metabolik kontrolün kötü

olması ve psikolojik sorunlarla riskin artması eşlik eder. Geçmişteki çalışmalara paralel olarak, günümüzde yapılan çalışmalarda da, adölesanların devir sürecinde kaybolma ve izlemden çıkma (16) riskinin büyük sorun olduğunu, geçiş yaşının gecike bildiği gösterilmiştir (15).

Çocuk kliniklerinden erişkin kliniklerine geçiş problemleri yaklaşık 20 yıl kadar önce fark edilmiş ve sorunları içeren yayınlar yapılmıştır. Ancak yapılan çalışmalar kısıtlı olup daha çok adölesan dönem ve kronik hastalık yönetimine yönelik görüş ve bilgi içermektedir. Adölesan döneminde yaşanan sorunlarla birlikte geçişe hazır olmayan gençler erişkin takibine gitmede kayıp yaşamakta ve ileriki dönemlerde komplikasyon riskini arttırmaktadır (17 -19).

Bu alanda çalışmaların artırılmasına, sorunların tespit edilip, bunların çözümüne yönelik sağlık politikaları oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Bu zorluğun çözümü için klinikler arası iletişim kurulmasına, bağımsız ve kendi öz yönetimini almaya başlayan adölesanların desteklenmesine, geçişe yönelik eğitim programlarına ve sağlık sağlayıcılarının da bu desteğe ve politikalara ihtiyacı olduğu aşikardır. Ülkemizde çocuk endokrin kliniklerinin geçiş sürecinde uyguladıkları geçiş rehber programı olmakla birlikte (Ek-10), henüz aktif kullanılmamaktadır. Rehberin yaygınlaştırılması ve aktif kullanımının sağlanması için gerekli adımların atılmasına ihtiyaç vardır.

1.2. Amaç

Bu araştırma; adölesan diyabetlinin erişkin döneme geçişinde yaşadığı psikososyal sorunlar ve kaygı durumlarını geniş bir yelpazede ayrıntılı olarak belirlemek amacı ile planlanmıştır. Elde edilecek bulguların çocuk polikliniğinden erişkin polikliniğine geçiş sürecindeki hizmetlerin planlanmasında ve hizmetlerin yürütülmesinde diyabet hemşireleri ve diğer ekip üyeleri için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kronik Hastalık

Kronik hastalık; biyolojik, psikolojik ya da bilişsel nedenlerle ortaya çıkan, en az bir yılda sonlanması beklenen; fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal büyüme gelişmede sağlıklı yaşlılarına göre fonksiyon, aktivite ve sosyal rollerde sınırlılıklara neden olan; medikal tedaviye, özel beslenmeye, yardımcı araçlara bağımlı kılan, sürekli tedavi ve izlem gerektiren hastalıklardır(1,3, 20). Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin sayısı gittikçe artmakta; çocuğunda kronik hastalığı olması ailenin fiziksel, duygusal ve ekonomik dengelerini değiştirmekte, ailenin yaşamdan doyum almasını engellemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (21). DSÖ, çocukluk çağındaki kronik hastalık yaygınlığını ise %15-50 arasında olduğunu bildirmektedir (3). Dünyada küresel olarak en yaygın görülen ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların başında ise diyabet gelmektedir(7). Bu bölümde kısaca diyabetten bahsedilecektir.

2.2. Diyabet

2.2.1. Diyabetin Tanımı

Tip 1 diyabetes mellitus, pankreatik beta hücrelerinin otoimmün destrüksiyonu sonucu endojen olarak üretilen insülinin olmaması veya düşük düzeylerde olması hiperglisemi ile karakterize, genetik yatkınlık ve çevresel etmenlerin zemininde gelişen multifaktöriyel bir hastalıktır (22). Hastalığın başlaması genellikle çocukluk çağında (ortalama 7-15) olmakla birlikte herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir (23).

Diyabet gelişme sürecinde otoimmunitenin başlangıcından diyabetin oluşmasına kadar hiperglisemi ve diyabetin diğer klinik bulgularının henüz başlamadığı prelinik dönem mevcuttur. Prelinik dönem; hiperglisemi gibi klasik belirti ve bulgularının bulunmadığı dönemdir. Bu süreç kişiden kişiye büyük değişiklik gösterebilir. Hızlı ilerlemede çevresel faktörlerin yer aldığı düşünülmektedir (24-25). Tip 1 diyabetin semptomatik hale gelmesi için pankreas beta hücrelerinin yaklaşık %90'ının hasara uğradığı düşünülmektedir (26-27). Bazı çocuklarda hastalığın

oluşumunda otoimmunitenin olmadığı görülmüştür. Preklinik dönemin uzun sürdüğü yavaş ilerleyen ve akut başlangıçlı immün aracılı formları ile birlikte üç alt tipi bulunmaktadır. Diyabetik ketoasidoz gibi akut ve retinopati, nefropati, artropati nöropati gibi uzun dönem komplikasyonlar her üç alt tipte de görülür (28-29). Tüm çalışmalara rağmen etiyolojisi henüz tam olarak açıklanamamıştır.

2.2.2. Tip 1 Diyabet Epidemiyolojisi

Diyabet günümüzde, sıklığı ve yarattığı sorunları nedeniyle dünyada önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. IDF 20-79 yaş arası diyabetli birey sayısını 2015 yılı itibari ile 415 milyon olarak açıklarken bu sayının 2040 yılında 642 milyona ulaşacağını ve ilk defa 14 yaş altı çocuk sayısını ise yarım milyon (542.000) olarak açıklamıştır. Bu yaş grubunda tip 1 diyabet prevalansı %0.025'dir. Her yıl bu sayıya 86 bin 14 yaş altı çocuğun ekleneceğini öngörmüştür (22). Tip 1 diyabet özellikle Kuzey'de İskandinav ülkelerinde ve Güney Avrupa'da Sardinya'da artmaktadır. Türkiye'de 15 yaş altı tip 1 diyabet insidansı 3,2/100.000 çocuk/yıl olarak tahmin edilmektedir (30, 16). Diyabet ve ilişkili hastalıkların takip ve tedavi maliyetlerinden kaynaklanan doğrudan maliyetler yanında, bireyin iş verimliliğinin azalması, yaşam süresinin kısalması ve hasta yakınlarının meşguliyetlerinden kaynaklanan dolaylı maliyetlerin de göz önünde bulundurulması gerekir. Bu nedenle diyabetin kişiye ve topluma yükünü azaltmak için hastalığın ve gelişebilecek komplikasyonların olabildiğince erken dönemde tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi gerekir (29-30).

2.2.3. Tip 1 Diyabet Etiyolojisi

Tip 1 diyabet insidansı giderek artan ve bir çok ülke tarafında rapor edilen bir hastalıktır. Etiyolojisinde genetik faktörler, çevresel faktörler ve otoimmün faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir (23, 31- 34).

Tip 1 diyabette genetik yatkınlık incelendiğinde bazı toplumlarda stabil kalırken bazı toplumlarda ise insidansının arttığı ve görülme yaşının da giderek küçüldüğü ciddi dikkat çekmektedir(9-14). Oluşumunda HLA (human leukocyte antigen), HLADR3/DR4 genlerinin etkili olduğu düşünülmektedir (32, 35). Yakın

akrabalarda, yaşam boyu Tip 1 DM gelişme riski bulunmaktadır. Tip 1 diyabetli bireyin kendi çocuklarında diyabet gelişme riski %6, kardeşlerinde %5, ikiz eşinde %50'dir. Tip 1 diyabetli bireyin monozigotik ikiz eşinde dizigotik ikiz eşine göre risk daha yüksektir. Dizigotik ikiz eşlerindeki risk ikiz olmayan kardeşlerdeki riskle hemen hemen aynıdır (36). Pankreasın adacık hücrelerine karşı otoimmünite oluşturmasının nedeni genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerdir (23, 32). Otoantikörlerin bulunmadığı (immün aracılı olmayan) fulminan tip olarak tanımlanan akut başlangıçlı tipinin, Asya veya Afrika kökenli çocuk hastalarda olduğu görülmüştür. Tip 1 diyabet, klinik hale geçmeden önceki dönemin uzun ve yavaş ilerleyen ayrıca; akut başlangıçlı immün aracılı formları ile birlikte üç alt tipi bulunmaktadır. Otoimmün etiyojinin diğer bir göstergesi de tip 1 diyabetin hipotiroidi, graves hastalığı, otoimmün poliglandüler sendrom 1 ve 2, pernisiyöz anemi, Addison ve çölyak hastalığı gibi otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilmesidir. Çevresel faktörler; otoimmünitenin başlamasında, süpresyonunda veya başlamış olan otoimmünitenin progresyonunun değişiminde önemli rol almaktadır (32- 33). Mevsimlerin özellikle kış dönemlerinin etkili olduğu; enfeksiyon, diyet, hijyen ve toksinlerinde etkisi tartışılmaktadır. Diyabet ve komplikasyonlarının diyabetli bireye, ailesine, sağlık sistemine ve ülke ekonomisine yükü çok yüksektir (37). DSÖ'nün öngörülerine göre Çin 2006-2015 yılları arasında, kalp hastalıkları, inme ve diyabet nedeniyle gelirinin 558 milyar dolarını kaybedeceği öngörülmüştür (38).

2.2.4. Tip 1 Diyabet Belirti Ve Bulgular

- Sürekli susama hissi/ağız kuruluğu
- Çok su içme
- Sık sık ve bol miktarda idrara çıkma
- Özellikle çocuğun gece altını ıslatması
- Hızlı ve derin solunum
- Sık yemek yeme
- Kilo kaybı
- Huzursuzluk ve davranış değişikliği görülmektedir.

Bu belirtiler hastaların çoğunda bir aydan kısa sürmektedir. Genellikle fark edilmediğinde diyabetik ketoasidoz (DKA) şeklinde olmakta ve hastaneye yatış tablosu ağırlaşmaktadır. DKA koması hayatı tehdit eden çok ciddi bir durumdur (39).

2.2.5. Diyabet Tanı Kriterleri

Tablo 1. Diabetes Mellitus Ve Glukoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri

	Aşıkari Diyabet	İzole IFG**	İzole IGT	IFG+IGT	Diyabet Riski Yüksek
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125mg/dl	< 100mg/dl	100-125mg/dl	–
OGTT 2.st PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	<140mg/dl	<140-199mg/dl	140-199mg/dl	–
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	–	–	–	–
A1C***	≥%6.5 (≥48 mmol/mol)	–	–	–	%5.7-6.4 (3946mmol/mol)

*Glisemik venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile ‘mg/dl’ olarak ölçülür. ‘Aşıkari DM’ tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken ‘İzole IGF’ ve ‘IGT’ ve ‘IFG+ IGT’ için her iki kriterin bulunması şarttır. ** 2006 yılı WHO/IDF Raporunda normal APG kesim noktasının 110mg/dl ve IFG 110-125 mg/dl olarak korunması benimsenmiştir. ***Standardize metotlarla ölçülmelidir.

DM: Diabetes mellitus, APG:Açlık plazma glukozu, 2. St PG:2. Saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1C: Glikozillenmiş hemoglobinin A1c, IFG: Bozulmuş açlık glukozu(impaired fasting glucose), IGT: Bozulmuş glukoz toleransı (İmpaired glucose tolerance), WHO: Dünya Sağlık Örgütü, IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu.

Kaynak:Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED): Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu (40)’ ndan alınmıştır.

Yukarıda ki tabloya göre diyabet tanısı bu dört yöntemden herhangi birisi ile konulabilir. Genelde ağır diyabet semptomlarının bulunmadığı durumlar dışında, tanının başka bir zaman , tercihen aynı yöntemle doğrulanması önerilir. Farklı iki test yapılmış ve sonuçları tutarsız ise sonucu eşik değerin üstünde çıkan test tekrarlanmalı ve sonuç yine diagnostik ise diyabet tanısı konulmalıdır.

2.2.6. Tip 1 Diyabet Tedavisi

Diyabetli çocuk ve adölesanların takip ve tedavisi birbirine benzemekle birlikte, erişkinlerden bazı farklılıklar göstermektedir. Tedavi programı yapılırken çocuğa bakım sağlayacak aile ve bakıcıların eğitim düzeyi önemli yer tutmaktadır.

2.2.6.1. Tedavi de Amaç

- ✓ Yüksek yaşam kalitesini sağlamak
- ✓ Büyüme ve gelişmenin normal süreçte devamını sağlamak
- ✓ Akut ve kronik komplikasyonları önlemek
- ✓ Kan şekeri regülasyonunu sağlamak
- ✓ Enfeksiyon gelişimini engellemek veya şiddetini azaltmak
- ✓ Uzun ve kısa vadeli komplikasyonlardan korumak
- ✓ Bedensel ve ruhsal iyilik halini sağlamak, devam ettirmek
- ✓ Kaliteli yaşamı sağlamaktır (39, 41-42).

2.2.6.2. İnsülin Tedavisi

Yapılan tüm araştırmalar en iyi glisemik kontrolü sağlayacak insülin tedavileri üzerine olmuştur. En az hipoglisemi ile optimal glisemik kontrolün sağlanması, fizyolojik insülin salgısını en iyi taklit eden insülin tedavisini uygulamak önemlidir.

- ✓ Kan glukoz regülasyonunu sağlamak
- ✓ Akut ve kronik komplikasyon gelişme riskini azaltmak veya önlemek
- ✓ Fizyolojik süreçte büyüme ve gelişmenin devamlılığını sağlamak
- ✓ Gebelik durumunda anne ve bebekte komplikasyon gelişmesini önlemek
- ✓ Enfeksiyondan ve şiddetinden korumak
- ✓ Yaşam kalitesini ve süresini arttırmak.

Diyabetli birey ve tedavi ile ilişkili nedenlerden dolayı bu çok da kolay değildir. Diyabet Kontrol ve Komplikasyon Çalışması (DCCT) diyabetin uzun dönem makro ve mikrovasküler komplikasyonlarının sıkı ve iyi glisemik kontrol ile önlenebilir ya da azaltılabilir olduğunu gösterilmiştir (43- 44).

2.2.6.3. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyabet tedavisinin önemli yapı taşlarından birisi de sağlıklı beslenmenin sağlanmasıdır (44). Tip1 diyabetli çocukların beslenmesi; aynı yaş ve cinsteki normal çocukların aldıkları kalori ile aynıdır. Tip 1 diyabetli çocuklara verilen beslenme tedavisinde kalori kısıtlaması söz konusu değildir. Kalori kısıtlanması çocuğun büyümesi duraklamasına neden olacaktır. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT) düzenlenirken verilen öneriler, diyabetli çocuk veya gencin günlük yeme alışkanlıkları ve sosyo-ekonomik durumu da göz önüne alınarak hazırlanmalıdır. TBT diyabetli çocuğun büyüme ve gelişmenin devam etmesini sağlarken; beslenme eğitimi ile verilen bilginin davranışa dönüşmesi tedavi başarısını arttıracaktır (45). Uzun süreli açlığın olmaması, kan şekerinin düşmemesi ve kan şekeri düzeyinde oluşabilecek dalgalanmaları önlemek için öğün sayısına dikkat edilmelidir. Beslenme planında öğün sayısı yaşam tarzına, verilen medikal tedaviye bağlı olarak değişmekle birlikte genel olarak üç ana üç ara öğün şeklinde önerilir (46). Hipogliseminin aşırı beslenme ile tedavi edilmesi, ihtiyaçtan fazla insülin kullanılması aşırı kilo artışı ile sonuçlanır (47). Hasta ve ailesi, tanı anından itibaren çocuk beslenmesi ve diyabet alanında tecrübeli bir diyetisyen ile tanıştırılmalıdır (48).

2.2.6.4. Egzersiz

Fiziksel aktivite, kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile kalp ve solunumu hızlandıran, farklı derecelerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır.

Egzersiz ise; planlı ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir. Egzersizin, planlı ve düzenli aralıklarla yapılması, çocukların ve ergenlerin sağlıklı büyümesine ve gelişmesine olumlu destek sağlar. Kötü alışkanlıklardan korunması ve sosyalleşmesi açısından son derece önemlidir. Gelecek yaşlarda oluşabilecek kronik hastalıkların

engellenmesi, oluşmuş ise tedaviye destek sağlaması ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli katkı sağlamaktadır (44).

Diyabetli bireylerde ise egzersize fizyolojik cevap, egzersiz esnasındaki plazma insülin konsantrasyonuna bağlıdır. Egzersize vücudun verdiği fizyolojik cevabı; yapılan egzersizin şiddeti, süresi ve sıklığı belirler.

Diyabetli çocuklarda egzersiz; insülin direncini azaltır, kullanılan insülinin etkisini artırır ve doz azalmasını sağlar. Kan şekeri düşürerek metabolik kontrole ciddi olumlu etki sağlar. Ayrıca kilo kontrolü, kas gücü artışı gibi bir çok yararlı etki sağlar. Tip 1 diyabetli çocuk ve gençlerde egzersizin genelde yemekten bir saat sonra tokken yapması önerilmektedir. Egzersizden önce, arasında ve sonrasında kan şekeri ölçümü yapılmalıdır. Gençlerin isteğine bağlı sevdiği egzersizleri tercih etmesi ve grup sporları yapması keyif verici ve sosyalleşmesine destek olacaktır. Egzersiz hafiften başlanmalı ve şiddeti giderek artırılmalıdır. Egzersiz hipoglisemi riskini artırır bunun için gerekli malzemeler (şeker ölçüm cihazı, şeker, meyve suyu, insülin, ara öğün vb.) diyabetlinin yanında bulundurulmalıdır. Beden eğitimi öğretmeni, spor koçu gençlerin diyabet olduğunu ve hipoglisemiyi tanıyabilmelidir. İnsülin dozlarının ayarlanması, gerekirse egzersiz öncesi ve sonrası dozların azaltılması önerilmektedir. Egzersizde dikkat edilmesi gereken bir diğer unsurda beslenmenin önemidir. Tercihen tokken yapması, gerekirse ek karbonhidrat alması önerilebilir. Katekoleminler yoğun egzersiz esnasında üretilir ve egzersiz boyunca kan şekeri yükselir. Bu durum da egzersiz sonrası ek karbonhidrat verilmediği takdirde hipoglisemiyle sonuçlanır. Ciddi hipoglisemiden korunmak için öğünlerin ayarlanması son derece önemlidir (40, 47, 49).

2.2.7. Kendi Kendine İzlem

Tip 1 diyabet takibinde metabolik kontrolün elde edilebilmesi için kan şekeri ölçümü, idrar ve kanda keton bakma, çıkan sonucun kaydedilmesi ve değerlendirilmesi kendi kendine izlem olarak tanımlanmaktadır. Çıkan sonuca göre insülin, beslenme ve egzersizin belirlenmesi açısından son derece önemlidir. Kendi kendine izlem hem maliyeti düşük hem de hipoglisemi, hiperglisemi ve gerekli önlemlerin alınması açısından erken tedbir almayı kolaylaştırıcı bir yöntemdir. Bu sayede komplikasyonların erken tanımlanması, gelişiminin geciktirilmesi veya

önlenmesi açısından önemlidir ve hastanede yatış sıklığını ve yatış süresini azaltır. Diyabetli bireyin esnek bir yaşam sürmesine olanak sağlar. Diyabetli ergen ve ailesine güvenli diyabet yaşamı sağladığı için psikolojik olarak rahatlatır, kaygı ve korkuları azaltır (40- 44).

Diyabetli çocuk/genç ve ailesi hedef glikoz değerleri, A1c değerleri, keton ve komplikasyon değerlendirme kriterleri konusunda bilinçlendirilmeli ve diyabet ekibi tarafından gerekli eğitimler verilmelidir (50).

Tablo 2. A1C İle Ortalama Kan Şekeri İlişkisi Ve A1c'nin NGSP Ve IFCC Birimlerinin Karşılaştırılması

NGSP - A1C (%)	DCCT ortalama glukoz (mg/dl)	ADAG(*) ortalama glukoz (mg/dl)	IFCC - A1C(**) (mmol/mol)
5	100	97	31
6	135	126	42
7	170	154	53
8	205	183	64
9	240	212	75
10	275	240	86
11	310	269	97
12	345	298	108

NGSP: National Glucose Standardization Program, A1C: HbA1c, DCCT: Diabetes Control and Complications Trial, ADAG: A1C- derived average glucose, IFCC: International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine.
* ADAG ortalama glukoz=28.7XA1c- 46.7
** A1C[mmol/mol] = [A1C(%)-2.15]x 10.929

Kaynak:Hoelzel W, et al. Clin Chem 2004;50:166–74; Nathan DM, Kuenen J, Borg R, et al. Diabetes Care 2008;31:1473-8. ;TEM 2016 (51-40)' dan alınmıştır.

A1C'nin %50'si son bir ayda, %30'u ölçümden önceki ikinci ayda ve geri kalan %20'si ölçüm öncesi üçüncü ayda gelişen glisemik değişiklikleri yansıtır.

2.2.8. Çocuk ve Adolesanlarda Glisemik Kontrol Hedefleri

Ergenlik öncesi çocuklarda glisemik hedefler hipoglisemi riskinden korunacak şekilde çocuk endokrin diyabet ekibi tarafından belirlenmelidir. Bu hedefler çocuk ve aile ile mutlaka paylaşılmalı çocuğun yaşı büyüdükçe değişen hedefler konusunda eğitim tekrarları yapılmalıdır. Bu konudaki ADA önerileri aşağı da özetlenmiştir (40):

* 0-6 Yaş : Okul öncesi çocuklar da açlık ve öğün öncesi Plazma Glukozu (PG) 100-180 mg/dl, gece (PG) 110-200 mg/dl ve A1C %7.5-8.5 (58-69 mmol/mol)

*8-12 yaş: İlkokul çağındaki çocuklarda açlık ve öğün öncesi PG 90-180 mg/dl, gece PG 100-180 mg/dl ve A1C<%8.0 (<64 mmol/mol)

*13-18 yaş: Adolesanlarda ise erişkine yakın glisemik hedeflere ulaşılmalıdır (açlık ve öğün öncesi PG 80-120 mg/dl, gece 90-130 mg/dl, öğün sonrası 2.st PG <150 mg/dl ve A1C %6.5-7.0; 48-53 mmol/mol).

2.2.9. Psikososyal Yaklaşım

Kronik hastalıkların başında yer alan diyabet, çocuk ve ailesinin psikososyal durumunu bozan önemli bir sorundur. Aile, yaşı büyük çocuklarda ve adölesanlar da anksiyete ve depresyon sık karşılaşılan bir durumdur. Psikososyal sorunlar kötü regülasyon, sık ketoasidoz gelişmesi hastaneye yatışlara neden olur(52). Ayrıca ekonomik sıkıntılar, tek ebeveyne sahip olma, etnik faktörler, psikolojik ve zihinsel problemler, kötü kontrol ve sık hastaneye yatış ile ciddi anlamda bağlantılıdır (47, 53).

Kronik hastalığı olan adölesanlarda özellikle tip1 diyabetli adölesanlarda hiperaktivite, anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik ve davranışsal sorunlar sağlıklı akranlara oranla daha sık görülmektedir (54- 55). Bunun da nedeninin akran baskısı, aile ve çevre baskısına daha çok maruz kaldıkları düşünülmektedir. Ayrıca adölesanın yaşı, diyabet olma yaşı, metabolik kontrollerin kötü olması hastalığın doğası gereği ruhsal durumu da etkilediği düşünülmektedir. Özellikle yeme bozuklukları ve beden imajıalgısı diyabetli adölesanlarda sık görülmektedir. İnsülin atlama, keton oluşması ileriki dönemlerde komplikasyon görülme oranını da arttıracaktır. Sağlık personelinin durumu iyi değerlendirip önlemler alması, gerekli psikolojik desteği sağlaması ve ailelerin de adölesanla ilişkilerini düzenlemesi, gerekli iletişim ve desteği sağlaması depresyonu önleme yada erken tanınmaya neden olacaktır (56- 59).

Adölesanların günlük yaşantısında etkili iletişim, sosyal problem çözme ve sorunlarla başedebilme becerilerini arttırmalarına destek için eğitim ve danışmanlık desteği sağlanmalıdır. Gerekli durumlarda adölesanın da onayı ile psikolog ya da psikiyatrist desteği sağlanabilir. Aile desteği tüm aşamada olduğu gibi bu süreçte de önem taşımaktadır. Ayrıca okul yaşantısı ve sosyal çevrede adölesan diyabetli için son derece önemlidir. Okul yönetimi, öğretmenin ve arkadaşlarının tip 1 diyabet ve hastalığın yönetimi hakkında bilgiye sahip olmaları diyabetli adölesanın metabolik kontrolüne ciddi katkı sağlayacaktır (60).

2.2.10. Tip 1 Diyabette Eğitim

T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği tanımına göre; diyabet hemşiresi, diyabetli birey ve yakınlarına bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresidir (61).

Diyabet algısı, yönetimi ve takibinde diyabet eğitim hemşiresinin yeri çok önemlidir. Diyabetli bireyin ve ailesinin, hastalık hakkında bilgilendirilmesi, olumlu davranış değişikliği sağlanması, geniş ve kapsamlı eğitilmesi hastalık kontrolü için son derece önemlidir. Çocukluk ve adolesan dönem boyunca tip 1 diyabetli hastaları ve ailelerini efektif bir öz-bakım için desteklemek ve eğitmek önemlidir (16). Diyabet ile baş etmesi konusunda desteklenmesi ve motivasyonunun sağlanması diyabet eğitim hemşirelerinin önemli sorumlulukları arasındadır (62).

Eğitimin amacı; tedavi de istenilen hedefe ulaşmak, gerekli bilgi, beceri ve alışkanlıkların hastaya verilmesini sağlamaktır. Günlük aktivitelerin, diyabetle yaşama uyumlanması gereklidir. Bu nedenle eğitim sadece bilgi ve beceri kazanmak için değil, aynı zamanda günlük yaşam biçimine uyum için yeni alışkanlıklar kazandırmaktır (46).

Tip 1 diyabetli çocuk ve ailesi;

- Hangi besini ne zaman ve ne miktarda yemesi gerektiğini,
- Egzersiz esnasında ve sonrasında ne yapması gerektiğini,
- Günde 4-8 defa glukoz ölçümü (SMBG) yapmayı,
- Günde 2-5 kez insülin enjeksiyonu yapmayı,
- Hipoglisemi belirtileri ve tedavisini,
- Gereğinde glukagon enjeksiyonu yapmayı,

- Hipoglisemi veya hiperglisemi korkusuna bağı anksiyete ile başatmeyi,
- Mikro ve makrovasküler komplikasyonlardan korunmayı,
- Ayak bakımını,
- Hastalıklar ve özel durumlarda diyabet yönetimini
- Gebelikte diyabet yönetimini bilmesi gerekmektedir (63, 40).

Diyabet eğitiminde; her ailenin dinamiklerinin ve çocuğun özelliklerinin farklı olacağı, yaş büyüdükçe yaşa göre eğitimin planlaması gerektiği, eğitimde ihtiyaçların değişeceği bilinmeli, bunlar eğitimde vurgulanmalıdır. İnsülin ihtiyacı, ek doz gerekliliği, kan şekeri ve keton takibi, okulda ve sportif faaliyetlerde diyabet yönetimi, çocuğun bakımında yer alacak (anne, baba, bakıcı, öğretmen, antrenör vb.) bireyler bilgilendirilmelidir (47, 64). Sağlık personeli her adölesanın risk algı durumunun, bilgisinin ve metabolik kontrolünün yanı sıra davranışlarının sonuç ve faydalarını tanımlamalıdır. Diyabet ekibi yaşa uygun eğitim gereçleri kullanmalı ve adölesanın kendi psikososyal çevresi ve şartları değerlendirilerek tedavi edilmelidir (16).

2.2.10.1. Tip 1 Diyabette Yaşa Göre Eğitim

Tip 1 diyabet takip ve tedavisi yapılırken çocuğun içinde bulunduğu yaş önemlidir. Eğitim ve tedavi programı diyabetli çocuk ve gencin kendi kendine izlem becerisi, hipoglisemi ve hiperglisemi riskleri ile ilgili bilgilerde yaşa göre düzenleme yapılır. Çocuk kliniklerinden erişkine geçiş sürecinde kayıpların azalması için iyi bir eğitim gerekmektedir. Aile ve adölesanın iyi bir eğitim alması, olabildiğince kaygılarının azaltılması ve kabullenme sürecinde psikolojik sorunların yaşanmamış olması geçişten sonra da kontrollerin kaybını azaltıcı faktörlerdir (65). Tip 1 diyabetli çocuk ve adölesanların bakımı ve eğitimi yaşa uygun hastalık yönetimi şeklindedir. ISPAD 2014 ve ADA tarafından önerilen yaş gruplarının normal gelişimi ve bu yaşlara uygun tedavi ve takip prensipleri verilmiştir (Tablo 3).

2.2.10.2. Bebeklik Dönemi

Bir yaş altı olarak kabul edilen bebeklik dönemi, Tip 1 diyabetli bebekler için ciddi hipoglisemi riski taşıyan en riskli gruptur (47). Bebek henüz kendini ifade

edemediği için belirti ve bulguları tanımak oldukça güçtür. Bu bebeklerde hipoglisemi esnasında uykuya eğilim, emmede zorluk ve hipotoni en bariz belirtilerindendir. Ciddi hipoglisemiye bağlı nörolojik hasar, koma ve hatta ölümlle sonuçlanabilir. Beş yaş altı çocuklarda tekrarlı hipoglisemik atakların özellikle beyin gelişimi ve öğrenme üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir (66). Bu durumdan korunmanın en etkili yolu sık kan şekeri takibi ve sık beslenme ile sağlanabilmektedir (47).

Tablo 3: Tip 1 Diyabetli Çocuk Ve Adölesanlar Da Yaş Gruplarının Normal Gelişimi Ve Yaşa Uygun Tedavi Ve Takip Prensipleri

Yaş	Yaşa Uygun Normal Gelişim Süreci	Uygun Tedavi ve Takip Prensipleri	Aile ve Çocuk Takip ve Tedavisi
0-12 ay	Ailesine güvenir, ona bakanla iletişim kurar.	*Hipoglisemiden korunulur ve başa çıkılır. *Kan şekerinde oluşacak dalgalanmalardan korunulur	*Stres ile baş etme ve bakıma yönelik oluşan psikolojik yükten korunmaları sağlanır.
13-36 ay	Otonomi sağlar ve kazanma duygusu gelişir.	*Hipoglisemiden korunulur ve başa çıkılır. *Düzensiz besin alımına bağlı kan şekeri değerlerindeki aşırı dalgalanmalardan kaçınılır.	*Çocuğun bu dönemine özgü uyumsuzluklarıyla baş etmelerine yardım edilir. *Bakımın oluşturduğu psikolojik yükten korunmaları sağlanır.
3-7 yaş	Kendine güvenir ve oyunlarda kendi kararlarını almaya başlarlar.	*Hipoglisemiden korunulur ve başa çıkılır. *İstenmeyen iştah ve aktivitelerle baş edilir. *Olumlu destek verilir. *Bakıcı ve öğretmenlere eğitim verilir.	*Çocuğa diyabetin kimsenin hatası nedeniyle olmadığı anlatılır. *Bakıcı ve öğretmenler bilgilendirilir.
8-11 yaş	Zihinsel, sosyal ve beceri konularında ki yetenekleri gelişir.	*Okul ve akran aktivitelerine katılmaları için diyabet rejiminde esnek olunulur.	*Kan şekeri ölçümü ve insülin tedavisinde ailenin katılımı sürdürülür. Ancak özel durumlarda çocuğun kişisel diyabet bakımı yapmasına izin verilir.
12-15 yaş	*Benlik duygusu gelişir. *Yaşlıtlarına ve kendilerine karşı kişisel saygıları kuvvetlenir. *Beden algısı çok önemli hale gelir. *Ergenlikte vücudunda oluşan değişimle baş etmeyi öğrenirler.	*İyi kontrolün kısa ve uzun dönem faydaları öğretilir. *İnsülin ihtiyacı puberte dönemine uygun şekilde artırılır. *Diyabet yönetimi ve kan şekeri kontrolü güçleşir.	*Aile adölesanın depresyon, yeme bozuklukları ve riskli davranışlarını gözlemler. *Okul çalışanları ve bakıcıların eğitimine devam edilir. *Ailenin ve adölesanın diyabet takibindeki rollerinin yeniden dağılımı sağlanır. *Adölesanın kişisel yönetim yetenekleri artırılır. *Diyabet takibinde adölesanın aile ile çatışması önlenmeye çalışılır. *
16-19 yaş	*Akademik kararlar ve iş hayatına yönelik seçim yaptığı dönemdir	Erişkin diyabet ekibi ile tanışması sağlanır ve iletişime geçilir. Erişkinde yeni yaşam şekline uyumu sağlanır.	*Geçiş döneminde aileye destek olur. *Adölesan-Aile ile çatışması engellenir. *Adölesanda oluşabilecek depresyon, yeme bozuklukları ve riskli davranışlar açısından aile gözlem yapmalı.

Kaynak:Silverstein, 2005; 28:186-212 uyarlanarak hazırlanmıştır (47).

2.2.10.3. Süt Çocuğu Dönemi (1-3 Yaş)

Bebeklik dönemi kadar zorlu olan 1-3 yaş, diyabet bakımı ve eğitimi konusunda ciddiyyet gerektiren bir dönemdir. Sorunlar bebeklik dönemine benzer özellik gösterir. Bu dönemde bebek hareketlenmeye hatta yürümeye başlar. Ailesi ya da bakıcı bebeğin günlük ihtiyaçlarını bilmeli, bakım sorumluluğunu üstlenmeli ve hipoglisemiyi tanıyabilmelidirler. Düzensiz aktivite, net olmayan beslenme ve günlük insülin ihtiyacı nedeni ile hipoglisemi bu dönem için süreklilik arz eder. Bu yaş grubundaki çocukların normal gelişimsel süreç içinde zıtlasma ve karşı çıkma gibi davranışları mevcuttur. Ancak hipoglisemide de öfke ve agresif davranışları olacağı için hipoglisemiyi belirlemek oldukça güçtür (47). Aileler bu durumu bilmeli, sık kan şekeri bakmaları konusunda bilinçlendirilmelidir.

2.2.10.4. Okul Öncesi ve Erken Okul Dönemi (3-7yaş)

Çocuğun bakımı ve diyabete ait sorumluluk bu yaş grubunda da aileye aittir. Tutarsız davranışlar (egzersiz ve yeme sorunları) bu yaş grubunda da mevcuttur. Ancak bazı çocuklar kendi diyabet bakımı için geçerli olan işlemlerde istekli olabilirler. Kan şekeri ölçümü yapılacak parmağı veya insülin uygulanacak bölgeyi kendi seçmesine fırsat verip bakıma katılması sağlanabilir. Bu yaştaki çocuklar çabuk sıkılacağı için davranışlar kısa vadeli olup, sorumluluk almaları beklenemez. Çocuğun ailesinin dışında varsa bakıcılar veya kreş yetkililerinin de bu eğitimi alması gerekmektedir. Ancak ailelerin durumu paylaşması oldukça güçtür ve onları anlayışla karşılamak ve yargılamamak gerekir (47).

2.2.10.5. Okul Dönemi (8-11 yaş)

Günlük diyabet uygulamasında çocuk artık devreye girmiştir ancak hala tüm sorumluluk ailededir. Çocuk sabit insülin dozlarını uygulayabilir fakat rutin dışı uygulamalarda ciddi gözetim ve desteğe ihtiyacı vardır. Kan şekeri ölçümü, insülin uygulaması ve kayıtlarda yetişkin gözetimi altında olmalıdır. Ailenin kontrolünden erken çıkarılan çocuklarda kötü glisemik kontrol ile sonuçlandığı gözlemlenmiştir. Bakımın başarılı olması için yeterli yetişkin gözetimi sağlanmalıdır (64). Diyabetli çocuklar kendilerini sağlıklı akranlarından farklı görürler ve kendilerini sosyal

aktivitelerden uzak tutarlar. Bu sorunun oluşmaması için sağlık personeli, ailesi ve okul ile işbirliği yapıp çocuk bu konuda yöreklendirilmelidir (52).

Hastalığın psikolojik ve fizyolojik sonuçlarından dolayı diyabetli çocuklarda okula devamsızlık akranlarına oranla daha fazladır (67). Okul devamsızlığı ile kötü metabolik kontrol arasında ilişki saptanmıştır (68). Bunun da nedeninin diyabetli çocuklarda sık yaşanan hipoglisemi ve derslere devamsızlığın okul başarısını etkilediği vurgulanmıştır (69-70). Arkadaşlarının olumlu yaklaşımı ve desteği ise diyabetli çocuğa ve dolayısı ile metabolik kontrole pozitif katkı oluşturmaktadır (71).

2.3. Adölesan Dönem (12-21 Yaş)

Diyabet kontrolünün büyük bir kısmının üstlenildiği dönemdir. Bu yaş grubunun normal gelişimsel sürecinde; bağımsızlığın, meydan okumanın ve yetişkin gibi davranmanın yaşandığı dönemdir. Bu dönemde okul devamsızlığı, akademik zorluklar, arkadaş gruplarına katılım gibi birçok stresli yaşam biçimi değişiklikleri yaşanmaktadır (72, 20, 73). Adölesanlar günlük diyabet yönetiminin sorumluluğunu alabilirlerse de, erişkin gözetiminin çok az ya da hiç olmaması kötü glisemik kontrol ile sonuçlanır (47). Aile ile çatışmaların yoğun yaşandığı süreçtir. Adölesan ve aile arasında iyi iletişim sağlanır ise diyabet kontrolü devamlılığı sağlanabilir (74).

Adölesan dönemi, 12-21 yaşları arasında çocukluk ile yetişkinlik arasında yaşanan en uzun gelişimsel dönemdir. Ergenlik dönemi sadece kronolojik yaş dönemi olarak değil, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerden oldukça etkilenen gelişimsel bir süreç olarak tanımlanır (75).

Adölesana geçiş yaşı için bazı yaş sınırlamaları getirilmeye çalışılmışsa da, dönemi kesin yaş ile ayırmak oldukça zordur. Ancak 19-21 yaşta sona erdiği düşünülmektedir (73). Dönemin kendine has özellikleri vardır. Hayatın diğer dönemlerine oranla bazı hastalıklar da daha sık gözlenebilmektedir (anemi, guatr, çocukluk çağı diyabeti, genetik ve metabolik hastalıklar, ortopedik sorunlar gibi). Psikolojik sorunlar ve bunlarla baş etmede zorluklar, yine adölesan döneminde sık rastlanılan durumlardır. Adölesanlar, Birleşmiş Milletler tarafından 10 ile 19 yaş arasındakiler olarak tanımlanmaktadır. Adölesan dönem, erken adölesan (early adolescence), orta adölesan (mid adolescence) ve geç adölesan (late adolescence) olarak üçe ayrılmaktadır (76, 75).

Dünya Sağlık Örgütüne göre (DSÖ) ise;

- 10-19 yaş: Adölesan
- 15-24 yaş Gençlik dönemi
- 10-24 yaş Genç insan

Ülkemiz genç bir nüfusa sahiptir. 10-19 yaş grubu, nüfusumuzun yaklaşık 1/5 kısmını (%21.6) oluşturur. Adölesan dönemi, insanın tüm yaşamı dikkate alınacak olursa, gerçekte 5-8 yıl gibi kısa bir dönemdir. Ancak çocukluktan adölesana geçişte birkaç yıl içinde yoğun yaşanan fiziksel, duygusal, kimlik değişimleri dönemin çalkantılı geçmesine neden olur (77).

2.3.1. Erken Adölesan Dönemi

12-14 yaşlarına denk gelen dönemdir. Fiziksel değişiklikler endokrin sistem değişiklikleri ile başlar. Kronik hastalığı yada deformitesi olan gencinde hoşnut olacağı bir görünüm ve beden yapısına sahip olma ihtiyacı vardır. Çünkü bu dönemde fiziksel ve fizyolojik değişimler ön plandadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemindeki adölesan bu değişikliklere ayak uydurmak durumundadır. Bedensel değişimler gencin ilgi odağıdır. Zihinsel gelişme dönemlerinin sonuncusudur(6, 75, 73).

2.3.2.Orta Adölesan Dönemi

15-18 yaşlarına rastlamaktadır. Bu dönemde anne babadan duygusal olarak kopma, ayrışma ve bağımsızlığa adım atma başlar. Artan sorumluluklar ve öz güven gerektiren yeni durumlar adölesanın daha çok bağımsız olmasını zorunlu kılar (73). Adölesan için arkadaş grubunun değerleri, grup kararları, davranış biçimleri ve kıyafeti belirleyici unsurlardır (6, 73).Adölesan kronik hastalığı ile ilgili gelişimsel normlara ulaşamazsa, baş etme becerileri gelişmezse; anksiyete, depresyon, cinsel kimlik gelişiminde ve sosyal roller edinmede sorunlar yaşar (75, 73).

2.3.3.Geç Adölesan Dönemi

18-21 yaşta, fiziksel gelişim düzene girmiş, biyolojik olgunluğa erişilmiştir. Akademik ve sanatsal arayışlar içerisinde. Meslek seçimi ve özerk birey olma

çabaları söz konusudur. Kendisini bir topluluğa, gruba ait hissetme duygusu yoğundur. Çocuklukta yaşanan çatışmalar tekrar yaşanılır fakat elde edilen özdeşimler adölesanın yeni rollerine değer katacaktır (73).Geç adölesan dönemi, kişinin yaşamda yolunu çizdiği, kendi yapabilirliklerini diğer insanlarla karşılaştırarak deneme-yanılma yolu ile öğrenme olanağı bulduğu bir dönemdir (6). Ülkemizde adölesan yaş grubu nüfusun büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle toplumdaki sağlık sorunları içinde bu yaş grubunun sağlık sorunlarına önem verilmelidir. Adölesanların, güvenli ve destekleyici bir çevreye ve hastalıklarına destek olacak danışmanlık hizmetine ihtiyaç vardır (78). Ebeveyn desteği, hastalık ve tedavi hakkında bilgili olma, kaygı ve korkularını paylaşabilmeleri, hastalığa uyumlarını kolaylaştıracaktır (79).

2.4. Adölesan Dönemde Yaşanan Sağlık Sorunları

Adölesan dönem sigara, alkol ve madde kullanım açısından en riskli dönemdir. Özellikle cinsel deneyim, psikoseksüel gelişmede gecikme, gebe kalma, riskli davranışlar bu dönemde sık karşılaşılmaktadır. Sağlıksız beslenme, adet düzensizlikleri, ruhsal hastalıklar ve hatta intihar girişimleri yine bu dönemin en sık karşılaşılan sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Adölesan dönemde akut hastalıkları genç daha iyi tolere ederken; kronik veya malign hastalıklar, gerek durumun kabul edilmesinde gerekse tavsiyelere ve tedaviye uyumda büyük güçlükler yaratabilir. Adölesan dönemde yaşanan sağlık sorunlarının yanı sıra bireyin kendini kabulü, maddi ve manevi bağımsızlığa kavuşma isteği, kendi bakımını üstlenme duygusu, ergenliğe geçiş döneminin vazgeçilmez bir parçası olmayı gerektirir. Kronik hastalığı olan adölesanlar için durum daha da zorludur. Hem adölesan sorunları hem kronik hastalıkla uğraşmak zorundadır. Hastalığı; iş gücü kaybına, akademik ilerlemeye, kendini geliştirme çabalarına, sosyal güvenceye sahip olmaya ve kendine bakım sorumluluğunu almaya engel teşkil etmemelidir. Bunu sağlamak kronik hastalığa sahip bir çokadölesan için zorlu bir durumdur. Erişkinliğe geçişte yaşamdaki büyük ve küçük taşları doğru yerine koymalıdır. Yetişkinlik döneminin farklı ihtiyaçlarına bir de kronik hastalık talepleri eklenerek durum daha karmaşık hale gelmektedir (77, 80, 73).

2.5.Kronik Hastalığın Adölesan Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalığı olan adölesana ve ailesine; sağlık ekibinin yeterli bilgi vermesi, hastalığın kabulü, tedavisi ve takibi açısından son derece önemli yer teşkil etmektedir. Tedavi ve takibin başarılı olması için diyabetli ve ailesi plana dahil edilmelidir. Adölesanın hastalığına yüklediği anlam, ailesinin ve yakın çevresinin verdiği destekle ilişkilidir. İyi bir destek alan adölesan; hastalığın fiziksel, ruhsal durumu ile baş etme de zorlanmayacaktır. Kronik hastalığın getirdiği kısıtlamalara ve okul yaşantısını etkileme durumuna bağlı olarak bireyler arası farklılıklar görülmektedir(20). Kronik hastalık adölesanların bağımsızlıklarını, cinsel gelişimlerini, meslek tercihlerini ve eğitim süreçlerini etkileyebilir. Bağımsızlığını kazanmaya çalışan adölesan, hastalığı nedeniyle kendini bağımlı hissedebilir (72, 20). Özgürlüğün kısıtlanması ve kimliğin kaybı hastaneye yatan adölesan için önemli bir tehdittir ve arkadaşları ile grup aktivitelerine katılmasını önler. Bu durum stres, öfke, engellenme durumları ve içe kapanmaya neden olur (21). Yaşadığı kronik hastalığın adölesanın yaşam süresini azaltacağı düşünülebilir. Bu durum ciddi depresyon ve intihar düşüncesine neden olabilir. Takip ve tedavi eden ekip üyeleri ile sürtüşme ve tedaviye uyumsuzluk, adölesanın intihar düşüncesinin bir nedeni olabilir (20). Munchausen By Proxy kronik hastalığı olan diyabetlilerde oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Bu nedenle yolunda gitmeyen metabolik kontrol veya acil durumlarda, Munchausen veya Munchausen By Proxy ihtimali de düşünülmelidir (82-86). Kronik hastalığı olan adölesanlarda geleceğe dair hayallerinin azalması ve umutsuzluk duygusu; iyi bir aile, akran ve sağlık personeli desteği ile pozitif yönde geliştirilecektir (3).

2.6. Kronik Sağlık Sorunu Olan Adölesanların Yetişkin Sağlık Hizmetlerine Geçiş Sürecinde Yaşadıkları Güçlükler

Çocukluk döneminde kronik hastalıkla karşılaşan birçok adölesan, pediatri kliniklerinde uyguladıkları düzenli bakım ve kontrol sürecini yetişkin bölümüne geçişte kaybeder. Bu nedenle pediatrik bakımdan yetişkin bakımına geçiş dönemi, kronik hastalığı olan adölesanlar için yüksek riskli dönem olarak kabul edilmektedir (87). Tüm dünyada kronik hastalıkların yönetimi çok zordur. Bu zorlukların başında; sağlık hizmetinde sürekliliğin sağlanamaması, parçalı sağlık hizmeti sunumu, etkisiz

ve verimsiz sağlık hizmeti ve kronik hastalık yönetiminde koordinasyon eksikliği gelmektedir(88). Bu nedenle gelişmiş ülkelerde kronik hastalık yönetimi modelleri geliştirilmiş ve uygulanmaya başlamıştır.

Adölesan dönemindeki fiziksel, sosyal ve duygusal dalgalanmalar adölesan ve sağlık çalışanları açısından diyabetin yönetimini zorlamaktadır. Bu dönemde glisemik kontrolde bozulma riskini azaltmak için ailenin tüm sürece katılımı önerilmektedir(89).

2.7. Diyabetli Gençlerin Erişkine Geçiş Süreci

Tip 1 diyabet yaşam boyu bakım ve yönetim gerektiren bir durumdur. Gençlik döneminde birçok davranış glisemik kontrolün bozulmasına neden olur. Bunun sonucunda adölesan birey sorunlarıyla birlikte erişkin polikliniğine geçer. Bu nedenle uluslararası platformda gençlerin erişkin polikliniklerine geçişleri büyük önem taşımaktadır (15). “Geçiş”, ocuk servisinden yetişkin servisine geçişi planlama ve nakil sürecini tanımlamaktadır. Bu süreci iyi yönetilmediği takdirde, uzun süreli sağlık sorunları olan ergenler zaman zaman sağlık durumlarının kötüye girmesine yol açabilecek boşluklara düşebilmektedir (90). Geçiş sırasında endişe yaratan bazı temel konular bulunmaktadır. Bu konular bir bütün olarak dşnldğinde “geçişteki sorunlar” olarak nitelendirilmektedir. Genç bireylerin ergenlik döneminde özel yaşadıkları sorunlar, psikososyal bazı engeller, kurumlar arası (pediatri ve erişkin klinikleri) hizmet ve kültür farklılıkları geçiş sürecini ve sonrası yaşanılan sorunları beraberinde getirmektedir (15, 91). Geçiş için planlanan örgütsel bir sistemin olmaması, sistemin büyük oranda zayıf kaldığının göstergesidir (15).

ocuk klinikleri ile erişkin arasında bir çok farklılıklar bulunmaktadır(16) ocuk klinikleri daha çok aile merkezli, sosyal ilişkiler daha sıcak ve rahatken; erişkin klinikleri genellikle birey ve hastalık merkezlidir. Yine ocuk klinikleri; çocuğun okul, arkadaşlık ve sosyal ilişkilerini paylaştığı bir nevi aile ortamı gibiyken, erişkin kliniklerinde daha resmi ilişkiler görülmektedir (91, 16).

Geçiş sürecinin başarılı olabilmesi için adölesanın erken dönemlerde geçiş sürecine hazırlanması gerekmektedir. Bu süre adölesanın kendisini hazırlama ve eksik bilgilerini tamamlaması açısından son derece önemlidir. Kendisini hem hastalık yönetimine hem de bağımsızlık sürecine hazırlamalı, bu yönde desteklenirken

zorlamalardan kaçınılmalıdır. Ayrıca, sahip olunan fırsatları desteklenmelidir. Geçiş sürecinde bakımın sürekliliğini sağlamak çok önemlidir. Adölesanla birlikte aile ve sağlık personeli ortak hareket etmelidir. Adölesanlar, geçiş yapılmadan önce bilgilendirilmek ve yaşlara göre eğitim almak istediklerini dile getirmektedirler. Bu eğitimler ve bilgilendirilmelerin yapılmadığını ve buna ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir (92). Bir çok çalışmada pediatrik bakımdan ayrıldıktan sonra erişkin bakımına daha az devam ettikleri ve diyabetlerinin kötü ve olumsuz şekilde yönetildiği görülmektedir (93- 95, 41-42). Yine bazı çalışmalarda, yaşı daha büyük ve geçişten önce erişkin endokrinoloji uzmanıyla görüşmüş olan adölesanların erişkin kliniğine geçişte kaybın az olduğu ve bakım hizmetlerinin beraber sürdürüldüğü bir geçiş programına ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (96).

Geçiş dönemine ait yetersiz çalışmalar, çocuk ve erişkin klinikleri arasında bulunan temel farklılıklar, geçiş için tanımlanmış bilimsel kriterlerin olmayışı, adölesan döneme ait değişen sosyo demografik özellikler, geçiş döneminde sağlık sigortası boşlukları, gelişmekte olan yetişkinlik döneminde bireyler arasındaki öğrenme şekli farklılıkları, sağlık profesyonellerinin eğitiminde eksiklikler geçiş sürecinin zorlukları arasındadır (97). Tip 1 diyabette olduğu gibi erişkin takibine geçecek Tip 2 diyabetli adölesanlar için de durum benzerdir.

2.8. Geçişte Uyulması Gereken ADA Geçiş Grubu Önerileri

1- Pediatri çalışanları adölesanı geçişten en az 1 sene öncesinde hazırlamaya başlamalıdır.

2- Hazırlık, adölesanın ve ailesinin diyabeti yönetme becerilerine odaklı olmalıdır. Diyabetle ilişkili sorumlulukların aileden adölesana kademeli geçişi sağlanmalıdır. Sorumluluklar, kan şekeri ölçümü ve insülin uygulaması gibi diyabet yönetimi görevlerinin ötesine geçmeli, randevuların, ek ilaç tedavilerinin düzenlenmesini kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Diyabet eğitimi de aile odaklı olmaktan çıkarılmalı, büyüyen gelişen adölesana yönelik hale getirilmelidir.

3- Hazırlık, pediatri ve yetişkin servislerinin yaklaşımları arasındaki farklılıklar hakkında bilgilendirmeyi içermelidir. Aynı zamanda kişi için yeni olabilecek sağlık sigortası seçenekleri hakkında bilgilendirme de dahil edilmelidir.

4- Pediatri çalışanları, hasta ve yetişkin servis için adölesanla ilgili problem listesi, ilaç tedavisi (medikasyon), diyabet becerileri değerlendirmesi, geçmiş glisemik kontrol bilgisi, diyabet komorbiditeleri ve mental/ruhsal rahatsızlıklara dair bilgi içeren yazılı belge hazırlamalıdır.

5- Sağlık personeli, diyabetli adölesanların, psikososyal, eğitim ve mesleki zorluklarının yanısıra, süregelen (alışılmış olan) sağlık bakım hizmetinin kaybedilmesi zorluğunun da glisemik kontrolleri olumsuz etkileyebileceğinin farkında olmalıdır. Hem pediatri hem yetişkin servis çalışanları, adölesanları bu zorluklarla ilgili desteklemelidir.

6- Geçişi sağlayan sağlık personeli, tip 1 ve tip 2 diyabetli gençler için uygun olan diyabet yönetimi ilkelerine göre yönlendirme yapmalıdır.

7- Geçişi sağlayan sağlık personeli, takip kayıplarının önüne geçmek için gençleri tedaviye bağlayabilecek kaynakları güçlendirmelidir. Son pediatri görüşmesinden sonraki 3-4 ay içerisinde yetişkin servisle ilk randevu gerçekleştirilmiş olması önemlidir. Hasta kılavuzu, takip görüşmelerinin sağlanmasıyla ilgili adölesana yardım edebilir.

8- Sağlık hizmeti kişiselleştirilmiş (bireysel) ve hastanın bulunduğu gelişimsel basamağa uygun olmalıdır.

9- Diyabeti olan adölesanlar yeme bozuklukları ve duygudurum bozuklukları açısından değerlendirilmeli, tedavi edilmelidir. Sağlık çalışanının gerekli durumlarda yönlendirme yapabileceği, diyabetli bireylerle çalışma ilkelerine hakim bir ruh sağlığı uzmanının varlığı önemlidir.

10-Günümüz ADA önerilerine göre insülin kullanan hastalar 3 ayda bir, tip 2 diyabetli ve insülin kullanmayan hastalar 3-6 ayda bir merkezlere başvurmalarıdır.

11- Diyabeti olan adölesanlar için mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyon taraması düzenli olarak yapılmalıdır.

12- Makrovasküler komplikasyonlar için değerlendirmeler (lipid görüntüleme, kan basıncı değerlendirmesi, kilo takibi) çocuklukta başlamalıdır.

13- Hem pediatri hem yetişkin servis çalışanları adölesanlarla(diyabet üzerinde de etki edebilecek),doğum kontrolü, hamilelik planlaması ve riskleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemleri, alkol/madde kullanımı, sigara içme ve araba kullanma konularını konuşmalıdır.

14- Hem pediatri hem yetişkin servis çalışanları, adölesanların hali hazırda birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmeti alabildiğinden emin olmalıdır (uzmanlık gerektiren diyabet takibi haricinde). Bu sayede adölesanlar kapsamlı, ulaşılabilir, organize, kişi odaklı, etkin bakım hizmeti alıyor olduklarını düşünecek ve kendilerini güvende hissedeceklerdir (97).

2.9. Geçişte uygulanması gereken işlemler

Aileler ve adölesanlar özellikler bu konularla ilgili sorunlar yaşamakta olduklarını; adölesanlar geçişle ilgili bilgi sahibi olmadan erişkin polikliniklerine geçiş yaptıklarını belirtmekte ve bireysel gereksinimlerinin yanı sıra yaş dönemlerine duyarlı programların düzenlenmesini istemektedirler (92). Geçişteki sorunlar, diyabet yönetiminin bozulmasına ve mikrovasküler komplikasyonların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (98, 91).

Profesyonel organizasyonlar (American Academy of Pediatrics, The American Academy of Family Physicians, and The American College of Physicians - American Society of Internal Medicine, Society of Adolescent Medicine) tarafından (97) geçiş poliklinikleri için rehberlerin oluşturulmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu organizasyonların belirttiğine göre, etkin bir geçiş planının amacı, adölesan dönemden erişkinlik dönemine geçişte bireyin sürekli ve kesintisiz olarak gelişimsel açıdan uygun sağlık bakımı sağlamak olmalıdır. Organize ve koordine geçiş programları oldukça önemlidir. Bunu sağlayabilmek için çocuk ve erişkin sağlık ekibi, adölesan hasta ve ailesi ile birlikte çalışmalıdır (92, 97).

Bu doğrultuda Amerikan Diyabet Derneği Geçiş Çalışma Grubu (American Diabetes Association Transitions Working Group) tip 1 diyabetli adölesanların, çocuk kliniğinden erişkin kliniğine geçerken iyi bir geçiş süreci sağlamak için şu basamakların uygulanmasını önermiştir (97).

Çocuk ve adölesan kliniğinden yetişkin kliniğine gönderilecek diyabetlide; hastalık öyküsü (tanı yaşı, diyabet yaşı, tanı şekli, ek hastalık vb, ilk tedavi şekli), ilk başvurudaki ve gönderilmeden önceki son fiziksel ölçümleri (boy, kilo, beden kitle indeksi, oturma yüksekliği, puberte durumu, kan basıncı), laboratuvar işlemleri (tam biyokimya, idrar tetkiki, spot sabah idrarında ve/veya 24 saatlik idrarda mikroalbumin/kreatinin, HbA1c, fruktozamin, kolesterol, trigliserid, HDL kolesterol,

LDL kolesterol, SGOT, SGPT, üre, kreatinin, AIA, ICA, Anti-GAD, Anti Tg Anti TPO Antiendomisyum IGA), EMG, göz dibi bakılmalı ve yukarıda sayılan tüm değerler epikriz raporunda belirtilmelidir. Hekim, diyabet eğitim hemşiresi, diyetisyen ve psikolog kendi takiplerine özel gerekli bilgileri kullanılan formlar aracılığı ile erişkin ekibine iletmelidir(97). Ülkemizde oluşturulan geçiş rehberinde bu parametreler kullanılmış, gerekli uzmanlık alanlarına yönelik (hekim, hemşire, diyetisyen vb.) bilgilendirme notu bölümleri bulunmaktadır (Tip 1 Diyabetli Çocukların Erişkin Kliniklerine Geçiş Süreci Rehberi - Ek10).

2.10. Hasta Kurum Tercih, Memnuniyeti

Tercih veya memnun kalma kavramı; kişinin yaşam tarzı, geçmiş deneyimleri, hayattan ve gelecekte beklenenleri, bireysel ve toplumsal değerleri kapsayan birçok nedenle ilişkili karmaşık bir kavramdır (99). Tedavi ve bakım sonuçlarının hasta tarafından algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı bireylerde, hatta aynı bireyde farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (99). Hastanın değer ve beklentilerinin hangi düzeyde karşılandığı ve esas otoritenin hasta birey olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt hasta memnuniyeti olarak tanımlanmıştır (100). Genel olarak hasta memnuniyetinin beklentilerle ilişkili olduğuna inanılmaktadır. Bazı çalışmalarda sağlık bilgisi ve beklentisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, sağlıkla ilgili konularda bilgi ve beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir (101). Hastalar sağlık merkezlerine bireysel özellikleri, tutumları ve geçmiş deneyimleri ile gitmektedirler (102- 103). Hemşirelik bakımına yönelik beklentileri ise bu özelliklerinin yanı sıra akraba, arkadaş, yazılı ve sözlü medyadan edindiği bilgilerden de etkilenmektedir (104).

3. GEREÇ / YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışmada; konu hakkında katılımcıların görüşlerini ayrıntılı olarak ortaya koyabilmek için niteliksel araştırma yöntemlerinden “derinlemesine görüşme tekniği” ve depresyon-kaygı düzeylerini belirlemek için nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; ergen diyabetlinin erişkin döneme geçişde yaşadığı psikososyal sorunlar ve kaygı durumlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Bu süreçte yaşadıkları sıkıntıların belirlenmesinin ergenlerin erişkin takibine geçişinde hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi konusunda diyabet ekibine ve özellikle diyabet eğitim hemşirelerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Niteliksel araştırmalar, esnek yapıya sahip, örneklem büyüklüğü için belirlenmiş bir kuralı olmayan, araştırma sorusu ve amacı doğrultusunda örneklem büyüklüğüne karar verilerek tasarlanan çalışmadır (105, 81). Niteliksel araştırma sürecini diğer araştırmalardan ayıran en temel özellik, doğal ortama uygunluk, araştırmacının katılımcı rolü, holistik yaklaşım, algıların ortaya konması, araştırma tasarımında esneklik ve tüme varımcı analiz olarak sıralanmaktadır (106). Niteliksel araştırmalarda örneklem büyüklüğü ve araştırmanın sonlandırılma kriteri olarak; veriler tekrarlamaya başladığında, diğer bir ifade ile veriler doyuma ulaştığında örneklemin sonlandırılması bir ölçüt olarak belirtilmektedir (105, 81).

Bu doğrultuda araştırmanın evrenini Ankara’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Bölümünde takipli diyabetli gençler oluşturmuştur. Örneklemi ise Haziran-Temmuz 2016 tarihleri arasında erişkin kliniğine devir yaşı gelmiş poliklinikte tüm sağlık eğitimlerini tamamlamış 18-24 yaş aralığındaki gençler arasından veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar görüşülen 16 diyabetli genç oluşturmuştur.

Verilerin toplandığı hastane yaklaşık 25 yıldır Tip1 diyabet takibi yapan ve ülkenin her bölgesinden hasta alan, bu konuda deneyimli merkezlerin başında gelmektedir. Yıllık ortalama 800-1000 tip 1 diyabetli bireye hizmet vermektedir. Poliklinik kontrollerinde günde yaklaşık 20 civarında bireysel eğitim, yatan hasta bölümünde ise 10 ile 15 arasında kişiye özel grup ve bireysel eğitim yapılmaktadır. Karbonhidrat sayımı, diyabetle yaşam koçluğu, insülin pompası gibi ileri düzey diyabet hizmetleri de sunulmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler literatür ışığında araştırmacı tarafından oluşturulmuş iki adet soru formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluluk ve Süreklilik Kaygı Ölçekleri ile toplandı. İlk soru formu olan sosyo-demografik özellikler formu 12 sorudan oluşmakta idi (yaş, diyabet yaşı, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, aylık gelir durumları, ailede diyabet durumu, kontrollere nasıl geldiği, oturduğu mekanın kime ait olduğu, kendine ait oda, dışarıda insülin ve kan şekerini nerede uyguladığı, sosyal güvencesi). Sosyo-demografik özellikler formu katılımcılar tarafından doldurulmuş ve tamamlanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür (Ek- 2). İkinci form yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme sorularının yer aldığı soru yönergesidir(Ek-3). Soru yönergesinde araştırmacı tarafından oluşturulmuş 9 konu başlığı bulunmaktadır. Katılımcıların kaygı ve depresyon durumlarını belirlemek amacı ile; Beck Depresyon Ölçeği (EK-4), Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-I)(Ek-6) ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-II)(Ek-7) kullanılmıştır. Araştırmada, katılımcıların öznel algı ve deneyimlerinin anlaşılması hedeflenmiş veriler bu doğrultuda toplanmıştır.

3.3.1. Beck Depresyon Ölçeği

Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış (107) toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. 4 lü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında artan puan alır ve toplam 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme

puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında Croanbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde $r=0.74$ olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlilik yönteminde BDÖ ile birlikte MMPI (MMPI: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) depresyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve 6 faktör elde edilmiştir. Bunlardan 4 tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. 1. faktörde umutsuzluk, 2. faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, 3. faktör de bedensel kaygılar ve 4. faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

3.3.2. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAITX-1)

Gençlerde o anda kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve “Kendimi çok öfkeli hissediyorum, öfkeli hissediyorum, öfkeli hissetmiyorum” gibi ifadelerden en uygununu işaretlemeleri istenir. Toplam madde sayısı 20’dir. Alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 60’tır. Durumluluk kaygı ölçeği, test koşullarında ortaya çıkabilecek, heyecanlara/tedirginliklere duyarlı bir ölçek olduğundan uygulamalarda sürekli kaygı ölçeğinden önce verilmesi önerilmektedir.

3.3.3. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI TX-2)

Kaygı yatkınlığının yanı sıra kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Gencin genellikle nasıl hissettiğini oluş sıklığına göre değerlendirir. “Evde sınırlarım bozulur” ya da “Ellerim titrer” gibi ifadeler, “hemen hemen hiç”, “bazen” ve “sık sık” seçeneklerinden biriyle yanıtlanır. Ölçekten alınacak puanlar 20-60 arasındadır, puanların artışı sürekli kaygıdaki artışı ifade etmektedir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma öncesi pilot çalışma yapılarak oluşabilecek aksaklıkların tespit edilmesi sağlanmıştır. Pilot çalışmada yapılan derinlemesine görüşmede katılımcıların kaygı ifadelerinin yoğun olması nedeni ile çalışma bulgularını destekleyebileceği düşünülerek depresyon ve kaygı ölçeği çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların, uygun oldukları zaman sorularak görüşme randevusu verilmiş ve randevu günü ve saatinde görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine görüşmenin rahat yapılabilmesi, katılımcıların samimi, rahat ve ayrıntılı paylaşımında bulunabilmesi için poliklinikte sessiz bir ortam olan diyabet eğitim odası tercih edilmiştir.

Araştırmacı görüşmenin başlangıcında, bir kez daha kendisini tanıtarak, çalışmanın amacı, kapsamı, etik hassasiyetleri ve olası yararlarını anlatılıp aydınlatılmış onamları alınmıştır (Ek-1). Katılımcılara; “*Biraz kendinden bahsedermisiniz?*” ifadesiyle öznenin sosyo-demografik özellikleri alınırken sohbet ortamı yaratılmış ve görüşmeci ile özne arasında yakınlık kurulmasına katkı sağlamıştır. Katılımcıların demografik bilgileri alındıktan sonra, “*Buraya devam ederken kendini nasıl hissediyorsun? Bizimle kendini güvende hissediyor musun?*” ile başlayan ve devamındaki destekleyici sorularla duygu ve düşünceleri hakkında bilgiler elde edilmiş (Ek-3), ardından sırasıyla;

- *Buradan ayrılma zamanı geldiğinde/aklına geldiğinde nasıl duygu ve düşünceler yaşıyorsun?*
- *Buradan ayrıldığında neler olacak diye endişe duyuyor musun ?*
- *Yeni bir yaşam (dönem) için kendini hazır hissediyor musun?*
- *Gelecekle ilgili belirsizlikler seni rahatsız ediyor mu? (sosyal güvence, ekonomik koşullar, iş yaşamı, evlilik, çocuk sahibi olma)*
- *Bu kaygılar ne yapılırsa azalır/ortadan kalkar?* ile devam edilmiş, katılımcının duygu ve düşünceleri araştırmacı tarafından olabildiğince net ve görünür kılınmaya çalışılmıştır.

Araştırmacı mümkün olduğunca kısa, net ve açık uçlu sorularla görüşmeyi başlatmış ve oldukça az müdahale ile araştırmanın amaçlarına uygun olarak hazırlanan yarı yapılandırılmış sorular, görüşme yönergesindeki alt başlıklara uygun bir dizge ile sorularak ilerlemiştir. Katılımcı ergenin yaşının özellikleri göz önüne alınarak paylaşmaktan çekindiği sorulardan kaçınılmıştır. Görüşme sırasında, katılımcıların yanıtlarını eksiksiz ve doğru olarak elde edebilmek için araştırmacıya ait iPhone 6 Plus MGAH2TU/A seri no FK4NXGFYG5QV dijital ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Ses kaydı alınarak yapılan görüşmeler en az 10, en fazla 22 dakika (ortalama 16 dakika) sürmüş ve elde edilen verilerin yazılı dökümü 24 saat içinde çıkarılmıştır.

Erişkin bölümüne geçişi planlanan tip 1 diyabetli ergenlerle yürütülen derinlemesine görüşmelerin, hem katılımcılar hem de araştırmacı tarafından istenilen bilgi derinliğine ulaşıldığı ortak görüşüne varıldığında sonlandırılacak biçimde yürütülmesi hedeflenmiştir. Yapılan derinlemesine görüşmelerin sayısı arttıkça erişkine geçiş ile ilgili kaygı, veri derinliğinde de artış gerçekleşmiştir. Literatürde, niteliksel araştırmalar, verilerin tekrarlamaya başladığında, yani doyuma ulaştığında örneklemin sonlandırılması bir ölçüt olarak belirtilmektedir. Görüşmedeki belirli konuların sıklıkla tekrarlandığı ve belirli doygunluğa ulaşıldığı (105, 81) düşünülerek çalışma sonlandırılmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan diyabetli adölesanların sosyo-demografik veri analizleri yapılırken sayı ve yüzdeler hesabından yararlanılmıştır (Tablo 6-7).

Görüşme tamamlandıktan sonra 24 saat içinde araştırmacı tarafından yazılı dökümü yapılmış ve her bir görüşmeden elde edilen izlenimler, yazılı çözümü yapılmış görüşme çıktıları üzerinden analiz edilerek ses kayıtları silinmiştir. Analiz sürecinde tümevarımcı bir anlayış izlenerek, üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramlar ve düşünceler kodlanarak ana kategoriye ayrıştırılması, görüşmenin çözümlendiği metnin tekrar tekrar okunması ile söz konusu olmuş; bu kategoriler araştırmanın alt amaçlarına göre gruplandırılmıştır. Nitel araştırmalarda elde edilen çalışmaların nitel araştırmalar konusunda uzman olan kişilerle paylaşmasının ve onlardan geri bildirim(dönüt) alınmasının araştırmanın güvenilirliğini (trustworthiness) arttıracakı bilinmektedir (108). Roberts ve arkadaşları da araştırmacının verilerinin bağımsız bir araştırmacı tarafından değerlendirilmesini ve elde edilen analizlerin ne kadar doğru olduğunun bağımsız kişi tarafından yapılması güvenilirlik açısından son derece önemli olduğunu belirtmişlerdir (109). Bu kapsamdagruplandırma işlemi alanında uzman olan ve farklı alanlarda çalışan iki araştırmacı ile yapılarak iç tutarlılık/ geçerliliğin oluşması sağlanmıştır.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ifadeleri beş ortak grupta (tema) toplanmıştır. Bu gruplar, “*Pediatric Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercih*”, “*Diyabeti ile İlgili Paylaşım ve Diğer İnsanların Düşünceleri*”, “*Yeni Bir Yaşam ve Gelecekle İlgili Belirsizlikler*”, “*Stres ve Kaygıları İle Baş Etme Yöntemleri*”, “*Çocuk*

Kontrolünden Erişkin Kontrolüne Geçişte Kurumlardan Beklentiler” şeklinde toplandığı görülmüştür. Temaların içerik analizi gruplandırıldığında ise; 13 ana kategori ve 52 tematik ünite belirlenmiştir. Her bir görüşmecinin sorun yada isteklerini içeren tekrarlı ifadeleri sayılmış frekansları belirlenmiştir. Okuma, gruplandırma, temalaştırma aşamalarında Microsoft Word 2009 kelime işlemci programı kullanılmış, yazım aşamasında toplam görüşme metinleri 9313 kelimedenden oluşmuştur. Görüşmelerden elde edilen veriler okunurken, öznenin aile, sosyal çevresi, fiziksel yaşam vb. bağlamlardaki diyabet deneyimlerini anlamaya ve açıklamaya dönük bir çaba sarf edilmiştir.

Tablo 4. Araştırmacı Tarafından Oluşturulan Kodlar Ve Alt Kodlar-1

TEMALAR	ANA KATEGORİ	TEMATİK (Anlamlı) ÜNİTELER
1.Pediatri Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercihi	1.Kuruma Karşı Olumlu Düşünce ve Duygular	1. Personeli tanıma ve iyi ilişkiler 2. Güvende olmak/hissetmek 3. Personelin tıbbi yeterliliğine güven 4. Kurumun işleyişinden memnuniyet 5. Alışkanlıklar 6. Diğer hastaların geri bildirimleri
	2.Geçilecek Kuruma Karşı Olumsuz Düşünce ve Duygular	7. Geçilecek kuruma yabancı olma 8. Geçilecek kuruma dair önyargı 9. Sosyal ilişkilere dair önyargı 10. Kaygı ve korku hissetmek 11. Geçilecek kurumun tıbbi yeterliliğine dair kaygı/güven 12. Geçmiş kötü deneyimler 13. Kendinden büyüklerle bir arada olmak
2. Diyabeti ile ilgili paylaşım ve diğer insanların düşünceleri	3.Hastalıkla İlgili Paylaşımında Bulunma Endişesi	14. Hayır 15. Evet 16. Bazen 17. Cevapsız
	4.Diğer insanların düşünceleri	
3.Yeni bir yaşam, gelecekle ilgili belirsizlik ve kaygı durumu	5.Gelecek Yaşantıya yönelik Kaygılar	18. Ekonomik Kaygı 19. İş kaygısı 20. Sağlık ve sosyal güvenlik kaygısı 21. Eğitim Kaygısı 22. Erişkine geçiş kaygısı 23. Ülkenin siyasi belirsizliği 24. Çocuğunun olmayacağı endişesi 25. Evlilik yapabilmeye dair korku
	6.Baş Edebilme Gücüne Dair İnanışlar	26. Kendine güven 27. Kendine güvende eksiklik

Tablo 5. Araştırmacı Tarafından Oluşturulan Kodlar Ve Alt Kodlar-2

TEMALAR	ANA KATEGORİ	TEMATİK(anlamalı) ÜNİTELER
4.Stres ve kaygılar ile baş etme yöntemleri	7.Zihinsel Baş Etme Çabası	28.Problem ve stres kaynakları üzerine düşünmek 29. Yakınlardan öneri/tavsiye almak 30.Geçmiş deneyimler
	8.Fiziksel Aktivite	31.Aktif spor yapmak 32.Yürüyüş/ koşu 33.Dans etmek
	9.Bireysel/Kişisel Aktivite	34.Müzik dinlemek 35.Yalnız kalmak/Kendini dinlemek 36.Kitap okumak 37.Uyumak 38.Yazı, şiir yazmak
	10.Sosyal Aktivite	39.Arkadaşlarla sohbet etmek 40.Arkadaşlarla sinemaya gitmek
5.Çocuk kontrolünden erişkin kontrollerine geçişte kurumlardan beklentiler	11.Eski Kurumdan Beklenti/İstek/Talep	41.Yeni kuruma eski kurumun karar vermesi/ortak karar verme 42.Kurum ve personelle tanıştırılma/emanet etme 43.Geçişten önce kişiyi bilgilendirme 44.Geçişten önce kurumun bilgilendirilmesi
	12.Yeni Kurumdan Beklentiler	45.Yeni kurumun işleyişı 46.Yeni kurumun tıbbi yeterliliğı 47.Yeni kurumun güven vermesi 48.Personelin iyi ilişki kurması
	13.Her İki Kuruma Dair Beklentiler	49.Her iki kurumun birlikte takibi 50.Ortak Toplantı 51.Geçiş polikliniğı oluşturulması 52.Gelecek tedavi planını oluşturması

Ayrıca kaygı durumları için kullanılan ölçekler yorumlanarak değerlendirilmeye alınmıştır.

3.6. Etik Hassasiyetler

Araştırma; uygulama aşaması öncesinde, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulmuş araştırmanın etik olarak uygunluğu kararı ve uygulama izni alınmıştır(Ek- 11). Ayrıca Helsinki Deklarasyon prensiplerine (Ek-12) uygun olarak yapılmıştır. Derinlemesine görüşme süreci öncesinde çalışmanın amacı, kapsamı ve elde edilecek verilerin ne şekilde kullanılacağı konusunda katılımcılar bilgilendirilmiştir. Görüşmenin ses kayıt cihazı ile kaydedilmesi konusunda izinleri alınmış ve çalışmaya ancak gönüllü olmaları halinde katılımları sağlanmıştır. Çalışmaya dahil edilecek adölesanların seçimine ilişkin koşullar belirlenirken etik bağlam göz önünde bulundurulmuştur. Çalışmada görüşleri aktarılan diyabet hastalarının gerçek isimleri ve kendilerini tanıtabilecek ilave bilgiler, mahremiyetlerinin korunması etik ilkesi çerçevesinde gizli tutulmuştur. Her özne kendisi tarafından bir rumuz belirlemiş bu rumuzla çalışma verileri kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, zaman ve maliyet faktörleri nedeniyle tek bir hastane ve belli sayıda kişiyle sınırlandırılmıştır. Bu amaçla araştırma yapılan hastaneye müracaat eden diyabetli bireyler arasından çeşitli kriterler ışığında seçilen yalnızca 16 kişi ile yapılan görüşmeleri içermektedir. Ayrıca elde edilen veriler katılımcıların kişisel görüşlerini yansıttığı için tüm diyabetli adölesanlara genellenemez.

4. BULGULAR

Niteliksel yaklaşıma dayalı bu araştırmanın 16 derinlemesine görüşmeden elde edilen verilerinin yazılı çözümü yapılmış ve analizler görüşme çıktıları üzerinden yürütülmüştür. Okuma, gruplandırma aşamalarında Microsoft Word 2009 kelime işlemci yazılımından yararlanılmıştır. Analiz sürecinde tümevarımcı bir anlayış izlenerek, üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramlar, görüşmenin çözümlendiği metnin tekrar tekrar okunması ile söz konusu olmuş; araştırmanın alt amaçlarına göre ana kategoriler ve tematik üniteleri belirlenmiştir.

Bu bölümde katılımcı tanıtıcı bilgileri, içerik analizi ve tablosu, bu tablolara ait önemli ifadeler tablosu ve en son bölümde kullanılan ölçek analiz ve tabloları yer almaktadır.

4.1.Katılımcılara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Çalışmaya dahil olan 16 katılımcının yaş ortalaması 19, diyabetle geçirdikleri süre ise 3 yıl ila 18 yıl arasında değişmektedir. Katılımcıların %62,5'i lise öğrencisiyken, %31.2'si üniversite öğrencisidir. İnsülin pompası kullananların sayısı 8 (%50) iken sadece CHO (Karbonhidrat) sayımı yapanların sayısı 8'dir. Katılımcıların çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşarken sadece 3'ü eğitimleri nedeni ile aileden uzakta yaşamaktaydı. Sosyal güvencesi 13 katılımcıda mevcutken 3 katılımcının herhangi bir sosyal güvencesi yoktur (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcılara Ait Sosyo Demografik Bilgiler

Katılımcı rumuz	Cinsiyet	Yaş	Diyabet yaşı	Eğitim durumu	Sosyal güvence
Celberen	K	19	5	Üniversite (devam)	Var
Çiçek	K	18	15	Lise - devam	Var
Rüzgar	E	19	10	Lise mezunu	Yok
Çılgın	K	18	16	Lise - devam	Var
Honda	E	18	4	Lise - devam	Var
Wansayk	E	20	3	Üniversite	Var
Papatya	E	21	18	Lise - mezun	Var
Damla	E	23	10	Lise ??*	Var
Güneş	K	21	11	Üniversite- devam	Var
Moses	E	18	8	Lise-devam	Var
Kıvırcık	E	18	10	Lise- devam	Yok
Hafız	E	19	12	Üniversite	Yok
Gül	K	18	6	Lise	Yok
Kardelen	K	19	11	Lise mezunu	Var
Kitap Kurdu	K	18	8	Lise - devam	Var
Tatlı Cadı	K	18	15	Lise	Yok

4.2.Sosyo Demografik Özellik Analizi

Çalışmaya katılanların yaş ortalamaları 19 ve katılımcıların %50'si kadın %50'si erkektir. Kardeş sayısı incelendiğinde %56,3'ü tek, %37,5'i iki ve %6,2'si ise üç kardeştir. Katılımcıların %62,5'i lise, %31,2'si üniversite ve %6,2'si ortaokul mezunudur. Diyabet yaşı sorgulandığında ise 1-5 yıl arası %18.8, 5-10 yıl arası %37.5, 10 yıl ve üzeri ise % 43.7 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %37,5'inin ailesinde diyabet varken, %62,5'inin ailesinde diyabet yoktur. %75'nin sosyal güvencesi mevcutken %25'nin sosyal güvencesi mevcut değildir. Çalışmaya katılanların %75'inin giderlerini ailesi karşılamaktadır. Diyabetlilerin oturduğu mekan sorgulandığında ise %56,2'si kendilerine ait mekanda yaşadıklarını ve %75'i de kendine ait odasının mevcut olduğunu belirtmiştir. Diyabetli gençlerin %87,5'i insülinlerini boş buldukları mekanda yaparken %12,5'i tuvalet gibi sıhhi olmayan mekanlarda yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 7.Sosyo-Demografik Özellik Tablosu

Soru	N	%
Yaş		
18-20	12	75
20-24	4	25
Cinsiyeti		
Kadın	8	50
Erkek	8	50
Kardeş sayısı		
Bir	9	56.3
İki	6	37.5
Üç	1	6.2
Dört ve daha fazla	0	0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	0	6.2
Ortaöğretim	1	62.5
Lise	10	31.2
Üniversite	5	0
Diğer	0	0
Diyabet yaşı		
1-5	3	18.8
5-10	6	37.5
10 ve üzeri	7	43.7
Ailede diyabet varlığı		
Var	6	37.5
Yok	10	62.5
Kontrollerine nasıl geliyor		
Ailesiyle	5	31.5
Tek başına	7	43.7
Hem aile hem tek başına	4	25
Diğer	0	0
18 yaş üstü sosyal güvence		
Var	12	75
Yok	4	25
Diğer	0	0
Ekonomik durum		
Giderlerini ailesi karşılıyor	12	75
Giderlerini kendisi karşılıyor	4	25
Diğer	0	0
Oturduğu mekan		
Kira	7	43.7
Kendisine (ailesine) ait	9	56.2
Diğer	0	0
Oturduğu mekanda kendisine ait oda		
Ayrı odası var	12	75
Yok	2	12.5
Biriyle paylaşıyor	2	12.5
Diğer	0	0
Okulda/ dışarıda insülin enjeksiyonunu ve kan şekeri ölçümünü yaptığı yer		
Boş mekanda	14	87.5
Tuvalette	2	12.5
Ayrı odada	0	0
Yapmıyor	0	0

4.3. Depresyon ve Kaygı

Katılımcıların kaygı durumları yüksek gözlemlenerek BDÖ, STAI FORM TX-I ve STAIBFORM TX-II kullanılmıştır.

BDÖ değerlendirmesine göre; 8 puan ve altı normal, 9 puan ve üzeri depresif, 21 puan ve üzeri klinik depresif olarak değerlendirilmektedir. Maksimum puan 33 minimum puan ise 2'dir. Bu veriler ışığında değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların %43,7'si sağlıklı, %25'i depresif, %31,3'ü ise klinik depresyona eş bulunmuştur.

Tablo 8. Kullanılan Ölçeklerin Analiz Tablosu

Vaka Simge	BDÖ Puanı	Stai Form TX-I Puanı	Stai Form TX-II Puanı
Honda	13	76	24
Damla	28	77	52
Rüzgar	6	69	40
Wansayk	33	73	35
Papatya	7	64	45
Çiçek	6	71	41
Güneş	24	60	50
Moses	4	72	24
Kıvırcık	15	56	43
Celberen	8	44	32
Çılgın	12	76	46
Hafız	2	70	33
Gül	3	77	42
Kardelen	30	76	47
Kitap Kurdu	21	65	50
Tatlı Cadı	17	46	53

Durumluluk Kaygı Ölçeğinde puanların ortalaması 36 ile 44 arası normal olarak değerlendirilmiştir. Maksimum 77 minimum 41 puandır. Buna göre çalışma grubunda kaygı durumu %67 olarak bulunmuştur.

Sürekli Kaygı Ölçeğinde puanların ortalaması 36 ile 44 arası normal olarak değerlendirilmiştir. Maksimum 53 minimum 24 puandır.

Çalışma grubunun %31,3'ünün kaygı düzeyi normal sınırlarda olup (36-41 arası normal), % 68,7'si ise kaygılı olarak bulunmuştur(Tablo 8).

4.4.İçerik Analizi Sonuçları

Çalışmaya katılan katılımcılara “*Bu kuruma devam ederken kendini nasıl hissediyorsun? Bizimle kendini güvende hissediyor musun?*”, “*Kurumdan ayrılma zamanı geldiğinde /aklına geldiğinde nasıl duygu ve düşünceler yaşıyorsun? Neler olacak diye endişe duyuyorsun?*”, “*Yeni tanışacağın insanlarla hastalığınla ilgili paylaşım yapmaktan endişe duyuyor musun?*”, “*Diğer insanların senin hakkında ne düşündükleri konusunda endişeleniyor musun?*”, “*Yeni bir yaşam için kendini hazır hissediyor musun?*”, “*Gelecek ile ilgili belirsizlikler seni rahatsız ediyor mu? (Sosyal güvence, ekonomik koşullar, iş yaşamı? Evlilik? Çocuk sahibi olma?)*”, “*Stres ve kaygılarla genelde nasıl baş ediyorsun?*” ve “*Erişkin kontrollerine geçişte ne yapılırsa bu süreci sorunsuz, rahat atlattırırın?*” soruları tek tek sorulmuştur. Verilen cevaplar içerik analizi yapıldığında beş tema altında (*Pediatric Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercih, Diyabeti İle İlgili Paylaşım Ve Diğer İnsanların Düşünceleri, Yeni Bir Yaşam Ve Gelecek İle İlgili Belirsizlik Kaygı Durumu, Stres Ve Kaygıları İle Baş Etme Yöntemleri, Çocuk Kontrolünden Erişkin Kontrolüne Geçişte Kurumlardan Beklentiler*) toplandığı görülmüştür. Bu temaların içerisinde bulunan ana kategori ve tematik/ anlamlı üniteler kaç kişi tarafından kullanıldığına göre yukardan aşağı (frekans değeri) sıralanarak detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

4.4.1.Tema 1- Pediatric Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercih

Katılımcıların kuruma karşı olumlu duygu ve düşünceleri en çok kullandıkları ifadelerle tematik ünitelere ayrılmış, bu ünitelerde dikkat çeken ve sık tekrarlanan cevapların frekans değerleri belirlenmiştir. Bu kapsamda katılımcıların tamamı (16/16,% 100, $f=102$) personeli tanıma ve iyi ilişkiler (aile ortamı, arkadaşça ilişkiler, sevgi ortamı)kurmanın çok önemli olduğunu vurgularken yine katılımcıların tamamı (16/16,% 100, $f=82$) güvende olmanın/hissetmenin diyabet takibinde başka kuruma

gitmek istememe nedenlerinin başında geldiğini 82 defa ifade etmişlerdir. Personelin tıbbi yeterliliğine/başarısına dair güven sorusuna yine katılımcıların tamamı (16/16,%100, $f=82$) önemsedğini ve kurumun işleyişinden memnuniyet (randevu, ulaşılabilirlik, ayrılan vakit vb.)'in çok önemli olduğunu (16/16,%100, $f=54$) vurgulamışlardır.

Geçilecek kuruma karşı olumsuz düşünce ve duygular sorusuna yine tematik üniteler belirlenmiş bu sorulara verilen cevapların frekans değerleri bulunmuştur. Geçilecek kuruma yabancı olma/belirsizlik durumunun katılımcılar tarafından çok önemsendiği(15/16,%93.7, $f=46$), geçilecek kurumda olumsuzluk yaşayacağına dair önyargı (12/16, $f=33$) bulunmuştur. Frekans sayıları ve diğer cevaplar tabloda yer almaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Pediatri Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercih

Ana Kategori	Tematik (Anlamli) Üniteler	Katılımcı sayısı (n) 16	Frekans (f)
Kuruma Karşı Olumlu Düşünce ve Duygular	Personeli tanıma ve iyi ilişkiler (aile ortamı, arkadaşça ilişkiler, sevgi ortamı)	16	102
	Güvende olmak/hissetmek	16	82
	Personelin tıbbi yeterliliğine/başarısına dair güven	16	82
	Kurumun işleyişinden memnuniyet (randevu, ulaşılabilirlik, ayrılan vakit vb.)	16	54
	Alışkanlıklar (kurum/personel/işleyiş)	10	44
	Kendi diyabet bilgisine güven	10	34
	Diğer hastaların olumlu geri bildirimleri	3	9
Geçilecek Kuruma Karşı Olumsuz Düşünce ve Duygular	Geçilecek kuruma yabancı olma/belirsizlik	15	46
	Geçilecek kurumda olumsuzluk yaşayacağına dair önyargı	12	33
	Sosyal ilişkilerin yeterli olmayacağına dair önyargı	12	27
	Kaygı ve korku hissetmek	11	32
	Geçilecek kurumun tıbbi yeterliliğine dair kaygı/güven	9	33
	Geçmiş kötü deneyimlerden etkilenme	7	19
	Kendinden yaşça büyük hastalarla bir arada olmaktan duyulan rahatsızlık	4	17

Tablo 10.Araştırmaya Katılan Diyabetli Gençlerin Kurumda Kalmayı Tercih Nedenlerine İlişkin Önemli İfadelerin Gruplamaları

Ana Kategori	Tematik(Anlamlı) Üniteler	Önemli İfadeler
Kuruma Karşı Olumlu Düşünce ve Duygular	Personeli tanıma ve iyi ilişkiler (aile ortamı, arkadaşça ilişkiler, sevgi ortamı...)	<p>... Burası resmen ailem gibi. Diğer yerlerden farkı var. Buraya geldiğin zaman bir ailen gibi akrabalarından bir parçanmış gibi, bir yakınına gelmiş gibi hissediyorsun. Ama diğer yerler buz gibi gerçekten hastane kokusunu hissediyorsun ama burada onu hissetmiyorsun. Sanki bir yerden böyle bir fırın açılacak içinden mis gibi kekler börekler kokusu gelecek gibi hissediyorsun yani bir aile ortamı var. Burada hep tanıdığım insanlar tanımadan hiçbir şekilde güvende hissetmem. Yavaş yavaş oldu bu güven...(Kitap Kurdu)</p> <p>... Buraya devam etmemin zaten en büyük sebebi sizsiniz. Sizle zaten her kontrol sonrası görüşüyoruz. Görüşmesek de en ihtiyacım olan anda size dönebileceğimi bilmem, profesyonel şekilde yardım alabileceğimi bilmem benim için gerçekten büyük bir rahatlık. Bir de 11 senedir birlikteyiz. Bir aile gibi olduk açıkçası. ... (Güneş)</p> <p>... Cidden hani çok samimiyim bu konuda mutluym eski yaşadıklarım aklıma geliyor ben burada büyüdüm hani hayatımda bir nebze şöyle bir geriye bakarsak hani benim hayatımın bütününü aslında diyabet ve sizler oluşturuyorsunuz hani 15 yıl ne demek yani 18 yaşındayım ve 15 yıldır diyabetliyim yani...(Çiçek)</p> <p>... Ben burada kendimi rahat hissediyorum. Sonuçta bildiğim hemşireler, doktorlar, tanıdığım simalar. Herkesi tanıdığım için kendimi güvende hissediyorum...(Haftız)</p> <p>... Nereye gideceğim hakkında şu anda bir bilgim yok. Buradan gitmek istemiyorum. Çünkü burası çocukluğumdan beri, hastalığımdan başından beri geldiğim bir yer. Doktorları, hemşireleri tanıyorum. Arkadaş gibiyiz, samimiyiz. Onlara alıştım, seviyorum o yüzden başkasına alışmak zor...(Çılgın)</p>
	Güvende olmak/hissetmek	<p>... Ben buraya gelen tüm hastaların burada kontrol edilmekten mutlu, huzurlu, güven içinde geldiklerini düşünüyorum...(Honda)</p> <p>... Kesinlikle güvende hissediyorum çünkü sizin bize karşı davranışlarınız tutumlarınız hepsi sanki biz sizin öz çocuğunuz gibi burada bize anne abla baba bu şefkati bize veriyorsunuz ve bende bu şefkati bana veren insanların yanında kendimi güvende hissedirim...(Moses)</p> <p>... Hastaneye gelirken kendimi güvende hissediyorum, şekerim kontrol altında gittiği için kendimi güvende hissediyorum. Gidecek bir yerim olduğunu bildiğim için, hastalandığımda gidecek yerimi bildikleri için kendimi güvende hissediyorum...(Wansayk)</p>
		<p>... Daha güvendedeyim ve daha başarılı insanlarla beraber olduğumu düşünüyorum. Çünkü burası daha güvenilir daha başarılı bir yer olması ve bilimsel olarak</p>

	Personelin tıbbi yeterliliğine/başarısına dair güven	<p>yenilikçi. Yani bilimsel olarak yeterli görüyorum o yüzden de burayı tercih ediyorum. Bana yeterince ilgi, alaka, zaman ayrıldığına inanıyor... (Çılgın)</p> <p>...Ben diyabetimle alakalı tüm öğrendiklerimi, tüm yapmam gerekenleri, neler biliyorsam bu zamana kadar yaptığım her şeyi buradaki doktorlarım hemşirelerim sayesinde öğrendim. Bundan da çok mutluyum(Honda).</p> <p>... Burası benim gözümde diyabet merkezlerinin odak noktası gibi bir yer. İlgi var ve o ilginin sonucunu alandan bırakmıyor. Bir şey yapacağız diyorsa yapıyorlar. Sonuçtan da memnunuz. Her şeyden memnunuz. Çünkü sorunlar çözülüyor, sorunlar çözüldükçe de güven artıyor. Güveni siz sağlıyorsunuz aslında. Ekip çalışması var(Kıvırcık).</p> <p>... Buraya başka merkezden geldim. Sararma vardı bende. Nedenini sordum kansızlık yok dediler hap falan kullanmana gerek yok dediler. Ama buraya geldim baktıklarında kanım en alt seviyede çıktı. O yüzden buranın daha uygun, daha güzel, daha ilgili bir yer olduğunu düşünüyorum(Çılgın).</p>
	Kurumun işleyişinden memnuniyet (randevu, ulaşılabilirlik, ayrılan vakit)	<p>...Birebir görüşmelerde olsun, muayene odasında olsun gerekli zamanın ayrıldığına inanıyorum. O yüzden kendimi güvende hissediyorum(Celberen).</p> <p>... Çok zaman harcıyor görüşmelerde. Yani uzun uzun görüşmeler yapıyoruz, kendini ifade etmene fırsat veriliyor(Kıvırcık).</p>
	Alışkanlıklar (kurum/personel/işleyiş)	<p>...Alışla gelmiş bir düzenimiz var burada 4 yıldan beri özellikle de benim. Tüm doktorlarım ve diyabet hemşiresini tanıyorum onlarda beni tanıyor(Honda).</p> <p>... Ben 11 senedir buradayım. Alıştığım bir sistem var. Buradaki herkesi tanıyorum(Güneş).</p> <p>... Burada tetkiklerin nerede, nasıl yapıldığını bildiğim için çok rahatım. Gitmek de istemem başka bir hastaneye(Hafız).</p>
	Diğer hastaların kurumla ilgili olumlu geri bildirimleri	<p>... İlk tanı aldığımdan beri buraya diğer hastanelerden gelen insanların anlattıklarından etkilendim. Daha sonra da birkaç kere başka erişkin hastanesine gittim. İlgi ve alakanın o kadar iyi olduğunu düşünmüyorum(Celberen).</p>
Geçilecek Kuruma Karşı Olumsuz Düşünce Ve Duygular	Geçilecek kuruma yabancı olma/belirsizlik/işleyişi bilmeme	<p>... Şöyle anlatıyorum: hani bir çocuk ailesi değildir, öz annesi babası değildir ama yıllarca onları öz annesi babası bilerek yaşayacak. Sonrasında üvey olduğunu anlayıp gerçek annesi babasına dönmesi gerektiğini biliyordur. Böyle bir şey deyim yani. Tam anlamıyla alışmışsın, herşeyi düzene oturtmuşsun. Nasıl bir tavırla karşılanacağını biliyorsun ama gittiğin yerde herkes çok farklı. Tanıma aşaması var zaten çok farklı, zor bir durum(Papatya).</p> <p>... Düzen öğrenene kadar sıkıntı yaşayacağım. Nerde? Nasıl olacak? Nasıl kan vereceğim? Nasıl idrar vereceğim? Bunların hepsi bir problem(Hafız).</p> <p>... Gideceğim yerde ki doktorları bilmiyorum. İlk defa gittiğim için endişe içinde ve kaygı içinde kalacağım. Çünkü oraya ilk defa gitsem de insan bir anda pat diye doktoruna alışamaz. O beni bilmiyor ben onu bilmiyorum. Tanımadığım içinde ben ona sorsam o beni bilmeyecek, o bana sorsa ben onu bilmeyeceğim.</p>

		<i>Yani insan çocukluk ekibini her zaman arayacaktır. Burada herkes tanyor beni(Tatlı Cadı) .</i>
Geçilecek kurumda olumsuzluk yaşayacağına dair önyargı		<p><i>...Hani buradan gidiyorsun yabancı bir ortama gireceksin hiç kimseyi tanıyorsun. Oradaki insanlar sana nasıl davranır seni anlayabilir mi?(Kitap Kurdu).</i></p> <p><i>...Ben buradan ayrıldığımda sürekliliği olan bir sürecin bozulacağını düşünüyorum. Sonuçta insan endişeleniyor. Buradan ayrıldığımda bir uyumsuzluk yaşanacağını düşünüyorum(Honda).</i></p> <p><i>... Ben 11 senedir buradayım. Alıştığım bir sistem var. Buradaki herkesi tanyorum. Onun bir acemiliği, sıkıntısı olabilir. Böyle şeyler beni endişelendiriyor(Güneş).</i></p> <p><i>...Ben buradan ayrıldığımda sürekliliği olan bir sürecin bozulacağını düşünüyorum. İnsan endişeleniyor, bir uyumsuzluk yaşanacağını düşünüyor(Honda).</i></p> <p><i>...Gitmesem olmaz mı? diye düşündüm (Soru sorulduğunda duygulandı ve ağlamaklı oldu. Bir süre bekledikten sonra devam edebildi.)10 yıldır burada takipteyim başka hastanede sanmıyorum ilgi olsun(Rüzgâr).</i></p> <p><i>...Bazen hani şey işte 18 yaşım bitince acaba ne yaparım ben ? hani başka hastaneye gittiğim de burada ki gibi ilgi görür müyüm ?çünkü sonuçta ne biliyim ya hani doğup büyüdüğünüz toprak gibi burası(Çiçek).</i></p>
Sosyal ilişkilerin yeterli olmayacağına dair önyargı		<p><i>...Endişe duyuyorum çünkü sanki burası mahalle bakkalı gibi iyi bir ortam var. Sohbet edersin mutlu olursun bir şeyleri paylaşırsın, derdini anlattırın bakkal amcan dinler. Ama erişkin bölümü market gibi ihtiyacın olanı alırsın. Hiç güler yüz görmeden hiç birşey demeden çıkarsın ya öyle. Ama burası bambaşka bir ortam(Kitap Kurdu).</i></p> <p><i>...Tanımadığım insanlar olacak. Belki sevemeyeceğim orayı. Öyle olduğu için kaygı duyuyorum. Başka hastaneye veya başka bir yere gidecek olmaktan sıkıntılıyım. Belki de daha iyi ama sonuçta tanıdığınız bir yerden yabancı bir yere gittiğiniz zaman tanımadığım yer daha iyi olsa bile zor(Hafız).</i></p> <p><i>... Buradan ayrıldığımda tekrar bir alışma süreci tekrar yeni insanlar, yeni doktorlar, hemşireler, onların bana yaklaşımları veya samimiyet düzeyimiz farklı olacağından dolayı da şekerlerim açısından sıkıntı olacağını düşünüyorum. Bu zaman alacak bir şey ve alışma sürecinde de şeker kontrolümüze dikkat etmemiz gereken şeyleri aksatabiliriz(Honda).</i></p> <p><i>...Tek kaygım beni anlayarak tedavi eden bir hastaneden ayrılıp anlamayacağını düşündüğüm başka bir hastaneye gitmek(Damla).</i></p>
Kaygı ve korku hissetmek		<i>...Bunu düşünüyorum zaten yaşımda yavaş yavaş geliyor şimdi 8 yıldır buraya alıştım size alıştım herşeyimi rahatça paylaşabiliyorum, konuşa biliyorum. Gideceğim yerde acaba nasıl olacak sizin kadar bana</i>

		<p>anlayışlı olabilecekler mi? kendimi onlara size açabildiğim kadar rahat açabilecek miyim? onu düşünüyorum ve sanırım boşluğa düşecek gibi oluyorum boşlukta olacaktım gibi hisse kapılıyorum(Moses).</p> <p>...Açıkçası boşlukta hissediyorum bu kadar ilgili bir hastaneden ayrılıp başka hastanede neyle karşılaşacağımı bilmediğim için korkuyorum(Damla).</p> <p>... Çok kötü gerçekten korku içerisindeyim. Çünkü sizi, doktoru çok sevdiğim için, burayı bırakmak istemediğim için kendimi kötü hissettim (Kardelen).</p>
Geçilecek kurumun tıbbi yeterliliğine dair kaygı/güven		<p>... Buradaki kadar sıkı takip edilecek miyim buraya geldiğimde resmen her şeyim kontrol ediliyor her şey özel olarak soruluyor gideceğim yerde acaba bunlar sorulacak mı? ne kadarı? bana sağlanacak diye endişe duyuyorum açıkçası(Moses).</p> <p>...Gerekli şeylerin yapılıp yapılmayacağı konusunda kaygılarım olur. Tüm testleri yaptılar mı? Gerçekten yapılması gerekenler tam mı? Burada aramızda ki iletişim daha samimi, daha birbirimizi tanıyarak oluyor. Orada daha mesafeli daha uzak bir ilişki olacak. O sebepten ötürü eksin kalacağından korkuyorum bazı tetkiklerin(Celberen).</p> <p>...Ben insülin pompası kullanıyorum bunu erişkindekiler bilmiyor. Bu benim başıma çok geldi. (Hemşirelik okuyorum diye hatırlatıyor). Staja çıktığım zamanlarda orada doktorlarla konuşuyoruz kolumda gördüğü zaman bu ne? diyorlar. İnsülin pompası diyorum. Hım....sen diyabetlisin işte bunu nasıl yapıyorsun? şöyle yapıyor musun? böyle yapıyor musun? diye dahiliyeciyi soruyor bana bunu. Hani bilmiyor hiç bir şekilde bilmiyor ben anlatıyorum ona ki! büyük şehirdeyiz Ankara'dayız. Ankara'da olmamıza rağmen küçük şehirler olsa hani rastlamak zor olabilir ama Ankara'dasın ve birçok insanda görebileceksin birçok insanda belki buna teşvik edeceksin, böyle bir şey var diyebileceksin ama hiçbir şey bilmiyorsun. Ankara dışına gidiyorsun belki orada rahatsızlanıyorsun diyabetliyim dediğim zaman herkes tedavisini bilmeli(Kıta Kurdu).</p> <p>...Tüm doktorlar, hemşireler aynı değil burada güncel şeylere önem veriliyor. Ben burada insülin pompası kullanıyorum(Hafız).</p> <p>... Yani her şey kötü yani sizin verdiğiniz eğitimleri başkası hiç veremez.Sonuçta bura da bir eğitim veriyorsunuz, güzel şeyler söylüyorsunuz, veriyorsunuz eğitimde bunu başka bir hastaneye gittiğimde başkası yapamaz. Bizimle özel görüşmeler yapamaz, bu konuda endişelerim var (Kardelen).</p> <p>...Gideceğim yerde ki doktorları bilmiyorum. İlk defa gittiğim için endişe içinde ve kaygı içinde kalacağım. Burada herkes taniyor beni(Tatlı Cadı).</p>
Geçmiş kötü deneyimlerden etkilenme		<p>... Birkaç kez erişkine gittim. Keşke gitmeseydim diyorsunuz çünkü gerçekten samimi bir ortam yok neden geldin, niçin geldin? Neden gelebilirim rahatsızlandım, hastayım şunun için geldim. Ama adam işine o kadar adapte olmuş ki kendini resmen pazara çıkarılmış gibi hissediyorsun. Sadece takır takır</p>

		<p><i>sayacaksın işte hangisi beğenirse... Tetkiklerini yapıyor ilacını yazıyor direk gönderiyor ama bir sohbet etse nedenini açıklasa direk böyle bir samimi ortam olsa insan kendini daha rahat hissederdi(Kıtap Kurdu). ...Ben sürekli başka hastanelere de gidiyorum dış için veya göz için. Hep çok kalabalıklar. Altı ay sonraya randevu veriyorlar sürekli. O yüzden burası istediğim zaman gelebileceğim, konuşabileceğim daha kolay daha iyi bir yer. Erişkinde ilgisizler(Çılgın). ...Bunu deneyimimden dolayı söylüyorum. Birkaç kere başka erişkin hastanesine gittim ilgi, alakanın o kadar iyi olduğunu düşünmüyorum. Hani daha demin dediğim gibi iletişim çok soğuktu kendimi rahat hissedemiyordum. Hani hem deneyimlerden dolayı hem de anlatılanlardan dolayı kaygılıyım. Kendimi hazırlamaya çalışıyorum diyebilirim(Celberen).</i></p>
	Kendinden yaşça büyük hastalarla bir arada olmaktan duyulan rahatsızlık	<p><i>... Beni büyük ihtimalle altmış, yetmiş yaş üstü insanların arasına atacaklar ki benim şeker durumum da onlar ile aynı olmadığı için durumum tam olarak karşılanmayacak o yüzden biraz sıkıntı yaşarım buradan gidersem. On, on beş yaş arası ile de aynı değilim altmış yaş üstü ile de aynı değil. Bizim yaşımızda olanların da kontrol altına alınacağı bir yer yok, ama öyle bir yer olsaydı çok güzel olabilirdi, yani şöyle bizim yaşımıza göre kontrol edilecek bir yer olsa iyi olurdu(Wansayk).</i></p>

Tablo 11. Diyabeti İle İlgili Paylaşım Ve Diğer İnsanların Düşünceleri

Ana Kategori	Tematik (Anlamlı) Üniteler	Katılımcı sayısı ($n=16$)	Frekans (f)
Hastalıkla İlgili Paylaşımında Bulunma Endişesi	Hayır	11	46
	Evet	3	5
	Bazen	2	4
Diğer insanların hastalığı hakkında düşündükleri konusunda endişe	Hayır	7	15
	Evet	5	10
	Bazen	2	4
	Cevapsız	2	2

4.4.2. Tema 2- Diyabeti ile ilgili paylaşım ve diğer insanların düşünceleri

Katılımcılara; diyabet ile ilgili bilgileri çevresi ile paylaşıp paylaşmadığı, diğer insanların(aile, arkadaş, okul yönetimi vb.)diyabeti ile ilgili yorum ve tutumlarının onlarda oluşturduğu duygu ve düşünceleri en çok kullandıkları ifadelerle tematik ünitelere ayrılmış, bu ünitelerde dikkat çeken ve sık tekrarlanan cevapların frekans değerleri belirlenmiştir. Bu kapsamda 11 diyabetli genç “hastalığımı başkaları ile paylaşmakta bir sıkıntı yaşamadım” (11/16, $f= 46$) ifadesini kullanırken, “diğer insanların yorumları benim için çok da önemli değil” diyenler (7/16,%43.7, $f=15$) ifadelerini kullanmışlardır. Frekans sayıları ve diğer cevaplar tabloda yer almaktadır(Tablo 11).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Diyabetli Gençlerin Diyabeti İle İlgili Paylaşım Ve Diğer İnsanların Düşüncelerini Belirten Önemli İfadeler

Ana Kategori	Tematik(Anlamli) Üniteler	Önemli İfadeler
Hastalıkla İlgili Paylaşımında Bulunma Endişesi	Hayır	<p>... Yok hayır. Eskiden ergenlik dönemlerimde sıkıntı çekmek istemezdim. İğne yaptığımı gizlerdim. Ama hiç öyle takıntılarım yok artık. Rahatça anlatıyorum. Çok merakla dinleyen arkadaşlarım da var. O konuda artık bir sıkıntım yok(Güneş).</p> <p>...Yok! ben direkt adımdan sonra onu söylüyorum direkt pompamı çıkarıp gösteriyorum, “işte bakan! bu benim insülin pompam!” zaten insanlar çok ilgili birde karakterle alakalı bir şey ben pek utanmıyorum ne biliyim dershaneye sürekli elmamı götürüyorum ve benle birlikte artık herkes meyve falan getirmeye başladı. Öğretmenlerime falan söylüyorum. Ben çok rahat bir insanım bu konuda çünkü utanılacak sakınılacak bir şey olduğunu düşünmüyorum. Dediğim gibi ben Çiçek'im ve ben diyabetimle Çiçek'im 15 yıldır bahsediyorum. Diyabetimle benim ve ben hiç çekinmiyorum hiç sorun değil benim için(Çiçek).</p> <p>... Hiç duymuyorum ve yeni tanıştığım herkesle de hastalığımı paylaşıyorum zaten. Çünkü yanlarında olduğum zaman herhangi bir hipoglisemi durumunda bana gerekli müdahaleyi yapabilmeleri için onlara gerekli bilgiyi de veriyorum. Mesela bir anda algım düştüğü anda ve yüzümde terleme olduğu anda direk arkadaşlarım uyarıyor beni ve okuldayken şekerimi kendim ölçmüyorum aklıma gelmediği zamanlarda bile arkadaşlarım çantamdan cihazımı alıp direk kendileri ölçüyorlar(Moses) .</p>
	Evet	<p>Hhastalığımı ve beni anlamayacaklarını düşünüyorum(Damla).</p> <p>... 8 yaşında diyabet oldum ben. Neden ben dediğim zamanlar oldu tabi arkadaşlarımdan çekindim çevremdekilere açıklamadığım durumlar oldu. Dershaneye gittim kimse benim diyabet olduğumu bilmiyordu ki birkaç arkadaşlarım dışında öğretmenlerim bilmiyordu. Ama bu bir tür saklamaktı. Saklamamdaki amaç insanların size acımasını önlemek çünkü bir şey olduğu zaman, bunu 50-60 yaşındakiler çok yapıyor. “Aa...küçük çocuk diyabet olmuş, şeker hastasıymış” ama olabilir bu herkes de görülen bir şey ama kimse bunu bilmiyor. “Yazık” gözüyle bakılıyor ama ben kötü olduğumu düşünmüyorum. Evet ben diyabetliyim ve bu hayatımın bir parçası Biz birlikte bir bütünüz onunla ve yolumuza birlikte devam ediyoruz. O benim cezam değil ya da o benim hayatımdaki bir engel değil, o benim sadece yanımda devam eden bir arkadaş(Kitap Kurdu).</p>
	Bazen	<p>...Başlangıçta çok sakladım. Büyüdükçe saklamanın bana faydası olmadığını anladım. Şimdi çoğu arkadaşlarım biliyor. Yani bazen sakladım (Rüzgar)</p>

		<p>...İlk onlarla tanıştığımda onların bana karşı nasıl bir tavır sergileyeceklerini önce sorgularım. Başlangıçta demem yani. Onların da nasıl birisi olduğunu öğrenip daha sonra ayrıntılı diyabetimi onlara anlatma gereği duyarım(Papatya)</p>
<p>Diğer İnsanların Hastalığı Hakkında Düşündükleri Konusunda Endişe</p>	Hayır	<p>...Diğer insanlar konusunda hiçbir şekilde endişe duymam bir kere. Hani isteyen istediğini desin hiçbir şekilde önemli değil bazen saçmaladığım falan oluyor o konular da diyorum acaba saçma bir şey mi söyledim de insanlar... Ha! kesinlikle diyabet konusunda hiçbir şekilde hani isteyen istediğini söylesin hiç umurumda değildir yani. Dershaneyi daha çok merak ediyorum belki de bu sene zamanımın çoğunu orda geçirdiğim için olabilir. İlkokul çağında olan bir sorundur belki de. Yanlış bir soruya cevap verdiğimde bir geriliyorum. Acaba benim hakkımda ne düşündüler. İşte hocadır arkadaşlardır diyorum. Ama diyabet konusunda çok rahat bir insanım hatta bazen işte inanmıyorlar söylüyorum şeker hastasıyım bu kadar neşeli şen şakrak birisi nasıl olur ya diyorlar. Benim moralimi bozmak için benim anneannem şekerden öldü diyorlar bende” Allah rahmet eylesin demek ki dikkat etmemiş “ diyorum. Ama ben çok rahat bir insanım ve diyabet konusunda bilinçli ve kontrollüyüm(Çiçek)</p> <p>... Genelde duymam, ben yeni tanıştığım insanlara direkt anlatırım burada öğrendiklerimi. Ne yapması gerektiğini, şekerim düşük olduğun da ne yapacağını, yüksek olduğunda ne yapacağını anlatırım. Hatta şeker düşüklüğü/ koma durumuna girdiğim zaman ne yapacağını bile anlattım uygulamalı olarak (Wansayk)</p> <p>... Benim hakkımda ne düşündükleriyle ilgili ben pek fazla ilgilenmiyorum. Aslında siz bu soruyu sorana kadar da hiç düşünmemiştim açıkçası. Öncesi çoktu ama şu an evet kesinlikle bu kaygılarımı atlatmış durumdayım. Başta saklamıştım artık gerek duymuyorum, umursamıyorum. Yani evet hala kaygılarım var hastalığım konusunda ama zamanla oluşabilecek bir şey bu yeni yapılan ani değişiklikler kesinlikle uzun zaman alışma süreçleri gerektiriyor (Honda)</p> <p>...Hayır, Yani öyle pek ilgilenmem pek kafama takan bir insan değilim. Fazla sorun etmem (Çılgın)</p> <p>...endişelenmem yani önemli olan benim kendim hakkındaki düşüncelerim. Başkalarının düşündükleri gibi yaşarsam yaşayama zaten yobaz birisi olurum yani(Celberen)</p>
	Evet	<p>...Tabi duyuyorum. İnsanın iyisi de var kötüsü de var, iyi de konuşabiliyor kötü de konuşa biliyor</p>

	Bazen	<p><i>benim hakkımda. Bu benim için çok önemli. Biri benim hakkımda konuşurken hani iyiliğimi konuşsun, iyi niyetliliğimi mi konuşsun onu isterim (Kardelen).</i></p> <p><i>... Kimi zaman ne düşündükleri hakkında evet endişe duyuyorum kimi zamanda hiç duymuyorum hani ben böyleyim beni bu şekilde kabul etsinler diye ama dediğim gibi genelde endişe duyuyorum. Bazı arkadaşlarım dan şey duymuştum hafif bir tartışmamızda direk benim hastalığımı öne sürerek “senin böyle bir sıkıntın olmasaydı daha farklı olurdu” gibisinden kelimeler ediyorlar yani kimisi benim yanıma sadece ben üzülmeğim diye benim hastalığım yüzünden mi? yaklaşıyor yada işte davranışlarım bazı davranışlarım onların hoşuna gidiyor mu? gitmiyor mu? ve bu hastalığımı kullanıyor muyum? Ben kullanmıyorum ama karşı taraf ben hastalığımı kullanıyormuşum gibi anlayabiliyor. Okulda şekerim düşüyor dersten çıkıyorum arkamdan hocalara bazı arkadaşlar “numara yapıyor hocam hastalığını kullanıyor” gibi kelimeler edebiliyorlar ve bu insanların beni biraz üzdüğü, endişelendirdiği doğru(Moses).</i></p> <p><i>... Şöyle çevremdekilerin benim hakkımda neler düşündüklerini tabi ki önemsiyorum ama sürekli o ne der bu ne der gibi şeylerle hareket etmiyorum. Ama arkadaşlarımın fikirlerini, çevremdekilerin fikirlerini önemserim (Güneş).</i></p>
--	-------	--

4.4.3. Tema 3-Yeni Bir Yaşam Ve Gelecekle İlgili Belirsizlik Kaygı Durumu

Katılımcıların gelecek yaşamla ilgili kaygı duyup duymadıkları ve sorunlar karşısındaki baş edebilirlik durumlarına yönelik sorulan sorulara yönelik en çok kullandıkları ifadelerle tematik ünitelere ayrılmış bu ünitelerde dikkat çeken ve sık tekrarlanan cevapların frekans değerleri belirlenmiştir. Bu kapsamda katılımcıların tamamının geleceğe yönelik ciddi ekonomik kaygı taşıdıkları (16/16, %100, $f=80$) ve bu kaygıların başında ise iş bulma kaygısı olduğu (13/16, $f=37$)ve sosyal güvencelerinin olmamasından kaynaklı ciddi sorun yaşamaktan korkmaları'dır (12/16, $f=36$). İyi bir eğitim alabilmeye yönelik kaygı yaşayanların (8/16, $f= 25$) sayısı yarı

yarıya (%50) olurken, yine erişkin döneme geçiş ile ilgili kaygı duyanlar katılımcıların yarısını oluşturmaktadır (8/16, $f= 25$). Ülkenin siyasi, toplumsal ve sistem belirsizliğine güvensizlik %37,5 (6/16, $f= 19$) olarak bulunmuştur.

Evlilik ve çocuk sahibi olmaya yönelik kaygıları daha az bulunmuştur (3/16, $f= 8$).

Katılımcıların baş edebilme gücüne dair inanışları değerlendirildiğinde kendine güvenenler çoğunluktadır(9/16, $f =17$).

Frekans sayıları ve diğer cevaplar tabloda yer almaktadır. (Tablo 13)

Tablo 13.Tema 3-Yeni Bir Yaşam, Gelecekle İlgili Belirsizlik Ve Kaygı Durumu

Ana Kategori	Tematik (Anlamalı) Üniteler	Katılımcı sayısı (n)=16	Frekans(f)
Gelecek Yaşantıya Yönelik Kaygılar	Ekonomik Kaygı	16	80
	İş kaygısı	13	37
	Sağlık ve sosyal güvenlik kaygısı	12	36
	Eğitim Kaygısı/Üniversite sınavı ve okul durumu	8	25
	Erişkine geçiş kaygısı	8	25
	Ülkenin siyasi, toplumsal ve sistem belirsizliğine dair kaygı	6	19
	Çocuğunun olmayacağı endişesi	4	11
	Evlilik yapabilmeye dair korku	3	8
Baş Edebilme Gücüne Dair İnanışlar	Kendine güven	9	17
	Kendine güvende eksiklik	6	19

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Diyabetli Gençlerin Yeni Bir Yaşam Ve Gelecekle İlgili Belirsizlik Kaygı Durumuna İlişkin Önemli İfadelerin Gruplamaları.

Ana Kategori	Tematik(Anlamlı) Üniteler	Önemli İfadeler
Gelecek Yaşantıya Yönelik Kaygılar	Ekonomik Kaygı	<p>... Okul bitince sosyal güvencem olmayacak bu beni korkutuyor, sonra her halde sigorta yaptırırız ama maddi sıkıntımız çok...(Duygulandığı için görüşmeye ara verildi, kendi isteği ile görüşmeye tekrar başlandı.) Korkularımın çoğu şekere bağlı ayrıca aileme katkıda bulunmak için tarlada onlarla çalışıyorum. Yani babamla tüm işleri beraber hallediyoruz(Rüzgar).</p> <p>... Kaygılarım daha çok ekonomik diyebilirim çünkü; ekonomik yönden rahat olduğum zaman diğerlerinin hepsini sağlayabilirim. Yani şöyle bir düşündüğüm zaman sağlık kesinlikle çok önemli ama hani ekonomik olarak rahat olursam, işimde başarılı olabilirim rahat olurum(Hafız).</p> <p>... Yarın bir gün ailemin evinden ayrılacağım. Diyabet ve insülin pompası set masraflarım var onun dışında benim kontrollerim var. Nasıl karşılayacağım bilmiyorum(Çiçek).</p>
	İş Kaygısı	<p>...Diyabetli olmayan kişilerde bu sorunlar belki %20 %30 ama bizde %50nin üzerine çıkıyor. Ben şu an bakanlıktayım ama farklı statülerde çalışan arkadaşlarım var. 8 saat değil de 12 saat ayakta duran arkadaşlarım var. Hep bu düşünceyi korkuyu yaşıyorsun. Acaba ileride nasıl bir iş sahibi olacağım ve diyabetime nasıl bir etkisi olacak. Hep bunun kaygısı olduğu için de çok etkiliyor diyebilirim. İşin kalitesi ya da yoğunluğu benim diyabetimi etkiler yani(Papatya).</p> <p>... İşsizlik konusunda çoğu insan hep yakınına tanıdığına iş veriyor. Çoğu da ben rahatsız bir insana iş vermem gibisinden düşüncelere sahip. oysa ki benim hastalığım ki ben hastalık bile demiyorum artık buna çünkü hiçbir şeyime engel değil sporumu yapıyorum, okuluma gidiyorum ve dışarıdan beni gören bir insan asla bu çocukta bir hastalık var demez. Söylediğim kişiler şaşırıyor aa! çok sağlam duruyorsun ya bu hastalık kendine dikkat etme işi başka türlü hiçbir zararı yok bana dediğim gibi işsizlik konusunda da öyle bir sıkıntım var (Moses).</p> <p>... İleri de sonuçta evleneceğim, yeni bir hayata başlayacağım; iş bulma imkanlarım, bundan sonrası nasıl olacak çok emin değilim. Yani şu anki durumumda rahatım ama ilerisi çok düşündürüyor beni (Güneş)</p> <p>... İşle ilgili kaygılarım da var. Hani bulabilecek miyim bulamayacak mıyım?(Celberen).</p> <p>... Okul bittikten sonra işe girebilecek miyim, beni alırlar mı? o işte iyi bir yere gelebilecek miyim? Bilmiyorum (Wansayk).</p>

		<p>... Yarın bir gün ailemin evinden ayrılacağım bir kere diyabet ve set masraflarım var onun dışında benim kontrollerim var.... ücret babında değil ama hani kendi sorumluluğumu alacağım bunun için evet kaygı duyuyorum. Yapabileceğim tek şey elimden geldiğince biraz daha fazla çalışmak ve iyi bir bölüme gitmeyi istiyorum. Hayatım çünkü ona göre şekillenecek (Çiçek).</p>
	Sağlık Ve Sosyal Güvenlik Kaygısı	<p>... 18 yaşımı doldurdum öğrenci olmama rağmen beni 3 ay uğraştırdılar. Sosyal güvenlik altında olabilmem için, sonuç olarak ben bir öğrenciyim ve kronik bir hastalığım var beni o kadar uğraştırmamaları gerekiyordu daha alttan alabilirlerdi, kolaylık sağlayabilirlerdi. Ayrıca oradan oraya gittim oradan oraya. İnanılmaz yorulduğum şekerim düştü, şekerim yükseldi bunların hiç birini benim çekmemem gerekiyordu(Moses).</p> <p>...Sosyal güvence konusunda hastalığımın giderlerini ne kadar iyi karşılayacak? işte ilaçlarım, striplerim gibi şeyler bunlar beni çok çok endişelendiriyor. Sürekli uygulama değişiklikleri var. İlacın şu kadarı karşılanıyor diye şeyler var. Bunları sürekli araştırıp bakmak durumundayım. Bunun yüzünden bir rahata erişemiyorum, sürekli diken üstündeyim. Bunlar o yüzden kaygılandırıcı(Güneş).</p> <p>... Şu anda sosyal güvencem babam çalıştığı için devam ediyor. İleride ben çalışsam, sosyal güvencem olmasa diyabetimle ilgili ilaçları nasıl karşılayacağım? Pompanın masrafını nasıl karşılayacağım, hani neden devlet bize destek çıkmıyor? Bence devlet böyle bir şey oluşturabilir. Çünkü bizde evet varız. Bizim sesimizi kimsenin duyduğunu düşünmüyorum ben. Sosyal güvencem olmayacak belki çalışsam ya da herhangi bir ekonomik gelirim olmayacak. Devlet gerekirse bir iş kursun. Diyabetli bireylerin çalışabileceği bir iş. Oraya gireyim ben çalıştım. Hem de sosyal güvencem devam eder. Böyle bir şey de olabilir (Kitap Kurdu).</p>
	Eğitim Kaygısı/Üniversite Sınavı Ve Okul Durumu	<p>... Ben bu sene sınava hazırlanıyorum ve hani aslında o üniversite 4 yıl ama hayatımın 4 yılı olacak çünkü evleneceğim insanla orda tanışacağım belki çok yankın arkadaşlar edineceğim ve iler ki hayatımı onlar oluşturacak. Mesela Üniversite de okuyup hayatını şekillendirmek var birde tutup Ankara'da okumak var hani kesinlikle beni kaygılandırıyor. İyi bir üniversiteye gitmeliyim mesela psikolog olmalıyım ben(Çiçek).</p> <p>... Genelde ders konusunda endişelerim var. Çünkü meslek okuyorum, seneye stajım var, girmem gereken bir üniversite sınavım var, dershanem olacak... Şimdi sorunlar yaşıyorum bu sorunlara birde bunlar eklenir ise daha büyük sıkıntılar yaşanacağını düşünüyorum(Kıvrıcık).</p> <p>... İlk başta üniversite sınavına giriyorsunuz sonra yetenek sınavına giriyorsun. Hayatın sınavlarla geçiyor ve hayatın sınavlarla geçerken ben hayatı yakalayamıyorum. Hani hayat durmadan bir değişim halinde ama ben o değişimi sınava adapte olmaktan dolayı o değişimi yakalayamıyorum(Kitap Kurdu).</p>

	Erişkine Geçiş Kaygısı	<p>... Kendimi şöyle hissediyorum ben; ailemin yanında bir gemideydim herkesin bulunduğu bir gemide sonra 18 yaşına geldiğimde seni ıssız bir adaya bırakıp gidiyorlar. Oradaki her şeyi sen kendin yapacaksın hani orayı sen yeşillendireceksin, gerçekten bir yuva haline getireceksin, gerçekten mutlu olduğun işi yapacaksın orada ama senin hayatın olacak ve senin elinde olacak. Ama doğru kararlar verebilecek misin eğer doğru kararlar veremesen neler olacak. Endişe duyuyorsun acaba yapabilir miyim, başarabilir miyim? Gibi endişelerim var ve kopmak istemiyorum buradan. Burada keşke bir 5 – 6 yıl daha geriye gitsem de bir 5 – 6 yılım daha olsa kopmak hani keşke diyorum burada herkesi tanıdığım herkesi sevdiğim ortam olsa orada beni o ortama hazırlasalar. Hani nelerle karşılaşacaksın? Neler olacak? Nasıl hissedeceksin? Belki bir psikolog olabilir. Önemli olan sizi anlaması burada gerçekten anlaşılıyor diğer yerlere gittiğimiz de daha bizi bilmedikleri için anlayabilecekler mi bizi? O beni çok kaygılandırıyor. Keşke bir yer olsaydı da en azından hazırlasalar bizi sanki bir okul gibi şunu şunu olacaksınız böyle olacak, bunlar sizi bekliyor olabilir ya da ne gibi sorunlarla karşılaşacağız gibi. Bir de pompayı ben insülin pompası kullanıyorum bunu erişkindekiler bilmiyor. Bu benim başıma çok geldi stajda çıktığım zamanlarda orada doktorlarla konuşuyoruz kolumda gördüğü zaman bu ne? diyorlar. İnsülin pompası diyorum. Hım....sen diyabetlisin işte bunu nasıl yapıyorsun? şöyle yapıyor musun? böyle yapıyor musun diye dahiliyeci soruyor bana bunu. Hani bilmiyor hiç bir şekilde bilmiyor ben anlatıyorum ona ki! büyük şehirdeyiz Ankara'dayız. Ankara'da olmamıza rağmen küçük şehirler olsa hani rastlamak zor olabilir ama Ankara' dasın ve birçok insanda görebileceksin birçok insanda belki buna teşvik edeceksin, böyle bir şey var diyebileceğin ama hiçbir şey bilmiyorsun. Ankara dışına gidiyorsun belki orada rahatsızlanıyorsun diyabetliyim dediğim zaman herkes tedavisini bilmeli(Kıta Kurdu).</p> <p>... Evet hissediyorum yavaş yavaş hazır hissediyorum. Fakat diyabet takibi başka ve başka bir hastaneye deyince güvenmiyorum açıkçası. Örnek veriyim bir x hastanesine gidiyim orada ne olduğunu bilmiyorum, alışamam. Güvenmiyorum başka hastanelere, hiçbir insan hastanelere güvenmez. Mesela ben ayağımı kırdım geçenler de alçıdaydı. X Hastanesine gittim hiç memnun kalmadım. Bir saat alçılı ayağımla orada bekledim hiç de memnun değildim(Tatlı Cadı).</p> <p>... Erişkin dönemde mesela çocuk sahibi olduktan sonra çocukla ilgilenmek gerçekten zor bir şey. Hem diyabeti hep, çocukla ilgilenmeyi yürütmenin zor olabileceği konusunda kaygılarım var(Celberen).</p> <p>... Herkes diyor "keşke senin yaşında olsaydım" diye. Emin olun bende diyorum ki keşke 30 umun üzerinde olsaydım. Çünkü; evet hayat kaygım olacaktı ama en azından hayatta bir şeyler belirli olacaktı. Belki evlenmiş olacaktım hayatımdaki insan belli olacaktı çocuklarım olacak mı? bir müddet sonra mesleğime</p>
--	------------------------	--

		<i>zaten adapte olmuş olacağım. Büyüklerin şikayet ettiği şey benim beklentim (Kitap Kurdu).</i>
	Ülkenin Siyasi, Toplumsal Ve Sistem Belirsizliğine Dair Kaygı	<p><i>... Sürekli uygulama değişiklikleri var. İlacın şu kadarı karşılıyor diye şeyler var. Bunları sürekli araştırıp bakmak durumundayım. Bunun yüzünden bir rahata erişemiyorum, sürekli diken üstündeyim. Bunlar o yüzden kaygılandırıcı(Güneş).</i></p> <p><i>... O kadar aylar boyu çalışıyorsun ki mesela benim 4 yıldan beri üniversiteye hazırlanan arkadaşım bile YGS de daha düşük alabiliyor. Nasıl bir adalet sistemindeyiz? Hani onu çok merak ediyorum. Gerçekten her şeylerin daha iyi yerine oturması lazım(Kitap Kurdu).</i></p> <p><i>... Ben kendimi güvende hissetmiyorum çünkü sisteme güvenim kalmadı sınavım acaba doğru açıklanıyor mu? Sınav, sınav, sınav hep sınav. Yönetmelikler değişiyor. Yeteri kadar biz yorulmuyor muyuz? Neden ekstra öneriler çıkarılıyor?(Kitap Kurdu).</i></p>
	Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Kaygı	<p><i>... Çocuk sahibi olma endişem şu yüzden var aslında herkes anlatıyor diyabetli anne çocuğu şöyle olabilir, hamilelikte şöyle olabilir, diyabette şu problemler daha sık görülebilir. Hani görüyorsun okuyorsun ve acaba benim çocuğumda ne olacak, benim çocuğum olacak mı? Ya da evliliğinde ki kişi bana nasıl davranacak? bu bana problem olacak mı? sonuçta insülin pompası kullanıyorum nasıl bir yaşantım olacak? Sorular ve soruları sordukça soru geliyor. Bir şeyin cevabını bulsam sanki diğerlerine cevap vermeye başlarım ama hiçbir şeyin cevabını bulamıyorum (Kitap Kurdu).</i></p> <p><i>...Ben evlilik konusuna pek sıcak bakmıyorum aslında. Tek yaşamak daha iyi bence. Ya çocuğum olmazsa korkusu yaşamaktansa evlenmemek daha iyi (Wansayk).</i></p>
	Evlilik Yapabilmeye Dair Korku	<p><i>...Evleneceğim kişi bana nasıl davranacak? Diyabet bana problem olacak mı? sonuçta insülin pompası kullanıyorum nasıl bir yaşantım olacak bilmiyorum(Kitap Kurdu).</i></p> <p><i>...Biraz özele ineceğim hani şu ana kadar ikili bir ilişkide bulunmadım. Hani eş korkusu var(Celberen).</i></p> <p><i>...Acaba karşımdaki kişi beni diyabetimle anlayabilecek mi? benimle ortak yaşayabilecek mi? diye düşünüyorum(Papatya).</i></p>
Baş Edebilme Gücüne Dair İnanışlar	Kendine Güven	<p><i>...Şu haliyle hazırım, kaygısız devam ettiğimde hayatımın daha iyi şekilleneceğini düşünüyorum. Çünkü güveniyorum doktorlarıma tek kaygım beni anlayarak tedavi eden bir hastaneden ayrılıp anlamayacağını düşündüğüm başka bir hastaneye gitmek olur(Damla).</i></p> <p><i>... Kesinlikle hazır hissediyorum ama şöyle bir şey var; artık evden biraz daha kopacağım ailem yani annem ve ablam ben onlardan kopmayı pek hani istemiyorum o yüzden Ankara'da okumak istiyorum beni etkileyen tek o olur sadece gireceğim ortamlar edineceğim arkadaşlıklar konusunda kendime gayet güveniyorum yani hazırım(Moses).</i></p> <p><i>... Aslında hissediyorum çünkü şu içinde bulunduğum yaşam biraz artık beni bunaltmış durumda. Mesela bir önce okulumun bitmesini istiyorum. Yeni bir hayata kesinlikle başlayabiliyorum. Hazırım yani. Temel bilgilerim çok iyi ama biraz savsakladım. Öyle bir</i></p>

		<p><i>durum var. Onun dışında hani bilgi yönünden bir sıkıntım yok. Sadece uygulama konusunda savsakladım o kadar(Güneş).</i></p> <p><i>...Bazen bir korku oluyor ne yapacağım diyorum ama hep sen ve ailem yanımdaydı. Bir şey olunca anne şu şöyle bu böyle ama şimdi artık diyorum ki bu benim hayatım...yanlışım da bu benim doğrumla da bu benim. Artık hazırım evet hazırım ha korktuğum nokta oluyor mu? Oluyor cidden oluyor hani ne yapacağım dediğim yer oluyor ama artık şundan vaz geçtim bir hatam olunca direkt dönüp aileme sığınmıyorum diyorum ki önce ben ne yapabilirim? Elimdekileri ortaya koyuyorum iyi veya kötü ne yapabilirim, eğer cidden altından kalkamayacağım bir durumsa o zaman aileme sığınıyorum yine ama hazırım yani hazırım (Çiçek).</i></p>
	Kendine Güvende Eksiklik	<p><i>...Yani ben kesinlikle hazır hissetmiyorum. Ne yapmam gerektiği, nereye gitmem gerektiği konularında endişelerim var. Ben şu an panik olmuş durumdayım. Zaten önümde bir üniversite sınavı var. Bu üniversite sınavın da kazanacak mıyım?, yerleşecek miyim?, yerleşemeyecek miyim?, neyi kazanacağım veya kazandığım bölümü okuyabilecek miyim? En kötüsü bende hazırlanırken bile bir stres oluştu ve bu stresle birlikte oluşan bu yeni probleminde artacağını düşünüyorum(Honda).</i></p> <p><i>...Yeni bir yaşama atılmaktan biraz korkuyorum çünkü alışılmış bir şeyden yeni bir şeye geçmek ne kadar iyi olacağını bilsem bile korkuturken, şu anda iyi olacağımı düşünmediğim için daha da korkutuyorum. Bunu deneyimimden dolayı söylüyorum. İlk tanı konduğundan beri buraya diğer hastanelerden gelen insanların anlattıklarından etkilendim. Daha sonra da birkaç kere başka erişkin hastanesine gittim ilgi, alakanın o kadar iyi olduğunu düşünmüyorum. Hani hem deneyimlerden dolayı hem de anlatılanlardan dolayı kaygılıyım.Kendimi hazırlamaya çalışıyorum diyebilirim(Celberen).</i></p> <p><i>...Pek hazır hissettiğim söylenemez. Zaten okul konusunda da kaygılarım var. Okul bittiği zaman ne yapacağım, hangi işe gireceğim diye kaygılarım olduğu için pek hazır hissettiğim söylenemez. Yani diyabetin dışındaki okulum ve diğer yaşantıyla da ilgili zaten kaygılarım var(Wansayk).</i></p>

4.3.4. Tema 4-Stres ve Kaygıları İle Baş Etme Yöntemleri

Katılımcıların stres ve kaygıları ile baş etme çabasına yönelik olumlu duygu ve düşünceleri en çok kullandıkları ifadelerle tematik ünitelere ayrılmış bu ünitelerde dikkat çeken ve sık tekrarlanan cevapların frekans değerleri belirlenmiştir. Zihinsel baş etme çabası ana katogorisi başlığında bulunan tematik üniteleri tek tek

incelendiğinde; problem ve stres kaynakları üzerine düşünenlerin sayısı 7 (7/16, $f = 11$, % 43,7), yakınlarından öneri ve tavsiye alanlar 6 (6/16, $f = 10$, % 37,5), geçmiş deneyimlerden yararlanmak/ders çıkarılanların sayısı 4 (4/16, $f = 9$, % 25) olarak bulunmuştur. Fiziksel Aktivite ana kategorisi, tematik üniteleri incelendiğinde ise; aktif spor yaparak stres ve kaygıları ile baş edenler % 12,5(2/16, $f = 6$), yürüyüş yapanlar %12,5 (2/16, $f = 4$) olarak bulunmuştur. Bireysel/Kişisel Aktivite ana kategorisinde bulunan tematik üniteler değerlendirildiğinde ise müzik dinleyenlerin sayısı 6(6/16, %37,5, $f = 6$)iken yalnız kalmak isteyenlerin sayısı 4'tür (4/16, $f = 6$). Sosyal aktivite olarak arkadaşları ile sohbet eden 5 diyabetli (5/16, $f = 9$) varken, arkadaşlarıyla sinemaya giden katılımcı 2 (2/16, $f = 4$)'dir.

Tablo 15.Tema 4- Stres Ve Kaygılar İle Baş Etme Yöntemleri

Ana Kategori	Tematik Ünite	Katılımcı sayısı (n)=16	Frekans (f)
Zihinsel Baş Etme Çabası	Problem ve stres kaynakları üzerine düşünmek	7	11
	Yakınlardan öneri/tavsiye almak	6	10
	Geçmiş deneyimlerden yararlanmak/Sabırlı davranmak	6	13
Fiziksel Aktivite	Aktif spor yapmak	2	6
	Yürüyüş/ koşu	2	4
	Dans etmek	2	3
Bireysel/Kişisel Aktivite	Müzik dinlemek	6	6
	Yalnız kalmak/Kendini dinlemek	4	6
	Kitap okumak	3	4
	Uyumak	2	2
	Yazı, şiir yazmak	1	2
Sosyal Aktivite	Arkadaşlarla sohbet etmek	5	9
	Arkadaşlarla sinemaya gitmek	2	4

Tablo 16.Katılımcıların Stres Ve Kaygıları İle Baş Etme Yöntemlerine Yönelik Önemli İfadeleri

Ana Kategori	Tematik(Anlamalı) Üniteler	Önemli İfadeler
Zihinsel Baş Etme Çabası	<p>Problem Ve Stres Kaynakları Üzerine Düşünmek</p> <p>Yakınlardan Öneri/Tavsiye Almak</p> <p>Geçmiş Deneyimlerden Yararlanmak/Sabırlı Davranmak</p>	<p>... Ben kaygılarımla daha çok kendim neden bu duruma geldim, açıkçası nasıl oldu diye bir düşünürüm. Kendimi bir sorgulamak isterim. Yani bunun bir nedeni olmalı ben bir yerde hata yaptım ki bu şekle geldik. Yani ben hatamı anlamaya çalışırım ilk önce(Honda).</p> <p>... Ben zorlukların her zaman üstüne gitmeye çalıştım çünkü ben kendimi güçlü hissediyorum. Zihinsel olarak bedensel olarak güçlü hissediyorum ve bu zorlukların üstüne gittikçe onları aşabileceğimi düşünüyorum. Birde sürekli büyüklerim bana ne derlerse onu dinlemek istiyorum ve onu uygulamak istiyorum genelde öğüt verir büyüklerimiz gençler bunu ben yaşamadan anlamam tarzında düşünüyorlar. Ben şöyle düşünürüm karşımdaki insan bunu yaşamış ve ders almışsa bende ders almalıyım diye düşünüyorum bu şekilde karşı gelmeye çalışıyorum zorluklara... (Moses).</p> <p>...Zorluklarla yavaş yavaş baş ettim. Mesela bir iş oluyor o işi başlamasan bitiremezsin. Yavaş yavaş sabır ederek bitireceğiz(Rüzgar).</p> <p>...Öyle bir sıkıntım olduğu zaman yakın hissettiğim kişilerin fikirlerini alırım ona göre hareket ederim. Yeni tanıştığım kişilerle güven süreci biraz uzun oluyor, sıkıntılı oluyor. Bildiğim, güvendiğim kişilerden fikir alırsam daha iyi hissederim kendimi (Wansayk).</p> <p>...Her sıkıntıda sonunda ölüm yok ya diyerek rahatlıyorum. Tamam pozitif olmasını isterim ama olmayınca kötü şeyin atlatılacağını düşünüyorum ve sonunda ölümün olmadığını düşünüyorum. Bunları düşünmek beni rahatlatıyor(Kıvırcık).</p>
Fiziksel Aktivite	<p>Aktif Spor</p> <p>Yürüyüş</p> <p>Dans Etmek</p>	<p>... Ben kendimi sporla ilgilenerek bu kaygılarımdan kurtulmaya çalışıyorum. 4 yıldır diyabetliyim ve 4 yıldan beri de profesyonel voleybolla ilgileniyorum. Yani insanın sinir stresini "o" toptan çıkartması kadar güzel bir şey yok. Bu şekilde stresten kurtulabiliyorum. (Honda).</p> <p>... Dans ederek, müzik dinleyerek azaltmaya çalışıyorum (Celberen).</p> <p>... Bowling oynamayı çok severim. Bowling oynamaya giderim(Kıvırcık).</p>

Bireysel/Kişisel Aktivite	Müzik Dinlemek Yalnız Kalmak Kitap Okumak Uyumak Yazı, Şiir Yazmak	<i>...Kendi kendimle yüksek sesle konuşuyorum. Odaya gidiyorum mesela kimsenin olmadığı bir yerde sorunlarımı kendime anlatıp sonra kendim çözümler bulmaya çalışıyorum. Yazıyorum günlük gibi. Sıkıntılarımı paylaşıyorum kimseye anlatamadığım sıkıntılarımı günlük gibi yazıyorum. Müzik dinliyorum, dans ediyorum. Dans etmeyi zaten çok seviyorum... Dans zaten her şey yani dans olmadan olmaz(Çılgın). ... Müzik dinlemeyi çok seviyorum. Kulaklığı takarım sesi sonuna kadar açarım sadece dans ederim kendimi o anki müziğe kaptırırım. Aklım oraya gider, aklımın o tarafa kaymasını sağlarım. Böyle anlık da olsa sıkıntılarımdan kurtulurum (Kıvırcık).</i>
Sosyal Aktivite	Arkadaşlarla Sohbet Etmek/Sinemaya Gitmek	<i>...Arkadaşlarımla bir araya geldiğim de onlarla bir araya gelip bir şeyler yaptığım da sinemaya gittiğimde, film izlediğimde(Kitap Kurdu).</i>

4.3.5.Tema5-Çocuk Kontrolünden Erişkin Kontrolüne Geçişte Kurumlardan Beklentiler

Çocuk kontrolünden erişkin kontrollerine geçmeden önce eski kurumdan beklentileri, geçilecek yeni kurumdan beklentiler ve her iki kurumdan da beklentileri olarak ana kategori ve anlamlı tematik ünitelere gruplandırıldı.

Eski kurumdan beklenti, istek ve talepleri gruplandırıldığında; geçilecek olan yeni kurumun neresi olacağına eski kurumun karar vermesini isteyenler %81,2 (13/16, $f=29$), geçilecek kurumun personeli ile tanıştırmak isteyenler % 56,2 (9/16, $f=19$) iken, yeni kuruma geçmeden önce eğitim ve bilgilendirilmek isteyenler %31,2 (5/16, $f=9$) ve gidilecek kurumun önceden bilgilendirilmesini isteyenler ise %31,2 (5/16, $f=8$) olarak belirlenmiştir.

Yeni kurumdan beklentiler sorulduğunda; kurum işleyişinde randevu alma, ayrılan zamanın süresi benim için çok önemli (11/16, % 68,7, $f=27$) ifadesini kullanırken, yeni kurumun tıbbi yeterliliği ve donanımlı olması (11/16, $f=23$), kurumun kendisine güven vermesi (9/16, $f=23$), personelin iyi ilişki kurması, şevkatli ve güler yüzlü olmasını(7/16, $f=22$) beklediklerini ifade ettiler.

Katılımcıların bir kısmı ise (9/16, $f=22$, %56,2) her iki kurumun da bir süre ortak takip etmesini ifade ederken, ortak toplantı(6/16, $f= 14$,%37,5) yapılmasını isterken, geçiş polikliniği oluşturulsun diyenler %68,7 (11/16, $f=24$) olarak belirlendi.

Tablo 17.Çocuk Kontrolünden Erişkin Kontrollerine Geçişte Kurumlardan Beklentiler

Ana Kategori	Tematik Ünite	Katılımcı Sayısı (n)= 16	Frekans (f)
Eski Kurumdan Beklenti/İstek/Talep	Yeni kuruma eski kurumun karar vermesi/ortak karar verme	13	29
	Kurum ve personelle tanıştırılma/emanet etme	9	19
	Yeni kuruma geçişten önce kişiyi bilgilendirme	5	9
	Yeni kurumun geçişten önce bilgilendirilmesi	5	8
Yeni Kurumdan Beklentiler	Yeni kurumun işleyişinden memnuniyet duymak (randevu/ayrılan vakit...)	11	27
	Yeni kurumun tıbbi yeterli donanıma sahip olması	11	23
	Yeni kurumun güven vermesi	9	23
	Personelin iyi ilişki kurması (İlgi, güler yüz vb.)	7	22
	Gelecek tedavi planını oluşturması/netleştirmesi	5	10
Her İki Kuruma Dair Beklentiler	Her iki kurumun bir süre için birlikte takibi	9	22
	Ortak Toplantı	6	14
	Geçiş polikliniği oluşturulması	11	24

Tablo 18.Katılımcıların Kurumlardan Beklentilerini İçeren Önemli İfadeler

Ana Kategori	Tematik (Anlamalı) Üniteler	Önemli ifadeler
Eski Kurumdan Beklenti/istek/talep	<p>Yeni kuruma eski kurumun karar vermesi/ortak karar verme</p> <p>Kurum ve personelle tanıştırılma/emanet etme</p> <p>Yeni kuruma geçişten önce kişiyi bilgilendirme</p> <p>Yeni kurumun geçişten önce bilgilendirilmesi</p>	<p>... Oradaki çalışanlarla, doktorlarla tanışmak iletişim kurmak sonra mesela evime yakınlığı konusu da benim için çok önemli. Sizde gideceğim yer hakkında bana bilgi verirseniz, işte çalışanlarla doktorlar hakkında olursa ya da işte tekrar bir iletişimde olma olanağı olursa bir kaygım kalmaz(Güneş).</p> <p>...Sizin yapmanız gereken bence daha öncesinden bu hastanedeki görevlilerle görüşmüş olmanız beni rahatlatır diye düşünüyorum. Hani sizinle onlarla birlikte, 3lü sohbet 5-10 dakika da olsa(Papatya).</p> <p>...Buradan erişkine gideceğimiz zaman bana güven vererek, bu hastane iyidir, bu doktor iyidir diye güven vererek yapılırsa ve ben oraya gidersem bu kaygılarım azalır, oraya güvenerek giderim(Celberen).</p> <p>... Mesela onlar da dese ki “evet biz sizin bölümünüzü tanıyoruz, diyabet hemşireni ve doktorunu tanıyorum hoş geldin bundan sonra beraber devam edeceğiz. İşte endişelenmene gerek yok biz bütün tetkiklerini tam olarak yapacağız.” Diye en baştan bana bunun güvencesini verirlerse bunun da çok faydası olur(Celberen).</p>
Yeni Kurumdan Beklentiler	<p>Yeni kurumun işleyişinden memnuniyet</p> <p>Yeni kurumun tıbbi yeterli donanımına sahip olması</p> <p>Yeni kurumun güven vermesi</p> <p>Personelin iyi ilişki kurması (şevkat, ilgi, güler yüz vb.)</p> <p>Gelecek tedavi planını oluşturması/netleştirmesi</p>	<p>Diğer yerlerde diyabet eğitim hemşiresi ön planda değil daha çok doktorlar ön planda ama ben erişkinde diyabet hemşiremde ön planda olsun istiyorum. Doktoru daha az görüyorsun daha az görüşüyorsun ama diyabet eğitim hemşiresi seninle birlikte yaşıyor bu olayı üzüldüğünde, sıkıldığında bir şeyler olduğunda strese girdiğinde benim yanımda hep onlar oluyor ve onların sayesinde atlatıyorum sıkıntılarımı. Doktor muayene ediyor bitiyor ama hemşirem bak burada böyle böyle olmuş ne oldu ben ona kaygılarımı anlatabiliyorum stresimi anlatabiliyorum. Her şeyimi anlatabiliyorum, keşke böyle bir ortam olsa her şeyimi atlatılabildiğim, güvnebildiğim kendimi güvende hissedebildiğim bir ortam istiyorum aslında(Kıtap Kurdu).</p> <p>..... Gideceğim bölümün de tabi ki sizin kadar bana samimi sıcak davranması önemli. Zaten tedaviyi her</p>

		<p>hastane yapıyor ama personelin, çalışanın çalışandan ve personelden çok insan olarak yaklaşması gerekiyor hastalara. Dediğim gibi sizin kadar samimi, sıcak olmalarını isterim daha sonra tabi ki ben sizinle asla bağımı koparmak istemem. Bana çok zaman ayırıyorsunuz yani çok dediğim bir hastaya ayırdıkları kadar zaman ayırmaları bana yetecek kadar zaman ayırmalarını isterim(Moses).</p> <p>...En azından bilgi/ dosya verilerek bizim hakkımızdaki geçmişimizi öğrenebilirler. Ne gibi özelliklerimizin olduğunu, hastalıkla nasıl mücadele ettiğimizi veya nasıl hastalığımızı idare ettiğimizi, önceki tetkiklerimizi görebilirler(Honda).</p>
Her İki Kuruma Dair Beklentiler	<p>Her iki kurumun bir süre için birlikte takibi</p> <p>Ortak Toplantı</p> <p>Geçiş polikliniği oluşturulması</p>	<p>... Hani ortak bir poliklinik olsa benim sevdiğim benim tanıdığım doktorların, hemşirelerin olduğu tanıdığım arkadaşlarımda olduğu bir yer istiyorum. Elimde dosyayla gitmeyeyim oraya dosyam yine burada dursun ama iki doktor benim hakkımda konuşabilsin hani bak bunlar önceden böyleymiş erişkinlikte böyle olabilir desin. Hani beni tanısin istiyorum, hemşiremde öyle olsun istiyorum (Kitap Kurdu).</p> <p>... Diğer hastanelere gittiğim zaman genellikle yetişkinler ile ilgili eğitim aldıkları için benim durumumu pek anlamıyorlar. Çocuk hastanesi gibi ama benim yaşıma bakacak bir bölüm olsa o hastanede çok iyi olurdu(Wansayk).</p> <p>... Ortak bir şey olsun böyle bir geçiş olsun direk beni 50 – 60 yaşında insanların arasına atmasınlar. Benim yaş grubum olsun 18-20-25 benden büyükler olsun istemiyorum. Benim yaşındakilerle eminim biz birbirimizi daha iyi anlayacağız(Kitap Kurdu).</p>

5. TARTIŞMA

Adölesan (Ergen) diyabetlinin erişkin döneme geçişine yönelik yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu Sheehan ve ark. (110)'nın yaptığı derlemede belirtildiği gibi, İngiltere, Amerika, Avustralya, İsveç, Kanada, Almanya ve İtalya'da yapılmıştır. Bu çalışmalarda en çok anketler, yarı yapılandırılmış görüşmelerin yanı sıra yapılandırılmış görüşmeler, katılımcı gözlemleri ve odak grup görüşmeleri de kullanılmıştır (110). Niteliksel çalışmalarda araştırmacının elde ettiği bulguları kendi sonuçları benzer çalışma ve araştırmalarla karşılaştırılarak araştırmacının niteliğini arttırmış olur (111). Elde edilen veriler temalara ve alt gruplarına ayrılır. Bu aşamadan sonra kendi ulaştığı sonuçlar ve yorumlar, destekleyen veya desteklemeyen farklı çalışmaları araştırmasına yansıtması geçerliliği ve güvenilirliğini arttırmasına yardımcı olur (112).

Bu çalışmada hem nicel veriler hem niteliksel veri eşliğinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Alan yazında da belirtildiği üzere elde edilen bulgular, literatürde elde edilen sonuçlar eşliğinde, tartışma bölümünde, önce bireylerin özelliklerine ilişkin bölümler, ardından elde edilen beş tema ve alt grupları tartışılacaktır.

5.1.Sosyo Demografik Özelliklere Yönelik Tartışma

Çocuk takibinden erişkin bakıma geçiş yaşı ülkeler arası hatta aynı ülkede kurumlar arası değişiklik göstermektedir (41-42). ABD'de lise düzeyinde yapılan bir araştırmada, liseyi bitirdikten bir yıl sonra yetişkin bakıma geçenler ile lisenin son yılında yetişkin takibine geçen adölesan diyabetliler karşılaştırıldığında, lisenin son yılında geçenlerin metabolik kontrolü daha kötü olduğu görülmüştür(41-42, 96).Mevcut çalışmaya katılan diyabetlilerin yarısından çoğu lise, yarıya yakını üniversite eğitimi alıyordu. Katılımcıların çok azı ise ortaokul mezunu olup daha ileri düzeyde eğitime devam etmemişlerdi. Lise son sınıfta okuyan diyabetli adölesanlar, görüşmeler esnasında daha kaygılı ve heyecanlı tutum sergilerken, üniversitede eğitime devam eden katılımcıların görüşmeler esnasında, daha rahat ve hazır oldukları görülmüştür. Ortaokul mezunu katılımcılar ise çoğunlukla, sosyal güvence ve geçişe yönelik konularda, lise ve üniversite eğitimine devam edenlere göre daha fazla kaygı

göstermişlerdi (Tablo 8). Çalışma grubunda da benzer gözlemler olmuş lise son sınıfta olanların görüşmede heyecanlı, kaygılı, ekonomik ve sosyal güvence yünden endişeli oldukları, oysa ki Üniversitede olanların daha sakin ve özgüvenli oldukları gözlemlenmiştir.

...Okul bitince sosyal güvencem olmayacak bu beni korkutuyor, sonra her halde sigorta yaptırırız ama maddi sıkıntımız çok... (Duygulandığı için görüşmeye ara verildi, kendi isteği ile görüşmeye tekrar başlandı.), (Rüzgar).

Çalışma grubunda diyabet yaşı sorgulandığında, 1-5 yıl arası azınlıktayken, 5-10 yıl arası yarıya yakın ve 10 yıl ve üzeri ise çoğunlukta idi. Uzun süre çocuk kliniğinde takipli hastaların kuruma alışma, bağlanması sözkonusudur. Takip edilme süresi arttıkça, kurumdan ayrılma da zorlaşmaktadır(113). Bu nedenle erişkine geçmeye yönelik kaygıların takip süresiyle bağlantılı olarak arttığı çocuk kliniğini aile ortamı gibi görüp kopmak istemedikleri düşünülmektedir (41-42). Ayrıca erişkin yaşa ulaşmakla birlikte ekonomik kaygı ve sosyal güvencenin olmaması yine geçişin zorlu hale gelmesinin nedenlerinden biridir. Bizim çalışmamıza katılanların da dörtte birinin sosyal güvencesi mevcut değildi. Bu çerçevede, katılımcıların kaygılarının nedenleri daha anlaşılabilir olurken, aynı zamanda literatür bulgularının çalışmamızda da desteklendiğini söylemek mümkün olmaktadır.

...Sosyal güvence konusunda hastalığının giderlerini ne kadar iyi karşılayacak? işte ilaçlarım, striplerim gibi şeyler bunlar beni çok çok endişelendiriyor. Sürekli uygulama değişiklikleri var(Güneş).

Diyabetli gençlerin nerdeyse tamamı insülinlerini boş buldukları mekânda yaparken, çok azı tuvalet gibi sıhhi olmayan mekanlarda yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu gizlenme davranışı her ne kadar görüşmelerde, “başlarda, diyabet olduklarını çevreden ve arkadaşlarından gizlediklerini, eğitimler sonrası ve yaşları büyüdükçe bundan çekinmediklerini” ifade etmiş olsalar bile halen aslında akranları tarafından kabul edilmeme, dışlanma kaygısı taşıdıklarını düşündürebilir. Kronik hastalıklar, adölesanların, akranlarından farklı olmasına, akran grubuna alınmaması, sosyal izolasyon yaşamasına ve benlik saygısının yaşlılarına göre daha düşük olmasına neden olmaktadır (60). Ülkemizde tüm dünyada olduğu gibi, adölesan ve çocukların diyabetlerini gizleme eğiliminde oldukları, akranlarından kendilerini farklı hissettikleri görülmüştür (114). Davidson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyabetli

adölesanın, kendisini değersiz ve çirkin hissederken benlik saygısının düşüklüğü, onu arkadaşları ile iletişim kurmaktan ve uygun sosyal aktivitelerden uzaklaştığını belirtmişlerdir (115). Helgeson ve ark. (116)'nın 127 diyabetli, 129 sağlıklı adölesanla yaptıkları bir çalışmada, akran ilişkisini araştırmış, diyabetli olan grupta karşı cinsten arkadaşların ve arkadaş desteğinin daha az olduğu saptanmıştır. Benzer başka bir çalışmada ise diyabetli çocukların ve adölesanların sosyal ilişkilerinde daha çok sorun yaşadıkları, sağlıklı akranlarına göre daha fazla akran baskısına maruz kaldıkları ve daha az akran desteği aldıkları belirlenmiştir (117, 60).

...Hastalığımı ve beni anlamayacaklarını düşünüyorum(Damla).

5.2. Katılımcıların Kaygı Durumlarına Yönelik Bulguların Tartışması

Çalışmamıza katılan diyabetli adölesanların da Beck Depresyon Ölçeği'ne göre yarıya yakını sağlıklı iken, dörtte biri depresif ve bir kısmı da klinik depresyona eş bulunmuştur. Yine Durumluluk Kaygı Ölçeği'ne göre çalışma grubunda kaygı durumu %67, Süreklilik Kaygı Ölçeğine göre ise %68,7'si kaygılı olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmamızın depresyon ve kaygıya yönelik bulgularını destekler nitelikte oldukça fazla çalışmaya rastlanmaktadır (110, 118). Adölesan diyabet hastalarının erişkin takibine geçiş sürecinde,kaygı durumlarının arttığı Sheehan ve ark. (110), tarafından ifade edilirken, ISPAD-2014 (41-42) bildirgesin de, geçişe yönelik öneriler arasındakaygı durumuna yönelik uyarılarda bulunmuştur.Bu kapsamda incelendiğinde, diyabetli adölesanların eğitim, özgürleşme ve hayatlarına dair önemli karar verme yaşlarında oldukları, tamda bu dönemde takip edildikleri sağlık merkezinden, erişkin merkezlerine yönlendirilmelerinin diyabet yönetimi ve takibi açısından ciddi sıkıntılara neden olduğu görülmektedir (95).

Diyabetli hastaların takip ve tedavi süreçlerinde, planlı, mutidisipliner ve amaca yönelik bir geçiş planına ihtiyaç olduğu bilinmektedir. Çalışmalar Tip 1 diyabetli hastaların yetişkin servise geçişlerinde, artmış anksiyete, azalmış katılım/takip ve metabolik kontrolde azalma ve gerileme olduğunu göstermektedir (17-19). Yine diyabetli bireylerde; genel nüfusa oranla daha yüksek düzeyde depresyon görülmektedir. Alan yazında yapılmış birçok çalışmada, diyabetli bireylerde majör depresyonun yaşam boyunca yaygınlığı %24-29 arası olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmada majör depresyon sıklığı ise %6-11 iken,

Tip 1 diyabetli bireylerde ise depresyon %30-40'a varan oranlarda görülebilmektedir (119).

Diyabetin bireylere getirmiş olduğu ek yaşam sorumlulukları ve kısıtlayıcı yönü düşünüldüğü zaman, bireylerin depresif semptomlar sergilemeleri anlaşılır olabilmektedir. Ayrıca özellikle katılımcı grubun geçiş aşamasında olan grup olduğu düşünüldüğü zaman, pediatri takibinden, erişkin takibine geçişe ilişkin kaygıların olmasının yanı sıra gelecek kaygısının da elde edilen bulguların nedenleri olduğu düşünülmektedir.

5.3. Araştırmaya Katılan Diyabetli Bireylerin Niteliksel Sonuçlarının Tartışması

Araştırmaya katılan diyabetli adölesanların niteliksel sonuçları; bulgular bölümünde sunulan betimleme ve analiz sonrasında belirlenen anlam grupları ve tematik üniteler doğrultusunda yorumlanarak tartışılacaktır.

Araştırma sonuçları, öznel oldukları için bireysel algılar ve kimlik özelliklerinin yanı sıra bireyin içinde bulunduğu yaş grubu, sosyal çevresi, toplumsal ve kültürel yapıdan etkilendiği, dolayısı ile akranlarından farklılık gösterebileceği için niteliksel yöntem ile yapılan her araştırma yapıldığı gruba özgüdür. Bu bağlamda literatürde ki çalışmaların bu araştırma ile paralellik göstermesi beklenmemektedir. Tip 1 diyabetle ilgili sağlık hizmeti geçişinin önemine dair artan sayıda kanıt ve destek olmakla birlikte, pediatrik bakımdan yetişkin bakımına başarılı geçişin ön göstergelerini ileriye yönelik olarak değerlendiren çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (110, 118). Mevcut çalışmalar; pediatrik bakımdan ayrıldıktan sonra yetişkin bakımına daha az devam ettikleri ve diyabetlerinin kötü ve yetersiz şekilde yönetildiğini ortaya koymaktadır (95).

Yaşları daha büyük olan ve geçişten önce bir yetişkin endokrinoloji uzmanıyla görüşmüş olan ergenlerin yetişkin kliniğinde takipten ayrılma olasılığının daha az olduğu (120) tespit edilmiş ve bakım hizmetlerinin üst üste örtüştüğü bir geçiş yaklaşımına ihtiyaç olduğu ileri sürülmüştür. Pacaud ve ark. (121), tarafından 135 hasta üzerinde yapılan boylamsal çalışmada (113), son pediatrik bakım ziyaretleri ile ilk yetişkin bakım ziyaretleri arasında > 6 ay olanlarda takibin kaybedilme oranı %28 ve >12 ay olanlar arasında da %13 olarak tespit edilmiştir. Mevcut çalışmanın gençlerin %32'sinin takibinin kaybolduğu bir diğer deyişle, geçiş kliniğini

ziyaretlerinden sonra bir yıl içinde programlı randevularına gitmemiş olduğu yönündeki bulguları daha önceki araştırmaların bulgularına benzer niteliktedir. Bu durum, yetişkin bakımına geçmeden önce yetişkin sağlık uzmanıyla görüşmek gibi başarılı geçiş oranını yükselttiği gösterilmiş olan özellikleri içeren koordineli ve organize bir geçiş programının uygulanmakta olduğu gerçeğine rağmen ortaya çıkmıştır (17). Resmi geçiş sürecinin olmadığı durumlarda, takip kayıplarının yüksek olduğunu bildiren çalışma da mevcuttur (113). Fakat bu veriler sıklıkla kaybolmuş kişilerle iletişime geçilmeksizin, bu kişilerin izi sürülmeksizin toplanmıştır.

5.3.1. Tema 1-Pediyatri Takibi /Diyabet Yönetiminde Kurum Tercih

Ana kategorilerden birisi olan Pediyatri Takibi ve Diyabet yönetiminde Kurum Tercih başlığı altında genel olarak yedi adet tematik ünite ortaya çıkmıştır. Çalışmanın bu bölümünde bu tematik ünitelerden elde edilen içeriklerin literatür eşliğinde yorumlanması yapılacaktır.

5.3.2. Katılımcıların kuruma karşı olumlu duygu ve düşünceleri

Katılımcıların ifadelerinin çözümlenmesi ile ortaya çıkan tematik başlıklar betimlenmiştir. Bu kapsamda katılımcıları tamamı “personeli tanıma ve iyi ilişkiler”, “güvende olma/hissetme”, “personelin tıbbi yeterliliğine/başarısına olan inanç”, “kurumdan memnuniyet”, “alışkanlıklar” ve “diğer hasta ve yakınlarının olumlu geri bildirimleri” gibi temel nedenlerle pediyatri kliniğinde takipte kalmaya yönelik gerekçelerini ifade etmişlerdir. Alanyazında katılımcıların bu ifade ve duygularını destekleyen ve anlam kazandıran çalışmalara ulaşılmıştır. Diyabet başta olmak üzere takip gerektiren birçok kronik hastalıkla ilişkili geçiş süreçlerinin oldukça ciddi güçlükleri olan bir dönem olduğu kabul edilmektedir. Sheehan, While ve Coyne (110), pediyatrik diyabet takibinden, erişkin takibe geçiş aşamasını, yetersiz glisemik kontrol, takipten uzaklaşma ve komplikasyonlarda artışın yoğun olduğu riskli bir dönem olarak tanımlamışlardır. Mistry ve ark. (113), pediyatri kliniklerinde oluşturulan uzun süreli ilişkilerin bu ayrışma ve geçiş sürecini zorlu hale getirdiğini ifade etmektedirler. Birçok çalışmada, geçiş aşamasında olan hastalar, bildikleri güvendikleri çocuk kliniklerinden ayrılmayı, zorlu bir deneyim olarak ifade etmektedirler (122).

... Ben 11 senedir buradayım ve alıştığım bir sistem var. Buradaki herkesi tanıyorum (Güneş).

Erişkin klinikleri genellikle birey ve hastalık merkezlidir. Çocuk klinikleri; çocuğun okul, arkadaşlık ve sosyal ilişkilerini paylaştığı bir nevi aile ortamı gibiyken, erişkin kliniklerinde daha resmi ilişkiler görülmektedir(91). Çalışmamıza katılan adölesanların bu ve benzeri düşünceleri defalarca tekrar ettikleri görülmüştür

... Burası resmen ailemgibi. Diğer yerlerden farkı var. Buraya geldiğin zaman bir ailen gibi akrabalarından bir parçanmış gibi, bir yakınına gelmiş gibi hissediyorsun (Kitap Kurdu).

...Ben buraya gelen tüm hastaların burada kontrol edilmekten mutlu, huzurlu, güven içinde geldiklerini düşünüyorum (Honda).

Yeni ilişkilerin ve yeni bir sağlık bakımı sürecinin kurgulandığı geçiş süreci, çoğunlukla zorludur. Bunun yanı sıra çocuk hastanesinden ayrılma aşaması, çocuk hasta açısından başarı ve heyecanla dolu bir süreç de olabilir. Bu nedenle hem olumlu hem olumsuz duyguları barındıran karmaşık bir süreç olmakla birlikte tamamen olumsuz deneyimlerin olduğu bir süreç değildir. Şüphesiz ki bu karmaşık duygular, adölesan dönemin doğasında mevcut olan pek çok değişikliklerle de beslenmektedir (123).

Öte yandan katılımcıların, erişkin takibinin yapılacağı kuruma ilişkin duygu ve düşüncelerini iki alt başlıkta belirledikleri tespit edilmiştir. Bunlar “geçilecek kuruma yabancı olma/belirsizlik durumu” ve “bu kurumda olumsuzluk yaşayacağına dair önyargı” olarak göze çarpmıştır. Mistry ve arkadaşları (113), pediatri kliniklerinden yetişkin kliniğinin takibi altına geçmeyi etkileyen çeşitli faktörler olduğunu ifade edip, Tip1 diyabet tanı yaşının, insülin uygulama rejiminin ve kontrol sıklığının erişkin kliniğinde başarıyı etkileyici faktörler olduğunu savunmuşlardır. Yaptıkları çalışmada, pediatri kliniklerinde kontrollerini düzenli şekilde takip eden vakaların, hem sağlık sistemine ilişkin bilgi ve deneyim düzeyleri hem de ailenin aktif, ilgili katılımı sonucunda, yetişkin kliniklerindeki takiplerinin de başarılı olduğunu ve ayrılma oranlarının düşük olduğunu savunmuşlardır. Mistry ve arkadaşlarının (113) çalışmasının, bu çalışmada geçişe ilişkin olarak katılımcıların kaygılarının nedenlerini açıklayıcı nitelikte olduğu düşünülebilir.

Pediatric kliniğinde uzun yıllar bir aile ortamı içerisinde ve ailenin destek ve yönlendirmesi ile hastalığın uyum sürecini başarılı bir şekilde yaşayan katılımcıların, geçiş sürecine ilişkin kaygılı ve güvensiz olmaları anlaşılabilir olmaktadır. Yetişkin kliniklerinde daha fazla hastanın daha fazla sorumluluk alması beklendiği düşünülürse, katılımcıların duygu ve düşüncelerinin geleceğe dair belirsizliklere göre belirlenmiş olduğunu anlamak mümkün olabilir. Bunun yanı sıra mevcut kanun ve uygulamalar çerçevesinde sosyal güvence kaygısı olmayan çocuk hastaların, gelecekte sosyal güvencelerine ilişkin kaygılı olmaları mümkün olup, bu konuda yetişkin kliniklerinde takip aşamasında yaşayacaklarını düşündükleri sorunlarla ilişkili kaygı taşımaları, geçiş sürecine olumsuz bakmalarına neden olabilir. Kimi çalışmalarda, 12 yaşından önce tanılanmış Tip1 diyabet hastalarında, genellikle ailenin diyabet yönetimini sağlaması nedeniyle çocukların kendi otonomilerini kazanmada sıkıntıları olduğunu (113, 124), bu durumun ilerleyen yaşlarda da otonominin geç kazanılmasına neden olduğu savunulmaktadır. Katılımcı grubun da çoğunluğu 12 yaş ve öncesi tanı almış olup, elde edilen bulgular alanyazından elde edilen verilerle uyumlu görülmektedir. Özellikle “güvende hissem” ve “alışkanlık” alt başlıkları pediatri kliniklerinden ayrılmak istememeyi bu bağlamda açıklayabilmektedir.

5.3.3. Kurumun İşleyişinden Memnuniyet (Randevu, Ulaşılabilirlik, Ayrılan Vakit Vb.)

Merkouris ve ark. (103), tarafından hemşirelik hizmetleri ve hasta memnuniyeti ilişkisinin ele alındığı araştırmalarında, hastaların kişilerarası ilişkiler, değer ve kabul görme, kararlara katılım ve içsel gereksinimleri karşılandığında memnuniyetlerinin arttığını, oysa ki konforu önemsenmeyip, söz hakkı da tanınmadığında memnuniyetsizlik oluştuğunu ileri sürmüşlerdir (125). Bu açıdan bakıldığında diğer sektörlerde memnuniyet kriterleri değişirken özellikle sağlık hizmetlerindeki memnuniyet kişilere ve ilişkilere dayanmaktadır. Sağlık personelinin kendine özel kişilik özellikleri, hastaya gösterdiği ilgi ve alaka, kibar, merhametli ve şevkatli oluşu, çalıştığı alanda ki profesyonel bilgi, becerileri ve tutumları bunları sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Birçok çalışma hasta memnuniyetini, iletişim ve hastayı yeterli düzeyde bilgilendirmenin etkilediğini göstermektedir (126-129). Günümüzde bakım

kalitesinin göstergesi “hasta memnuniyeti” olarak değerlendirilmektedir. Katılımcıların ifadeleri değerlendirildiğinde bu ölçüt defalarca ve hemen hemen tüm katılımcılar tarafından dile getirilmiştir

... Burası benim gözümde diyabet merkezlerinin odak noktası gibi bir yer. İlgi var ve o ilginin sonucunu alanda bırakmıyor. Bir şey yapacağız diyorsa yapıyorlar. Sonuçtan da memnunuz. Her şeyden memnunuz. Çünkü sorunlar çözülüyor, sorunlar çözüldükçe de güven artıyor. Güveni siz sağlıyorsunuz aslında. Ekip çalışması var (Kıvırcık).

...Birebir görüşmelerde olsun, muayene odasında olsun gerekli zamanın ayrıldığına inanıyorum. O yüzden kendimi güvende hissediyorum (Celberen).

5.3.4. Diğer Hastaların Kurumla İlgili Olumlu Geri Bildirimlerinin De Kurum Tercihinde Önemi

Literatürde belirtildiği gibi hastalar sağlık merkezlerine bireysel özellikleri, tutumları ve geçmiş deneyimleri ile giderler (102- 103), ancak hemşirelik bakımına yönelik beklentileri, bu özelliklerinin yanı sıra akraba, arkadaş, yazılı ve sözlü medyadan edindiği bilgilerden de etkilenmektedir (104). Bizim çalışma grubumuz da bunu sık sık dile getirmiş ve başkalarının olumlu bildirimlerinden etkilendiklerini ifade etmişlerdir.

... İlk tanı aldığım dan beri buraya diğer hastanelerden gelen insanların anlattıklarından etkilendim (Celberen).

5.3.5. Geçilecek Kuruma Karşı Olumsuz Düşünce ve Duygular

Geçilecek kuruma yabancı olma/belirsizlik durumu yaşanacağı korkusunun adölesanlar da kaygı uyandırdığı görülmüş ve görüşme sırasında sık sık ifade edilmiştir. Oysa ki geçilecek kurumu tanıma fırsatları olduğunda bu kaygının azalacağı zamanla ortadan kalkacağı yine ifadelerde belirtilmiştir.

... Düzen öğrenene kadar sıkıntı yaşayacağım. Nerde? Nasıl olacak? Nasıl kan vereceğim? Nasıl idrar vereceğim? Bunların hepsi bir problem(Hafız).

...Gerekli şeylerin yapılıp yapılmayacağı konusunda kaygılarım olur. Tüm testleri yaptılar mı? Gerçekten yapılması gerekenler tam mı? Burada aramızda ki

iletişim daha samimi, daha birbirimizi tanıyarak oluyor. Orada daha mesafeli daha uzak bir ilişki olacak. O sebepten ötürü eksin kalacağından korkuyorum bazı tetkiklerin (Celberen).

Diyabetli bireylerin ifadelerinden, geçilecek kurumda olumsuzluk yaşayacağına dair önyargıları olduğu anlaşılmıştır. Örneğin bir adölesan bu konuda ki duygularını; *“Ben buradan ayrıldığımda sürekliliği olan bir sürecin bozulacağını düşünüyorum. Sonuçta insan endişeleniyor. Buradan ayrıldığımda bir uyumsuzluk yaşanacağını düşünüyorum(Honda)”* diyerek ifade etmiştir. Geçiş sonrasında her ne kadar genç erişkinlerin büyük bir kısmı olumlu, destekleyici etkileşimleri rapor etmiş olsalar da birçoğu yetişin diyabet uzmanını bulma ve iletişim kurma konusundaki zorlukları belirtmiştir (118).

Literatürde de belirtildiği gibi diyabetli adölesanlar için geçiş; zorlu bir süreç olmakta özellikle de pediatri kliniğinde uzun zamandan beri devam eden ilişkilerden kopmak sıkıntı yaratmaktadır (87). Gidecekleri erişkin kliniğinde sosyal ilişkilerin yeterli olmayacağına dair önyargıları olduğu katılımcıların ifadelerinde dile getirilmiş ve sıklıkla tekrarlanmıştır. ...*“Endişe duyuyorum çünkü sanki burası mahalle bakkalı gibi iyi bir ortam var. Sohbet edersin mutlu olursun bir şeyleri paylaşırsın, dardını anlattırırın bakkal amcan dinler. Ama erişkin bölümü market gibi ihtiyacın olanı alırsın. Hiç güler yüz görmeden hiçbir şey demeden çıkarırsın ya öyle. Ama burası bambaşka bir ortam (Kitap Kurdu)”*.

Araştırmanın bu sonucunun adölesanların sadece sağlık durumlarına ilişkin kaygılarıyla açıklanması yeterli olmayacaktır. Adölesanların benlik düzeyleri, sosyal kabul görme ve sosyal ilişkiler kurma düzeyleri de aynı zamanda yeni bir ortama giriş sürecinde etkili faktör olarak düşünülmelidir. Erişkin kliniği takibine geçişle birlikte adölesanların, yer alacakları yeni ortamda ne derece kabul göreceklere ve ne tür ve düzeyde ilişkiler kuracaklarına yönelik belirsizliklerinin olması da geçiş sürecinde mevcut kaygının artmasına, önyargıların oluşmasına neden olabilmektedir.

5.4.1. Tema 2- Diyabeti İle İlgili Paylaşım Ve Diğer İnsanların Düşünceleri Tartışması

Hastalıkla ilgili paylaşımda bulunma endişesi birçok adölesan diyabetli için çok önemlidir. Okul hayatı ve sosyal yaşamında zaman zaman zorluklar yaşayan diyabetliler hastalıklarını gizleyerek korunmayı düşünmüş (114) ancak eğitim, başta aileler olmak üzere sosyo-psikolojik çevre desteği sayesinde bu koruma algısının aşmaya çalışmışlar ve bunu ifadelerinde de göstermişlerdir.

....Hastalığımı ve beni anlamayacaklarını düşünüyorum (Damla).

Riskli davranış ve birçok sıkıntıların arttığı bu dönemde diyabetli adölesan hastalığını saklamayı tercih etmektedir. Bunun en temel nedeni, akranları tarafından dışlanmak veya buldukları, kazanımları olan sosyal çevreden uzaklaşmak istememeleridir. Adölesanların bağımsızlığının artmasıyla ebeveyn sorumluluğunun azalması aynı zaman denk gelmektedir. Ancak bu durum, çocuklarının sağlık sorunlarını yeterli şekilde yönetebileceklerine güvenemeyen ebeveynler açısından, stresli ve kaygı verici bir süreç haline gelmektedir (129). Hastalığın sosyal çevreden saklanması, adölesanın aileden ve sağlık profesyonellerinden uzaklaşmasına ve en nihayetinde de metabolik kontrolün kötüleşmesine zemin hazırlamaktadır. Karmaşık duygular içerisinde olan adölesan, hastalığını saklayarak veya yokmuş gibi davranarak, sağlık yönetimi açısından oldukça riskli davranışlar sergileyebilmektedir.

5.5.1. Tema 3- Yeni Bir Yaşam Ve Gelecekle İlgili Belirsizlik Kaygı Durumu Tartışması

Mistry ve ark. (87), pediatri kliniklerinden yetişkin kliniğine geçiş yapma aşamasında olan diyabet hastalarının kaygılar yaşadıklarını ve bu kaygılar sonucunda da önemli oranda yetişkin takibinden uzaklaştıklarını savunmaktadırlar. En önemli neden olarak, özellikle erken tanı çocuk hastaların, hastalık yönetimi yanı sıra birçok sorumluluğunu ailelerinin yerine getirmesi ve kontrol etmesi nedeniyle, çocuğun geçiş aşamasına yeterince hazır olamaması olarak ifade etmektedirler. Swift ve ark. (131) da aynı duruma dikkat çekerken, ayrıca geçişten sonra birçok hastanın HbA1c düzeylerinin olumsuz düzeyde artış gösterdiğini, bir kısmının bilinçli şekilde takipten kaçındığını ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada ise (132) HbA1c değerlerinde geçiş

ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı da görülmüştür. İnsülin pompa kullanan veya günde birkaç kez iğne yapmak zorunda kalan hastalarda bu oranın daha düşük olduğunu da bulgularına eklemişlerdir. Sadece hastaların değil ailelerinin de pediatrik tedavi yaklaşımı ile yetişkin tedavi yaklaşımı arasındaki farktan tedirgin olduklarını ve bu geçiş sürecinde, çocuğun kendi kontrolünü kazanmaya başlaması ile birlikte “terk edilme” duygusunu yaşadıklarına vurgu yapmışlardır.

Sheehan ve ark. (110)’nın çalışmalarında geçiş için eğitim desteği sağlayan bir oryantasyon uygulamasının önemine vurgu yapmış ve bu programlara katılanların kaygılarını azaltacak şekilde kendilerini yönetme becerilerinin daha olumlu düzeyde olduğunu göstermişlerdir. Öte yandan araştırmacılar özellikle ergenlik evresinde, sigara, alkol kullanımı gibi akran davranışlarına öykünmenin yanı sıra istihdam kaygısının da geçiş sürecini etkileyici faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Sheehan ve arkadaşlarının bu vurgusu, bu çalışmada katılımcıların geleceğe yönelik kaygılarıyla tutarlı görülmektedir.

Begley (133), geçiş aşamasında, geçişi olanaksız hale getiren faktörlere vurgu yapmış ve hastaların kaygı, duygu ve düşünceleri gibi faktörlerinin, geçişin gerçekleşmemesinde %56 oranında etkili olduğunu ifade etmiştir. Uyumsuzluğun ise geçişi engelleyen faktörlerin içinde %11 oranında etkili olduğunu savunmuştur.

5.5.2. Gelecek Yaşantıya Yönelik Kaygılar

Çalışmadan elde edilen bulgular literatürde farklı bulgularca desteklenmekte veya açıklanmaktayken, alanyazında genel olarak geçiş sürecinin güçlüklerine vurgu yapılmıştır. Bu güçlüklerin açıklanmasında geleceğe yönelik belirsizlikler ve kaygılar oldukça güçlü etkiye sahiptir. Çalışmada elde edilen bulguların bir geçiş polikliniği veya birimi ile pediatrik diyabet hastalarının desteklenmesinin ve gelecek planlamalarının bireysel özellikler çerçevesinde yapılmasının önemini ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Çalışmalar yeterli desteğin sağlanmamasının, bu hastaların sonraki yaşam kalitelerini tıbbi açıdan önemli ölçüde düşürdüğünü göstermektedir. Özellikle bağımsız yaşamın temel kriterlerinden olan istihdam, sosyal güvence ve eğitime ilişkin kaygıların var olması, hastaların bağımsız yaşam için hedefleri olduğunu gösterebilir. Bu açıdan değerlendirildiği zaman hastaların mutlaka multidisipliner bir ekip (17-19) tarafından geçiş sürecine hazırlanması ve yaştan ziyade bu ekibin hazır bulunuşluğa

ilişkin değerlendirmesine uygun olarak geçişin gerçekleştirilmesinin, geçişi daha olumlu ve etkili sonuçlarla devam ettirmeyi sağlayacağını düşündürmektedir.

Öte yandan araştırmanın yapıldığı hastaneye gelen hastaların sosyoekonomik düzeyleri düşük olup, öncelikli kaygıların ekonomik temelli kaygılar olması anlaşılabilir bir durum olmaktadır.

...Okul bitince sosyal güvencem olmayacak bu beni korkutuyor, sonra her halde sigorta yaptırırız ama maddi sıkıntımız çok(Duygulandığı için görüşmeye ara verildi, kendi isteği ile görüşmeye tekrar başlandı (Rüzgar).

Genel anlamda bireylerin sosyoekonomik durumunun iyi olması sağlık kuruluşlarına ulaşımı ve kişilerin hastalığa ilişkin başedebilme ve kontrol durumunu pozitif etkilemektedir. İmkanların yetersizliği ise hastalık algısında ve duygusal durmundaolumsuzluğa neden olacaktır. Ülkenin siyasi, toplumsal ve sistem belirsizliğine dair güvensizliği de yine adölesanlarda kaygıya neden olmuş ve bunu sık sık dile getirmişlerdir. Bu durumun çocuk kliniğinde takibe devam etme ve karmaşık görülen erişkin takibine geçme isteğinde azalmaya neden olabildiği düşünülmektedir.

... Sürekli uygulama değişiklikleri var. İlacın şu kadarı karşılıyor diye şeyler var. Bunları sürekli araştırıp bakmak durumundayım. Bunun yüzünden bir rahata erişemiyorum, sürekli diken üstündeyim. Bunlar o yüzden kaygılandırıcı (Güneş).

... Ben kendimi güvende hissetmiyorum çünkü sisteme güvenim kalmadı sınavım acaba doğru açıklıyor mu? Sınav, sınav, sınav hep sınav. Yönetmelikler değişiyor. Yeteri kadar biz yorulmuyor muyuz? Neden ekstra öneriler çıkarılıyor?(Kitap Kurdu).

5.5.3. Baş Edebilme Gücüne Dair İnanışlar

Diyabetli adölesanlarda, kendine özgü sorun ve kaygılarının bulunduğunu, diyabet yönetimi konusunda kendilerine çok güvendikleri bu nedenle erişkine gitmesekde baş edebiliriz yargısı olduğu gözlemlenmiştir. Yine kronik hastalığı olan adölesanın normal olma algısını olumsuz etkilemesi, adölesanın yaşamındaki değişikliklere uyum çabaları sayılabilir (60). Birbirlerini hiç tanımadıkları halde çalışmaya katılan adölesanlarında benzer kaygıların olduğu, erişkinlerin konuşmaya açık, diyabetli adölesanların ise daha az, sadece sorulara cevap verdikleri görülmüştür.

Ayrıca gençlerin bir sonraki adımı bilmek istedikleri ama bu olmadığında pes etmeye meyilli oldukları ve düzenlerinin bozulmasından ve değişiklikten hoşlanmadıkları gözlenmiştir.

Diyabet yönetiminde, adölesanın özgüven duygusunun yanı sıra benlik algısının da güçlendirilmesi önemli ve gereklidir Kişinin kendi becerilerine dair güven ve inancının, iyi glisemik kontrol ve benlik yönetimi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (65). Benlik etkinliği yüksek olan gençlerin diyabet yönetimi ve glisemik kontrolünün daha iyi olacağı açıktır. Adölesanın beceri ve bilgisi arttıkça bağımsızlığı da artar bu sayede diyabeti de pozitif yönde etkilenir. Aile ve adölesanın benlik etkinliği ile benlik yönetimi arasında ilişki bulunmuştur. Ailelerin adölesana göre geçişi daha çok önemsedikleri görülmüştür. Adölesanlar da ise ailelere oranla geçişle ilgili kendilerine güven daha fazladır (65).

Yeterli benlik algısı ve özgüvene sahip olamayan adölesan hastaların geçiş aşamasında kaygı düzeyleri artabildiği gibi, kendilerinde var olduğunu düşündükleri yetersizliklerin, erişkin kliniğinde anlaşılamayacağı ve yeterince desteklenemeyeceğine ilişkin düşüncelerinin olduğu düşünülmektedir. Bu durum geçişte yetişkin kliniğinde takibi istememeyi açıklayabilir.

... Şu haliyle hazırım, kaygısız devam ettiğimde hayatımın daha iyi şekilleneceğini düşünüyorum. Çünkü güveniyorum doktorlarıma tek kaygım beni anlayarak tedavi eden bir hastaneden ayrılıp anlamayacağını düşündüğüm başka bir hastaneye gitmek olur (Damla).

Ancak henüz kendine güvenmeyen geçişi erken bulan adölesanlarada görüşmede duygularını ifade etmişlerdir.

...Yani ben kesinlikle hazır hissetmiyorum. Ne yapmam gerektiği, nereye gitmem gerektiği konularında endişelerim var. Ben şu an panik olmuş durumdayım (Honda).

5.5.1.Tema 4- Stres Ve Kaygıları İle Baş Etme Yöntemleri

Katılımcıların kaygı durumları yüksek gözlemlenerek BDÖ, STAI FORM TX-I) ve STAI FORM TX-II kullanılmıştır.

BDÖ'ne göre; çalışmaya katılanların yaklaşık%43ü sağlıklı, %25'i depresif, %31'i ise klinik depresyona eş bulunmuştur.

Durumluluk Kaygı Ölçeğine göre ise katılımcıların yaklaşık %70'i kaygılı olarak bulunurken, Süreklilik Kaygı Ölçeğine göre de katılımcıların %30'u kaygı düzeyi normal sınırlarda olup %70'i ise kaygılı olarak bulunmuştur.

Alessandra Rollo ve ark. (132), çalışmalarında, Tip 1 diyabetli hastalarının %17,4'ünde ciddi psikolojik sorunlar olduğunu ve depresyon, panik atak ve yeme bozukluklarının başta geldiğini ifade etmişlerdir. Sheehan ve ark. (110), yaptıkları çalışmada stresli yaşam koşullarının pediatrik takipten, yetişkin takibine geçişte en önemli engel olduğunu ifade etmişlerdir.

Mistry ve ark. (87)'nin tespitine göre, birçok çalışmada, Tip 1 diyabet hastalarının yetişkin kliniklerine geçiş aşamasında sıklıkla artmış anksiyeteye ek olarak azalmış metabolik kontrolden söz edilmektedir. Yine aynı çalışmadan edinilen bilgiye göre, bir başka çalışmada geçiş sürecinde genç hastaların negatif duygularının çok açık olmadığı, az bir kısmının geçişe ilişkin kaygı duyduklarını ifade ettikleri belirtilmiştir.

Literatürden elde edilen verilerle bu çalışmanın verileri oldukça uyumlu görülmektedir. Genel olarak geçişe ilişkin kaygıların olmasının temel bir kopuş ve yeniden düzenleme gerektiren süreç olması, aslında bu durumu anlaşılır kılmaktadır. Katılımcılar görüşmelerin yapıldığı, ölçme araçlarının uygulandığı sürece yakın bir zamanda pediatrik endokrinoloji takibinden yetişkin endokrinoloji takibine geçiş yapacak olmalarından dolayı kaygı semptomlarının kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir.

Adölesanların diyabet dışında yaşlarına özel (gelecek belirsizliği, akademik ilerleme, sosyal güvence vb.) kaygılarını azaltmak için neler yaptığı sorulduğunda spor yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak, gezmek, film izlemek gibi aktiviteler yaptıklarını belirtmişlerdir.

...Öyle bir sıkıntımd olduğu zaman yakın hissettiğim kişilerin fikirlerini alırım ona göre hareket ederim(Wansayk).

...Ben kendimi sporla ilgilenerek bu kaygılarımdan kurtulmaya çalışıyorum (Honda).

...Dans ederek, müzik dinleyerek azaltmaya çalışıyorum (Celberen).

...Bowling oynamaya giderim (Kıvırcık).

5.6.1.Tema 5- Çocuk Kontrolünden Erişkin Kontrolüne Geçişte Kurumlardan Beklentiler Tartışması

Çalışmada, pediatri kontrolünden, erişkin kontrolüne geçmeden önce, “eski kurumdan beklentiler”, “yeni kurumdan beklentiler” ve “her iki kurumdan beklentiler” olmak üzere üç ana kategori ve anlamlı tematik üniteler gruplandırıldı. Eski kurumdan beklenti, istek ve talepler başlığı altındaki gruplamada; “geçilecek olan kurumu, eski kurumun belirlemesini” katılımcıların %81,2’si isterken, “geçilecek kurumun personeli ile tanıştırılmayı” isteyenlerin oranı %56,2 olarak tespit edilmiştir. “Yeni kuruma geçmeden önce eğitim ve bilgi verilmesini” isteyenler %31,2 ve “gidilecek kuruma önceden bilgi verilmesini” isteyenler ise %31,2 olarak belirlenmiştir.

Yeni kurumdan beklentilere yönelik olarak ise “kurumdan randevu almanın önemi” ve “yeni kurumun tıbbi olarak yeterli ve donanımlı olması” aynı orana sahip olup (%68,7), “kurumun güven vermesi” %56,2 ve “personelin şefkatli ve güler yüzlü olması” %43,7 oranlarında katılımcıların en çok vurguladıkları beklentileri olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların %56,2’i “geçiş evresinde her iki kurumun ortak takibini” beklerken, “ortak toplantı yapılsın” diyenler %37,5 ve “geçiş polikliniği oluşturulsun” diyenler %68,7 oranlarında tespit edilmiştir.

5.6.2.Eski Kurumdan Beklenti/İstek/Talep

“Geçiş”, çocuk servisinden yetişkin servisine geçişi planlama ve nakil sürecini tanımlamaktadır. Bu süreç iyi yönetilmediği takdirde, uzun süreli sağlık sorunları olan ergenler zaman zaman sağlık durumlarının kötüye girmesine yol açabilecek boşluklara düşebilmektedir (90).

Mistry ve ark. (87)’nin yaptıkları meta-analiz çalışmasında, yetişkin sağlık hizmetlerine nakledilen Tip 1 diyabetli adölesanların genellikle daha fazla anksiyete yaşadıklarını, sağlık hizmetlerine daha az devam ettiklerini ve metabolik kontrolün kötüleştiğini ortaya koymuş, bu nedenle diyabetli çocuklar için pediatrik sağlık hizmetinden yetişkin sağlık hizmetine planlı, çoklu disiplinli ve amaca yönelik bir geçişin gerçekleştirilmesi gerektiği ileri sürmüşlerdir.

Begley (133)'ın çalışmasında uygun oda ortamının olmaması ve enfeksiyon riski gibi nedenlerin geçişe ilişkin olumsuz algının nedenleri olduğunu tanımlamıştır. Bu nedenlerle mutlaka multidisipliner geçiş birimlerinin olması gerektiğini ifade etmiştir. Price ve ark. (133) ise özellikle geçiş biriminin yanı sıra geçilecek birimdeki personelin de iletişim konusunda eğitilmiş olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu tespit bu çalışmada katılımcıların diğer kurumdan beklentilerine ilişkin görüşlerini destekler niteliktedir.

Sheehan ve ark. (110)'ı pediatrik bakımda kalan adölesanların, yetişkin kliniğine geçene göre diyabete bağlı hastaneye yatış oranlarının daha az olduğunu ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada; randevu güçlüğü, çalışma saatleri, ulaşım, eğitim gerekçesi, klinikte uzun bekleme süreleri gibi nedenlerin, yetişkin kliniklerindeki devam sürecini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Bu tespit de çalışmada katılımcıların yetişkin polikliniğine ilişkin beklentilerini ve kaygılarını destekler niteliktedir. Ayrıca geçiş öncesi yetişkin kliniğindeki personelle tanıştırmak, yeni klinikle ilgili önceden bilgi verilmesi ve yeni kliniğin tavsiyelerinin alınması gibi hazırlık uygulamalarının yapılması tavsiye edilmektedir ki bu yaklaşım bu çalışmadaki katılımcıların yeni klinikten beklentileriyle uyumludur.

Katılımcıların eski kurumdan beklentileri bağlamında değerlendirildiği zaman, genel olarak beklentilerin yeni kuruma hazırlama ve yeni kurum için rehberlik yapma yönünde olduğunu söylemek yanlış olmaz. Hastaların yıllardır alıştıkları ve olumlu ilişkiler kurdukları, belki bazen aile olduklarını hissettikleri bir birimden ayrılma aşamasında, yeni birimden de aynı yaklaşımı beklemesi ve bu birime sağlık profesyonellerinin rehberlik etmesini istemesi anlaşılabilir bir durumdur. Bu beklentileri sağlığın bozulmasına ilişkin kaygılarla açıklamak olasıdır. Hastalar yeni geçilecek birimde karşılaşacaklarını düşündükleri kişiler arası ilişkilerin alışageldiklerinden farklı olmasına ilişkin kaygı ile yeni birimdekilerle tanıştırmayı ve kabul görmeyi istiyor olabilirler. Polfussve ark. (65), tanıştırılma sürecinin diyabet hemşiresi tarafından yapılmasının onlara güven verdiğini vurgulamaktadır.

...Mesela onlar da dese ki “evet biz sizin bölümünüzü tanıyoruz, diyabet hemşireni ve doktorunu tanıyorum hoş geldin bundan sonra beraber devam edeceğiz. İşte endişelenmene gerek yok biz bütün tetkiklerini tam olarak yapacağız.” Diye en baştan bana bunun güvencesini verirlerse bunun da çok faydası olur (Celberen).

Öte yandan konsepti gereği gelişimsel düzey gözeten pediatri kliniklerindeki olumlu ve daha samimi ilişkiler yerine, yetişkin kliniklerinde daha formal ilişkilerin olacağına ilişkin düşünceleri destek ihtiyaçlarını arttırıyor olabilir.

...Buradan erişkine gideceğimiz zaman bana güven vererek, bu hastane iyidir, bu doktor iyidir diye güven vererek yapılırsa ve ben oraya gidersem bu kaygılarım azalır, oraya güvenerek giderim (Celberen).

Geçişin başlangıcında pediatri ekip üyelerinin katılımı ile bir köprü görevi sağlamak yararlı olacaktır. Bu girişimin, yeni gidilecek yerle ilgili bağlantı ve iletişimi kolaylaştırıcı etkisi olacaktır. Pediatri ekibinin bu şekilde katılım gösterdiği programlarda yeni ekiple eski ekibin katılımı olmayan adölesan diyabetlilere göre DKA sebepli yatışın az olduğu görülmüştür (65). Bu nedenle geçişten önce erişkin, pediatri ekibi ve adölesanla ortak görüşme sağlamalıdır. Hedef geçişte ve geçtikten sonra adölesanlarda oluşacak kaygıyı azaltmak/yok etmek, geçişteki kayıpları engellemek en aza indirmek ve geçişi sağlayamayan adölesanlarda oluşacak komplikasyonların önüne geçmektir.

...Sizin yapmanız gereken bence daha öncesinden bu hastanedeki görevlilerle görüşmüş olmanız beni rahatlatır diye düşünüyorum. Hani sizinle onlarla birlikte, 3'lü sohbet 5-10 dakika da olsa (Papatya).

Son vizitte tüm epikriz bilgileri, yapılan tetkikler ve HbA1c, doktor, diyabet eğitim hemşiresi, beslenme uzmanı, psikolog ve diğer sağlık profesyonellerinin görüş ve önerileri geçiş rehberine kayıt edilerek adölesana teslim edilmelidir. Son vizitte erişkin bölümü ile yapılacak ortak toplantının zamanı belirlenmeli ve adölesan, erişkin ekibi ve pediatri ekibine duyurulmalıdır. Adölesan talep ediyor ise birkaç takibin hem pediatri de hem erişkinde yapılma imkânı sağlanmalıdır.

5.6.3. Yeni Kurumdan Beklentiler

Sağlık personelinin diyabetli gençle ilişkilerinde güven ve saygı ilişkisi geliştirmek son derece önemlidir. Güvenilir, saygılı sağlık çalışanları ile iletişim içerisinde olmak, yaşam olaylarını konuşabilmek, bir adölesan için yaşamsal öneme sahip olup, benlik yönetimi üzerinde etkilidir. Bu durum, adölesanın erişkin servisine geçişine, klinikteki bireyler ve uygulamalarla güven ilişkisi kurmasına ve o bölüme güçlü bağlar kurmasına yardımcı olur. Madeleine Bridgett MSW (123),

Trapez isimli çalışmasında geçiş sürecinde ve sonrasında gelişecek sorunların ortadan kalkmasında güven ilişkisi ve kişi odaklı bakımın etkili olduğundan bahsetmiştir. Adölesan gençlerin de talebi “onların gözünden bakabilmeyi” sağlayan aile ve sağlık personelidir. Ancak bu kavramlar oldukça eski olmasına rağmen, hala birçok merkezde kişi odaklı bakım uygulamaları geliştirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışmada da katılımcılar, geçilecek kuruma ve kişilere güven kavramından sıkça bahsetmişlerdir. Bu açıdan, erişkin kliniği, geçiş yapan adölesana gerekli zamanı ve desteği sağlamalı, onların kuruma bağlılığı için görüşme süresilerinin esnek olmalı, psikolojik destek ve hasta merkezli katılıma olanak tanınmalıdır.

5.6.4. Her İki Kuruma Dair Beklentiler

Yine Gee ve ark. (96) çalışmalarında, geçişten önce erişkin endokrinoloji uzmanıyla bağlantı kurarak adölesanların, erişkin kliniğine geçiş ve sonrası süreçte, takipten ayrılma oranının az az olduğunu ortaya koymuş, bakım hizmetlerinin her iki klinik tarafından birlikte yürütüldüğü bir geçiş programına ihtiyaç olduğunu savunmuştur. Dolayısıyla bu bulgular bize geçiş sürecinde servislerin birbiri ile bağlantılı çalışması gerektiğini göstermektedir (113).

... Hani ortak bir poliklinik olsa benim sevdiğim benim tanıdığım doktorların, hemşirelerin olduğu tanıdığım arkadaşlarımdan olduğu bir yer istiyorum. Elimde dosyayla gitmeyeyim oraya dosyam yine burada dursun ama iki doktor benim hakkımda konuşabilsin hani bak bunlar önceden böyleymiş erişkinlikte böyle olabilir desin. Hani beni tanısin istiyorum, hemşirede öyle olsun istiyorum (Kitap Kurdu).

...Ortak bir şey olsun böyle bir geçiş olsun direk beni 50 – 60 yaşında insanların arasına atmasınlar. Benim yaş grubum olsun 18, 20, 25. Benden büyükler olsun istemiyorum. Benim yaşındakiyle eminim biz birbirimizi daha iyi anlayacağız (Kitap Kurdu).

Yetişkin merkezine geçişten sonra ortalama 8 yıl diyabetli bireylerin takip edildiği bir çalışmada (132) kontrollere düzenli giden bireylerde metabolik kontrollerin önemli düzeyde bozulmadığı, ancak takipten ayrılanların metabolik kontrollerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada vaka sayısının sınırlı olması ve üzerinde çalışma yapılan güncel bir kohort çalışmasının olmamasına rağmen, diyabetli adölesanların %25’inde genç erişkin dönemlerinde ağır psikolojik

bozuklukların görülmesi; erken yaşlardan itibaren yalnızca en iyi metabolik kontrole değil aynı zamanda ruhsal bozukluklara da odaklanmaya yönlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Geçiş sırasında metabolik kontrolü yetersiz olan hastalara özel dikkat gösterilmesi gerektiği, bu hastaların erişkin takibine geçme aşamasında, takipten ayrılma ve ileriye dönük ruhsal hastalık riski altında olduğu ifade edilmiştir. Özellikle lise yılları ve sonrası olarak tanımlanan, kırılma, savunmasız dönemlerde, psikiyatrik semptom ve tanılarının yüksek sıklıkla tekrarlanma riski bildirilmiştir(135). Çeşitli araştırmacılar çalışmalarında, bu semptomların kadınlarda daha sık ortaya çıktığını, yeme bozukluklarının ise en sık görülen ruhsal hastalık durumu olduğunu ve Tip1 diyabet tanılı adölesan kadınların yaklaşık %25-30'unda görüldüğünü rapor etmişlerdir (132).

Bu tez çalışmasından elde edilen bulgu ve ifadeler alanyazın eşliğinde tartışılmaya çalışılmıştır. Ancak hem nitel bir çalışma olması hem de içerik analizi yöntemi kullanılması nedeniyle, bulgular doğrudan çalışma grubunu bağlayıcı bir özelliğe sahiptir. Alanyazından elde edilen veriler doğrultusunda tartışmada da gözleneceği üzere, alanda doğrudan bu yöntem ve içeriğe sahip olup sonuçların benzerliği veya karşıtlığını doğrudan yorumlama imkânı olmadığı açıktır. Tez çalışmasının bu bölümünde alanyazın eşliğinde tartışmaya ek olarak, görüşmeler ve araştırma esnasında, araştırmacı tarafından gözlenen, tespit edilen grup özelliklerinin yanı sıra tüm bulgular üzerinde bütüncül yorumlar yapılmaya çalışılacaktır.

Genel Yorumlar:

Çalışma grubu ile yapılan derinlemesine görüşmelerde bireylere farklı saat ve gün verilmiştir. Birbirlerinden haberdar olmayan diyabetli gençlerin cümlelerinin, kaygılarının ve yorumlarının benzer olduğu gözlenmiştir. Görüşmeye davet edildiklerinde sıkıntılı bir süreçte olmalarına rağmen zaman ayırdıkları, özenli giyindikleri ve istekli davrandıkları gözlenmiştir. Çalışmanın amacı anlatılmasına rağmen, bazı diyabetlilerin “Bu son görüşmemiz mi? Bana doğruyu söyleyin” gibi kaygı ve korku içeren ifadelerde buldukları belirlenmiştir. Görüşme yapılırken ve sorular sorulurken çoğu heyecanlıydı. Araştırmacının katıldığı benzer derinlemesine erişkin görüşmelerinde erişkin diyabetli bireylerin her bir soruyu uzun uzun anlattıkları, duygu ve düşüncelerini daha hayattan örneklerle ifade ettikleri

gözlemlenirken, bu çalışmaya katılan genç diyabetli bireylerin ise sorulara daha kısa ve net cevaplar verdiği görülmüştür. Erişkin çalışmasına katılan özellikle emekli ve orta yaşın üzerindeki bireylerin “sohbet ve çalışmaya katılmaktan çok memnun olduklarını ve zaman geçirmek için iyi bir fırsat olduğunu” dile getirdikleri, genç katılımcıların ise okul, dersane ve sınav arasında gelmeye çalıştıkları gözlenirken aynı zamanda genç bireylerin daha gerçekçi, makul talep ve dilekleri olduğu görülmüştür.

Gençlerle yapılan görüşmelerde kaygılandıkları, bazılarının ellerinin terlediği, sıkıldıkları, bazılarının ise daha rahat olduğu gözlemlenmiş, bunun ise sosyal çevreyle ilişkili olduğunu düşünülmüştür. Heyecanlanan gençlerin daha düşük sosyoekonomik koşullarda yaşadığı, diğer görüşmecilerin ise daha iyi sosyal ve ekonomik çevreden geldiği gözlenmiştir.

Diyabetli gençler erişkin kliniğine geçişte ciddi kaygı duymakta ve geçiş sürecini geciktirmek için bahane ve yöntemler bulmaya çalışmakta olduklarını ifadeleriyle açıklamışlardır. Çocukluk dönemini geçirdikleri bu klinikleri aile ortamı gibi gördüklerini, duygusal anlar yaşayarak paylaşmışlardır.

Çocuk takip merkezindeki ilginin erişkinde olmayacağı, buradaki sıcak ortamı erişkinde bulamayacakları, çocuk endokrin kliniklerindeki eğitim hemşirelerinin verdiği eğitim ve ayrılan zamanın erişkinde imkânsız olduğunu, erişkin hastanesinde Tip 1 diyabeti yeteri kadar bilmedikleri, bilen merkezlerin az olduğunu ifade etmişlerdir. Bu yorum ve kaygıya ise erişkin kliniğine giden diyabetli arkadaşlarının geribildirimleri, aile ve kendi deneyimlerinden vardıklarını iletmişlerdir.

Türkiye’de erişkin kliniğine geçiş rehberi ve geçiş programı yakın zamanda oluşturulmasına rağmen henüz aktif değildir. Bu nedenle iyi bir geçiş programı sunulmayan diyabetli adölesanlar diyabettakip sürecini ya terk etmiş ya da kontrolleri aksatmışlardır. Erişkinde geçen adölesanların henüz geçmemiş olanlara “sakın gelme kovulana kadar kal” gibi yanlış yorum ve yönlendirmeye neden olacak geri bildirimleri olduğu gözlenmiştir. Ayrıca bu yapılanmanın eksikliği erişkin takip merkezlerini de gereksiz negatif duruma düşürmüş, ön yargıların hedefi haline getirmiştir. Oysaki iyi planlanmış geçiş süreçleri 15’li yaşlar arasında başlanıp 20’li yaşların başına diyabetli genci geçişe hazır hale getirmelidir. Buna hazırlanmayan gençlerin kaygılandıkları, ciddi sıkıntılar yaşadıkları aşikardır.

Ayrıca diyabetliler takip edildikleri çocuk merkezinde üç aylık kontrollerle sağlıklarının denetlendiğini erişkinde bu denetimin olmayacağı ve dolayısıyla hastalıklarının kötüye gideceği ön görüleri mevcuttu. Çocuk hekim ve diyabet hemşiresinin onları anladıkları ve tanıdıklarını erişkinde arada kaybolacaklarını bildirdiler. 18 yaş üstü sağlık giderlerinin sosyal güvencesi bitince karşılanmayacağını, iş bulma imkanlarının az olduğu ve ağır işlerde çalışmakta zorluk yaşayacaklarını düşünüyorlardı. Bu da çoğunluğu üniversite sınavına hazırlanan diyabetli gençlerde daha çok kaygıya neden olmaktaydı.

6. SONUÇ

Çalışma grubunun yaş ortalaması 19 olup, cinsiyet oranları eşittir. %56,3'ü tekçocuk olup, %6,2'si ise üç kardeştir. Katılımcıların %62,5'i lise, %31,2'si üniversite ve %6,2'si ortaokul mezunudur. Diyabet yaşlarına göre 1-5 yıl arası %18,8, 5-10 yıl arası %37,5, 10 yıl ve üzeri olanların oranı ise %43,7 olarak tespit edilmiştir. Grubun %37,5'inin ailesinde başka diyabetli hasta vardır. Katılımcıların %25,0'nin sosyal güvencesi mevcut değildir. Yine çalışmaya katılanların %75'nin giderlerini ailesi karşılamaktadır. Diyabetli çalışma grubunun %56,2'si kendilerine ait ikametleri bulunduğunu, %75'i kendi odaları olduğunu belirtmiştir. Diyabetli gençlerin %87,5'i insülinlerini boş buldukları mekân da yaparken, %12,5'i tuvalet gibi sıhhi olmayan mekanlarda yaptıklarını belirtmişlerdir.

BECK depresyon ölçeği uygulamasına göre, çalışmaya katılanların %43,7'si sağlıklı, %25'i depresif, %31,3'ü ise klinik depresyona eş bulunmuştur. Katılımcı gençlerin %67,0'si durumluluk kaygı yaşarken, %68,7'si sürekli kaygılı olarak tespit edilmiştir.

Öneriler

Bu tez çalışmasından elde edilen bulgular ışığında, alana ve geçiş aşamasına erişen genç hastalara olmak üzere iki tür öneri ortaya çıkmaktadır.

Alana yönelik bilimsel ve yapıcı öneriler;

Erişkin diyabet ekibine yönelik özel çalışma grupları oluşturularak, Tip1 diyabetli adölesanların yaşadıkları deneyimlere ilişkin boylamsal ve çok merkezli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Erişkin diyabet yönetimi yapacak diyabet ekibi ile çocuk diyabet ekibi aynı platformlarda birleşmeli, eğitim programı yapılmalı ve hastalar bu eğitimlere katılabilmelidir.

Geçiş sürecinin doğru ve uygun şekilde planlanması ve uygulanması için erişkin ve çocuk diyabet kliniklerinin öncülüğünde multidisipliner kongreler planlanmalı ve uluslararası uzmanların katılımı sağlanmalıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumu ve sigorta şirketleri tarafından, geçiş sürecinin takibe bağlı bir ödeme planı için kanuni ve pratik düzenlemeler yapılmalıdır. Sigorta kapsamı yaşam boyu olacak şekilde planlanmalıdır.

Tip 1 diyabet takibi yapan erişkin klinikleri güçlendirilmeli, hatta referans klinikler oluşturulmalıdır. Geçiş aşamasında kayıp nedenleri dikkatle incelenmeli, geçiş aşaması için kliniklerde “anahtar personel” (key person) uygulaması başlatılmalıdır.

Millî Eğitim Bakanlığı ile imzalanacak bir protokol sayesinde, Diyabet tanısı olan çocukların okul boyunca da takibi sağlanmalı ve takibe devamlar(okul puanı veya sınav puanı ile) ödüllendirilmelidir.

Diyabetli Gençlere Yönelik Öneriler;

İyi bir sağlığa sahip olmak; iş yaşantısında, okul yaşantısında ve diğer günlük aktivitelerde başarılı olmanın önemli parçası olduğu vurgulanmalıdır.

Bir kişinin kronik hastalığa sahip olması sağlıklı olamayacağı anlamına gelmeyeceğini bilmelidir.

Nasıl sağlıklı olacaklarını öğrenmek bağımsız olmayı öğrenmenin önemli bir parçası olduğu vurgulanmalı ve adölesanların bu bilinçle sorumluluklarını üstlenmeleri gerekmektedir.

Geçiş sürecinin de yaşamın diğer geçişleri gibi bir süreç olduğunu, adölesan ve ailesinin buna hazırlıklı olması gerektiği erişkine devredilmesi planlanan geç ve ailesine vurgulanmalıdır.

Beceri kazanmaya erken yaşta başlamalı ve kendisinin savunucusu olma becerisinin yaşamın diğer alanlarında olduğu gibi sağlığı için önemli olduğunu bilmelidir.

Ebeveynler için çocuklarını bağımsızlaştırmak başlangıçta zihinlerinde güç olabilir. Ancak bağımsız olmak adım adım bir süreçtir. Adölesanlar sorumluluğu ebeveynlerine bırakarak kendini daha rahat hissedebilir. Ancak ebeveynler her zaman yanlarında olmayacaklardır. Gereksinimleri ve kararları için sorumluluk alabilen adölesanlar yaşam kalitelerini daha ,n daha az destek vardır. Tanıdık olmadığı yaklaşım ve alışık olmayan adölesan için erişkin sisteminde kendini yalnız hissetmesine neden olabilir. Bu konuda adölesanlar ülkenin sağlık sistemini

öğrenmeli, bağımsızlık ilkesini benimsemeli ve sağlık ekibinin sağlıktaki anahtar kişiler olduğunu bilmelidir.

Erişkin diyabet takibini yapan kliniklerde çoğunlukla tip 2 diyabetli birey bulunmaktadır. Türkiye’de geçiş polikliniği olmadığı için bu gençler erişkin hastanelerine dağılmakta ve takip merkezlerinde sayıca az durumda kalmaktadır. Bu nedenle erişkin diyabet kliniklerinin güçlendirilmesine ihtiyaç vardır. Çalışmaya katılan gençler de bunu ifade etmişlerdir. Bu grupta kaybolduklarını ve erişkin sağlık personelinin diyabeti bilmedikleri ve yönetemeyecekleri kanısı gözlenmiştir. Bu amaçla bütüncül bir yaklaşım sergilenerek çocuk ve erişkin diyabet ekibini içeren çok boyutlu çözüm amaçlı özel çalışma grupları oluşturulup çok boyutlu çalışmalar planlanmalıdır. Örneğin Tip 1 diyabetli adölesanların belirli günlerde takiplere çağırılması, dolayısıyla tip 2 diyabetlilerden ayrılması, diyabet ekibiyle birlikte adölesan diyabetli temsilcilerinde bulunduğu ortak kongre, sempozyum, toplantılar gibi.

Araştırma sonuçları Türkiye’deki tüm diyabetli bireyleri değil, sadece seçilmiş sağlık kurumundan hizmet alan adölesan diyabetlilerin erişkin döneme geçişinde yaşadığı psikososyal sorunlar ve kaygı durumlarına yönelik deneyimleri ve beklentileri hakkındaki düşüncelerini yansıtmaktadır. Bu nedenle bir genelleme yapmak ve ülke genelindeki diyabetli bireylerin tümüne yönelik sonuç çıkarmak doğru olmayacaktır.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization, Global Satatus Report, on noncommunicable diseases
2014http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1Erişim:10/09/2016
2. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49(2): 155-168.
3. Ak B. Kronik ve yaşamı tehdit edici/ ölümcül hastalığı olan çocuk ve hemşirelik yaklaşımı. In: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. (Eds). Pediatri hemşireliği,1.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2013. p. 905-915.
4. Michaud PA., Suris JC., Viner R., The adolescent with a chronic condition: Epidemiology, develop mentalis sues and health care provision. World Health Organization 2007.
5. Çavuşoğlu H. Kronik hastalığı olan çocuk. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Genişletilmiş 8.baskı, 2004;71–90
6. Esenay FI, Conk Z. Sağlıklı ve Kanserli Ergenlerde Umut. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2007.
7. Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis' s manual of psychosocialnursing in general patientcare. Philadelphia, 1996: 436-47.
8. American Diabetes Association (2010). Standards of medicalcare in diabetes- Diabetes. http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S11 Erişim: 10.09.2016.
9. Bennet P.H.,Knowler W.C., Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes 2005
10. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği(TEMED) : Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları . Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu 8. Baskı. ISBN978-605-66410-0-8. 2016; S:16- 51.
11. Çıtlı, R., Günay, O., Elmalı, F., Öztürk, Y., Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2010-32: 253-64.

12. International Diabetes Federation .Diabetes Atlas. 7th edition, (2013).<http://www.idf.org/diabetesatlas> Erişim-22.06.2016
13. Cotellessa M Barbieri P, Mazzella M, Bonassi S, Minicucci L, Lorini R. High incidence of child hood type 1 diabetes in Liguria, Italy, from 1989 to 1998. *Diabetes Care* 2003; 26: 1786–9.
14. Green A., Sjolie A.K., Eshoj O. Trends in the epidemiology of IDDM during 1970-2020 in Fyn County, Denmark. *Diabetes Care* 19: 801-806, 1996
15. Allen D, Gregory J. Care Delivery The transition from children’s to adult diabetes services: understanding the ‘problem’. *Diabetic Medicine*, 2009. 26, 162–6.
16. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*, 4th Edition, Brussels, 2009. *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines-2014: Diabetes in adolescence. Pediatric Diabetes* 2014; 15 (Suppl. 20): 245–256.
17. Kipps S, Bahu T, Ong K, Ackland FM, Brown RS, Fox CT et al. Current methods of transfer of young people with Type 1 diabetes to adult services. *Diabet Med* 2002; 19: 649–654.
18. Owen P, Beskine D. Factors affecting transition of young people with diabetes. *Paediatr Nurs* 2008; 20: 33–38.
19. Pound N, Sturrock ND, Jeffcoate WJ. Age related changes in glycated haemoglobin in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabet Med* 1996; 13: 510–13.
20. Törüner E, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. 1.Baskı. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2012. s. 816-18
21. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2011. p. 210-14.
22. *Diabetes Atlas–7 th Edition*file:///C:/Users/servis/Downloads/IDF_Atlas%202015_UK.pdf- ISBN: 978-2-930229-81-82www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html Erişim: 03.09.2016
23. Alemzadeh R, Wyatt D.T. *Diabetes Mellitus* N: Behrman R.E, Kleigman M, Jenson H.B(eds). *Nelson Textbook of Pediatrics* 17th Edition, 2004: 1947-72

24. Zerbe G.O., Klingensmith G.J., Dabela D et al. Height growth velocity, islet autoimmunity and type 1 diabetes development: the Diabetes Autoimmunity Study in the Young. *Diabetologia* 2009; 52: 2064-2071.
25. Bonifacio E, Bingley PJ, Shattock M et al. Quantification of islet-cell antibodies and prediction of insulin-dependent diabetes. *Lancet* 1990; 335: 147-149.
26. Krishna CS, Srikanta S., Type 1 diabetes pathogenesis - Prevention, *Indian J Endocrinol Metab.* 2015 Apr;19(Suppl 1):S58-63. doi: 10.4103/2230-8210.155404. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25941654> Erişim: 14 Kasım 2016
27. Craig ME, Hattersley A, Donaghue KC. Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes* 2009; 10:3-12.
28. Gepts W. Pathologic anatomy of the pancreas in juvenil biabetes mellitus. *Diabetes* 1965; 14: 619-633.
29. Böber Ece, Büyükgebiz Atilla, Güncel Pediatri J Curr Pediatr 2007; 5: 1-10
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2014; S: 3237 <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiyedyabetprogrami.pdf> Erişim: 03.09.2016.
31. Morales A.E, She J.X, Schatz D.A. Genetics of Type 1 Diabetes. In: Pescovitz O.H, Eugster E.A (eds). *Pedaitric Endocrinology.* 1 edition. Philadelphia (USA): Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p.403-410.
32. Haller MJ, Atkinson MA, Schatz D. Type 1 diabetes mellitus: etiology, presentation, and management. *Pediatr Clin North Am* 2005; 52:1553-78.
33. Rosenbloom A.I, Silverstein J.H. Diabetes in the Child and Adolescent. In: Lifshitz F (eds). *Pediatric Endocrinology.* 4 edition. New York (USA): Marcel Decker; 2003. p.611-51.
34. Escobar O, Becker D.J, Drash A.L. Manangement of the Child with Diabetes. In: Lifshitz F, (eds). *Pediatric Endocrinology.* 4 edition. New York (USA): Marcel Dekker; 2003. p.653-667.
35. Kelly MA, Mijovic CH, Barnett AH. Genetics of type 1 diabetes. *Best Pract*

- Res Clin Endocrinol Metab 2001; 15:279-91.
36. Redondo MJ, Rewers M, Yu L, et al. Genetic determination of isletcell autoimmunity in monozygotictwin, dizygotictwin, andnon-twinsiblings of patients with type 1 diabetes: prospective twin study. BMJ 1999; 318:698-702.
 37. Williams R. Public health problems of diabetes mellitus and its cost to the community. Eds: G. Wiiliams, J. Pickup. Textbook of Diabetes, 2nd Edition, Volume I, Cambridge, Blackwell Sci. 1997, 4.1-4.4
 38. World Health Organization The Diabetes Program. Diabetes Action Online. A web Based resource for diabetes health care planning.
<http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/> Erişim: 19 Kasım 2016
 39. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimci Rehberi – Ankara 2014 ISBN : 978-975-590-499-3, Yayın no: 944, S:6-18-52-58.
 40. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği(TEMĐ): Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grupları . Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu 8. Baskı 2016. Ankara ISBN: 978-605-66410-0-8 8. S:16
 41. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium Diabetes in adolescence Cameron FJ, Amin R, de Beaufort C, Codner E, Acerini CL.
 42. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium, The delivery of ambulatory diabetes care to children and adolescents with diabetes; Pediatric Diabetes 2014; 15(Suppl. 20): 86–101
 43. The Diabetes Control and Complications Trial Re- search Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin dependent dia- betes mellitus. N Engl J Med 1993;329(14):977-986.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8366922> Erişim: 10 Kasım 2016
 44. Türkiye Diyabet Vakfı, Ulusal Diyabet Konsensus Grubu, Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2016;14-60.
 45. Özer E. Kan şekeri Kontrolü İin Karbonhidrat Sayımı, Türkiye Diyabet Vakfı Yayını, İstanbul, 2003.

46. Court J: The Management of Diabetes Mellitus. In: Brook CGD (ed). Clinical Pediatric Endocrinology. 3 th ed. London: Blackwell Science Ltd, 1995; 654-7.
47. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, et al. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2005; 28:186-212.
48. Özer E. Diyabet Diyetisyenliği ve Diyabette Beslenme Tedavisi, H.Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Türkiye Diyetisyenler Derneği Hizmet İçi Eğitim Sunuları-İstanbul, Mayıs, 1999.
49. American Diabetes Association, Last Reviewed: May 7, 2013; Last Edited: April 7, 2015 <http://www.diabetes.org/food-and-fitness/fitness/exercise-and-type-1-diabetes.html>, Erişim: 07.09.2016
50. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. Diabetes Care. 34Suppl1:S11-61. http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1/S11Erişim: 03.09.2016.
51. Nathan DM, Kuenen J, Borg R, Zheng H, Schoenfeld D, Heine RJ, for the A1C-Derived Average Glucose (ADAG) Study Group. Translating the A1C assay into estimated average glucose values. Diabetes Care 2008;31:1473-8. http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/NPDA%20Annual%20Report_25%2009%2012%20for%20web_0.pdf Erişim: 19 Kasım 2016
52. Grey M, Cameron ME, Lipman TH, Thurber FW. Psychosocial status of children with diabetes in the first 2 years after diagnosis. Diabetes Care 1995;18:1330-6.
53. Rewers A, Chase HP, Mackenzie T, et al. Predictors of acute complications in children with type 1 diabetes. JAMA 2002;287:2511-8.
54. Northam E A, Matthews L K, Anderson P J, Cameron F J, Werther G A. Psychiatric morbidity and health outcome in type 1 diabetes: perspectives from a prospective longitudinal study. Diabet Medicine 2005; 22:152-7.
55. Fettahoğlu Ç, Koparan C, Özatalay E, D T. İnsüline bağımlı diabetes mellitus tanılı çocuk ve ergenlerde gözlenen ruhsal güçlükler. Türkiyede Psikiyatri 2007;9(1):32-6.

56. Green M, Piel J A. Theories of Human Development. 1 ed. Boston: A Pearson Education Company 2002.
57. Hood K K, Huestis S, Maher A, Butler D, Volkening L, Laffel L M. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes Care* 2006; 29:1389-91.
58. Newmark-Sztainer D, Mellin A, Utter J, Sockalosky J. Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes *Diabetes Care*. 2002;25:1289-96.
59. Grylli V, Hafferl-Gattermayer A, Wagner G, Schober E, Karwautz A. Eating disorders and eating problems among adolescents with type 1 diabetes: exploring relationships with temperament and character. *Journal of Pediatric Psychology* 2005;30(2):197-206.
60. Boztepe H. Tip 1 Diyabetin Yönetiminde Riskli Bir Dönem: Ergenlik, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi ; 2012: 82-9.
61. T.C. Resmi Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Erişim 3 Eylül 2016.
62. Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Graneheim, U.H., Hörnsten, A. (2014). Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Educ Couns*. 94(2). 187-92.
63. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes- Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes*. 2015. 33:2.
64. Pattison HM, Moledina S, Barrett TG. The relationship between parental perceptions of diabetes and glycaemic control. *Arch Dis Child* 2006;91:487-90.
65. Michele Polfuss, Elizabeth Babler, Loretta L. Bush RN, Kathleen Sawin. Family Perspectives of Components of a Diabetes Transition Program, Received 27 February 2015; revised 13 May 2015; accepted 17 May 2015

66. Ryan CM, Becker DJ. Hypoglycemia in children with type 1 diabetes mellitus. Risk factors, cognitive function, and management. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1999;28:883-900.
67. Wodrich D L, Hasan K, Parent K B. Type 1 Diabetes Mellitus And School: A review. *Pediatric Diabetes*. 2010;12(1):63-70.
68. Glaab L A, Brown R, Daneman D. School attendance in children with Type 1 diabetes. *Diabet Medicine*. 2005;22(4):421-6.
69. Dahlquist G, Källén B. School performance in children with type 1 diabetes- a population-based register study. *Diabetologia* 2007; 50:957-64.
70. Chien Chun Shu, Larson E, Nakamura Nobua, Shio LJ. Self-care problems of adolescents with type 1 diabetes in Southern Taiwan . *Journal of Pediatric Nursing* 2007;22(5):404-9.
71. Hains A A, Berlin K S, Davies W H, Smothers M K, Sato A F, Alemzadeh R. Attributions of adolescents with type 1 diabetes related to performing diabetes care around friends and peers: The moderating role of friend support. *Journal of Pediatric Psychology* 2007;32 (5):561-70.
72. Avcı A. Kronik hastalığı olan çocuk ve ergene yaklaşım. *Talasemi ve hemoglobino patiler*. 2008. <http://www.talasemifederasyonu.org.tr/pdf/tani/kronik.pdf>. Erişim Tarihi: 16.09.2016
73. Derman O, Kanbur NÖ, Akgül S. Ergen Sağlığı. *Aydoğdu Ofset, Kasım-Ankara- 2012*. p. 17-25.
74. Laffel LM, Vangsness L, Connell A, et al. Impact of ambulatory, family-focused team work intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr* 2003; 142:409-16.
75. Arıkan D., Çelebioğlu A., Güdücü Tüfekçi F., Çocukluk dönemlerinde büyüme gelişme. In: Conk Z., Başbakkal Z., Bal Yılmaz H., Bolışık B.; *Pediatric Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2013. p. 88-92.
76. Gözcü Yavaş, Orta ve Geç Ergenlik Dönemindeki Ergenlerde Tutum Ve Davranış Farklılıkları , Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012, 3(2) DOI: 10.1501/sbeder_0000000048

77. Arnett JJ. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 2000;55:469–80.
78. Ocakçı A., Ergen Sağlığı; Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Farkındalık Geliştirme. III. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. 6-9 Eylül 2011, İzmir; 2011. p.121-127.
79. İnal Emiroğlu N, Pekcanlar Akay A. Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;22(2):99-105.
80. Harris AM., Freeman AK., Duke CD. (2011). Transitioning from Pediatric to Adult Health Care. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2011; 5(1):85-91.
81. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N., (Eds). (2014). *Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik*, İstanbul: Nobel Kitabevleri S.131-65.
82. Yıldırım N, Savaş Erdeve Ş, Çetinkaya S, Işıldar Y, Onbaşıoğlu M, Peltek Kendirci H. N, Kocak S, Aycan Z, Diyabetes Mellituslu Munchausen Ve Munchausen By Proxy Sendromlu Olgularımızın Değerlendirilmesi, *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu*, 2016; 8(1): 67-74.
83. Aycan Z, Öcal G. Berberoğlu M, Adıyaman P, Evliyaoğlu O, Çetinkaya E. "Tip 1 Diyabet ve Hipoglisemi(Adolesan Dönemde Unutulmaması Gereken Bir Antite: Munchausen Sendromu)" *Endokrinolojide Yönelişler*, 2002 ;11(1):38- 40
84. Hancı İ.H, Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları. *Toprak Ofset ve Matbaacılık, Genişletilmiş 2.Baskı, İzmir,2000.*
85. Davis, P. R. J. McClure, K. Rolfe, N. Chessman, S. Pearson, J.R. Sibert, R. Meadow Procedures, Placement, and Risks of Further Abuse After Munchausen Syndromeby Proxy, Non-accidental Poisoning, and Non-accidental Suffocation. *Archives of Disease Childhood*. 1998-78 : 217-221
86. Robertson MM, Cervilla JA. Munchausen's syndrome. *Br J Hosp Med*.1997;58(7):308-312.
87. B. Mistry, S. Van Blyderveen, Z. Punthakee and C. Grant, Condition-related predictors of successful transition from paediatric to adult care among adolescents with Type 1 diabetes, *DİABETİCMedicine*, DOI: 10.1111/dme.12746 ,McMaster University, Hamilton, Ontario,

Canada Accepted 10 Mart 2015

88. Boulton, Karm and Groves, Improving chronic care, *The Permanente Journal*, Winter 2008,12 (1):50-54.
89. Allen D., Channon S., Lowes L., Atwell C., Lane C., Behind the scenes: the changing roles of parents in the transition from child to adult diabetes service. *Diabet Med* 2011; 28: 994– 1000.
90. Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, While A, Gibson F. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD009794. DOI: 10.1002/14651858.CD009794.pub2.
91. Fleming E, Carter B, Gillibrand W. The transition of adolescents with diabetes from the children's health care service into the adult health care service: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2002- 11: 560–67.
92. Weissberg-Benchell J, Wolpert H, Anderson BJ Transitioning from pediatric to adult care: a new approach to the post- adolescent young person with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30:2441-46
93. Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, Green A, Soltesz G. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005– 20: a multicentre prospective registration study. *Lancet* 2009; 373: 2027–33.
94. Dovey-Pearce G, Christie D. Transition in diabetes: young people move on – we should too. *J Paediatr Child Health* 2013; 23: 174–79.
95. National Diabetes Paediatric Audit (NDPA). National Diabetes Paediatric Audit Report 2010–2011. London: Royal College of Paediatrics and Child Health, 2011.
96. Gee L, Smith TL, Solomon M, Quinn MT, Lipton RB. The clinical, psychosocial, and socio economic concerns of urban youth living with diabetes. *Public Health Nurs* 2007; 24: 318–28.
97. Diabetes Care for Emerging Adults: Recommendations for Transition From Pediatric to Adult Diabetes Care Systems, Anne Peters, MD, CDE, Lori Laffel, MD, MPH and the American Diabetes Association Transitions

- Working Group;Nov; 34(11): 2477-2485.<http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1723> Erişim: 18. 10.2016
98. Kate Visentin M.N, Tina Koch, Debbie Kralik. Adolescents with Type 1 Diabetes: transition between diabetes services. JCN,Journal of Clinical Nursing 5 April 2006 – P. 761–769
 99. **Carr-Hill AR**, The measurement of patient satisfaction, Journal of Public Health Medicine -1992-14(3): 236-49.
 100. Avedis Donabedian, Quality assurance in health care: consumers'role , Quality in Health Care 1992;1:247-51<http://qualitysafety.bmj.com/content/1/4/247.full.pdf+html> Erişim: 19 Kasım 2016
 101. **Özmen D**, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların beklentilerinin saptanması, II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, İzmir 1999; s. 532-538.
 102. **Fakhoury KHW.**, Satisfaction with palliative care.what should we be aware of, J. Int. Nurs.Stud.1998- 35(3): 171-176
 103. Merkouris A, Ifantopoulos 3, Lanara V, Lemomdou C, Patient satisfaction: a key concept for evaluation and improving nursing services, Journal of Nursing Management. 1993; 7(1), s. 19-28.
 104. **Greeneich D.**, The link between new and return business and quality of care:patient satisfaction, Advances in Nursing Science 1993-16 (1): 62-72.
 105. Aksayan, S. ve Emiroğlu, O.N., Araştırma Tasarımı. İçinde İ. Erefe (Ed). Hemşirelikte Araştırma: İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul. 2002.
 106. Yıldırım, A. ve şimşek, H., Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. (7. Baskı Tıpkı Basım) Ankara, Seçkin Yayıncılık .2008.
 107. Hisli N., Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
 108. Glesne, C.,& Peshkin, A. Becoming qualitative researchers an introduction. London: Longman Group Ltd.1992.
 109. Roberts, P.,& Priest, H. (2006).Reliability and validity in research. Nursing Standard, 20, 41-45.

110. Sheehan A. M., A. E. While and I. Coyne . The experiences and impact of transition from child to adult healthcare services for young people with Type 1 diabetes: a systematic review. 2014. Diabet Med. 2015 Apr;32(4):440-458. doi: 10.1111/dme.12639. Epub 2015 Jan 12.
111. Daymon, C.,& Holloway, I. *Qualitative Research Methods in Public Relations and marketing communications.* London: Rout ledge.(2003).
112. Creswell, J.W.,& Miller, D.L. Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice* 2000; 39: 124-30.
113. Mistry B., S. Van Blyderveen., Z. Punthakee and C. Grant. Condition – related predictors of successful transition from paediatric to adult care among adolescents with Type 1 diabetes, Accepted 10 March 2015, Canada
114. Bayat M, Çavuşoğlu H. Diyabetin adölesan üzerindeki etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;7(1-2):1-12.
115. Davidson M, Penney E D, Muller B, Grey M. Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with Type 1 diabetes. *Applied Nursing Research* 2004; 17: 72-80.
116. Helgeson V, Reynolds K, Escobar O, Sminerio L. The role of friendship in the lives of male and female adolescents: does diabetes make a difference? *Journal of Adolescent Health* 2007; 40:36-43.
117. Storch E, Lewin A, Silverstein J H. Peer victimization and psychosocial adjustment in children with type 1 diabetes. *Clinical Pediatrics* 2004;43(5):467-71.
118. White M, O Connell MA, Cameron FJ., Transition to adult endocrine services: What is achievable? The diabetes perspective. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2015 Jun;29(3):497-504. doi: 10.1016/j.beem.2015.03.004.
119. Güven Tuğba, *Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.2007.*
120. Masding MG, Klejdys S, MacHugh B, Gale S, Brown A, McAulay A. Non-attendance at a diabetes transitional clinic and glycaemic control. *Practical Diabetes* 2010; 27: 109–110.

121. Pacaud D, Mc Connell B, Huot C, et al. Transition from pediatric to adult care for insulin-dependent diabetes patients. *Can J Diabetes Care* 1996; 20(4):14-20.
122. Care Quality Commission, From the pond into the sea - Children's transition to adult health services. United Kingdom - 2014. *Care*, 33(suppl 1): 11-61.
123. Madeleine Bridgett, Gabriela Abrahamson, Ho J. Transition, It's More Than Just An Event: Supporting Young People With Type 1 Diabetes, *J Pediatr Nurs.* 2015 Sep-Oct;30(5):e11-4. doi: 10.1016/j.pedn.2015.05.008. Epub 2015 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26044910>
124. Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE. It's not about arthritis, is it? It's About Living with it. User's Perspectives of Transitional Care for Adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis. *Rheumatology* 2004; 43: 770-78.
125. Yılmaz Meryem, "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü : Hasta Memnuniyeti", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2001,5(2)https://www.researchgate.net/publication/242092510_saglik_bakim_kalitesinin_bir_olcutu_hasta_memnuniyeti Erişim: 19 Kasım 2016
126. **Avis M., Bond M., Arthur A.** (1995), Exploring patient satisfaction with out-patient services, *Journal of Nursing Management*, 3 (2): 59- 65.
127. Meredith P Patient satisfaction with communication in general surgery. problems of measurement and improvement, *Social Science and Medicine* 1993;37 (5): 591-602. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595704_eng.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 02/092016.
128. **Sitzia 3, Wood N** (1998), Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing : a review of the literature, *international Journal of Nursing Studies*, 35(1/2): 1-12.
129. **Walker 3, Brooksby A, McInerney 3, Taylor A,** Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust, *Journal of Management* 1998; 6 (4): 193-200.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9832723> Erişim: 19 Kasım 2016
130. Holtslander L, Kornder N, Letourneau N, Turner H, Paterson B. Finding

straight answers: identifying the needs of parents and service providers of adolescents with type 1 diabetes to aid in the creation of an online support intervention. *J Clin Nurs* 2012; 21: 2419–2428.

131. Swift CF, Seidman F, Stein N. Adjustment Problems in Juvenile Diabetes. *Psychosom Med* 1967; 29: 555–71.
132. Alessandra RolloS., Salardi A., Ciavarella G., Forlani M., Scipione G., Maltoni C. BalsamoA. L., Martini S., Zucchini. Transition from pediatric to adult care. Eight years after the transition from pediatric to adult diabetes care: metabolic control, complications and associated diseases, *J Endocrinol Invest* DOI 10.1007/s40618-014-0090-9 Received: 9 December 2013 / Accepted: 30 April 2014 Ó Italian Society of Endocrinology (SIE) 2014
133. Begley T, “Transition to adult care for young people with long-term conditions”.*Br J Nurs*. 2013 May 9-22;22(9):506, 508-11.
134. Price CS, Corbett S, Lewis-Barned N, Morgan J, Oliver LE, Dovey-Pearce G., Implementing a transition pathway in diabetes: a qualitative study of the experiences and suggestions of young people with diabetes. *Child Care Health Dev*. 2011 Nov;37(6):852-60. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01241.x.
135. Bryden KS, Peveler RC, Stein A, Neil A, Mayou RA, Dunger DB (2001) Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood: a longitudinal cohort study. *Diabetes Care* 24:1536–40

EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışmamız ergen diyabetlinin erişkin döneme geçişinde yaşadığı psikososyal sorunlar ve kaygı durumlarını belirlemek üzere yapılacaktır. Diyabet yaşam boyu süren bir hastalıktır. Çocukluk çağında tanı alan diyabetlilerin erişkin döneme geçince takip ve tedavilerinin erişkin kurumlarında yapılması gerekmektedir. Çocuk takip merkezlerinden erişkin takip merkezlerine geçiş öncesi yaşanan sorunların belirlenip gerekli tedbirlerin alınması önemlidir.

Bu çalışmaya katılmada gönüllülük esastır. Araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Çalışmaya katılmamanız durumunda da sizi bundan sonraki işlemi ve tedavisi aynen devam edecektir. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir şekilde ücret talep edilmeyecek ve size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan önceden haber vermek koşuluyla çekilebilirsiniz. Bu durum sizin sonraki tedavisini etkilemeyecektir. Aynı zamanda bizde sizi izniniz olmadan çalışma dışı tutabiliriz. Bu da sonraki eğitimlerinizde değişiklik yaratmayacaktır.

Hemşire Nurdan Yıldırım tarafından bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerin aktarılmasından sonra ben bu çalışmaya davet edildim. Bu işlemler sırasında herhangi bir parasal yükümlülüğüm olmayacaktır. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal yükümlülük altına girmiyorum. Benim bu araştırmaya alınmamı kabul ettiğim için bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir problem durumunda Hemşire Nurdan Yıldırım'a 0-312-305 6498nolu telefondan ulaşabileceğimi biliyorum. Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Eğer çalışmaya katılmazsam, benim tıbbi bakımına ve hekim ile ilişkiye / eğitimime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Bu bilgilendirme sırasında tüm sorularımı sorma şansını buldum ve doyurucu yanıtlar aldım. Belirli bir düşünme süresi sonunda ben / çocuğumun bu çalışmaya alınmasını kabul ediyorum.

Katılımcı Adı:
İzin Veren Kişi:

Katılımcı ile görüşen:
Hemşirenin adı:

Tanık adı:
Tel:

Yakınlığı:
Adres:
Tel:
İmza:

Tel:
İmza:

İmza:

EK 2. Demografik Bilgi Formu

Vaka Simge

Bölüm I. Sosyo demografik özellikler

Cinsiyetiniz	Kadın <input type="checkbox"/>	Erkek <input type="checkbox"/>
Yaşınız	18-20 <input type="checkbox"/>	21-24 <input type="checkbox"/>
Eğitim Durumu	İlkokul <input type="checkbox"/>	Ortaöğrenim <input type="checkbox"/>
	Lise <input type="checkbox"/>	Üniversite <input type="checkbox"/>
	Diğer <input type="checkbox"/>	
Senin dışında kaç kardeşin var	Bir <input type="checkbox"/>	İki <input type="checkbox"/>
	Üç <input type="checkbox"/>	Dört ve Fazlası <input type="checkbox"/>
Aylık Gelir Durumu	Giderlerimi ailem karşılıyor <input type="checkbox"/>	Giderlerimi kendim karşılıyorum <input type="checkbox"/>
	Diğer <input type="checkbox"/>	
Diyabet yaşı	
Ailede Diyabet Durumu	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
Kontrollere nasıl geliyor?	Ailesiyle <input type="checkbox"/>	Tek başına <input type="checkbox"/>
	Ailesiyle ve tek başına <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Oturduğunuz mekan	Kira <input type="checkbox"/>	Kendimize Ait <input type="checkbox"/>
	Diğer <input type="checkbox"/>	
Kendine ait oda	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
	Biriyle Paylaşıyorum <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Okulda/ dışarıda insülinlerini ve kan şekeri ölçümünü nerede yapıyorsun?	Boşmекanda <input type="checkbox"/>	Tuvalet <input type="checkbox"/>
	Ayrı odam var <input type="checkbox"/>	Yapmıyorum <input type="checkbox"/>
Sosyal Güvence (18 yaş üstü)	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>

EK3. Açık Uçlu Sorular

- 1- Bu klinikte devam ederken kendini nasıl hissediyorsun?
- 2- Burada bizimle kendini güvende hissediyor musun?
- 3- Çocuk takibinden ayrılma zamanı geldiğinde / aklına geldiğinde nasıl duygu ve düşünceler yaşıyorsun?
- 4- Buradan ayrıldığında neler olacak diye endişe duyuyorsun?
- 5- Yeni tanışacağın (yabancı) insanlarla hastalığınla ilgili paylaşım yapmaktan endişe duyuyor musun?
- 6- Diğer insanların senin hakkında ne düşündükleri konusunda endişeleniyor musun?
- 7- Yeni bir yaşam (dönem) için kendini hazır hissediyor musun?
- 8- Gelecekle ilgili belirsizlikler (sosyal güvence, ekonomik koşullar, iş yaşamı, evlilik, çocuk sahibi olma vb.) seni rahatsız ediyor mu?
- 9- Bu kaygılar ne yapılsa azalır/ ortadan kalkar?

EK 4. Beck Depresyon Ölçeği (B D Ö)

Adı Soyadı:.....

Sınıfı/ No :.....

Tarih:

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı; aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her Şeyden hoŐlanmıyorum.
2. Artık hićbir Őey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her Şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir Şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. ćođu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6- 0. Bana cezalandırılmıŐım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime ćok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8- 0. BaŐkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım ićin kendi kendimi eleŐtiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9- 0. Kendimi öldürmek gibi dűŐüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi dűŐündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10- 0. Her zamankinden fazla ićimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman ićindem ağlamak geliyor.
2. ćođu zaman ağlıyorum.

3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16-0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19-0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

20-0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 5. Beck Depresyon Ölçeğinin Yorumlanması Ve Değerlendirilmesi

Bu ölçek ABD ve Avrupa da çok sık kullanılan bir ölçektir. Türkiye’de de lise lise son sınıf ve üniversite 1. sınıf öğrencilerine uygulanmaktadır. Bazı hastalarla ilgili yapılan çalışmalarda durum tespiti yapmak ve çalışmayı desteklemek amacıyla da kullanılmaktadır. Bu ölçeğin özelliği depresyon ile diğer psikopatolojik durumları ayırt edebilmesidir.

- 1- Madde :Duygu durumunu ölçen depresif kategori.
- 2- Madde :Kötümserliği ölçen depresif kategori.
- 3- Madde :Başarısızlığını ölçen depresif kategori.
- 4- Madde :Doyumsuzluğunu ölçen depresif kategori.
- 5- Madde :Suçluluk duygusunu ölçen depresif kategori.
- 6- Madde :Cezalandırılma durumunu ölçen depresif kategori.
- 7- Madde :Kendinden nefreti ölçen depresif kategori.
- 8- Madde :Kendini suçlamasını ölçen depresif kategori.
- 9- Madde :Kendini cezalandırma durumunu ölçen depresif kategori.
- 10- Madde :Ağlama nöbetlerini ölçen maddeler.
- 11- Madde :Sinirlilik durumunu ölçen maddeler.
- 12- Madde :Sosyal içe dönüklük kategorisindeki maddeler.
- 13- Madde :Kararsızlık durumunu ölçen maddeler.
- 14- Madde :Bedensel imge durumunu ölçen kategori.
- 15- Madde :Çalışabilirliğin kenetlenmesi durumunu ölçen kategori.
- 16- Madde :Uyku bozukluğunu ölçen maddeler.
- 17- Madde :Yorgunluk,bitkinlik durumunu ölçen maddeler.
- 18- Madde :İştahın azalması durumunu ölçen maddeler.
- 19- Madde :Kilo durumunu ölçen maddeler.
- 20- Madde :Somatik yakınmalar.
- 21- Madde :Cinsel dürtü kaybını ölçen maddeler.

PUANLANMASI: 21 ve daha yukarı maddeler klinik depresyonla eş tutulmaktadır. En yüksek puan 63 tür. 13-14 toplam puanlarında klinik anlamı olduğunu kabul eder. Bu araştırma hafif nevrotik ve subklinik vakalarla çalışıldığı için literatüre uygun olarak 9 veya daha fazla puan alanlar depresif ; 8 ve daha aşağı alanlar ise depresif olmayanlar olarak kabul edilmektedir.

EK 6. Stai Form Tx – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
1	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-7. Stai Form Tx – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anın da** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 8. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği

PUANLANMASI

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3)Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde

Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise; (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla.Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

PUANLARIN YORUMLANMASI

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdeler sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdeler sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

EK 9. Tip 1 Diyabetli Çocukların Erişkin Kliniklerine Geçiş Süreci Rehberi



COCUK
ENDOKRİNOLOJİSİ VE DİYABET
DERNEĞİ

TURKYE
ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA
DERNEĞİ



ERİŞKİN KLİNİĞİNE GEÇİŞ YAPACAK DİYABETLİ ÇOCUKLAR İÇİN KLİNİK ÖZET

Adı/Soyadı: _____ T.C. No: _____ Doğum Tarihi: ____/____/____

Diyabetin Tipi

Tip 1 Tip 2 Diğer _____

Anti-GAD Pozitif Negatif Bakılmamış Tanı Sırasında C Peptid

ICA Pozitif Negatif Bakılmamış

Bakılmışsa Diğer Antikor _____

Tanı Tarihi: ____/____/____

ALMAKTA OLDUĞU TEDAVİ

Uzun etkili insülin	Ünite	Uygulandığı zaman
İnsülin Glargin (Lantus)		
İnsülin Detemir (Levemir)		
NPH		

Hızlı etkili insülin	Ünite	Uygulandığı zaman
Regüler		
İnsülin Lispro (Humalog)		
İnsülin Aspart (Novorapid)		
İnsülin Glulisine (Apidra)		
OAD		

İNSÜLİN POMPASI KULLANANLAR İÇİN

Saat	Son Bazal Hız	Bolus Dozları	Günlük Ortalama Toplam Doz	İnsülin Duyarlılık Faktörü

ALMAKTA OLDUĞU DİĞER İLAÇLAR

Var Yok

Varsa lütfen isimlerini ve kullanım şeklini yazınız. _____

SON FİZİK MUAYENE BULGULARI

	Tarih	Değer
Boy		
Kilo/Vücut Kitle İndeksi/Bel Çevresi		
Kan Basıncı		
Ek Bulgular		

ÖLÇÜMLER

Hastadan beklenen günlük ortalama kan şekeri ölçümü

0-1 kez 2-3 kez 3-4 kez 5-6 kez > 6 kez

Hastanın uyguladığı günlük ortalama kan şekeri ölçümü

0-1 kez 2-3 kez 3-4 kez 5-6 kez > 6 kez

Kan şekeri ölçüm cihazının markası: _____

Evde keton ölçümü: kanda idrarda

BESLENME

Eğitim Düzeyi _____ KH Sayısı Eğitimi (varsa düzeyi) _____

Beslenme Planına Uyumu _____ İ/KH Oranı _____

Günlük kalori/KH miktarı _____ Öğün sayısı _____

SON LABORATUVAR BULGULARI			
Tarih	HbA1c (son iki değer)	Kolest/LDL/HDL trigliserit	İdrar mikroalb/kreat

DİĞER LABORATUVAR BULGULARI (SON BAKILAN)				
Tarih	Tiroid Fonksiyon Testleri	Tiroid Antikorları	Çölyak Tarama	Diğer

SON YAPILAN İNCELEMELER		
	Tarih	Sonuç
EMG		
Göz muayenesi		
Ayak muayenesi		

EK TETKİKLER, BULGULAR	
.....	
.....	

HASTANIN DİYABET ÖYKÜSÜ	
Tanı Anında Ketoasidoz	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Tanıdan Sonra Hastaneye Yatış	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5+
Son Yılda Hastaneye Yatış	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hastaneye Yatış Nedeni	
DKA	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Eğitim yenilemesi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Lipohipertrofi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hipoglisemi Duyarsızlığı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hipoglisemi Korkusu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İğne Korkusu	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
En Son Poliklinik Viziti (Tarih):
Ketoasidoz Atak Sayısı:
Ağır Hipoglisemi Atak Sayısı:

PAYLAŞMAK İSTEDİĞİNİZ DİĞER KONULAR	
.....	
.....	

Diyabetli hakkında merak ettiğiniz başka bir nokta var mı? Evet Hayır

Cevabınız evet ise lütfen aşağıdaki numarası belirtilen doktoru arayın.

Geçiş Rehberi Hemşiresinin İsmi:

İlgili Merkezin Telefon Numarası:

Tarih:

Gönderen Doktor Ad-Soyad / İmza:

Not: Gerekli hastalar için Diyabet Hemşireleri Derneği tarafından geliştirilen ortak bakım planı formunu da doldurulması önerilir.

LD.ABR.1503-1

EK 10. Etik Kurul Onayı

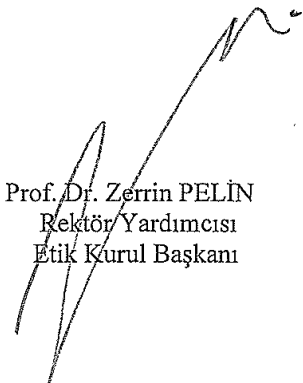
**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)**

03.06.2016

Sayın Nurdan YILDIRIM

“Ergen Diyabetlinin Erişkin Döneme Geçişinde Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Kaygı Durumları” konulu çalışmanız 03.06.2016 tarih ve 2016-08 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2016/08
Karar Tarihi : 03.06.2016

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR'ın "...Türkiye'de Bedensel Engelli Sporcuların Spor Profillerinin Belirlenmesi ve Spora Kazandırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Sema ÖZBERK'in "...Telefon Bağımlılık Riskinin Postür ve Fiziksel Aktiviteyle İlişkisi..." ve "... Pilates Eğitiminin Fonksiyonel Kapasiteye Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Deniz KOCAMAZ'ın "...Elektroterapi Almış Bireylerde Elektroterapi Farkındalığının İncelenmesi..." ve "... Meme Kanseri Bireylerde Kalistenik Egzersizin Fonksiyonel Kapasite, Kognitif Durum ve Yaşam Kalitesine Etkisi..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,

Arş. Gör. Ezgi ERALP'in "... Kendisine İnsülin Enjeksiyonu Uygulayan Diyabetlilerin Uygulama Hataları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Suat AĞLAMİŞ'in "... Yoğun Bakım Hastalarında Enteral Beslenme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Nurdan YILDIRIM'ın "... Ergen Diyabetlinin Erişkin Döneme Geçişinde Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Kaygı Durumları..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Zekeriya AKIN'ın "... Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumluluğu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan


Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye


Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye

Güven HOŞ
T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Sekreteri


Yrd. Doç. Dr. Hatice YAKUT
Üye



ASLIĞIBİDİR

Ek 11 İntihal Raporu Formu

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih:08/02/2017

Tez Başlığı / Konusu: Ergen Diyabetlinin Erişkin Döneme Geçişinde Yaşadığı Psikososyal Sorunlar Ve Kaygı Durumları

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 89 sayfalık kısmına ilişkin, 08/02/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından URKUND adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 10'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

.....
.....

Hasan Kalyoncu Üniversitesi URKUND adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: Nurdan YILDIRIM
Öğrenci No: 154101057
Anabilim Dalı: Hemşirelik
Programı: Yüksek Lisans
Statüsü: Y.Lisans Doktora

08.02.2017

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Nermin OLGUN

ÖZGEÇMİŞ

NURDAN YILDIRIM ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ

1. Kişisel Bilgiler

Adı	Nurdan	Soyadı	Yıldırım
Doğum Yeri	Karabük	Doğum Tarihi	10.09.1973
Uyruğu	T.C.	Telefon Cep	0 533 242 07 96
E-posta	nurdany78@gmail.com	Telefon (iş)	0 312.3056508-09

2. Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Doğumevi Sağlık Meslek Lisesi/Ankara	1992
ÖnLisans	Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Bölümü	1999
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Lisans Tamamlama Programı	2011
Yüksek Lisans	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dahili Hastalıklar Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans	27/06/ 2014
Yüksek Lisans Tez	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dahili Hastalıklar Hemşireliği Tez	28/02/2017

3. Katıldığı Mezuniyet Sonrası Sertifika Programları

Kursun Adı	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası	Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifika Programı, Başkent Üniversitesi (Organ Nakli ve Yanık Tedavisi Merkezi) Ankara	1993
Diyabet Hemşireliği Sertifikası	Diyabet Hemşireliği Temel Eğitim Programı (Diyabet Hemşireliği Sertifika Programı), İzmir	5-30 Mart 2009
Diyabetle Yaşam Koçluğu	Su Gelişim Danışmanlığı	18-21 Şubat 2012

Diyabet Hemşireliği Sertifikası	Diyabet Hemşireliği Temel Eğitim Programı (Diyabet Hemşireliği Sertifika Programı), İzmir	Sağlık Bakanlığı Denklik 11/01/2016
---------------------------------	---	---

4. İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Ebe	Refahiye /Yuva dağı köyü- Erzincan Devlet Hastanesi	1992-1993
2	Hemşire	Dr.Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları E.A. Hastanesi Endokrin Bölümü	1993-1998
3	Diyabet Eğitim Hemşiresi	Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları.E.A. Hastanesi Diyabet Eğitim Hemşiresi	1998-devam ediyor

5. Yabancı Dil: İngilizce

6. Uluslararası - Ulusal Üyelikler

Avrupa Diyabet Hemşireliği Federasyonu (FederationEuropeanNurse in Diabetes-FEND), Üyesi

Diyabet Hemşireleri Derneği, Yönetim Kurulu Üyesi (2005- Devam)

Türkiye Diyabet Vakfı Mütvevelli Heyet Üyeliği-14.12.2014(Devam)

Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği Diyabet Çalışma Grubu Üyesi

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabeti Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014)-DİABTÜRK ” 6. Çocukluk Çağı Diyabetinin Kontrolü Alt Yürütme Kurulu Üyesi

Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği Diyabet Çalışma Grubu Eğitim ve Farkındalık Alt Grubu Üyesi

Arkadaşım Diyabet - Diyabetli Çocuklar, Gençler ve Aileleri İçin Eğitim ve İletişim

Sitesi Yayın ve Danışma Kurulu Üyesi

Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği Çocukluk Çağı Diyabet Programı,Okulda Diyabet Programı Yönlendirme Kurulu Üyesi

T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Projesi

T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Çocukluk Çağı Diyabetinin Kontrolü Alt Yürütme Kurulu Üyesi

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Çalıştayı “Diyabetlinin ve Yakınlarının Eğitiminde Standadizasyon ve Yaygınlaştırılmasının Sağlanması Alt Yürütme Kurulu 23 Eylül 2011 Ankara

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Diyabet Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı Sertifikalı Eğitim Bilim Komisyonu 24 Mayıs 2011

DİAPTÜRK Çocuk Alt Grubu Yürütme Kurulu Toplantısı T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabeti Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014)-DİABTÜRK ” 6. Çocukluk Çağı Diyabetinin Kontrolü Yürütme Kurulu 13-14 Şubat 2012 Ankara

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Diyabet Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı Sertifikalı Eğitim Bilim Komisyonu sayı: 99910406-799 13 Mart 2015

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Diyabet Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı Sertifikalı Eğitim Bilim Komisyonu Sayı:85346189/774.01.03- 15 Mayıs 2015

T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları E.A.H " Proje Ekibi sayı: 73799008 11 Mart 2015

7.Editörlük ve Yayın Kurulu

Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Yayın Kurulu 2009-2015 (Devam etmekte)

Arkadaşım Diyabet - Diyabetli Çocuklar, Gençler ve Aileleri İçin Eğitim ve İletişim Sitesi (<http://www.arkadasimdiyabet.com>)Yayın ve Danışma Kurulu Üyesi2011 (Devam Etmekte)

Sağlık Bakanlığı “Çocukluk Çağı Diyabeti Ulusal Rehberi” Editörlük 2014

8. Kitap Bölümü

Diyabet Eğitim Seti: Masa üstü kitabı,Flipchart ve CD, Diyabet Hemşireliği Derneği,Lilly&BD,2007

Diyabet Eğitim Seti: Masa üstü kitabı,Flipchart ve CD, Diyabet Hemşireliği Derneği,Aventis,2008.

Diyabet Eğitimcileri için Diyabet Ajandası,”Akut komplikasyonlar ve Çocukluk Çağı Diyabetinde Danışmanlık" EOS Ajans, Yayıncılık, ISBN 978-975-98323-4-6 İstanbul 2008-2014

Sağlık Bakanlığı “Çocukluk Çağı Diyabeti Ulusal Rehberi” yazarı

Her Yönüyle Çocukluk Çağı Diyabeti – Bölüm yazarı

İnsülin Tedavisi/ Uygulaması-Bölüm yazarı

Hipoglisemi ve Tedavisi-Bölüm yazarı

Hiperglisemi ve Tedavisi -Ketoasidoz- Bölüm yazarı

Diyabet ve Egzersiz- Bölüm yazarı

Çocukluk/Adölesan Dönemde Öz Bakım Yönetimi- Bölüm yazarı

Genel Sağlık Önerileri- Katkı

Uygulama Rehberleri- Bölüm yazarı

9. Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Kara C, Kutlu AO, Evliyaoglu O, Bilgili H, Yıldırım N. Successful treatment of insulin allergy in a 1-year-old infant with neonatal diabetes by lispro and glargine insulin, Diabetes Care 2005; 28(4):983-4.

Baş VN, Çetinkaya S, Ağladioğlu SY, Peltek HN, Bilgili H, Yıldırım N, Aycan Z. Insulin Oedema in Newly Type 1 Diabetes Mellitus-Case Report Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology 2010; 2(1):46-48.

10. Ulusal Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Yıldırım N,Bilgili H, Baş VN. Çocukluk Çağı Diyabeti’nde Bireysel Eğitimin Önemi,Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Hemşirelik Forumu Dergisi 2010; 2 (1):58-66.

Yıldırım N,Bilgili H.Tip 1 Diyabet ve Sosyal Sorunları,Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Hemşirelik Forumu Dergisi 2010; 2(1): 67-73.

Yıldırım N,Bilgili H.Çocukluk Çağı Diyabetinde Bireysel Eğitimin Önemi, Diyabet Forum Dergisi 2010; 6(4): 13-20.

Bilgili H, Yıldırım N, Aycan Z. 14 Kasım Dünya Diyabetliler Günü Beypazarı Gezisi, Diyafon Dergisi 2010; 46: 12-13.

Yıldırım N, Bilgili H. Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi ve Diyabet Eğitimi, Dr. Sami Ulus Sağlık Dergisi 2012; Ocak-Şubat-Mart: 46-48.

Yıldırım N, Savaş Erdeve Ş, Çetinkaya S, Işıldar Y, Onbaşıoğlu M, Peltek Kendirci H. N, Kocak S, Aycan Z, “*Diyabetes Mellituslu Munchausen Ve Munchausen By Proxy Sendromlu Olgularımızın Değerlendirilmesi*”, Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu, 2016; 8(1): 67-74..

Yıldırım N, Keskin M, Bayramoğlu E, Kurnaz E, Çetinkaya S, Aycan Z, Barna N, Sağlam G, karabil H, Ercanlı Ağdaş E., “*Tip 1 Diyabette Doğru Bilinen Yanlışlar*”, Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu 2016, 8(2): 88-91.

11. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Özcan S, Gedik S, Bayrak G, Yüncü A, Bektaş B, Yıldırım N, Coşansu G, Olgun N, Kahraman A. Miscoded blood glucose meter: is this a problem in diabetes management? The European Association for the Study of Diabetes (EASD) 44th Annual Meeting, Abstract Book, 8-11 September, Italy/ Rome, 2008.

Özcan S, Coşansu G, Çelik S, Bektaş B, Yıldırım N, Olgun N, Erdoğan S, Oktay S on behalf of NIEP Groups. A model for postgraduate diabetes education: National insulin education program. Federation of European Nurses in Diabetes (FEND), 15th Annual Conference, Sweden, abstract :P24 , 2010

Yıldırım N , Olgun N Psychosocial Issues And The State Of Anxiety Experienced By The Adolescent Diabetics During Their Transition To Adulthood Syf:53 Foundation of European Nurses in Diabetes(FEND) 19 Annual Conference Vienna, Austria 12-13 September 2014

Yıldırım N, Keskin M, Bayramoğlu E, Kurnaz E, Çetinkaya S, Aycan Z, Barna N, Sağlam G, karabil H, Ercanlı Ağdaş E., “*Tip 1 Diyabette Doğru Bilinen Yanlışlar*” 2016

12. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler ve Posterler

Yıldırım N, Bilgili H, Kara C, Kutlu A, Teziç T. Tip1 Diyabetli çocuklarda hastaneye tekrarlı yatışlarla ilişkili sosyoekonomik etmenler:retrospektif bir çalışma. 8.Pediatric Endokrinoloji ve Diyabet kongresi PPBII-16-21 Aralık 2003, Erzurum

Kara C, Evliyaoğlu O, Kutlu A, Bilgili H, Yıldırım N. “İnsülin alerjisi olan diyabetli bebeğin insülin analogları, insülin glarjin ve insülin lispro, ile başarılı tedavisi.IX.Ulusal Pediatric Endokrin ve Diyabet Kongresi 1Ekim 2004, Malatya

Yıldırım N, Çetinkaya S, Kara C. 42.Ulusal Diyabet Kongresi Kronik PankreatiteSekonder Diyabet Gelişen Adolesan Bir Olgu. 10-14 Mayıs 2006, Antalya
Çetinkaya S, Kara C, Yıldırım N. Neonatal Hemokromatozise sekonder diyabetli bir olgu. XI. Ulusal Pediatric Endokrinoloji ve Diyabet Kongresi 14-17 Eylül 2006, Antalya

Yıldırım N, Kara C, Çetinkaya S.Adolesan Dönemde Tip 2 Diyabet 42. Ulusal Diyabet Kongresi 10-14 Mayıs 2006, Antalya

Çetinkaya S, Kara C, Yıldırım N, Bilgili H.Monojenik Obezite ile İlişkili Tip 2 Diyabetli ve Metabolik Sendromu Olan Bir Olgu. 11.Ulusal Ped. Endokrin Kongresi ve Diyabet Kongresi 14-17 Eylül 2006,Konya

Çetinkaya S, Kara C, Yıldırım N, Bilgili H.Kronik Pankreatite sekonder Diyabetli Adolesan Bir Olgu. 11.Ulusal Ped. Endokrin Kongresi ve Diyabet Kongresi 14-17 Eylül 2006, Konya

Özcan Ş, Gedik S, Bayrak G, Yüncü A, Bektaş B, Yıldırım N, Coşansu G, Olgun N, Kahraman A-2007 Glukometre’yi Hatalı Kodlama; Diyabet Kontrolü için Problem Olabilir mi?

Çetinkaya S, Kara C, Yıldırım N, Bilgili H.Tip 2 Diyabetli bir adölesandaMunchausen Sendromu. XII. Ulusal Pediatric Endokrinoloji ve Diyabet Kongresi. 25-28 Ekim 2007, Eskişehir

Baş VN,Çetinkaya S,Ağladıoğlu SY,Peltek HN, Bilgili H,Yıldırım N,Aycan Z.”Yeni Tanı Tip 1 Diabetes Mellitusta İnsülin Ödemi” Ulusal Pediatric Endokrin Kongresi “17-21 Kasım 2009 Antalya.

Aycan Z, Önder A, Çetinkaya S, Bilgili H, Yıldırım N, Baş VN, Peltek Kendirci HN, Yılmaz Ağladıoğlu S. “Okulda Diyabet Programı Kapsamında Eğitim Öncesi Öğretmenlerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi “ 15. Ulusal Pediatric Endokrin ve Diyabet Kongresi 23-26 Kasım 2011, İzmir

Yıldırım N, Olgun N, "Ergen Diyabetlinin Erişkin Döneme Geçişinde Yaşadığı Psikososyal Sorunlar ve Kaygı Durumları"18. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji ve Diyabet Kongresi " ve "13. Çocuk Diyabet Ekibi Kursu Crowne Plaza Otel 04 - 08 Kasım 2014 , Bursa

Yıldırım N, Demirgöz S, Çetinkaya S. Aycan Z. "Tip 1 Diyabetli Ergenlerde Takım Sporunun Metabolik Kontrol ve Psikososyal Duruma Etkisi"18. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji ve Diyabet Kongresi " ve "13. Çocuk Diyabet Ekibi Kursu Crowne Plaza Otel 04 - 08 Kasım 2014 , Bursa

Nurdan Yıldırım, Şenay Savaş Erdeve, Semra Çetinkaya, Yetiş Işıldar, Meriç Onbaşıoğlu, Havva Nur Peltek Kendirci, Sevim Koçak, Zehra Aycan, "Diyabetes Mellituslu Munchausen Ve Munchausen By Proxy Sendromlu Olgularımızın Değerlendirilmesi", XX. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Diyabet Kongresi XV. Diyabet Ekibi Kursu 5-9 Ekim 2016 Susesi Belek Antalya