

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**POZİTİF PSİKOLOJİ MÜDAHALE YÖNTEMLERİNİN
TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUKLARIN VE
EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK İYİ OLUŞU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

ÜMRAN YAVUZ

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ SENEM EREN

İSTANBUL, 2020

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**POZİTİF PSİKOLOJİ MÜDAHALE YÖNTEMLERİNİN
TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUKLARIN VE
EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK İYİ OLUŞU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

ÜMRAN YAVUZ

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ SENEM EREN

İSTANBUL, 2020

ONAY SAYFASI

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri:

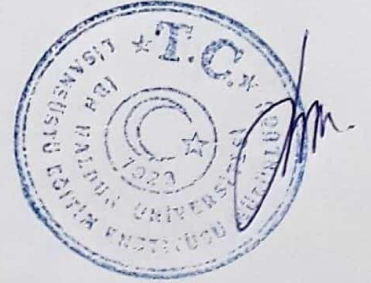
	KANAATI	İMZA
(Unvanı Adı ve Soyadı) Dr. Öğrt. Üyesi: Senem Eren (Tez Danışmanı)	Kabul	Senem Eren
(Unvanı Adı ve Soyadı) Dr. Öğrt. Ugr. Hoş İnce KARATEPE	Kabul	
(Unvanı Adı ve Soyadı) Doç. Dr. Medine Yılmaz	Kabul	

Bu tezin İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Tarih

10.02.2020

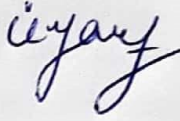
Mühür/İmza



AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Ümran YAVUZ

İmza: 

ÖZ

POZİTİF PSİKOLOJİ MÜDAHALE YÖNTEMLERİNİN TİP 1 DİYABETLİ ÇOCUKLARIN VE EBEVEYNLERİNİN PSİKOLOJİK İYİ OLUŞU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Yavuz, Ümran

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Senem Eren

Ocak 2020, 94 sayfa

Çocukluklarda görülen kronik hastalıklardan biri olan tip 1 diyabet, çocukları ve ebeveynlerini psikolojik sorunlara yatkın kılan bir stresör olabilmektedir. Pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin, psikolojik iyi oluşu arttırdığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, yaşı 7-13 arasında olan tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleri tarafından uygulanan pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin, çocukların depresyon, anksiyete ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri üzerindeki etkisi ile; ebeveynlerin mutluluk, depresyon, anksiyete, stres ve pozitif duygulanım düzeyleri üzerindeki etkisini incelemektir. Altı haftalık pozitif psikoloji müdahalelerinin etkisini ölçmek için çocuk katılımcılara (n = 24) Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) ve Çocuklar için Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL); ebeveynlerine (n = 24) ise PERMA Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) ve Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ) uygulanmıştır. Müdahale programı sonucunda, ebeveynlerin mutluluk ve pozitif duygulanım düzeylerinde artma; depresyon, anksiyete, stres ve negatif duygulanım düzeylerinde azalma görülmüştür. Çocukların ise anksiyete düzeylerinde azalma görülürken, depresyon ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı bir fark görülmemiştir. Müdahale programının çocukların HbA1c düzeyleri ile ölçülen diyabet kontrolü üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Araştırma bulguları, pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin tip 1 diyabetli çocukların ve ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşu üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu desteklemektedir. Bulgular, literatürdeki pozitif psikoloji müdahale çalışmaları ile büyük ölçüde tutarlıdır. Bu araştırma, tip 1 diyabetli çocuklarla birlikte ebeveynlerini de pozitif psikoloji müdahaleleri kapsamına alarak literatüre katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pozitif psikoloji müdahale yöntemleri, tip 1 diyabet, psikolojik iyi oluş, çocuklar, ebeveynler



ABSTRACT

THE EFFECT OF POSITIVE PSYCHOLOGY INTERVENTIONS ON PSYCHOLOGICAL WELLBEING OF CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES AND THEIR PARENTS

Yavuz, Umran

MA in Clinical Psychology

Thesis Supervisor: Assist Prof. Senem Eren

January 2020, 94 Pages

Type 1 diabetes, one of the childhood chronic illnesses, can be a stressor that makes children and their parents vulnerable to psychological problems. Positive psychology interventions are known to improve psychological wellbeing. The aim of the present study is to analyze the effect of positive psychology interventions applied by 7-13 year-old children with type 1 diabetes and their parents on children's depression, anxiety and health related quality of life; and parents' happiness, depression, anxiety, stress and positive affect. In order to measure the effect of six week-positive psychology interventions, children (n = 24) were administered Child Anxiety and Depression Scale-Revised (RCADS) and Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children (Kid-KINDL). Parents (n = 24) were administered PERMA-Profil, Depression Anxiety Stress Scale (DASS) and Positive and Negative Affect Scale (PANAS). The interventions resulted in a significant increase in parents' happiness and positive affect levels; and a significant decrease in parents' depression, anxiety, stress and negative affect levels. While children's anxiety levels decreased, there was not any significant difference in depression and health-related quality of life levels of children after the intervention program. The intervention program did not have an impact on children's diabetes control assessed by HbA1c levels. Findings support that positive psychology interventions have positive effects on psychological wellbeing of children with type 1 diabetes and their parents. The results are in line with the positive psychology interventions in literature. This study contributes to the relevant literature by addressing parents, as well as children. It is concluded that positive psychology interventions are influential for psychological wellbeing of children with type 1 diabetes, and these interventions also contribute to psychological

wellbeing of parents, as well.

Keywords: Positive psychology interventions, type 1 diabetes, psychological wellbeing, children, parents



En kıymetlim, anneme...



TEŞEKKÜR

Hayatım boyunca en büyük destekçim, yardımcım ve moral kaynağım olan aileme; anneme, babama, kardeşime ve ablalarımın teşekkürlerimi sunarım. Tez sürecimin en başından beri maddi manevi her yönden en büyük dayanağım olan, emek, ilgi ve sabrı için sonsuz şey borçlu olduğum anneme özellikle teşekkür ederim.

Bana bu tezi yazmam için ilham kaynağı olan yeğenim Zeynep'e ve Neslihan ablama ayrıca teşekkür ederim.

Planlama aşamasından bitimine kadar, tüm süreç boyunca tezime titizlikle ilgilenen, emek veren, akademik katkılarının yanında bana manen kattıklarını da yadsıyamayacağım tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Senem Eren'e çok teşekkür ederim. Tezimin analiz kısmına bilgi ve yorumlarıyla katkıda bulunan, sorularımı içtenlikle cevaplayan Prof. Dr. Üzeyir Ok'a ve akademik bilgi ve becerimin gelişmesini sağlayan diğer tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Tezime katılarak bu araştırmayı yapabilmemi mümkün kılan ve ilgi gösteren katılımcılarıma çok teşekkür ederim.

Tez yazımında kolaylık sağlayan arkadaşlarım Ebru'ya, Yağmur'a ve Feyza'ya, yüksek lisans eğitim süresince bilgi ve tecrübelerinden çokça faydalandığım, hayatıma keyif ve neşe katan tüm sınıf arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Tezimi erken bitirmemi sağlayan ve bitirebilmem için elinden ne geliyorsa yapma gayretinde olduğunu bildiğim Abdullah Bey'e teşekkür ederim.

Bu çalışmanın bilim dünyasına katkı sağlamasını diliyorum.

Ümran Yavuz

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	xv
BÖLÜM I GİRİŞ	1
BÖLÜM II LİTERATÜR İNCELEMESİ	4
2.1. Çocuklarda Kronik Hastalık.....	4
2.2. Çocukluklarda Görülen Kronik Hastalıklarının Psikolojik Etkileri.....	4
2.3. Tip 1 Diyabet.....	6
2.3.1. Tip 1 Diyabetin Yönetimi.....	7
2.3.2. Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Görülen Psikolojik Sorunlar.....	8
2.4. Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Ergenlerle Uygulanan Psikolojik Müdahale Çalışmaları.....	10
2.5. Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Diyabet Kontrolünü Etkileyen Psikolojik Faktörler.....	11
2.6. Tip 1 Diyabetli Çocukların Ebeveynlerinde Görülen Psikolojik Sorunlar.....	13
2.7. Sonuç.....	14
2.8. Pozitif Psikoloji Perspektifinden İyi Oluş.....	15
2.8.1. Pozitif Psikoloji ile İlgili Genel Bilgiler.....	15
2.8.2. Pozitif Duygular.....	16
2.8.3. Yaşama Bağlılık.....	17
2.8.4. Pozitif İlişkiler.....	17
2.8.5. Anlam.....	18
2.8.6. Başarı.....	19
2.9. Pozitif Psikolojinin Fiziksel Sağlık ile İlişkisi.....	20

2.10. Kronik Hastalığı Olan Bireylerle Yapılan Pozitif Psikoloji Müdahale Çalışmaları.....	22
2.11. Araştırmanın Önemi, Amacı ve Hipotezler.....	31
BÖLÜM III YÖNTEM.....	34
3.1. Örneklem.....	34
3.2. Veri Toplama Araçları.....	35
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.2.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği.....	36
3.2.3. PERMA Ölçeği.....	36
3.2.4. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği.....	36
3.2.5. Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş.....	37
3.2.6. Çocuklar için Genel Amaçlı Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	37
3.3. Pozitif Psikoloji Müdahale Programı.....	37
3.4. İşlem.....	38
3.5. Veri Analizi.....	39
BÖLÜM IV BULGULAR.....	41
4.1. Örneklemin Demografik Özellikleri.....	41
4.2. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Oranı.....	42
4.3. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Ebeveyn Çıktıları Üzerindeki Etkisi.....	43
4.4. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Çocuk Çıktıları Üzerindeki Etkisi.....	45
4.5. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının HbA1c Düzeyleri Üzerindeki Etkisi.....	46
4.6. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Düzeyi ile Programın Etkililiği Arasındaki Korelasyonel İlişkiler.....	46
BÖLÜM V TARTIŞMA.....	48
5.1. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Mutluluğu Üzerindeki Etkisi.....	48
5.2. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Depresyo, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Üzerindeki Etkisi...50	50

5.3. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Pozitif ve Negatif Duygulanım Düzeyleri Üzerindeki Etkisi.....	51
5.4. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocukların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkisi.....	52
5.5. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocukların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeyleri Üzerindeki Etkisi.....	54
5.6. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocukların HbA1c Düzeyleri Üzerindeki Etkisi.....	54
5.7. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Oranı ile Müdahale Programının Etkililiği Arasındaki İlişki.....	55
5.8. Sonuç.....	56
5.9. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalara Yönelik Öneriler.....	56
5.10. Çalışmanın Güçlü Noktaları ve Literatüre Katkıları.....	57
REFERANSLAR.....	59
EKLER.....	78
EK 1.....	78
EK 2.....	80
EK 3.....	82
EK 4.....	91
EK 5.....	94
ÖZGEÇMİŞ.....	95

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Kronik Hastalığı Olan BireylerleYapılan Pozitif Psikoloji Müdahale Çalışmaları	24
Tablo 3.1. 6 Haftalık Pozitif Psikoloji Müdahale Programı, PERMA Boyutları ve Uygulayıcı Kitlesi	37
Tablo 4.1. Örneklemin Ön Test Noktasındaki Demografik Özellikleri; Ortalama ve Standart Sapmalar	41
Tablo 4.2. Örneklemin Ön Test Noktasındaki Demografik Özellikleri; Sıklıklar ve Yüzdeler	42
Tablo 4.3. Programdaki Müdahaleleri Tamamlayan Katılımcıların Sayıları.....	43
Tablo 4.4. Ön Test ve Son Test Noktasındaki PERMA Puanları	44
Tablo 4.5. Ön Test ve Son Test Noktasındaki DASÖ Puanları	44
Tablo 4.6. Ön Test ve Son Test Noktasındaki PANAS Puanları	45
Tablo 4.7. Ön Test ve Son Test Noktasındaki ÇADÖ-Y Puanları.....	45
Tablo 4.8. Ön Test ve Son Test Noktasındaki Kid-KINDL Puanları	46
Tablo 4.9. Müdahale Programının Tamamlanma Oranı ile Müdahale Programının Etkililiği Arasındaki Korelasyonel İlişkiler	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Katılımcıların Araştırma Sürecindeki Dağılımı.....	35
Şekil 4.1. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Oranının PERMA Boyutlarına Göre Dağılımı.....	43



SEMBOLLER VE KISALTMALAR

ark.	Arkadaşları
ÇADÖ-Y	Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş
DASÖ	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
HbA1c	Hemoglobin A1c
iCBT	Internet Cognitive Behavioral Therapy
Kid-KINDL	Çocuklar için Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği
PANAS	Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği
PPI	Positive psychology intervention
<i>n</i>	Gözlem sayısı
<i>p</i>	Anlamlılık düzeyi
<i>r</i>	Nonparametrik testler için etki büyüklüğü
<i>r_s</i>	Spearman korelasyon katsayısı
SS	Standart sapma
SYK	Sağlık İlişkili Yaşam Kalitesi
T1d	Tip 1 Diyabet
vd.	Ve diğerleri
<i>z</i>	<i>z</i> değeri
\bar{x}	Ortalama
%	Yüzdelik değer

BÖLÜM I

GİRİŞ

Çocukluk döneminde ortaya çıkan kronik hastalıklar çocukların fiziksel sağlığını etkilediği gibi ruh sağlığını da etkilemektedir. Hastalığın oluşumuyla birlikte yaşanan kısıtlamalar, rutin kontroller, çekilen fiziksel acı ve verilen mücadeleler gibi birçok etken kronik hastalıkların yönetiminde hem çocuk hem de ebeveyn için zaten zorlu olan bir süreci daha da stresli hale getirmektedir. Genel itibariyle çocukluk çağı kronik hastalıklarının çocuğu ve ebeveynlerini psikolojik olarak etkileyebileceği bilinmektedir, ancak her hastalığın kendine özgü fizyolojik ve psikososyal süreçlere sahip olduğundan dolayı her bir hastalığın ayrıca ele alınma gerekliliği açığa çıkmaktadır.

Çocukluk ve ergenlik çağında ortaya çıkan en yaygın kronik hastalıklardan biri tip 1 diyabettir (International Diabetes Federation, 2017). Tip 1 diyabet vücudun insülin üretememesinden kaynaklanan bir endokrin sistemi hastalığıdır (American Diabetes Association, 2018). Hastalığın beraberinde getirdiği zorluklar, tip 1 diyabetli çocukları psikolojik rahatsızlıklara yatkın kılmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular tip 1 diyabetli çocuklarda psikiyatrik bir tanıya rastlama oranının sağlıklı yaşlılarına göre yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu yönündedir (Blanz, Riemann, Sigmund ve Schmidt, 1993). Ayrıca, tip 1 diyabetli çocukların yaşam kalitelerinde düşüş, okul devamsızlıklarında artış ve davranış problemleri gibi uyum sorunlarına rastlanmaktadır (Holden, Chmielewski, Nelson ve Kager, 1997; Newacheck ve Taylor, 1992). Tip 1 diyabetin yol açtığı psikolojik sorunlar, kan şekeri düzeylerinde dengesizlik oluşturduğu için hastalığın seyrini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Eckshtain, Ellis, Kolmodin ve Naar-King, 2009).

Öte yandan, tip 1 diyabetli çocuğa sahip ebeveynlerde, hastalığa ilişkin kaygı, tetikte olma hali, tükenmişlik, özsaygı düşüklüğü, travma sonrası stres belirtileri gibi bir dizi

psikolojik sorun görülmektedir (Landolt, Vollrath, Laimbacher, Gnehm ve Sennausher, 2005; Lindström, Åman ve Norberg, 2011; Sullivan-Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlane ve Grey, 2003). Ebeveynler tip 1 diyabetli çocuklarını komplikasyonlardan korumaya çalışırken, kurallara uymak istemeyen ve gittikçe özerkleşme ihtiyacı artan çocuklar arasında çatışmalar ve aile işlevselliğinde bozulmalar kaçınılmazdır (Hood vd., 2006). Ayrıca, ebeveynlerde stres ve aile işlevselliği düştükçe, çocukların metabolik düzensizliğinin de arttığı görülmektedir (Eckshtain vd., 2010; Gustafsson, Cederblad, Ludvigsson ve Lundin, 1987). Başka bir deyişle, kaotik aile ortamı çocukların kan şekeri seviyesindeki düzensizliği tetiklemektedir.

Tip 1 diyabetin yol açtığı (1) psikolojik sorunlar, (2) çocuk ve ebeveyn stresinin birbiri üzerindeki azdırıcı etkisi ve (3) çocuk ve ebeveyn ruh sağlığının, kan şekeri değerleri üzerindeki olumsuz etkisi bir arada düşünüldüğünde, fiziksel ve psikolojik iyi oluş için risk faktörü oluşturan oldukça karmaşık bir ilişki ağı açığa çıkmaktadır. Tip 1 diyabetin psikolojik boyutu ile ilgili yapılan araştırmaların çoğu genellikle yukarıda belirtilen 3 konudan birine odaklanarak, bu karmaşık tablonun kısmen aydınlanmasını sağlamıştır (Cameron, Northam, Ambler ve Daneman, 2007; Whittemore, Jaser, Chao, Jang ve Grey, 2012). Bu araştırmalar aynı zamanda tip 1 diyabetli çocuklara yönelik tasarlanacak terapötik müdahale ihtiyacını vurgulamaktadır. Ebeveynlerdeki ve çocuklardaki psikolojik belirtileri azaltacak; hastalığı daha iyi yönetmelerini sağlayacak; çocuk-ebeveyn ilişkisini güçlendirerek aile içi çatışmayı azaltacak; ve aynı zamanda vakit ve kaynak bakımından ekonomik ve pratik uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak tip 1 diyabetli çocuklardaki psikolojik sorunları ve aile içi çatışmayı azaltmak için geliştirilen müdahale çalışmaları çok az sayıdadır. Ebeveynlere yönelik müdahale çalışması ise, bilginiz dâhilinde, bulunmamaktadır. Tip 1 diyabetli çocuklarla yapılan mevcut müdahale programlarının büyük bir kısmı sistemik terapi, davranışçı aile sistemleri terapisi ve baş etme becerilerine dayanmaktadır (Anderson, Brackett, Ho ve Laffel, 1999; Ellis vd., 2005; Wysocki vd., 2005) Bu müdahaleler sonucunda, aile içi çatışmada azalma, çocuklarda görülen davranış sorunlarında azalma ve diyabet kontrolünde ve yönetiminde gelişme görülmüştür (Anderson vd., 1999; Doherty, 2012). Bu çalışmalar sonucunda edinilen bulgular, gelecekte yapılacak müdahale çalışmaları için umut vadetmektedir.

Pozitif psikoloji alanı, mutluluğu ve iyi oluşu, pozitif duygular, yaşama bağlılık, ilişkiler, anlam ve başarı olmak üzere 5 boyut ile açıklamıştır ve her boyuta ayrıca odaklanarak, iyi oluşu geliştirmek için somut yollar önermiştir (Seligman, 2012). Tip 1 diyabetli çocuklarla yapılan sadece tek bir pozitif psikoloji müdahale programı bulunmaktadır (Jaser vd., 2014). Ebeveynlere yönelik bir müdahale çalışması ise bulunmamaktadır. Hem çocuğa hem de ebeveyne psikolojik destek sağlayacak çalışmaların psikolojik ve fiziksel iyi oluş açısından daha etkili sonuç vereceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, tip 1 diyabetli çocuklara ve ebeveynlerine uygulanabilecek bir pozitif psikoloji müdahale programı oluşturup, çocukların ve ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşu ve çocukların kan şekeri düzeyleri üzerindeki etkisini incelemektir. Müdahale sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılacaktır. Sonuçların, tip 1 diyabetli çocuklara ve ebeveynlerine uygulanabilecek, aynı zamanda farklı hasta popülasyonlarına uyarlanabilecek gelecekteki müdahale çalışmalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM II

LİTERATÜR İNCELEMESİ

2.1. Çocuklarda Kronik Hastalık

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler sayesinde akut sağlık sorunlarının yaygınlığı ve mortalite oranı azalsa da, kronik sağlık sorunlarının görülme oranlarındaki artış dikkat çekmektedir. (Wise, 2004). Kronik hastalıklar birçok yetişkinin yaşamında ortaya çıkabildiği gibi, hayatın erken dönemlerinde de görülebilmektedir (Newacheck ve Taylor, 1992). Kronik hastalıkların çocuk ve ergenlerde görülme sıklığının, kronik hastalık kavramının nasıl tanımlandığına bağlı olarak % 0.22 ila % 44 arasında değişebildiği görülmüştür (Van Der Lee, Mokkink, Grootenhuis ve Heymans, 2007). Bu nedenle çocukluk çağı kronik hastalığının tanımı önem kazanmaktadır. Üzerinde uzlaşmaya varılan tanıma göre, çocukluk çağı kronik hastalığı; 0-18 yaşları arasında ortaya çıkan, henüz tedavisi olmayan veya tedaviye dirençli olan, bilimsel tıbbi verilere dayanarak teşhis edilen, en az 3 aydır var olan ve 3 aydan uzun sürmesi öngörülen sağlık koşuludur (Mokkink, Van Der Lee, Grootenhuis, Offringa, & Heymans, 2008). Astım, tip 1 diyabet, serebral palsi, kanser, kistik fibrozis, AIDS ve epilepsi çocuklarda en sık görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir (Boyse, Boujaoude ve Laundry, 2012).

Çocukların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları kısıtlamalar ve uymaları gereken kurallar, çocuklar ve aileleri için büyük bir stres kaynağı oluşturmaktadır (Öztürk, 1999) ve oluşan stres hastalığın seyrini de etkilemektedir (Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012). Bu nedenle çocukluk çağı kronik hastalıklarının psikolojik etkileri ve bu etkilerin hastalığın seyri ve sonucu üzerindeki rolü incelenmesi önem arz etmektedir.

2.2. Çocuklarda Görülen Kronik Hastalıklarının Psikolojik Etkileri

Kronik sağlık sorunu olan çocuklarda ruh sağlığı hastalıklarının ve psikolojik uyum problemlerinin görülme riskinin sağlıklı yaşlılarına göre yüksek olduğu çeşitli araştırmalarla desteklenmiştir (Arıkan ve Antar, 2007; Blanz, Riemann, Sigmund ve Schmidt, 1993; Eiser, 1990). Cadman ve arkadaşlarının (1987) yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada, kronik fiziksel hastalığı olan çocuk popülasyonlarında, psikolojik bir tanı alma oranının sağlıklı popülasyonlara göre iki kat fazla olduğu görülmüştür (Cadman, Boyle, Szatmari, & Offord, 1987). Bu oranın, kronik hastalığın türüne göre farklılık gösterdiği, bununla birlikte merkezi sinir sistemine ilişkin hastalıklarda daha yüksek olduğu görülmüştür (Eiser, 1990).

Çocukluk çağı kronik hastalıklarının psikolojik etkileri üzerinde yapılan araştırmalar iki farklı yaklaşıma dayanmaktadır (Holden, Chmielewski, Nelson, & Kager, 1997). Birinci yaklaşıma dayanan araştırmalar, kronik hastalıkları bütünsel olarak ele almaktadır ve kronik hastalığı olan çocuklarda psikolojik sorunların görüldüğünü desteklemektedir (Eiser, 1990). İkinci yaklaşıma dayanan araştırmalar ise, kronik hastalıkları tek tek ele alarak, her birine özgü fizyolojik ve psikososyal koşulları inceleyerek, psikolojik sorunların kapsamı hakkında daha detaylı bilgi vermektedir (Delamater, Wit, McDarby, Malik, ve Acerini, 2014; Wamboldt, Fritz, Mansell, McQuaid ve Klein, 1998). Örneğin, McQuaid, Kopel ve Nassau'nun (2001) astımlı çocuklara odaklanan meta-analiz çalışmasında, bu çocuklarda içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Astımlı ve tip 1 diyabetli çocuklar ve ailelerindeki psikolojik uyum süreçlerini karşılaştıran diğer bir araştırmada, astımlı çocukların ailelerinde işlevselliğin daha yüksek olduğu ve tip 1 diyabetli çocuklarda okul ile ilgili öz yetkinliğin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Holden vd., 1997).

Çocukluk çağı kronik hastalıklarının, hastalık özelinde ele alınmalarının, hastalığa özgü zorlukları saptamada ve bu zorluklara çözüm üretmede daha etkili sonuçlara ulaştıracağı düşünülmektedir (Holden vd., 1997). Bazı kronik hastalıkların yönetimi daha zor ve strese hassas oldukları için psikolojik sorunların oluşmasına daha yatkın oldukları görülmektedir (ref). Bu kronik hastalıklar arasında tip 1 diyabet bulunmaktadır ve bu nedenle daha detaylı incelenmesi önem arz etmektedir.

2.3. Tip 1 Diyabet

Genellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ortaya çıkan tip 1 diyabet, yetişkinlerde görülen tip 2 diyabet kadar yaygın değildir. Tip 1 diyabet bağışıklık sisteminin insülin üreten beta hücrelerine karşı savaştığı ve bu nedenle pankreasın insülin üretmediği kronik bir hastalıktır (International Diabetes Federation, 2017). İnsülin, kandaki glikozun/kan şekerinin hücre içine alınmasını sağlayan hormondur. Vücut insülin üretmediğinde, kan şekeri hücreye alınamadığı için kanda birikmekte ve hiperglisemi olarak adlandırılan duruma neden olmaktadır. Kandaki insülinin normal sınırların altına düşmesi ise hipoglisemiye neden olmaktadır (International Diabetes Federation, 2017). Tip 1 diyabeti yönetmek için hastaların uymaları gereken kuralların işlevi hiperglisemi ve hipoglisemiyi önlemektir. Tip 1 diyabet, öğünlerde düzenli insülin enjeksiyonları, sağlıklı bir diyet ve düzenli egzersiz ile kontrol edilemediğinde, ketoasidoz denen diyabetik komaya ve sonrasında ölüme neden olabilmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2016). Tip 1 diyabet belirtilen şekilde kontrol edildiğinde bireyler uzun, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürebilmektedirler (American Diabetes Association, 2018).

Etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılamamakla birlikte, genetik nedenlerin tip 1 diyabeti %75 oranında etkilediği düşünülmektedir (Onkamo, Väänänen, Karvonen ve Tuomilehto, 1999). Viral enfeksiyon, zehirlenme ve sağlıksız beslenme gibi çevresel faktörlerin de tip 1 diyabeti tetiklediği tahmin edilmektedir (International Diabetes Federation, 2017).

Günümüzde dünya genelinde 451 milyon kişinin diyabet tanısına sahip olduğu tahmin edilmektedir (International Diabetes Federation, 2017). Bu rakamın yaklaşık %5'ini tip 1 diyabetli kişiler oluşturmaktadır (American Diabetes Association, 2018). Gelişmiş, yüksek gelirli ülkelerde ise diyabetli nüfusun %7 ila %12'sini tip 1 diyabetliler oluşturmaktadır. Tip 1 diyabetin dünya genelinde görülme oranı 1990 ve 2008 yılları arasında %2.8 ila %4 oranında artmıştır (Dabelea vd., 2014). Dünya'da tip 1 diyabetin yaygınlığı yaklaşık yüz binde 148'ken (Dabelea vd., 2014), Türkiye'de bu oran daha düşüktür ve yüz binde 10'dur. Her yıl yaklaşık 700 çocuğa tip 1 diyabet tanısı konmaktadır (Türk Diyabet Cemiyeti, 2013).

2.3.1. Tip 1 Diyabetin Yönetimi

Tip 1 diyabet genellikle kan şekerinin aşırı yükseldiği diyabetik bir koma ile veya belirtiler nedeniyle doktora başvurulduğunda ortaya çıkar ve bir süre hastanede yatış gerektirir. Bu süre hastaya uygun insülin tedavisinin saptanması ve ailenin tip 1 diyabet yönetimi hakkında eğitilmesini kapsar (Silverstein vd., 2005). Tip 1 diyabetin yönetimi diyabet eğitimi, doğru beslenme tedavisi, kişisel denetim becerisinin geliştirilmesi, egzersiz ve insülin tedavisi ile yapılmaktadır (Ergün, Karaca ve Sivrikaya, 2012).

Tip 1 diyabetlilerin kendilerini hipoglisemi ve hiperglisemiden koruyabilmeleri için, önerilen beslenme düzeninin dışına çıkmamaları gerekmektedir. Bu da, özellikle karbonhidrat alımının sıkı bir şekilde kontrol edilmesini gerektirir (American Diabetes Association, 2018). İnsülin tedavisi, her gün öğünlerde yapılan kan şekeri ölçümleri ve bu ölçüm sonucuna göre enjekte edilen insülinde oluşur. Tip 1 diyabetlilerin 2 veya 3 ayda bir endokrinoloji servisine başvurarak hemoglobin A1c (HbA1c) değerlerini ölçtürmeleri gerekir. HbA1c, son 2-3 aydaki ortalama kan şekeri düzeyinin göstergesidir ve yapılan araştırmalarda HbA1c değerleri diyabet kontrolünün bir göstergesi olarak kullanılmıştır (Berg vd., 2008; Öztürk, Zoroğlu ve Tüzün, 1998). Diyabet kontrolü kavramı, HbA1c düzeylerinin ne kadar sağlıklı aralıklarda kaldığı ve diyabet yönetiminin ne düzeyde başarılı olduğunu ifade eder. Tip 1 diyabetli bireylerde HbA1c düzeyinin %7,5 veya daha düşük olması sağlıklı ve hedeflenen değerdir (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2015).

Silverstein ve arkadaşları (2005) diyabet yönetiminin çocukların gelişimsel dönemlerine ve bilişsel, duygusal ve motor becerilerine göre şekillenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Okul öncesi ve ilkokul çağındaki çocukların diyabet yönetimini tamamen ailelerinin üstlenmesi; ortaokul ve lise dönemindeki çocuklarda ise diyabet yönetiminde ailelerin kısmi olarak rol alması ve hastalığın yönetimine gözetmenlik etmesi tavsiye edilmektedir (Silverstein vd., 2005).

Tip 1 diyabet, kontrol altında tutulduğunda, yaşamı önemli düzeyde etkilemeyen bir hastalık olsa da, kontrol edilemediğinde hipoglisemiye, hiperglisemiye ve daha kötü ihtimalle diyabetik komaya neden olabilmektedir (Türkiye Diyabet Vakfı, 2016). Her

halükarda, ebeveynler için diyabeti kontrol altında tutmak büyük bir çaba gerektirmektedir. Bulgular, tip 1 diyabetlilerin %20'den azının sağlıklı HbA1c düzeylerini yakaladığını belirtmektedir (Cardwell, Patterson, Allen ve Carson, 2005).

2.3.2. Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Görülen Psikolojik Sorunlar

Tip 1 diyabetli çocuklar ve ergenlerdeki psikolojik sorunlar hakkında yapılan araştırmaların çoğunda, psikiyatrik belirtilerin ve psikososyal problemlerin tip 1 diyabetli çocuklarda, sağlıklı çocuklarla kıyaslandığında 2 ila 3 kat daha yaygın olduğu görülmektedir (Blanz vd., 1993; Cameron, Northam, Ambler ve Daneman, 2007). Şahin, Öztop, Yılmaz ve Altun'un (2015) 12-18 yaşları arasındaki tip 1 diyabetli çocuklarla yaptıkları araştırmada, psikolojik bozuklukların oranı %68 olarak tespit etmişlerdir. Psikolojik bozuklukların en yaygın olanlarının sırasıyla uyum bozukluğu (%20), sosyal fobi (%18), özgül fobi (%14) ve majör depresyon olduğu (%16) görülmüştür (Şahin vd., 2015). Blanz ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada ise tip 1 diyabetli ergenlerin %33.3'ünde, sağlıklı kontrol grubunda ise %9.7 oranında psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En çok görülen belirtilerin ise somatik şikâyetler, uyku bozuklukları, kompülsiyon ve depresif duygudurum olduğu görülmüştür (Blanz vd., 1993). Kovacs ve arkadaşları (1997), 8-13 yaşları arasındaki 92 tip 1 diyabetli çocukla yaptıkları araştırmada, hastalığın ilk 10 yılını takip etmişlerdir ve bu süre boyunca en az 1 psikiyatrik bozukluk geçirme oranının %42.4 olduğunu ve bunlardan en yaygın görülenin depresyon (%27.5) ve anksiyete bozuklukları (%19.6) olduğunu tespit etmişlerdir.

Tip 1 diyabetli çocuklarda görülen anksiyete ve depresyon oranlarının araştırmalarda tespit edilen oranlardan daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Jacobson, 1996). Bunun sebebi ise, depresyon ve anksiyetede görülen bazı belirtilerin, tip 1 diyabetteki belirtilerle örtüşmesidir (Jacobson, 1996; Öztürk, 1999). Bu nedenle, tip 1 diyabetli çocuklarda depresyonun ve anksiyetenin tam teşhis edilemesi zorlaşmaktadır (Jacobson, 1996).

Öte yandan, literatürdeki bazı bulgular tip 1 diyabetli çocuklardaki psikolojik sorun düzeyinin, sağlıklı çocuklardan farklı olmadığını desteklemektedir (Gath, Smith ve Baum, 1980; Jacobson vd., 1986; Rubin ve Peyrot, 1992). Psikolojik sorunların

yaygınlığına ilişkin bulgulardaki bu çelişkinin nedeninin kullanılan ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenilirliği olabileceği düşünülmektedir (Blanz vd., 1993; Cameron vd., 2007). Ayrıca, araştırmalara katılan çocukların yaşlarının da bulgulardaki farklılığa neden olabileceği görülmektedir (Blanz vd., 1993; Cameron vd., 2007). Örneğin, Boztepe (2012) ergenlik döneminde, akran kabulünde yaşanan sorunlar ve ebeveynlerle çatışma gibi artan psikososyal sorunlarla beraber, diyabet yönetiminin de riske girdiği bir dönem olduğunu savunmaktadır.

Psikolojik sorunların yaygınlığına ilişkin bulgulardaki farklılığın bir diğer nedeni de, tip 1 diyabet tanısının alınmasından itibaren geçen süredir. Kovacs ve arkadaşları'nın (1985) yaptıkları çalışmada, tip 1 diyabetli çocukların %64'ünün tanı konma aşamasında üzümlük, arkadaş edinememe ve sosyal geri çekilme belirtileri gösterdikleri ve örneklemin %36'sının psikiyatrik bir sorunun tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. Ancak, yapılan bu tespitlerden 9 ay sonra, çocukların normal psikolojik işlevselliğe döndükleri görülmüştür. Hastalığın ortaya çıktığı dönemde, ebeveyn ve çocuğun geçirdiği adaptasyon sürecinin bu dönemdeki psikolojik zorlukları beraberinde getirdiği, ancak hastalığa uyum sağlandıktan sonra bu zorlukların azaldığı savunulmaktadır (Kovacs vd., 1985).

Bu araştırmalar bir arada değerlendirildiğinde, tip 1 diyabetin başlangıcında çocuklarda yüksek oranda psikolojik sorunun görüldüğü, fakat adaptasyon sürecinden sonra bu oranın kısmen azaldığı, ancak ergenlikte normal popülasyondan daha yüksek oranda olan psikolojik sorun yaşadıkları görülmektedir. Litartürdeki bazı çelişkilerin daha anlaşılabilir hale gelebilmesi için, tip 1 diyabetli çocuklardaki psikolojik sorunları hastalığın başlangıcından itibaren, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerine kadar takip eden boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Guo, Whittemore ve He, 2011).

2.4. Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Ergenlerle Uygulanan Psikolojik Müdahale Çalışmaları

Tip 1 diyabetli çocuklardaki psikolojik sorunlara ve aile içi çatışmalara çözüm sağlamak amacıyla farklı teorik altyapılara dayanan müdahale çalışmaları yapılmıştır

(Ellis vd., 2005; Laffel vd., 2003; Wysocki vd., 2005). Bunlar arasında, aile içi iletişimi güçlendirmeye ve sorumluluk paylaşımına odaklı terapi yaklaşımı (Laffel vd., 2003), multi-sistemik terapi (Ellis vd., 2005) ve davranışçı aile sistemleri terapisi (Wysocki vd., 2005) gibi yaklaşımlar, diyabet kontrolünde ve hastalığın yönetiminde olumlu sonuçlar sağlamıştır. Bu müdahale çalışmalarının tümü 6 ila 12 ay süren terapi seansları olarak uygulanmıştır (Ellis vd., 2005; Laffel vd., 2003; Wysocki vd., 2005). Müdahale çalışmalarının büyük bir kısmı tip 1 diyabetli çocukların yaşadığı psikolojik sorunlara, aile içi çatışmaya ve onların fiziksel sağlığına odaklanmıştır (Ellis vd., 2005; Jaser vd., 2014; Laffel vd., 2003). Bu çalışmaların az bir kısmı ise, tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin yaşadığı psikolojik sorunlara odaklanmıştır (Sassman, Hair, Danne ve Lange, 2012; Westrupp, Northam, Lee, Scratch ve Cameron, 2015).

Anderson ve arkadaşlarının (1999) 28 tip 1 diyabetli çocuk ve aileleri ile uyguladıkları müdahale yöntemi sonucunda, aile içi çatışmada ve çocukların HbA1c değerlerinde azalma gözlemlenmiştir. Ellis ve arkadaşları da (1999), uyguladıkları multi-sistemik terapi sonucunda ise, çocukların HbA1c değerlerinde ve hastaneye yatışlarında azalma tespit etmişlerdir. Benzer bir şekilde, Wysocki ve arkadaşları (2005), tip 1 diyabetli çocuklar ve aileleri ile yaptıkları davranışçı aile sistemleri terapisi sonucunda, çocukların HbA1c değerlerinde ve aile içi çatışmada azalma olduğunu gözlemlenmiştir.

Ebeveynlerin yaşadığı psikolojik sorunlara da odaklanan müdahale çalışmaları arasında Triple-P: Pozitif Ebeveynlik Programı bulunmaktadır (Westrupp vd., 2014). Westrupp ve arkadaşlarının (2014) tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleriyle yaptıkları müdahale çalışması sonucunda, ebeveyn ruh sağlığında, ebeveynlik becerilerinde ve aile işlevselliğinde artma tespit edilmiştir. Sassman ve arkadaşları da (2012), yapılandırılmış davranışçı grup eğitiminin, tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerdeki depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalma sağladığını bulmuşlardır. Uygulanan müdahale çalışmaları; (1) çocuklardaki psikolojik sorunlarda, (2) ebeveynlerdeki psikolojik sorunlarda ya da (3) diyabet yönetiminde ve kontrolünde gelişme sağlamayı hedeflemiştir. Ancak bu 3 faktörün tümünde gelişme sağlamayı hedefleyen bir müdahale çalışmasının olmadığı görülmektedir.

2.5. Tip 1 Diyabetli Çocuklarda Diyabet Kontrolünü Etkileyen Psikolojik Faktörler

Tip 1 diyabetli çocukların yaşadıkları psikolojik sorunların, hastalığın yönetimi ve HbA1c düzeyleri üzerinde olumsuz etkileri olduğu görülmektedir (Bernstein, Stockwell, Gallagher, Rosenthal ve Soren, 2013; Hood vd., 2006). Tip 1 diyabetin kontrolü, psikolojik sorunlardan, stresin fizyolojik etkilerinden ve nöroendokrin sisteminden dolayı doğrudan, veya sağlıklı yönetim kurallarına uyulmadığı için dolaylı biçimde etkilendiği tespit edilmiştir (Cameron vd., 2007; Rubin ve Peyrot, 1992).

Stresin öğünlerde alınan insülinin etkinliğini azalttığı ve insülinin kan şekerini dengelemekte yetersiz kaldığı bilinmektedir (Küçük, 2015). Tip 1 diyabetli bireylerde herhangi bir nedenle yaşanan ufak bir duygusal gerginlik bile kan şekeri düzeyini artırarak hiperglisemiye yol açabilmektedir (Küçük, 2015). Bu nedenle, hastalar diyabeti yönetmede gereken tedaviyi uygulamasalar bile, psikolojik durumları ve stres düzeyleri nedeniyle beklenmeyen HbA1c değerleri ile karşılaşmaktadırlar (Küçük, 2015; Barnard ve Lloyd, 2012).

Stresin diyabetteki fizyolojik etkileri incelendiğinde, tip 2 diyabetli hastalarda stresi azaltmak için uygulanan gevşeme egzersizlerinin kan şekeri düzeyini dengelediği görülmektedir (Rubin ve Peyrot, 1992). Ancak, tip 1 diyabetli bireylerde gevşeme egzersizlerinin, tip 2 diyabetteki gibi kan şekeri düzeyini dengelemediği görülmüştür. Bu sonuç, tip 1 diyabette stresin fizyolojik etkisinin tip 2 diyabetteki kadar yüksek olmadığına işaret etmektedir (Rubin ve Peyrot, 1992).

Özkan'ın (1993), stres ile kan şekeri etkileşimi tanımlamasına göre, psikososyal zorlanmalar ve ruhsal çatışmalar kan şekerinde oynamalara yol açabilir. Aynı zamanda, gelişen komplikasyonlar veya tedavi yöntemleri de psikolojik sorunları tetikleyebilmektedir. Ruhsal-davranışsal durumların, diyabetin seyrini ve tedaviye yanıtını etkileyebileceği görülmektedir (Özkan, 1993).

Psikolojik sorunların, diyabet yönetimini nasıl etkilediğini tespit etmek için Kovacs, Goldston, Obrosky ve Iyengar (1992) psikiyatrik bir tanısı olan tip 1 diyabetli

çocuklarla, psikiyatrik bir tanısı olmayan tip 1 diyabetli çocukları karşılaştırmıştır. Psikiyatrik tanısı olanların %56'sının, psikiyatrik tanısı olmayanların ise %17'sinin diyabet yönetiminde başarısız olduğu bulunmuştur. Tip 1 diyabetli çocukların yaşadığı psikolojik sorunların yanısıra, ebeveynlerde boşanma, aile içi çatışma ve uyumsuz ebeveyn davranışları gibi psikososyal sorunların da, diyabet kontrolünü olumsuz etkilediği bulunmuştur (Öztürk, 1999).

Davis ve arkadaşları (2001) ebeveynlerin tip 1 diyabetli çocuklarına olan yaklaşımlarının destekleyici, ilgili ve merhametli olduğunda, çocukların da diyabet yönetim kurallarına olan bağlılıklarının arttığını tespit etmişlerdir. Kısıtlayıcı ebeveyn tutumu arttıkça, tip 1 diyabetli çocukların kan şekeri düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. Aynı zamanda, bulgular demokratik ebeveynlik stiline diyabete uyum ve HbA1c düzeyleri açısından olumlu sonuçlar doğurabileceğini desteklemektedir (Davis vd., 2001). Shorer ve arkadaşları da (2011) bu bulguyu destekler şekilde diyabet kontrolünün, demokratik ebeveynlik stilinden olumlu şekilde, izin verici ebeveynlik stilinden ise olumsuz şekilde etkilendiğini bulmuştur. Berg ve arkadaşlarının (2010) tip 1 diyabetli ergenlerle yaptığı araştırmaya göre, sıcaklık, kabul, güçlü iletişim ve bağımsızlığı destekleyen ebeveyn tutumlarının, ergenlerdeki yüksek öz-yeterliği yordadığını, ergen öz-yeterliğinin yüksek oluşu ise, iyi diyabet kontrolünü beraberinde getirdiği tespit edilmiştir. Başka bir araştırmada, ebeveynlerdeki depresif belirtilerin artmasıyla, izin veren ebeveyn tutumunun da arttığı ve bu iki faktörün de çocuğun diyabet yönetimine uymamasını yordadığı gözlemlenmiştir (Eckshtain vd., 2009).

Gustafsson ve arkadaşlarının (1987) tip 1 diyabetli çocukları 5 yıl takip ettiği araştırmada, diyabetin ilk yılında aile içi iletişim ile diyabet kontrolü arasında bir ilişki bulunamamıştır, ancak beşinci yıldaki takipte aile içi iletişim problemlerinde artış olduğunu ve bu problemlerin artmasıyla, diyabet kontrolündeki düzensizliğin de arttığını bulunmuştur.

2.6. Tip 1 Diyabetli Çocukların Ebeveynlerinde Görülen Psikolojik Sorunlar

Tip 1 diyabet, genellikle erken çocukluk döneminde ortaya çıktığı için ve sağlıklı bir şekilde kontrol edilmediğinde gelişen hayati komplikasyonlar olduğu için, tip 1

diyabetin yönetimi çoğunlukla ebeveynlerin üstlendiği bir sorumluluk olduğu görülmektedir. Bu sorumluluk ebeveynlerde kaygı, gerginlik, stres (Hatton, Canam, Thorne ve Hughers, 1995), tükenmişlik (Lindström, Aman ve Norberg, 2011), izolasyon (Smaldone ve Ritholz, 2011) ve anksiyete ile depresif belirtilerin (Stresand vd., 2008) görülmesine neden olabilmektedir. Jaser, Jodie ve Lindemann'ın (2009) 8 yaşından küçük tip 1 diyabetli çocuğu olan 67 anne ile yaptıkları araştırmada, annelerin %21'inde klinik düzeyde anksiyete ve %24'ünde klinik düzeyde depresyon olduğunu bulmuşlardır. Tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerindeki travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB) ele alan bir araştırmada annelerin %24'ünde çocuklarına tanı konulduktan 6 hafta sonra, %16.3'ünde 6 aydan sonra, %20.4'ünde 12 aydan sonra; babaların ise aynı zaman dilimlerinde %14.6, %10.4 ve %8.3'ünde TSSB olduğu tespit edilmiştir (Landolt vd., 2005). TSSB'nin yaygınlığı, çocuklarında herhangi bir kronik hastalık olan anne ve babalarda ise sırasıyla %19.6 ve %11.6; çocuklarında kronik bir hastalık olmayan ebeveynlerde ise %4 olarak belirtilmiştir (Cabizuca, Marques-Portella, Mendlowicz, Coutinho ve Figueira, 2009). Bu bulgulara dayanarak, genellikle kronik hastalığı yönetme sorumluluğunu üstlenen annelerde TSSB'nin babalardan daha yüksek oranda görüldüğü, kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olmanın ebeveynlerde TSSB oluşturabilen bir risk faktörü olduğu, çocuktaki kronik hastalık tip 1 diyabet olduğunda ise bu riskin daha yüksek olabileceği anlaşılmaktadır.

Lindström ve arkadaşlarının (2011) 252 tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynler ile yaptıkları araştırmada, tükenmişlik belirtilerinin yüksek olduğu ebeveynlerde sosyal desteğin düşük olduğu, serbest zamanın az olduğu, parasal sorunların fazla olduğu ve diyabetin gündelik hayatta algılanan etkisinin yüksek olduğu bulunmuştur. Tip 1 diyabetli çocuk sahibi 134 ebeveyn ile yapılan benzer bir araştırmada ise, öz-yeterliğin düşük, diyabet yönetimi hakkındaki sorumluluk algısının ve hipoglisemi endişesinin yüksek olduğu ebeveynlerde stresin de yüksek düzeyde yaşandığı görülmüştür (Streisand, Swift, Wickmark, Chen ve Holmes, 2005). Ayrıca, tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin stres düzeyi arttıkça, çocuklarındaki stres, depresif belirti ve davranış problemlerinin de arttığı; yaşam kalitesinin azaldığı; ebeveynlerdeki stres düzeyinin diyabet yönetimini olumsuz etkilediği; diyabete adaptasyon sağlansa da ebeveynlerde süregiden bir stresin hep var olduğu belirtilmiştir (Whittemore, Jaser, Chao, Jang, ve Grey, 2012).

Tip 1 diyabet teşhisi konulduktan sonra çocuk ve ebeveynin adaptasyon sürecinin 3 dönemden oluştuğu görülmektedir (Hatton vd., 1995; Smaldone ve Ritholz, 2011). Birinci dönem, hastalığın ortaya çıktığı, korku ve üzüntünün hâkim olduğu hastaneye yatış sürecini içermektedir. İkinci dönem, izolasyonun ön planda olduğu evde geçirilen adaptasyon sürecidir. Üçüncü dönem ise çocuğun okulunda ve çevresinde hastalığa uyum için gerekli değişikliklerin yapıldığı uzun süreli adaptasyon dönemi olarak belirtilmiştir. Tedavi ekibinin, çocuk ve ebeveynin içinde buldukları sürece göre şekillenen ihtiyaçlarına cevap verecek psikolojik desteği de kapsamı gerektiğine dikkat çekilmiştir (Hatton vd., 1995; Smaldone ve Ritholz, 2011).

2.7. Sonuç

Sunulan bilgiler ışığında, tip 1 diyabetin hem çocuklar hem de ebeveynler için psikolojik sorunların gelişimi için bir risk faktörü olabileceği; diyabet yönetiminin aile içi çatışmayı arttırabileceği; çocuk ve ebeveyn ruh sağlığının diyabet yönetimini olumsuz etkileyerek hastalığın seyrini bozabileceği sonucuna ulaşılmaktadır. Çocukların ve ebeveynlerinin psikolojik sorunlarını çözmeyi hedefleyen müdahale çalışmalarına ihtiyaç olduğu (Berg vd., 2010; Blanz vd., 1993) ve bu çalışmaların diyabetin yönetimi ve kontrolünde yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Cameron vd., 2007). Tip 1 diyabetli çocuk ve ebeveynleriyle yapılan mevcut müdahale çalışmalarından bazıları davranışçı aile sistemleri terapisi (Wysocki vd., 2005), sistemik terapi (Ellis vd., 2005) ve pozitif ebeveynlik programlarıdır (Westrupp vd., 2015). Son zamanlarda pozitif psikoloji müdahalelerinin kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik tedavisinde kullanılması ilgi kazanmıştır (Joyce, Hilliard, Cochrane ve Hood, 2012) ve tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleriyle kullanılabilirliği de düşünülmektedir.

2.8. Pozitif Psikoloji Perspektifinden İyi Oluş

2.8.1. Pozitif Psikoloji ile İlgili Genel Bilgiler

Klasik psikoloji yaklaşımları psikopatolojiye odaklı olduğu halde, pozitif psikoloji alanı, patolojinin yanı sıra, yolunda giden, hayatı yaşamaya değer kılan şeylere odaklanan bir akım olarak ortaya çıkmıştır (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000).

Geleneksel yaklaşımlardaki olumsuz olan eğilimin, insan potansiyelinin ve güçlü özelliklerinin üzerini örttüğü düşünülmektedir (Sheldon ve King, 2001). Patolojik belirtilerin yatışmasının, psikolojik iyi oluşun gelişmesinden farklı olduğunu vurgulayan pozitif psikoloji, psikolojik iyi oluşu arttırmanın yollarını bilimsel yöntemlerle arayan yeni bir girişimdir (Compton, 2005). Pozitif psikolojiye göre, güçlü karakter özellikleri ve erdemleri açığa çıkarılarak, iyi oluş geliştirilmelidir ve böylece neyin yanlış olduğuna odaklanan geleneksel tutum da dengelenmiş olacaktır (Sheldon ve King, 2001).

Seligman (2012), pozitif duygular, yaşama bağlılık ve anlam faktörleri ile formüleştirdiği gerçek mutluluk (*authentic happiness*) teorisine ilişkiler ve başarı boyutlarını da ekleyerek iyi oluş teorisini geliştirmiştir. Seligman (2012), geliştirdiği mutluluk modeline, bu beş boyutun baş harflerini birleştirerek PERMA iyi oluş modeli adını vermiştir. Pozitif psikolojinin temel hedeflerinden biri, bu boyutları güçlendirerek, insan doğasının gelişip ilerlemesini sağlamaktır.

Seligman'ın (2012) PERMA modelinin ilk ögesi olan pozitif duygular; coşku, haz, neşe, mutluluk, öz-merhamet gibi geçmişe, geleceğe ve şimdiki zamana olumlu bir açıdan bakmayı sağlayan duygulardan oluşur. Yaşama bağlılık; insanın ilgilendiği meşguliyetlere odaklanarak hedeflerini gerçekleştirmesi ve akış deneyimini yaşadığı aktivitelerle meşgul olması ile ilgilidir. İlişkiler; yakınlık kurma, paylaşma, sevmeye ve sevilme ihtiyaçlarına hitap eder. Anlam boyutu, insanın kendi benliğinden daha büyük bir bütünle bağ kurmasını ve ona hizmet etmesini sağlar ve böylece kendi varlığına ve meşguliyetlerine anlam verme ihtiyacını karşılar. Başarı ise insanın hedefleri yönünde ilerlemesi ve bu yolda çaba göstererek elde ettiği kazanımlardan oluşur. Bunlar iyi oluşun birbirinden bağımsız olarak tanımlanabilen ve ölçülebilen yapı taşlarıdır (Bannink, 2017; Seligman, 2012). Seligman'ın (2012) PERMA modelinin bu 5 boyutu, daha detaylı bir şekilde incelenecektir.

2.8.2. Pozitif Duygular

Pozitif duygular da negatif duygular da sağlıklı duygusal işleyişin birer parçasıdır. Negatif duygular olumsuz koşullara karşı adaptasyonu sağlarken, pozitif duygular ise sistemin yatışmasına ve normal işleyişine dönmesine yardımcı olur (Levenson, 1999)

ve uzun vadede iyi oluşa katkıda bulunur (Seligman, 2012). Pozitif duyguların, yoğun bir şekilde yaşanması değil, sıklıkla yaşanması mutluluk için gerekli ve yeterlidir (Diener, Sandvik ve Pavot, 2009). Fredrickson'ın (1998) pozitif duygu genişletme ve inşa etme teorisine göre (*broaden-and-build theory of positive emotions*) olumsuz duygular dikkati ve davranış repertuarını daraltırken, olumlu duygular dikkati genişleterek farklı algılama, düşünme ve davranma biçimlerini mümkün kılar. Bu sayede, kişisel kaynaklara olan farkındalık artar (Fredrickson, 2004). Ayrıca Fredrickson ve Joiner (2002) pozitif duygular ile geniş fikirlilik arasındaki etkileşimin çift yönlü olduğunu; pozitif duyguların bakış açısını genişlettiğini ve bakış açısındaki genişlemenin pozitif duyguları arttırdığını keşfetmiştir.

Pozitif psikoloji müdahale çalışmaları genellikle, Fredrickson'ın (1998) pozitif duygu genişletme ve inşa etme teorisini temel alarak geliştirilmiştir. Örneğin, Seligman, Steen, Park ve Peterson'ın (2005) 577 katılımcı ile yaptıkları plasebo kontrollü çalışmada, katılımcıların 1 hafta boyunca her gün güzel giden 3 şeyi nedenleriyle birlikte yazdığı 'üç güzel şey' uygulamasının depresif belirtileri azalttığı ve mutluluğu arttırdığı; 4 farklı aralıkla yapılan takip çalışmalarında, bu etkinin artarak devam ettiği; 6 ay sonra yapılan son takip çalışmasında ise depresif belirtilerin en düşük, mutluluğun ise en yüksek seviyeye ulaştığı tespit edilmiştir. Şükran ziyareti olarak adlandırılan uygulamada ise, katılımcılar teşekkür etmek istedikleri birine, bir şükran mektubu yazıp göndermişlerdir. Bu uygulamanın ise son test aşamasında depresif belirtilerde azalma ve mutluluk düzeyinde artma sağladığı, ancak bu etkinin takip çalışmalarında giderek azaldığı görülmüştür. Her iki uygulamayı, 1 haftadan daha fazla yapmaya devam eden ve alışkanlık haline getiren katılımcılarda, uygulamaları 1 haftadan sonra yapmayı bırakan katılımcılara göre, olumlu etkilerin takip aşamalarında daha fazla görüldüğü kaydedilmiştir.

Çeşitli pozitif duyguların iyi oluş üzerindeki etkisini inceleyen müdahale çalışmaları, öz-şefkat ve iyimserliğin depresyon düzeyinde azalma ve mutluluk düzeyinde artma sağladığını (Shapira ve Mongrain, 2010); affetmenin depresyon ve anksiyete düzeyinde azalma ve öz-saygıda yükselme sağladığını (Freedman ve Enright, 1996); şükretmenin iyimserlik ve yaşam tatmininde artış, negatif duygulanımda ise düşüş sağladığını göstermiştir (Froh, Sefick ve Emmons, 2008).

2.8.3. Yaşama Bağlılık

Csikszentmihalyi (1993), düşüncelerin değil, eylemlerin yaşam kalitesini belirlediğini savunmuştur. Yaşama bağlılık, ilgi ile meşgul olunan iş ve aktivitelere odaklanmadır. Belirli hedefler doğrultusunda ilerlemeye odaklanıldığında, kişi tamamen şimdiki zamanla bütünleşir ve akış durumu yaşar (Csikszentmihalyi, Abuhamdeh ve Nakamura, 2014). Araştırmalar, yaşanan en tatmin edici deneyimlerin, rahatlama sağlayan boş zaman aktivitelerinden daha çok, akış deneyiminin yaşandığı meşguliyetlerle kazanıldığını desteklemektedir (Csikszentmihalyi ve LeFevre, 1989; Delle Fave ve Massimini, 2003). Seligman (2012), tüm dikkatin verildiği, zamanın nasıl geçtiği anlaşılmayan, öz-bilincin kaybolduğu faaliyetlerin yaşattığı akış deneyimini iyi oluşun temel öğelerinden biri olarak kabul etmiştir.

Sahoo ve Sahu (2009), 128 katılımcı ile yaptıkları araştırmada, akış deneyimini daha çok yaşayan katılımcıların yaşam tatminlerinin ve pozitif duygulanımlarının daha yüksek olduğunu, negatif duygulanımlarının daha düşük olduğunu ve kendilerinden daha memnun olduklarını bulmuşlardır. Layous, Nelson ve Lyubomirsky'nin (2012) 131 katılımcı ile yaptıkları müdahale çalışmasında, katılımcılar 4 hafta boyunca haftada 1 kere mümkün olan en iyi halleri hakkında yazı yazmışlardır. Bu uygulamanın sonucunda, pozitif duygulanımda, akış deneyiminde ve yaşama bağlılıkta artma olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalar akış deneyiminin iyi oluşa katkı sağladığını ve müdahale çalışmalarında yaşama bağlılığı arttıracak uygulamalardan yararlanılabileceğini göstermektedir (Csikszentmihalyi vd., 2014).

2.8.4. Pozitif İlişkiler

Araştırmalar incelendiğinde, anlamlı ve yoğun sosyal ilişkilere sahip bireylerin daha mutlu ve uzun bir yaşam sürdüğü görülmektedir (Bannink, 2017; Kern, Della Porta ve Friedman, 2014). İletişimde aktif dinleme ve sonrasında muhatabına ilgi ve içtenlikle cevap verme olarak tanımlanan aktif-yapıcı tepki verme biçimi, sağlıklı bir iletişimin bileşenlerindedir (Gable, Reis, Impett, ve Asher, 2004). Pozitif psikoloji uygulamalarının dışadönük ve içedönük bireylerdeki etkisini inceleyen bir müdahale çalışmasında aktif-yapıcı tepki biçiminin hem dışadönük hem de içedönük bireylerde mutlulukta artma ve depresif belirtilerde azalma sağladığı, ancak içedönük bireylerin

aktif-yapıcı tepki biçiminden daha çok faydalandıkları kaydedilmiştir (Schueller, 2012). Araştırmalar sevgi, olumlu yaşantıların paylaşımı, aktif-yapıcı tepki biçimi ve güvenin, mutluluk ve yaşam tatmini veren ilişkiler oluşturduğunu desteklemektedir (Fredrickson, 2013; Gable vd., 2004; Lewicki ve Wiethoff, 2000). Gable ve arkadaşları (2000), olumlu yaşantıları paylaşmanın olumlu duygulanımı ve iyi oluşu arttırdığını ve aktif-yapıcı tepki biçiminin muhataba duyulan yakınlığı ve ilişki doyumunu arttırdığını bulmuştur.

Otake, Shimai, Matsumi, Otsui ve Fredrickson (2006), insanlara iyilikte bulunmanın (*act of kindness*) sosyal ilişkileri güçlendirerek ve minnettarlık hissini artırarak, iyi oluşa katkıda bulunabileceğini belirtmiştir. Buchanan ve Bardi (2010) ise insanlara iyilikte bulunmanın yaşam doyumunu üzerinde olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir.

2.8.5. Anlam

Seligman (2012) anlamlı yaşamı, insanın kendi varlığından büyük bir kaynağa kendisini bağlı hissetmesi ve ona hizmet etmesi olarak tanımlamaktadır. Bu anlam kaynağı sübjektiftir ve din, aile, dünya görüşü, değerler ve amaçlar gibi alanları içermektedir. Baumeister ve Vohs (2002), hayatta anlam bulmanın çekilen acıyı hafiflettiğini ve kişinin potansiyelindeki ideal benliğine ulaşması için çok gerekli bir ihtiyaç olduğunu savunmaktadır. Baumeister'a göre (1991) hayatta anlam bulmanın arkasında 4 motivasyon bulunmaktadır: (1) Bir amaca hizmet ederek yaşamak, (2) değerlere sahip olmak, (3) amaca ve değerlere dönük yaşamak için gerekli öz-yeterliği taşımak ve (4) öz-saygıya sahip olmak. Anlamlı bir hayat sürdürdüklerini belirten kişilerin bu ihtiyaçlarının tümünün karşılandığı, bu 4 ihtiyaçtan biri eksik olduğunda ise, anlam yetersizliğine sebep olabileceği düşünülmektedir (Baumeister, 1991).

Zika ve Chamberlain (1992) farklı popülasyonlarla yaptıkları araştırmalar sonucunda, hayatta anlam, amaç ve bütünlük bulan bireylerde yaşam doyumunun, psikolojik iyi oluşun ve pozitif duygulanımın daha yüksek olduğunu; negatif duygulanımın ve psikolojik sorunların daha düşük olduğunu gözlemlemişlerdir. Gander, Proyer ve Wyss (2013) ise, geçmişte yaşanan olumsuzluklara 'bir kapı kapanır, başka bir kapı açılır' bakış açısıyla anlam vermenin, mutluluk düzeyinde artma ve depresif belirtilerde azalma sağladığını göstermiştir.

2.8.6. Başarı

Seligman (2012), insanların iyi oluşları için başarılı olma yolunda çalıştıklarını gözlemledikten sonra, iyi oluş modeline başarı boyunu eklemiştir. Sadece başarmak değil, hedefler belirlemek ve o hedefler doğrultusunda çalışarak ilerlemek de başarı hissi verebilir ve mutluluğa katkı sağlayabilir (Bannink, 2017). Sheldon ve Kasser (1998), 90 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada, hedeflerinde ilerleme kaydeden öğrencilerin psikolojik iyi oluşlarında gelişme görüldüğünü, ancak bu gelişmenin, hedefleri psikolojik ihtiyaçlarıyla tutarlı olan öğrencilerde daha kalıcı olduğunu gözlemlemişlerdir. Ayrıca, hedefler kişinin kendi iç motivasyonu ve değerleriyle uyumlu olduğunda, kişi hedefe ulaşma yolunda daha fazla çaba göstermektedir ve başarıya ulaşma olasılığı daha yüksek olmaktadır (Sheldon ve Elliot, 1999).

Başarının psikolojik iyi oluş üzerindeki olumlu etkisinden dolayı, başarı boyutunu güçlendiren uygulamalar bazı müdahale çalışmalarında kullanılmıştır. Örneğin, Sheldon, Kasser, Smith ve Share (2002), 90 üniversite öğrencisine, hedef belirlemeyi ve hedeflere ulaşmak için kişisel kaynaklarını verimli kullanmayı öğreten bir eğitim düzenlemişlerdir. Bu eğitim sonucunda, öğrencilerin psikososyal iyi oluşlarında ve kendilerini gerçekleştirme (self-actualisation) düzeylerinde artma olduğunu gözlemlemişlerdir. PERMA modelinin tüm boyutlarının ayrı kitleler üzerinde uygulandığı bir araştırmada, bir hafta boyunca her gün, katılımcılardan gün içindeki başarı deneyimlerinin ve bunların oluşturmuş olduğu duyguların yazılması istenmiştir. Bu uygulamanın sonucunda, katılımcıların depresif belirtilerinde azalma ve mutluluk düzeylerinde artma olduğu görülmüştür ve bu etkinin 6 ay sonra da devam ettiği kaydedilmiştir (Gander, Proyer ve Ruch, 2016).

2.9. Psikolojik İyi Oluşun Fiziksel Sağlık ile İlişkisi

Psikolojik iyi oluşun ve mutluluğun gelişmesiyle, fiziksel sağlığın da gelişmesi, birçok araştırma tarafından desteklenmektedir (örn., Rasmussen, Scheier ve Greenhouse, 2009; Taylor, Kemeny, Reed, Bower ve Gruenewald, 2000). Chida ve Steptoe (2008), meta-analiz çalışmaları sonucunda, hem sağlıklı popülasyonda hem de hasta popülasyonunda, pozitif duygulanım ve pozitif kişilik özellikleri arttıkça, ölümlülük

oranının azaldığı, ayrıca pozitif duygulanımın olumlu etkisinin negatif duygulanımın varlığından bağımsız olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Başka bir deyişle, negatif duyguların varlığına rağmen pozitif duygular sağlık üzerinde koruyucu bir etki oluşturabilmektedir.

Pressman ve Cohen (2005), süreğen pozitif duygulanımın (*trait positive affect*) arttıkça, uzun ömürlülüğün de arttığını belirtmektedir. Veenhoven (2008) ise, mutluluğun uzun ömürlülükle ilişkisini inceleyen 30 araştırmayı analiz ettiği çalışmada, hasta olan popülasyonlarda mutluluk ile uzun ömürlülük arasında bir ilişki olmadığını, ancak sağlıklı popülasyonlarda, mutluluk arttıkça, uzun ömürlülüğün de arttığını gözlemlemiştir. Araştırma sonucunda, mutluluğun hastalığı tedavi etmediği ancak hastalıklara karşı koruyucu bir faktör olduğu çıkarımında bulunmuştur.

Hasta popülasyonlarıyla yapılan araştırmalar, psikolojik iyi oluşun, hastalıklara karşı koruduğunu ve hastalığın seyrini olumlu etkilediğini desteklemektedir (Boehm ve Kubzansky, 2012; Richman vd., 2005; Taylor vd. 2000). Boehm ve Kubzansky (2012), hasta ve sağlıklı popülasyonları kapsayan derleme çalışmalarının sonucunda, psikolojik iyi oluşun, özellikle iyimserliğin, kalp-damar hastalıklarına karşı koruyucu bir faktör olduğu, mutlu bireylerin sağlıklarını güçlendiren davranışlarda bulunduğu ve sağlığa zararlı davranışlardan kaçındığı sonucuna ulaşmışlardır. Richman ve arkadaşları (2005) ise, 1041 katılımcı ile yaptıkları araştırmanın sonucunda, umut ve meraklılık düzeyi yüksek bireylerin, hipertansiyon, diyabet ve solunum yolu enfeksiyonu geçirme riskinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Bir başka araştırmada, Taylor ve arkadaşları (2000) HIV enfeksiyonu taşıyan bireylerin hastalığın ilerleyişi hakkında iyimser inançlara sahip olmalarının ve yaşananlarda anlam bulmanın, hastalığın ilerlemesini yavaşlatabileceğini gözlemlemiştir.

Literatürdeki araştırmalar, psikolojik iyi oluşun fiziksel sağlık üzerindeki olumlu etkisinin, diyabette de görüldüğünü desteklemektedir (Boehm, Kivimaki, Trudel-Fitzgerald ve Kubzansky, 2015; Celano, Beale, Moore, Wexler ve Huffman, 2013; Joyce vd., 2012; Skinner, John ve Hampson, 2000). Örneğin, Boehm ve arkadaşları (2015), 7.200 sağlıklı yetişkini 13 yıl takip ettikleri araştırmanın sonucunda, yaşam tatmini ve duygusal zindeliği (*emotional vitality*) yüksek olan bireylerin, diyabet tanısı alma olasılığının düşük olduğunu, ancak iyimserlikle diyabet tanısı alma arasında bir

ilişki bulunmadığını göstermişlerdir. Joyce ve arkadaşları (2012) ise, yaptıkları derleme sonucunda, tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlik, öz-saygı ve uyumlu baş etme düzeyleri arttıkça, diyabet yönetimi ve kontrolünün de daha sağlıklı seyrettiği sonucuna ulaşmışlardır. Tip 1 diyabetli ergenlerde ise, aile ve arkadaşların verdiği sosyal desteğin, sağlıklı diyabet rejimini yordadığı bulunmuştur (Skinner, John ve Hampson, 2000). Celano ve arkadaşları (2013), öz-yetkinlik, iyimserlik ve dayanıklılık gibi pozitif kişilik özelliklerinin, diyabetli hastalarda düşük komplikasyon ve ölümlülük oranını yordadığını tespit etmişlerdir. Ayrıca, öz-yetkinlik, iyimserlik ve dayanıklılık düzeyleri yüksek kişilerin, diyabet yönetiminde de başarılı oldukları görülmüştür (Celano vd., 2013).

Psikolojik iyi oluşun sağlık üzerindeki olumlu etkisi farklı şekillerde açıklanmaktadır. Bir perspektife göre, psikolojik iyi oluş, nöroendokrin ve bağışıklık sistemlerinin vücuttaki dengeyi korumaları için birlikte daha etkili çalışmalarını sağlamaktadır (Howell, Kern ve Lyubomirsky, 2007). Bir başka perspektife göre, psikolojik iyi oluş, dolaylı olarak fiziksel sağlığı etkilemektedir (Salovey, Rothman, Detweiler ve Steward, 2000; Snyder, Irving ve Anderson, 1991). Örneğin, Salovey ve arkadaşları (2000) pozitif duygudurumuna sahip olan kişilerin, fiziksel belirtileri daha az hissettiklerini, sağlıklarını geliştirmede kendilerini daha yetkin gördüklerini ve hastalıklarının iyileşeceği yönündeki inançlarının daha kuvvetli olduğunu belirtmişlerdir. Buna ek olarak, gelecek hakkında umutlu olmak, hastalığın olası sonuçları hakkında bireylerin daha gerçekçi düşünmelerini, bilgi edinmelerini ve gereken önlem ve tedavi yollarına başvurmalarını kolaylaştırmaktadır (Snyder, Irving ve Anderson, 1991). Ayrıca, iyimser olan bireylerde, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, sigara kullanmama gibi sağlıklı davranışların daha çok görüldüğü tespit edilmiştir (Giltay, Geleijnse, Zitman, Buitjse ve Kromhout, 2007).

2.10. Kronik Hastalığı Olan Bireylerle Yapılan Pozitif Psikoloji Müdahale Çalışmaları

Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan pozitif psikoloji müdahale çalışmaları incelendiğinde, Tablo 1.1'de görüldüğü gibi, bu çalışmaların büyük bir kısmının, psikolojik iyi oluşu geliştirmeyi hedefledikleri (Andrewes, Walker ve O'Neill, 2014; DuBois vd., 2016; Müller vd., 2016) ve yetişkinlerle yapıldıkları görülmektedir

(Andrewes, Walker ve O'Neill, 2014; Cohn vd., 2014; Dubois vd., 2016; Flink vd., 2015; Huffman vd., 2016; Moskowitz vd., 2017; Müller vd., 2016; Nikrahan vd., 2017; Peters vd., 2017; Ramachandra vd., 2009). Pozitif psikoloji müdahalelerinin etkililikleri yetişkinlerle yapılan araştırmalarla birçok kez gösterilmiştir, ancak pozitif psikoloji müdahalelerinin çocuk popülasyonlar üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar son birkaç yılda yapılmaya başlanmıştır (Kwok, Guv e Kit, 2016; Owens ve Patterson, 2013). Bunun sebebi, yetişkinler için tasarlanan müdahalelerinin çocuklarda da uygulanabilmesi için, çocukların sosyal ve bilişsel gelişim düzeylerine göre uyarlanmalarının gerekmesi, ancak bu tür uyarlamaların yeterli düzeyde yapılmamasıdır (Kirschman, Johnson, Bender ve Roberts, 2009).

Pozitif psikoloji müdahale yöntemleri kronik hastalığı olan çocuklarda, bilginiz dahilinde, iki kere uygulanmıştır (Chaves, Vazquez ve Hervaz, 2016; Jaser vd., 2014). Bunlardan biri olan, Chaves, Vazquez ve Hervas'ın (2016) kanser ve nakil hastaları gibi ağır hastalığı bulunan çocuklarla yaptıkları, çocukların hayal ettikleri dileklerinin yerine getirildiği 3 haftalık müdahale sonucunda, çocukların pozitif duygu, yaşam doyumu ve güçlü karakter özelliklerinde artma, bulantı oranlarında azalma görülmüştür. Negatif duygu ve depresyon düzeylerinde ise değişim görülmemiştir. Tip 1 diyabetli çocuklarla yapılmış pozitif psikoloji müdahale çalışması ise, sadece bir tanedir (Jaser, Patel, Linsky ve Whittemore, 2014). Jaser ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen pozitif psikoloji müdahale programı 13-17 yaşlar arasındaki tip 1 diyabetli ergenlerin iyi oluşunu arttırmayı ve HbA1c düzeylerini azaltmayı hedeflemiştir. Müdahale programı, pozitif duygulanımı arttırmaya dönük 8 haftalık uygulamalardan oluşmaktadır. Müdahale programı sonucunda, çocukların HbA1c düzeylerinde azalma görülürken, aile içi çatışma ve yaşam kalitesinde değişiklik görülmemiştir.

Pozitif psikoloji müdahaleleri haricindeki, kronik hastalığı olan çocuklar üzerinde yapılan diğer müdahale çalışmaları, genellikle hastalığın yönetimine olan uyumsuzluğu ve psikolojik sorunları azaltmaya odaklanmaktadır (Drotar, 2006). Literatüre egemen olan bu sorun odaklı yaklaşım nedeniyle, pozitif psikoloji müdahalelerinin kronik hastalığı olan çocuklarda yeterince uygulanmadığı düşünülmektedir.

Tablo 1.1'e bakıldığında, müdahale çalışmalarının büyük bir kısmında kontrol grubunun bulunduğu, 2 çalışmada ise kontrol grubunun bulunmadığı görülmektedir (Dubois vd., 2016; Flink vd., 2015). Örneklemeler en az 5, en fazla 80 katılımcıdan oluşmaktadır (Andrewes, Walker ve O'Neill, 2014; Moskowitz vd., 2017). Yapılan müdahaleler, olumlu giden şeyleri bulma, şükür günlüğü, güçlü karakter özelliklerini kullanma, farkındalık egzersizi, iyilik dolu davranışlarda bulunma gibi, pozitif psikolojinin yaygın olarak kullanılan uygulamalarından oluşmaktadır.

Müdahale yöntemleri, çalışmaların büyük bir kısmında online veya telefon yoluyla, katılımcıların uzaktan takip edebilecekleri şekilde gerçekleştirilmiştir (Cohn vd., 2014; Huffman vd., 2016). Bir kısmında ise, katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılarak takip sağlanmıştır (Chavez, Vazquez ve Hervas, 2016). Müdahale programlarının süreleri incelendiğinde, 3 hafta ile 12 hafta arasında değiştiği görülmektedir (Chavez, Vazquez ve Hervas, 2016; Andrewes, Walker ve O'Neill, 2014). Araştırmalarda kullanılan ölçeklerin, müdahale yöntemlerine ve beklenen etkilere göre seçildiği görülmektedir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, istisnalar haricinde, mutluluk, yaşam kalitesi, pozitif duygulanım, benlik saygısı gibi değişkenlerde artma görülmüştür. Depresyon, aksiyete, negatif duygulanım ve stres gibi psikolojik sorunlarda ise azalma görülmektedir.

Tablo 2.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerle Yapılan Pozitif Psikoloji Müdahale Çalışmaları

Çalışma	Örneklem	Katılımcı Sayısı	Müdahale	Müdahalelerin Uygulanma Yöntemi	Müda- halenin Süresi	Ölçekler	Sonuç
Andrewes, Walker ve O'Neill (2014)	Beyin hasarı geçiren yetişkinler	Müdahale grubu = 5 Kontrol grubu = 5	Her gün 3 olumlu şeyi bulma, Her gün güçlü karakter özelliklerini yeni bir şekilde kullanma	Yüz yüze	12 hafta	HADS, AHI, HISDS	Mutluluk ve benlik algısında gelişme görülmüştür
Chaves, Vazquez ve Hervas (2016)	Ağır hasta çocuklar (kanser, nakil ve diğer hastalıklar)	Müdahale grubu = 39 Kontrol grubu = 39	Çocukların hayal ettikleri dilekleri yerine getirme	Yüz yüze	3 hafta	PNES, SLSS, BMSLSS, PedsQoL, BFSC, YLOT, CESD-7, Medikal statü	Çocukların pozitif duygu, yaşam doyumu ve güçlü karakter özelliklerinde artma, bulantı oranlarında azalma görülmüştür. Negatif duygu ve depresyon düzeylerinde değişim görülmemiştir

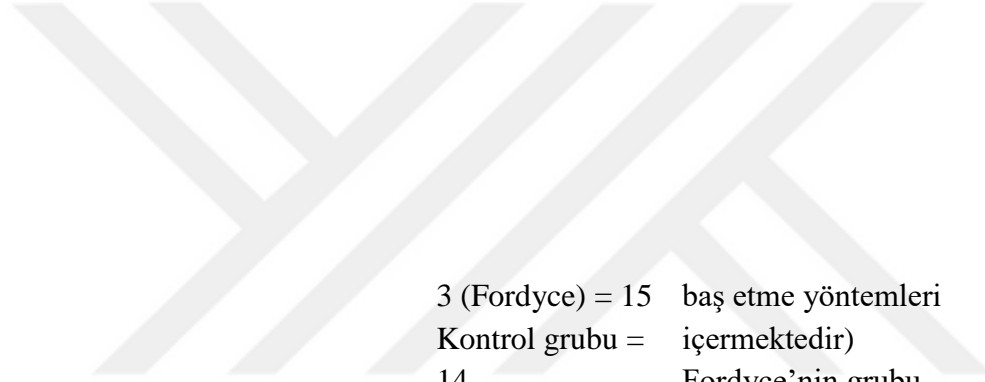
						raporu	
Cohn ve ark. (2014)	Tip 2 diyabetli yetişkinler	Müdahale grubu = 29 Kontrol grubu = 20	Olumlu olayları fark etme, keyif dolu anların tadını çıkarma, şükür günlüğü, farkındalık, pozitif yeniden değerlendirme, öz-olumlama ve güçlü noktaları fark etme, hedef belirleme, iyilik dolu davranışlarda bulunma	Online	5 hafta	CES-D, PSS, DES, CIDS, DDS	Depresyon, negative duygulanım ve algılanan stress düzeylerinde azalma, pozitif duygulanımda artma görülmüştür. Sağlık davranışlarında ise değişim gözlemlenmemiştir
DuBois ve ark. (2016)	Tip 2 diyabetli yetişkinler	Müdahale grubu = 12	Şükür günlüğü, güçlü karakter özellikleri, şükür mektubu, eğlenceli ve anlamlı aktiviteler, geçmiş başarıları hatırlama, iyilik dolu	İlk temas yüz yüze yapıldıktan sonra, katılımcılar müdahaleleri kendileri	12 hafta	LOT-R, GQ-6, HADS, DDS, PROMIS, SDSCA, MOS SAS	İyimserlik ve şükürde artış, depresyon, anksiyete ve strese azalma görülmüştür. Diyabetle ilgili öz-bakım ve işleyişte, sağlık davranışlarında

			davranışlarda bulunma	uygulamışlardır		gelişme görülmüştür	
Flink ve ark. (2015)	Kronik ağrısı olan yetişkinler	Müdahale grubu = 5	Öz-şefkat mektubu ve günlüğü, her gün 3 olumlu şeyi bulma, keyif dolu anların tadını çıkarma, mutlu günleri yeniden yaşama, 'mümkün olan en iyi kendim'i hayal etme	Haftada bir kere, 1 saatlik yüz yüze görüşmeler yapılmıştır.	7 hafta	PDI, SWLS, HADS, SCS, SBI, LOT-R, PTQ, AAQ-II, PANAS, WBQ12, PCS	Ağrıyı felaketleştirme düzeylerinde azalma görülmüştür. Diğer değişkenlerde tutarlı sonuca ulaşılamamıştır
Huffman ve ark. (2016)	Akut koroner sendromlu yetişkinler	Müdahale grubu = 23 Kontrol grubu = 25	Olumlu olayları hatırlama, güçlü karakter özelliklerini kullanma, şükür mektubu, eğlenceli ve anlamlı aktiviteler, geçmiş başarıları hatırlama, iyilik dolu davranışlarda	Katılımcılar müdahaleleri kendileri uygulamış, telefon görüşmeleri ile takip edilmişlerdir	8 hafta	PANAS, LOT-R, HADS,	Pozitif duygulanımda artma, anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma görülmüştür İyimserlik düzeylerinde bir değişim gözlemlenmemiştir

bulunma

Jaser ve ark. (2014)	Tip 1 diyabetli çocuklar	Müdahale grubu = 20 Kontrol grubu = 19	Şükür, öz-olumlama, ebeveyn olumlama, küçük hediyeler alınması	Katılımcılar müdahaleleri kendileri uygulamış, telefon görüşmeleri ile takip edilmişlerdir	8 hafta	PANAS, CDI, CES-D, SCI, DFCS, PedsQoL	Çocukların HbA1c düzeylerinde azalma görülmüştür. Aile içi çatışma ve yaşam kalitesinde değişiklik görülmemiştir. Pozitif duygulanım arttıkça, HbA1c düzeylerinin azaldığı görülmüştür
Moskowitz ve ark. (2017)	HIV taşıyan yetişkinler	Müdahale grubu = 80 Kontrol grubu = 79	Olumlu olayların farkındalığını artırma, şükür günlüğü, farkındalık egzersizi, pozitif yeniden değerlendirme, güçlü karakter özellikleri, hedef belirleme, iyilik dolu davranışlarda	Katılımcılarla 5 kere bire bir görüşme ve 1 telefon görüşmesi gerçekleştirilmiştir	5 hafta	DES, DRM, CES-D	Pozitif duygulanımda artma, antidepresan kullanımında ise azalma görülmüştür. HIV ile ilgili engellenemeyen ve kaçınılan düşüncelerde azalma olmuştur

			bulunma				
Müller ve ark. (2016)	Kronik ağrısı olan ve fiziksel engelli yetişkinler	Müdahale grubu = 51 Kontrol grubu = 45	İyilik dolu davranışlarda bulunma, şükür, keyifli anların tadını çıkarma, akış deneyimi, fiziksel aktivite, maneviyata zaman ayırma, yakınlarla ilişkileri geliştirme, hedef belirleme, affetme mektubu	Online	8 hafta	PD-Q, PWI-A, PANAS, HADS, PCS, SOPA	Ağrı yoğunluğu, ağrıyı felaketleştirme ve depresyon düzeyinde azalma, ağrının kontrol edilebilirliği, yaşam doyumunu ve pozitif duygulanımda artma görülmüştür. Negatif duygulanım ve ağrıyı kabullenmede değişim görülmemiştir
Nikrahan ve ark. (2017)	Kalp hastası yetişkinler	Müdahale grubu 1 (Seligman) = 13 Müdahale grubu 2 (Lyubomirsky) = 13 Müdahale grubu	Seligman'ın grubu (pozitif duygular, güçlü karakter özellikleri, anlam bulma) Lyubomirsky'nin grubu (Seligman'a ek olarak maneviyat ve	Yüz yüze; haftada 1, 90 dk'lık seanslar yapılmıştır	6 hafta	OHI, BDI-II, SWLS, DHS	Uygulamaların sonunda değişkenlerde anlamlı bir fark görülmemiştir, ancak 9 hafta sonraki takip testinde mutluluk ve umut düzeylerinde anlamlı artma, depresyon düzeyinde



		3 (Fordyce) = 15 Kontrol grubu = 14	baş etme yöntemleri içermektedir) Fordyce'nin grubu (diğerlerine ek olarak, hedef belirleme içermektedir)				anlamli azalma görülmüştür
Peters ve ark. (2017)	Kronik ağrısı olan yetişkinler	Müdahale grubu (PPI) = 43 Müdahale grubu (iCBT) = 55 Kontrol grubu = 41	Öz-şefkat mektubu, öz-şefkat günlüğü, her gün 3 olumlu şeyi bulma, keyif dolu anların tadını çıkarma, iyimserlik, 'mümkün olan en iyi kendim'i hayal etme	Online	8 hafta	HADS, FIQ, BMIS, LOT-R, PCS, PTQ	İki müdahale grubunda da depresyon düzeylerinde azalma, mutluluk düzeylerinde artma görülmüştür. Fiziksel sorunlarda ise bir fark görülmemiştir
Ramachandra ve ark. (2009)	Kanser hastası yetişkinler	Müdahale grubu = 23 Kontrol grubu = 23	Pozitif deneyimler günlüğü tutma, farkındalık egzersizi, eğlenceli aktivite planlama	Müdahale öncesi ve sonrası katılımcılarla yüz yüze görüşme	6 hafta	WHO-QOL-BREF, HADS, SOFAS, LOT-R,	Yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinde azalma görülmüştür



yapılmıştır.
Katılımcılar
müdahaleleri
kendileri
uygulamıştır

TIPI

Notlar: HADS: The Hospital Anxiety and Depression Scale, AHI: Authentic Happiness Index, HISDS: Head Injury Semantic Differential Scale II, PNES: Positive and Negative Emotional Style Scale, SLSS: The Student Life Satisfaction Scale, BMSLSS: The Brief Multidimensional Student Life Satisfaction Scale, PedsQoL: Pediatric Quality of Life Scale, BFSC: The Benefit Finding Scale for Children, YLOT: The Youth Life Orientation Test, CESD-7: The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, PSS: Perceived Stress Scale, DES: Differential Emotions Scale, CIDS: Confidence in Diabetes Self Care Scale, DDS: Diabetes Distress Scale, LOT-R: Life Orientation Test-Revised, GQ-6: Gratitude Questionnaire, PROMIS: The Patient-Reported Outcome Measurement Information System, SDSCA: Summary of Diabetes Self Care Activities, MOS SAS: Medical Outcomes Study Specific Adherence Scale, PDU: The Pain Disability Index, SWLS: The Satisfaction with Life Scale, SCS: Self Compassion Scale, SBI: Savoring Beliefs Inventory, PTQ: The Perseverative Thinking Questionnaire, AAQ-II: The Acceptance and Actions Questionnaire, PANAS: Positive and Negative Affect Scale, WBQ12: Wellbeing Questionnaire, PCS: Pain Catastrophizing Scale, CDI: Children's Depression Inventory, SCI: Self Care Inventory, DFCS: The Diabetes Family Conflict Scale, DRM: Day Reconstruction Method, PD-Q: Pain Detect Questionnaire, PWI-A: Personal Wellbeing Index-Adult Version, SOPA: Survey of Pain Attitudes, OHI: The Oxford Happiness Inventory, BDI-II: Beck Depression Inventory, DHS: Dispositional Hope Scale, FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire, BMIS: Brief Mood Introspection Scale, WHO-QOL-BREF: WHO Quality of Life Scale-BREF, SOFAS = The Social and Occupational Functioning Assessment Scale, TIPI = Ten-item Personality Inventory

2.11. Araştırmanın Önemi, Amacı ve Hipotezler

Kronik bir hastalıkla erken yaşta karşılaşmak, hem çocuklar hem de ebeveynleri için psikolojik açıdan oldukça zorlu bir deneyim olabilmektedir. Genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkan tip 1 diyabet, çocuklarda ve ebeveynlerinde psikolojik uyum problemlerine yol açabilmektedir. Tip 1 diyabetin yönetimi, sıkı bir kan şekeri takibini ve birçok kısıtlama ve kurala uyumu gerektirmektedir. Çocukların diyabet yönetimini sağlamaya çalışan ebeveynler ile kurallara uymada zorlanan çocuklar arasında yaygın olarak çatışma ve iletişim sorunları görülmektedir. Tip 1 diyabetin yönetiminden açığa çıkan gerginlik ve stres, kan şekeri düzeyini etkileyebilecek biyolojik süreçleri harekete geçirme potansiyeline sahiptir. Aynı zamanda, bu stres kurallara uyumu daha da zorlaştırarak hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmektedir.

Özet olarak, tip 1 diyabet, ebeveynlerin psikolojik sağlığını, çocukların ise hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkileyebilmektedir. Tip 1 diyabetli çocukların ve ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşlarını geliştirecek ve hastalığı daha iyi yönetmelerini sağlayacak müdahale çalışmalarına ihtiyaç olduğu gözlemlenmektedir. Literatürde tip 1 diyabetli çocuklar için geliştirilen farklı teorik temellere dayanan müdahale programları mevcuttur. Ancak, hem çocuk hem de ebeveyn ruh sağlığına odaklanan müdahale programlarının eksikliği görülmektedir.

Pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin, bireylerin içindeki potansiyeli ortaya çıkartıp geliştirdiği, yapılan araştırmalarda birçok kez desteklenmiştir (Bolier vd., 2013). Pozitif psikoloji müdahalelerinin, kronik hastalığı olan bireylerin ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkisi de, yapılan araştırmalarla gösterilmiştir (Müller vd., 2016; Nikrahan vd., 2017). Ancak, tip 1 diyabetli çocuklarla yapılan, sadece 1 tane pozitif psikoloji müdahale çalışması bulunmaktadır (Jaser vd., 2014). Hem tip 1 diyabetli çocuklar, hem de ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşlarını güçlendirmeyi hedefleyen bir pozitif psikoloji müdahale çalışması ise, mevcut bilgimiz dâhilinde, bulunmamaktadır. Pozitif psikolojinin fiziksel sağlık üzerindeki bilinen olumlu etkisinden dolayı, uygulamaların diyabet kontrolü açısından olumlu sonuçlar doğurabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, pozitif psikoloji uygulamaları, katılımcıların uzaktan, kendi kendilerine uygulayabileceği nitelikte olduğu için de tercih edilebilir.

Mevcut araştırmada, tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleri için geliştirilen ve PERMA modelinin 5 boyutuna (pozitif duygular, yaşama bağlılık, pozitif ilişkiler, anlam ve başarı) dayanan 6 haftalık pozitif psikoloji müdahale programının, psikolojik iyi oluş ve diyabet kontrolü üzerindeki etkisi incelenecektir. Bu çalışma, pozitif psikoloji müdahale yöntemlerini, hem tip 1 diyabetli çocuklar hem de ebeveynlerinin aynı araştırmada psikolojik iyi oluşlarını geliştirmede kullanan ilk çalışmadır.

Bu çalışmanın araştırma soruları aşağıda belirtildiği şekildedir:

1. Pozitif psikoloji müdahale programının ebeveynlerin mutluluk düzeyi üzerindeki etkisi nedir?
2. Pozitif psikoloji müdahale programının ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerindeki etkisi nedir?
3. Pozitif psikoloji müdahale programının ebeveynlerin pozitif ve negatif duygulanım düzeyleri üzerindeki etkisi nedir?
4. Pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocukların anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisi nedir?
5. Pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocukların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri üzerindeki etkisi nedir?
6. Pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocukların HbA1c düzeyleri üzerindeki etkisi nedir?
7. Pozitif psikoloji müdahale programının tamamlanma oranı, ön test ve son test puanları arasındaki farkla ilişkili midir?

Araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. Pozitif psikoloji müdahale programına katılan ebeveynlerin müdahale sonrasında depresyon, anksiyete ve stres düzeyinde ön test puanına göre azalma olacaktır.
2. Pozitif psikoloji müdahale programına katılan ebeveynlerin müdahale sonrasında pozitif duygulanım düzeyinde ön test puanına göre artma olacaktır.
3. Pozitif psikoloji müdahale programına katılan ebeveynlerin müdahale sonrasında negatif duygulanım düzeyinde ön test puanına göre azalma olacaktır.
4. Pozitif psikoloji müdahale programına katılan tip 1 diyabetli çocukların müdahale

sonrasında anksiyete ve depresyon düzeylerinde ön test puanına göre azalma olacaktır.

5. Pozitif psikoloji müdahale programına katılan tip 1 diyabetli çocukların müdahale sonrasında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyinde ön test puanına göre artma olacaktır.

6. Pozitif psikoloji müdahale programına katılan tip 1 diyabetli çocukların müdahale sonrasında HbA1c düzeylerinde ön test puanına göre azalma olacaktır.

7. Pozitif psikoloji müdahale programının tamamlanma oranı, ön test ve son test puanları arasındaki farkla pozitif yönde ilişkilidir.



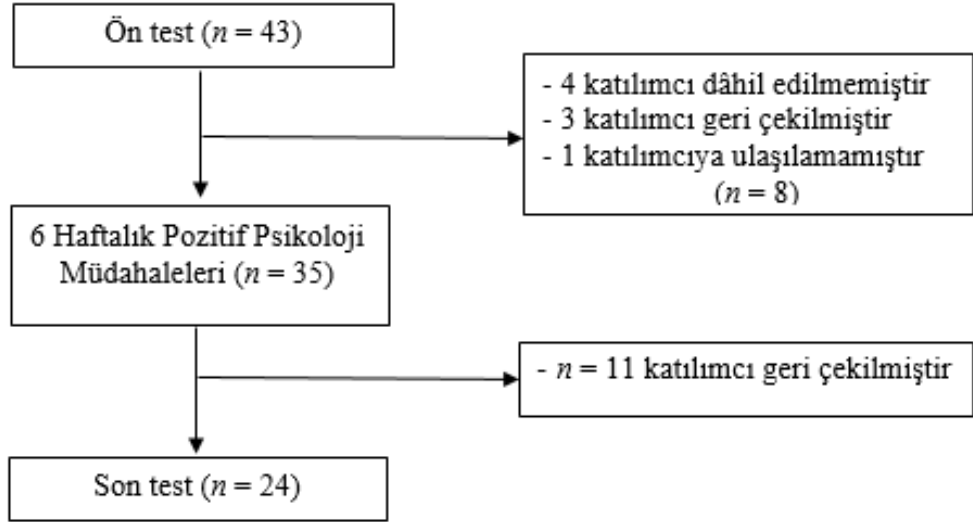
BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu araştırmanın katılımcıları 2018 yılının Ekim ve Aralık ayları arasında ulaşılan 7-13 yaşları arasındaki 24 tip 1 diyabetli çocuk ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Katılımcılara tip 1 diyabetli çocukların ebeveynlerinin üye olduğu Facebook gruplarında yapılan duyurularla ulaşılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri, yaşı 7-13 arasında olan tip 1 diyabetli çocuk sahibi olmak, tip 1 diyabet teşhisi konmasının üzerinden en az 6 ay geçmiş olması ve anadilin Türkçe olmasıdır. Araştırma duyurusunda yer alan ön test anketi linkini toplam 43 katılımcı doldurmuştur. Ancak, bu katılımcılardan 4'ü (%9,3) yaş kriterini karşılamadığı için araştırmaya dâhil edilmemiş, 3'ü (%6,9) araştırmadan geri çekildiğini bildirmiş, 1 katılımcıya (%2,3) ise ulaşılamamıştır. Kalan 35 katılımcı ile pozitif psikoloji müdahale programına başlanmıştır. Müdahale programı bitimine kadar toplam 11 katılımcı (%25,5) araştırmadan geri çekildiğini bildirmiştir. Araştırmayı bırakan veya dahil edilmeyen 19 katılımcı (%44,1) ile tamamlayan 24 katılımcı (%55,8) arasında yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, çalışma durumu, diyabet tanılı ay ve son HbA1c değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ön test aşamasından sonra 6 haftalık müdahale programı sürecini tamamlayan ve son test verilerini sağlayan 24 çocuk ve ebeveyni bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Katılımcıların araştırma sürecindeki dağılımı Şekil 3.1'de gösterilmektedir.



Şekil 3.1. Katılımcıların Araştırma Sürecindeki Dağılımı

3.2. Veri toplama araçları

Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları olan Kişisel Bilgi Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, PERMA Ölçeği ve Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği ebeveynler tarafından; Çocuklar için Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş çocuklar tarafından doldurulmuştur. Bu ölçekleri kullanabilmek için, Türkçe'ye uyarlama çalışmasını yapan araştırmacılardan yazılı olarak izin alınmıştır. Ölçeklerin psikometrik özellikleri Ek 1'de yer almaktadır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların araştırma için gerekli olan kişisel bilgilerini elde etmek için kullanılan Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu formda katılımcının adres ve telefonu, ebeveynin yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, mesleği, medeni durumu, ailede kimlerin yaşadığı, çocuk sayısı, diyabetli çocuğun yaşı, cinsiyeti, diyabet tanısını aldığı tarih, son HbA1c ölçümünün yapıldığı tarih ve sonucu sorulmuştur. Kişisel Bilgi Formu'nun bir kopyası Ek 2'de sunulmuştur.

3.2.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) bireylerin olumsuz duygudurumunu ölçen 42 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Her biri 14 maddeden oluşan depresyon, anksiyete ve stres alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçektir. Her madde 0 = 'bana uygun değil' ve 3 = 'bana genellikle uygun' arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 126, en düşük puan 0'dır. Puanlar yükseldikçe olumsuz duygudurum artmaktadır. Yetişkinler için tasarlanan ölçek, bu araştırmada ebeveynlerin müdahale öncesi ve sonrası depresyon, anksiyete ve stres seviyelerini ölçmek için kullanılmıştır. Bu ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1'de bulunmaktadır.

3.2.3. PERMA Ölçeği

Bu ölçek Martin Seligman'ın kavramsallaştırdığı iyi oluş modelinin pozitif duygulanım, yaşama bağlılık, yakın ilişkiler, anlam ve başarıdan oluşan 5 boyutunu ölçmek için tasarlanmıştır. Bu araştırmaya katılan ebeveynlerin müdahale öncesi ve sonrası iyi oluşunu ölçmek amacıyla kullanılmıştır. 23 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Her madde 0 = 'hiç' ve 10 = 'tamamen' arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin, iyi oluş modelinin beş boyutu ile sağlık ve olumsuz duygulardan oluşan yedi alt ölçeği bulunmaktadır. Bunların yanında yalnızlık ve genel iyi oluşu ölçen birer madde bulunmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması iyi oluşun arttığını göstermektedir. Bu ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1'de bulunmaktadır.

3.2.4. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği

Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ; Gençöz, 2000) pozitif ve negatif duyguların ne sıklıkla hissedildiğini ölçen 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu araştırmada ebeveynlerin müdahale öncesi ve sonrası dönemdeki duygu durumunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçekte 10 pozitif ve 10 negatif duygunun sıklığı 1 = 'çok az veya hiç' ile 5 = 'çok fazla' arasında derecelendirilmektedir. Pozitif ve negatif duygu alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Alt ölçeklerin her birinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1'de bulunmaktadır.

3.2.5. Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş

Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y; Görmez vd., 2017) çocukların DSM-IV'e göre tanımlanan anksiyete ve depresyon belirtilerini ölçmek için geliştirilmiştir. 47 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin 0 = 'asla' ile 3 = 'her zaman' arasında değer aldığı Likert tipinde bir ölçektir. Sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, genel anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluğu ve duygudurum düzenleyememe bozukluğu olmak üzere toplam altı alt ölçekten oluşmaktadır. Yüksek puanlar anksiyete ve depresif belirti düzeyinin arttığını göstermektedir. Her bir alt ölçekten alınan ham puanın karşılık geldiği T-puanı değerlendirmeye alınır. T-puanının 65 ve üstünde olması anksiyete ve depresyon belirtilerinin klinik düzeyde olabileceğini göstermektedir. Bu ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1'de bulunmaktadır.

3.2.6. Çocuklar için Genel Amaçlı Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çocuklar için Genel Amaçlı Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL; Eser vd., 2008) 7-13 yaş arasındaki çocukların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini 24 madde ile ölçen bir ölçektir. Likert tipindedir. 1 = 'hiçbir zaman' ve 5 = 'her zaman' arasında puanlanmaktadır. Fiziksel iyi oluş, duygusal iyi oluş, öz-saygı, aile, arkadaşlar ve okul olmak üzere toplam 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçek puanlarının bağımsız hesaplanmasından sonra hepsinin toplanmasıyla Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi (SYK) puanına ulaşılmaktadır. SYK puanı yükseldikçe sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artmaktadır. Ölçeğin psikometrik özellikleri Ek 1'de sunulmuştur.

3.3. Pozitif Psikoloji Müdahale Programı

Bu araştırmada 6 haftalık bir pozitif psikoloji müdahale programı oluşturulmuştur. Her hafta ebeveynin 2 uygulama, çocuğun da Tablo 2.1. de belirtilen uygulamaları ebeveynleri ile birlikte yapmaları beklenmiştir. Uygulamaların seçiminde, Bannink'in (2012) "201 Pozitif Psikoloji Uygulaması" kitabından yararlanılmıştır. Katılımcılara gönderilen müdahale programının içeriği ve yönergeler Ek 3'te sunulmuştur. Seligman'ın iyi oluş modelinin boyutları, haftaların temalarını oluşturmaktadır.

Sırasıyla başarı, pozitif duygular, yaşama bağlılık, ilişkiler ve anlam boyutlarını güçlendirmeyi hedefleyen uygulamalar müdahale çalışmasında yer almaktadır. Pozitif duygular boyutu, görece daha kapsamlı olduğundan ve bu alanı güçlendirecek uygulamaların çeşitliliğinden dolayı, pozitif duygular temasına iki hafta ayrılmıştır. Bu uygulamalar, ebeveynin tek başına yapacağı ve ebeveyn ile çocuğun birlikte yapacağı etkinlik ve ödevlerden oluşmaktadır. Her bir haftanın uygulamaları, ayrı kapalı zarflar içerisinde katılımcılara gönderilmiştir. Her haftanın PERMA boyutu, içeriği ve kimin tarafından uygulanacağı Tablo 2.1’de özetlenmiştir.

Tablo 3.1. 6 Haftalık Pozitif Psikoloji Müdahale Programı, PERMA Boyutları ve Uygulayıcı Kitlesi

	PERMA Boyutu	Ebeveyn	Ebeveyn-Çocuk
1. Hafta	Başarı		
- Başarı kutusu yapın		*	*
- Başarınızı sertifikalandırın		*	*
2. Hafta	Pozitif Duygular		
- Güzel giden şeyleri bulun		*	
- Sanatsal bir kalp tasarlayın		*	*
3. Hafta	Pozitif Duygular		
- Şükür kavanozu yapın		*	*
- Affetme mektubu yazın		*	
4. Hafta	Yaşama Bağlılık		
- Mutluluğunuzu resmedin		*	*
- Bir sokak hayvanı besleyin		*	*
5. Hafta	İlişkiler		
- Şükran ziyareti yapın		*	*
- Övgü akordeonu oyunu oynayın		*	*
6. Hafta	Anlam		
- Şükür günlüğü tutun		*	
- Yağmurlu gün mektubu yazın		*	

3.4. İşlem

Bu araştırmayı gerçekleştirebilmek için Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır. Nicel metolojiye sahip olan bu araştırmada, tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi

kullanılmıştır. Katılımcılara ulaşmak için araştırma ilgili Facebook gruplarından duyurulmuş ve veri toplamada internet platformu kullanılmıştır. Araştırma afişinde yer alan anket linkine tıklayan katılımcılar, araştırmanın amacı ve süreç boyunca uygulanacak işlemler hakkında detaylı bilgi içeren, gönüllülük ve gizlilik esasına dayalı Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu onaylamışlardır. Bu formun bir kopyası Ek 4'te bulunmaktadır. Formu okuyarak araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynler, toplam 3 ölçek doldurmuşlardır. Akabinde, araştırmaya dâhil olan çocuklar da 2 ölçek doldurmuşlardır. Çocuk Rıza Formu'nun bir kopyası Ek 5'te sunulmuştur. Bu kısım araştırmanın müdahale öncesi verilerini sağlayan ön-test aşamasını oluşturmaktadır.

Ön test aşamasını tamamlayan ebeveynlere, altı hafta sürecek pozitif psikoloji uygulamalarının ayrıntılı olarak anlatıldığı, her birinde iki uygulamanın bulunduğu altı zarf posta yoluyla gönderilmiştir. Ebeveynlerden birinci haftanın zarfından başlayarak sırayla altı haftanın uygulamalarını çocuklarıyla birlikte yapmaları beklenmiştir. Uygulama sürecinde ebeveynler haftada bir kere araştırmacı tarafından aranarak veya mesaj yoluyla uygulamalar hakkında hatırlatmalar almıştır. Müdahale sonrasında son test verilerini elde etmek amacıyla, aynı ölçeklerden oluşan son test linki katılımcılara mesaj yoluyla gönderilmiştir. Son test aşamasında katılımcılara, uygulamalardan sonraki ilk HbA1c testi sonucu (henüz testi yaptırmadıysa testi yaptıracağı tarih) ve on iki uygulamadan hangilerinin tamamlandığı sorulmuştur. HbA1c sonucunu son test anketinde bildirmeyen katılımcılar belirtilen tarihten sonra aranarak HbA1c değerleri elde edilmiştir.

3.5. Veri Analizi

Bu araştırmada, katılımcılardan elde edilen verileri analiz etmek için SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. İlk olarak katılım kriterlerini karşılamayan, geri çekilen ve ulaşılamayan katılımcıların verileri, veri analizinden çıkarılmıştır. Tüm analize 24 kişi dâhil edilmiştir. Daha sonra veriler kodlanmış ve kayıp değerlerin olup olmadığı kontrol edilmiştir. Kayıp değerler için yaygın kullanılan yöntemlerden biri olan ortalama atama yöntemi kullanılmıştır (Acock, 2005). Örneklem demografik özelliklerini analiz etmek için betimsel istatistikler ve frekans analizi kullanılmıştır. Hipotezleri test etmede kullanılacak yöntemleri belirlemek için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov normallik testleri uygulanmış, değişkenlerin çoğunun normal

dağılım varsayımını karşılamadığı görülmüştür ($p < 0,05$). Örneklemin büyüklüğü de dikkate alınarak ($n = 24$) parametrik olmayan testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Ön test ve son test verileri arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Etki büyüklüklerini hesaplamak için $r = Z/\sqrt{N}$ formülü kullanılmıştır (Rosenthal, Cooper ve Hedges, 1994). Müdahale programının uygulanma düzeyi ile ön test-son test verileri arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde pozitif psikoloji müdahale programını uygulayan ebeveyn ve çocukların ön test ve son test verileri karşılaştırılarak müdahale programının etkililiği incelenmektedir.

4.1. Örneklemin Demografik Özellikleri

Altı haftalık müdahale programını tamamlayan çocuk ve ebeveynlerin ön test noktasındaki demografik özelliklerine ait ortalama ve standart sapmalar Tablo 3.1’de sunulmuştur. Çocuk katılımcıların yaş ortalaması 9,92 ($SS = 2,13$), tip 1 diyabet tanısı aldıkları sürenin ortalama 43,87 ay önce olduğu ($SS = 33,47$) ve ortalama HbA1c değerleri 7,99’dur ($SS = 1,16$). Ebeveyn katılımcıların yaş ortalaması 38,49’dur ($SS = 5,04$). Örnekleme ilişkin sıklıklar ve yüzdelikler Tablo 3.2’de sunulmaktadır. Çocuk katılımcıların 17’si (%70,8) kız, 7’si (%28,2) erkekten oluşmaktadır. Ebeveyn katılımcılardan 22’si (%91,7) kadın, 2’si (%8,3) erkektir. Ön test zamanında ebeveynlerin 12’si (%50) bir işte çalışıyor olduğunu, 12’si (%50) ise bir işte çalışmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.1. Örneklemin Ön Test Noktasındaki Demografik Özellikleri; Ortalama ve Standart Sapmalar

Değişkenler	\bar{X}	SS
Çocuğun Yaşı (yıl)	9,92	2,13
Ebeveynin Yaşı (yıl)	38,49	5,04
T1d Tanılı Süre (ay)	43,87	33,47

HbA1c (mmol/mol)	7,99	1,16
------------------	------	------

\bar{X} = Ortalama, SS = Standart sapma

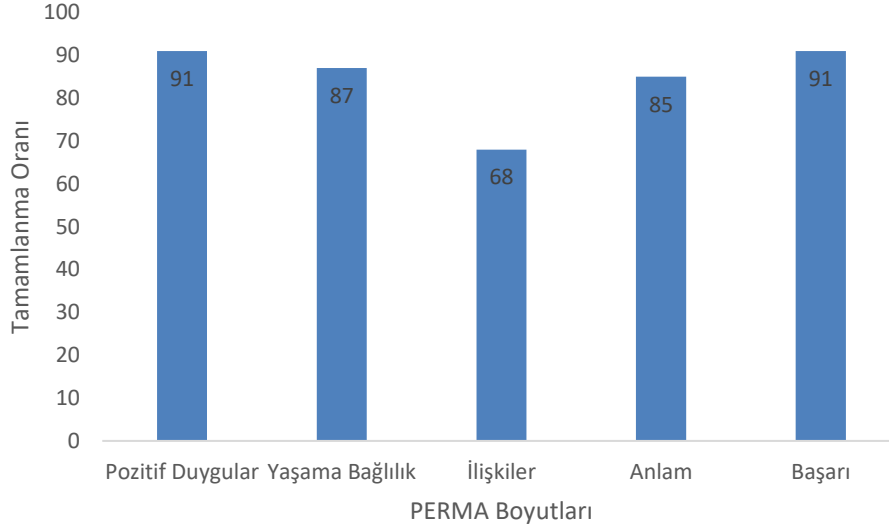
Tablo 4.2. Örneklemin Ön Test Noktasındaki Demografik Özellikleri; Sıklıklar ve Yüzdeler

Değişkenler	<i>n</i>	%
Çocuğun Cinsiyeti		
Kız	17	70,8
Erkek	7	29,2
Ebeveynin Cinsiyeti		
Kadın	22	91,7
Erkek	2	8,3
Ebeveyn Çalışma Durumu		
Çalışıyor	12	50
Çalışmıyor	12	50

n = Gözlem sayısı, % = Yüzdeler değeri

4.2. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Oranı

Pozitif psikoloji müdahale programındaki 12 uygulamadan tamamlanan uygulama sayısının ortalaması 10,33'tür ($SS = 1,97$). Uygulamaların tamamlanma oranı %80,4'tür. Katılımcıların %91,6'sı en az 8 uygulamayı tamamlamıştır. Tamamlanan uygulamaların PERMA modelinin boyutlarına göre dağılımı Şekil 3.1'de gösterilmiştir. Şekil 3.1'e göre, en çok tamamlanan uygulamaların pozitif duygular ve başarı boyutlarında olduğu, en az tamamlanan uygulamaların ise ilişkiler boyutunda olduğu görülmektedir.



Şekil 4.1. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Oranının PERMA Boyutlarına Göre Dağılımı

Programdaki müdahaleleri tamamlayan katılımcıların sayıları Tablo 3.3'te sunulmaktadır. Tablo 3.3'te görüldüğü gibi, 12 uygulamanın tamamını yapan katılımcı sayısı 10'dur. En düşük sayıda uygulamayı tamamlayan katılımcı, 5 uygulamayı yapmıştır.

Tablo 4.3. Programdaki Müdahaleleri Tamamlayan Katılımcıların Sayıları

Uygulama Sayısı	Tamamlayan Katılımcı Sayısı
12	10
11	4
10	3
9	2
8	3
7	1
5	1

4.3. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Ebeveynler Üzerindeki Etkisi

Ebeveyn katılımcılardan elde edilen ön test ve son test noktasındaki PERMA puanları Tablo 3.3'te sunulmuştur. Pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda ebeveynlerin; pozitif duygular ($z = -3,398, p < 0,01, r = -0,48$), yaşama bağlılık ($z = -3,861, p < 0,001, r = -0,55$), yakın ilişkiler ($z = -3,444, p < 0,01, r = -0,49$), anlam ($z = -3,136, p < 0,01, r = -0,45$), başarı ($z = -2,974, p < 0,01, r = -0,42$), sağlık ($z = -$

3,119, $p < 0,01$, $r = -0,44$) ve toplam iyi oluş ($z = -3,744$, $p < 0,001$, $r = -0,54$) düzeylerinde anlamlı ölçüde artış olduğu görülmüştür. Alt ölçeklerdeki artış, orta ve büyük arasında değişen etki büyüklüğüne sahiptir. Müdahale programı sonucunda ebeveynlerin negatif duygu düzeylerinde anlamlı ölçüde azalma olduğu görülmüştür ($z = -2,259$, $p < 0,05$). Ebeveynlerin yalnızlık düzeyinde ise müdahale sonrasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($z = -1,744$, $p > 0,05$).

Tablo 4.4. Ön Test ve Son Test Noktasındaki PERMA Puanları

Alt Ölçekler	Ön Test		Son Test	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Pozitif Duygular**	5,63	2,51	7,59	1,48
Yaşama Bağlılık***	6,3	1,19	7,75	1,43
Yakın İlişkiler**	5,47	2,76	7,54	1,7
Anlam**	6,51	1,85	7,68	1,36
Başarı**	6,69	1,84	8,08	1,26
Negatif Duygular*	5,6	1,74	4,51	1,04
Sağlık**	5,76	2,33	7	2,21
Yalnızlık	6	3,28	4,45	3,43
Toplam İyi Oluş***	5,95	1,98	7,69	1,11

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Ön test ve son test noktasındaki DASÖ puanları Tablo 3.4'te sunulmuştur. Pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda ebeveynlerin; depresyon ($z = -2,779$, $p < 0,01$, $r = -0,4$), anksiyete ($z = -3,802$, $p < 0,001$, $r = -0,54$) ve stres ($z = -3,557$, $p < 0,001$, $r = -0,51$) düzeylerinde anlamlı ölçüde azalma olduğu görülmüştür. Depresyon, anksiyete ve streste görülen azalma, orta ve büyük arasında değişen etki büyüklüğüne sahiptir. Müdahale programı sonucunda ebeveynlerin toplam DASÖ puanlarında ise anlamlı ölçüde azalma görülmüştür ($z = -3,487$, $p < 0,001$).

Tablo 4.5. Ön Test ve Son Test Noktasındaki DASÖ Puanları

Alt Ölçekler	Ön Test		Son Test	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Depresyon**	16,58	13,58	6,5	7,59
Anksiyete***	15,46	10,72	6,88	5,81
Stres***	21,08	10,79	8,67	8,48
DASÖ Toplam***	53,13	33,26	22,04	19,72

\bar{X} = Ortalama, SS = Standart sapma, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Katılımcılardan elde edilen ön test ve son test noktasındaki PANAS puanları Tablo 3.5'te sunulmuştur. Pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda ebeveynlerin; pozitif duygu düzeyinde anlamlı ölçüde artma ($z = -2,269, p < 0,05, r = -0,32$) ve negatif duygu düzeyinde anlamlı ölçüde azalma ($z = -3,476, p < 0,01, r = -0,5$) görülmüştür. Negatif duygu düzeyindeki fark büyük, pozitif duygu düzeyindeki fark ise orta etki büyüklüğündedir.

Tablo 4.6. Ön Test ve Son Test Noktasındaki PANAS Puanları

Alt Ölçekler	Ön Test		Son Test	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Pozitif Duygular*	36,42	7,99	40,21	5,42
Negatif Duygular**	25,58	9,59	18,38	7,38

\bar{X} = Ortalama, SS = Standart sapma, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

4.4. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Çocuklar Üzerindeki Etkisi

Çocuk katılımcılardan elde edilen ön test ve son test noktasındaki RCADS puanları Tablo 3.6'da sunulmuştur. Pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda çocukların; sosyal fobi ($z = -1,96, p < 0,05, r = -0,28$), obsesif kompulsif bozukluk ($z = -2,76, p < 0,01, r = -0,39$), yaygın anksiyete bozukluğu ($z = -2,57, p < 0,05, r = -0,37$), toplam anksiyete ($z = -2,38, p < 0,05, r = -0,34$) ve toplam içselleştirme bozukluğu ($z = -2,31, p < 0,05, r = -0,33$) düzeylerinde anlamlı ölçüde azalma olduğu görülmüştür. Alt ölçek puanlarında görülen azalmanın etki büyüklüğü küçük ve orta arasındadır. Müdahale sonrasında ayrılma kaygısı bozukluğu, panik bozukluk ve majör depresif bozukluk alt ölçeklerinde anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.7. Ön Test ve Son Test Noktasındaki RCADS Puanları

Alt Ölçekler	Ön Test		Son Test	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	7,17	4,78	6,29	4,53
Sosyal Fobi*	10,54	6,11	8	4,39
Panik Bozukluk	6	5,56	4,71	4,31
Obsesif Kompulsif Bozukluk**	5,63	2,73	3,67	2,4
Majör Depresif Bozukluk	8,67	5,59	6,58	5,04
Yaygın Anksiyete Bozukluğu*	6,88	3,49	5,25	2,81

Toplam Anksiyete*	36,08	18,81	27,92	14,95
Toplam İçselleştirme Bozukluğu*	44,63	24,06	34,5	18,79

\bar{X} = Ortalama, SS = Standart sapma, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Çocuklardan elde edilen ön test ve son test noktasındaki Kid-KINDL puanları Tablo 3.7’de sunulmuştur. Pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda çocukların duygusal iyi oluş düzeylerinde anlamlı ölçüde artış olduğu görülmüştür ($z = -1,962$, $p < 0,05$, $r = -0,28$). Diğer alt ölçeklerde ise müdahale sonrasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. Ön Test ve Son Test Noktasındaki Kid-KINDL Puanları

Alt Ölçekler	Ön Test		Son Test	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Fiziksel İyi Oluş	15,66	3,22	15,21	3,07
Duygusal İyi Oluş*	15,91	3,61	17,58	2,18
Öz-saygı	13,54	4,1	14,79	3,7
Aile	16,5	2,26	16,92	2,28
Arkadaşlar	15,25	3,67	15,83	2,61
Okul	13,83	3,04	14,04	1,94
Hastalık	21,83	4,83	23,75	4,93
SYK	89	15,18	94,16	11,17

\bar{X} = Ortalama, SS = Standart sapma, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, SYK; Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

4.5. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının HbA1c Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Çocuk katılımcıların ön test ve son test noktasındaki HbA1c düzeyleri (sırasıyla, $\bar{X} = 7,99$, $SS = 1,16$; $\bar{X} = 7,9$, $SS = 0,89$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($z = -0,504$, $p > 0,05$). Pozitif psikoloji müdahale programının çocukların HbA1c düzeyleri üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

4.6. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Düzeyi ile Programın Etkililiği Arasındaki Korelasyonel İlişkiler

Katılımcıların ön test ve son test verileri arasındaki fark ile pozitif psikoloji müdahale programının uygulanma düzeyi arasındaki korelasyonel ilişkiler Tablo 3.8’de

sunulmuştur. Tablo 3.8'e göre, pozitif psikoloji müdahale programının uygulanma düzeyi ile ön test ve son test arasındaki DASÖ puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r_s = 0,413, p < 0,05$). Katılımcılar müdahale programını uyguladıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Araştırmada kullanılan diğer ölçeklerin ön test ve son test puanları arasındaki farkları ile pozitif psikoloji müdahale programının uygulanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.9. Müdahale Programının Tamamlanma Düzeyi ile Müdahale Programının Etkiliği Arasındaki Korelasyonel İlişkiler

Ölçekler		Tamamlanma Düzeyi
PERMA	r_s	0,303
	p	0,075
DASÖ	r_s	0,413
	p	0,022*
PANAS; Pozitif Duygular	r_s	0,017
	p	0,234
PANAS; Negatif Duygular	r_s	0,079
	p	0,356
RCADS	r_s	0,099
	p	0,322
Kid-KINDL	r_s	0,158
	p	0,230
HbA1c	r_s	0,018
	p	0,462

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı pozitif psikoloji müdahale programının; (i) tip 1 diyabetli çocuk sahibi olan ebeveynlerin mutluluk, depresyon, anksiyete, stres, pozitif duygu ve negatif duygu düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmak, (ii) tip 1 diyabetli çocukların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmak, (iii) tip 1 diyabetli çocukların HbA1c düzeyleri üzerindeki etkisini araştırmak ve (iv) pozitif psikoloji müdahale programının tamamlanma oranı ile müdahale sonrasında elde edilen sonuç arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu bölümde elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalar ışığında incelenerek, pozitif psikoloji müdahale programının etkililiği değerlendirilecektir. Araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekte yapılacak çalışmalar için öneriler sunulacaktır.

5.1. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Mutluluğu Üzerindeki Etkisi

Bu çalışmada, öngörüldüğü gibi, Seligman'ın (2012) iyi oluş modelinin beş boyutuna odaklanan pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin mutluluk düzeyi üzerinde anlamlı bir artış sağladığı bulunmuştur. Literatürde tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerle uygulanan, takım çalışması müdahale programı (Anderson vd., 1999), davranışçı aile sistemleri terapisi (Wysocki vd., 2005), pozitif ebeveynlik programı (Westrupp vd., 2015) gibi müdahale çalışmaları mevcut olduğu halde, tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynler için geliştirilen bir pozitif psikoloji müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Bunun yanında, literatürdeki pozitif psikoloji haricindeki yaklaşımlara bakıldığında, tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlere yönelik gerçekleştirilen mutluluğa odaklanan bir çalışma

bulunamamıştır. Bu nedenle, mevcut araştırma, tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin mutluluk düzeyini pozitif psikoloji yöntemleriyle arttırmayı hedefleyen ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır.

Pozitif psikoloji uygulamalarının yetişkin bireylerin mutluluğu üzerindeki olumlu etkisi yapılan müdahale çalışmalarıyla desteklenmiştir (Seligman vd., 2005). Örneğin, Nikrahan ve arkadaşları (2016) altı haftalık pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda kalp hastası bireylerin mutluluk düzeylerinin anlamı düzeyde arttığını gözlemlemiştir. Benzer bir şekilde, Shapira ve Mongrain (2010), öz-şefkati ve iyimserliği geliştiren uygulamaların, bireylerin mutluluğu üzerinde olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir. Seligman'ın (2012) iyi oluş modelindeki pozitif duygular, yaşama bağlılık ve anlam boyutlarını kapsayan bir müdahale çalışması sonucunda, katılımcıların mutluluk düzeylerinde artış görülmüştür (Giannopoulos ve Vella-Brodrick, 2011). Gander, Proyer ve Ruch (2016) pozitif duygular, yaşama bağlılık, pozitif ilişkiler, anlam ve başarıya odaklanan pozitif psikoloji müdahalelerinin, yetişkin bireylerin mutluluğunda artış sağladığını ve bu artışın müdahale öncesi ortalama bir iyi oluş düzeyine sahip bireylerde daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir. Gander, Proyer ve Ruch'un (2016) bu çalışması Seligman'ın (2012) PERMA modelinin beş boyutunu da kapsayan bir müdahale çalışması olması açısından mevcut araştırma için önem arz etmektedir, çünkü literatürdeki pozitif psikoloji müdahale çalışmalarının genellikle PERMA modelinin boyutlarının tümünü kapsamamaktadır. Peterson, Park ve Seligman (2005) en mutlu kişilerin, PERMA modelinin tüm boyutlarında doyuma ulaşan kişiler olduğunu belirtmiştir. Mevcut çalışma, Peterson, Park ve Seligman'ın (2005) bu görüşüne dayanarak PERMA modelinin tüm boyutlarını kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Öte yandan, PERMA modelinin 5 boyutuna ilişkin müdahale programları incelendiğinde, mutluluk düzeyindeki artışın, birden fazla boyutu kapsayan çalışmalarda, tek bir boyuta odaklanan çalışmalara göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Gander, Proyer ve Ruch, 2016; Giannopoulos ve Vella-Brodrick, 2011). Birden fazla temaya odaklanmanın her temada yüzeysel bir etki oluşturabileceği, ancak tek bir temaya odaklanmanın bilişsel açıdan daha etkili olabileceği düşünülmektedir (Gander, Proyer ve Ruch, 2016). Tek bir boyuta odaklanan müdahale çalışmalarının daha etkili sonuç verebileceği (Gander, Proyer ve Ruch, 2016) göz ardı edilmemelidir.

Gander ve arkadaşları (2013) pozitif psikoloji uygulamalarının mutluluk üzerindeki olumlu etkisini açıklayan mekanizmanın Fredrickson'ın (1998) pozitif duygu genişletme ve inşa etme teorisi olduğunu savunmuştur. Bu teoriye göre, pozitif duygular bireylerin anlık düşünce-eylem repertuarını genişleterek, bireylerin fiziksel, entelektüel, sosyal ve psikolojik kaynaklar inşa etmesini sağlar (Fredrickson, 2004). Mevcut çalışma kapsamında ebeveynlerin uyguladığı, olumlu giden şeyleri bulma, başarı kutusu, şükran ziyareti, şükür günlüğü gibi müdahaleler ebeveynlerin düşünce ve eylem repertuarını genişleterek, çocuklarıyla ilgili olumlu ve güzel giden şeyleri fark etmelerini sağlamış ve duygusal bağlarını güçlendirmiş olabilir.

5.2. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Bu araştırmada, öngörüldüğü gibi, Seligman'ın (2012) PERMA modelinin beş boyutuna odaklanan pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerinde anlamlı azalma sağladığı bulunmuştur. Literatürde tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltmak için yapılan bir pozitif psikoloji müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Ancak, bulgular literatürdeki diğer yetişkin örnekleriyle yapılan pozitif psikoloji müdahale çalışmalarıyla tutarlıdır (Cohn vd., 2014; Dubois vd., 2016; Flink vd., 2015; Gander, Proyer ve Ruch, 2016; Gander, Proyer, Ruch ve Wyss, 2013; Nikrahan vd., 2016; Seligman vd., 2005). Cohn ve arkadaşlarının (2014) tip 2 diyabetli yetişkinlerle yaptığı 5 haftalık pozitif duygulanım odaklı müdahale programı sonucunda, katılımcıların depresyon düzeylerinde azalma görülmüştür, ancak algılanan stres düzeylerinde anlamlı bir fark görülmemiştir. PERMA modelinin pozitif duygular, yaşama bağlılık ve ilişkiler boyutlarını kapsayan internet temelli 12 haftalık bir müdahale programı sonucunda, katılımcıların depresyon ve anksiyete seviyelerinde anlamlı düzeyde azalma görülmüştür (Dubois vd., 2016). Benzer bir şekilde, Nikrahan ve arkadaşları (2016) kalp hastası katılımcılarla yüz yüze gerçekleştirdikleri 6 haftalık pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda, katılımcıların depresif belirti düzeylerinde anlamlı ölçüde azalma gözlemlenmiştir.

Gander ve arkadaşları (2013) pozitif psikoloji uygulamalarının depresif belirtileri azaltmadaki olumlu etkisini açıklayan mekanizmanın Fredrickson'ın (1998) pozitif duygu genişletme ve inşa etme teorisi olduğunu savunmuştur. Pozitif psikoloji uygulamaları olumlu duyguları arttırıp, depresyon, anksiyete ve stres gibi olumsuz duyguları azaltarak dikkati genişletmekte ve kişisel kaynakları güçlendirmektedir (Fredrickson, 2004). Ayrıca, pozitif psikoloji uygulamalarının, farkındalığı ve özdenetimi arttırdığı düşünülmektedir (Gander vd., 2013). Mevcut müdahale çalışmasının kapsamındaki uygulamalar (örn., başarı kutusu, güzel giden şeyleri bulma, şükür günlüğü) katılımcıların şimdiki zamana odaklanmalarını sağlayarak, olumlu olan şeyleri fark etmelerini kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle, uygulamalar katılımcıların dikkatini olumlu olana çekerek farkındalıklarını arttırmış, bakış açılarını genişleterek kişisel kaynaklarını güçlendirmiş ve böylece depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltmış olabilir.

5.3. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Pozitif ve Negatif Duygulanım Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Bu araştırmada, öngörüldüğü gibi, Seligman'ın (2012) iyi oluş teorisinin beş boyutuna odaklanan pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin pozitif duygulanım seviyelerinde anlamlı düzeyde artış sağladığı, negatif duygulanım seviyelerinde ise anlamı düzeyde azalma sağladığı bulunmuştur. Literatürde tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynlerin pozitif ve negatif duygu düzeylerini geliştirmeyi hedef alan bir pozitif psikoloji müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Ancak, literatürdeki diğer yetişkin örneklerle yapılan pozitif psikoloji müdahale çalışmalarının pozitif ve negatif duygu düzeylerinde gelişme sağladığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Cohn vd., 2014; Taylor, Lyubomirsky ve Stein, 2017; Huffman vd., 2016). Bu çalışmada pozitif ve negatif duygulanımda görülen değişim literatürle tutarlıdır. Cohn ve arkadaşlarının (2014) tip 2 diyabetli yetişkin ebeveynlerle gerçekleştirdiği 5 haftalık pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda, katılımcıların pozitif duygu düzeyinde artma, negatif duygu düzeyinde azalma tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde, Taylor, Lyubomirsky ve Stein (2017), klinik düzeyde anksiyete ve depresyon yaşayan katılımcılarla gerçekleştirdikleri 10 seanslık pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda, pozitif duygulanım düzeyinde artma ve negatif duygulanım düzeyinde azalma

gözlemlenmişlerdir. Bu müdahale programları, PERMA modelinin sadece pozitif duygular boyutuna odaklanan uygulamalardan oluşmaktadır (Cohn vd., 2014; Taylor, Lyubomirsky ve Stein, 2017). Mevcut çalışmada ise, PERMA modelinin tüm boyutlarını kapsayan bir müdahale programının da pozitif ve negatif duygu düzeyinde gelişme sağlayabileceğini desteklemektedir.

Tip 1 diyabetli çocuk sahibi ebeveynler, olumsuz duyguları normalden daha sık ve yoğun deneyimlebilmektedirler (Stresland vd., 2008). Bu çalışmada kullanılan pozitif psikoloji uygulamaları sayesinde, ebeveynlerin olumlu duygularının artması için bir pencere açılmıştır. Bu çalışmadaki, pozitif psikoloji müdahale programının pozitif ve negatif duygu düzeyleri üzerindeki olumlu etkisi, Fredrickson'ın (1998) pozitif duygu genişletme ve inşa etme teorisini desteklemektedir. Olumlu duyguların artması ve olumsuz duyguların azalması, ebeveynlerin, devamlı odaklanmakta oldukları olumsuzluklardan uzaklaşarak, bakış açılarını genişletmiş ve kişisel kaynaklarını keşfetmelerine yardımcı olmuş olabilir.

Mevcut çalışmadaki mutluluk, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki gözlemlenen değişimin, pozitif duygu genişletme ve inşa etme teorisi tarafından açıklanabilmesi için, pozitif duyguda artış görülmesi gerekmektedir. Pozitif ve negatif duygu düzeyinde görülen değişim bu açıklamayı doğrulamaktadır. Pozitif ve negatif duygu düzeylerindeki değişim, mutluluk düzeyindeki artışı ve depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki azalmayı açıklayan bir aracı değişken olabilir. Ancak bu çıkarımın yapılabilmesi için daha geniş örneklerle yapılan araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.4. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocukların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Bu çalışmada, öngörüldüğü gibi, Seligman'ın (2012) PERMA modelinin beş boyutuna odaklanan pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocukların anksiyete düzeyleri üzerinde anlamlı azalma sağladığı görülmüştür. Depresyon düzeylerinde ise, azaltıcı bir etkiye sahip olduğu halde, bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Sonuçlar detaylı bir şekilde incelendiğinde, çocukların çocukların sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete ve

toplam anksiyete düzeylerinde anlamlı bir azalma görülmüştür. Çocukların ayrılma kaygısı bozukluğu ve panik bozukluk düzeylerinde ise azalma görülmüş, ancak bu azalma istatistiksel açıdan anlamlı seviyeye ulaşamamıştır. Örneklemin küçüklüğü dikkate alındığında, anlamlı seviyede olmayan bu azalmanın da dikkate değer bir azalma olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde tip 1 diyabetli çocukların duygusal problemlerini azaltmak için gerçekleştirilen bir pozitif psikoloji müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Ancak, mevcut çalışmadaki çocukların anksiyete düzeylerinde gözlemlenen azalma, literatürdeki tip 1 diyabetli olmayan çocuk ve ergen örnekleriyle yapılan pozitif psikoloji müdahale çalışmaları ile tutarlıdır, ancak depresyon düzeylerinde elde edilen sonuçla tutarlı değildir (Seligman, Ernst, Gillham, Reivich ve Linkins, 2009). Pozitif psikolojiye dayanarak ergenlerin iyimserlik ve problem çözme becerilerini arttırmaya odaklanan Penn Psikolojik Sağlık Programı'nın depresyon ve anksiyete düzeylerini önemli ölçüde azalttığı gözlemlenmiştir (Seligman vd., 2009). Shoshani ve Steinmetz'in (2013) dokuzuncu sınıf öğrencileri ile okul ortamında yürüttükleri bir pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda öğrencilerin anksiyete, depresyon ve genel kaygı düzeylerinde azalma tespit edilmiştir. Okul ortamında gerçekleştirilen pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin öğrencilerin iyi oluşuna sağladığı katkıyı gösteren çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Shanlankd ve Rosset, 2017). Ancak, okul ortamı dışında yapılan ve tip 1 diyabetli çocukları hedefleyen pozitif psikoloji müdahale programları alanında literatürde boşluk olduğu görülmektedir. Mevcut araştırma pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin tip 1 diyabetli çocukların anksiyete düzeyleri üzerindeki azaltıcı rolünü göstererek bu boşluğun doldurulmasına katkı sağlamaktadır. Çocukların depresyon düzeylerinde, müdahale programının bitiminde, anlamlı bir azalma görülmemiştir, ancak programın bitiminden bir süre sonra depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalmanın görülebileceği düşünülmektedir. Nikrahan ve arkadaşlarının (2017) kalp hastası bireylerle yaptıkları 7 haftalık pozitif psikoloji müdahale programı sonucunda, katılımcıların depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark görülmemiştir, ancak müdahale programının bitiminden 8 hafta sonra yapılan takipte, depresyon düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada takip bulunmadığından, depresyon düzeylerindeki uzun vadedeki değişim gözlenememektedir.

5.5. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocukların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Bu araştırmada, Seligman'ın (2012) iyi oluş modelinin beş boyutuna odaklanan pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinde artma eğilimi görülse de, bu artış anlamlı düzeyde değildir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan Kid-KINDL ölçeğinin alt boyutlarından biri olan duygusal iyi oluşta anlamlı düzeyde artış gözlemlenmiştir. Literatürde tip 1 diyabetli çocukların yaşam kalitesini arttırmaya yönelik geliştirilen bir pozitif psikoloji müdahale çalışması, bilgimiz dâhilinde bulunmamaktadır. Mevcut çalışmadaki pozitif psikoloji müdahale yöntemleri, çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinde beklenen artışı sağlamamıştır. Bu bulgunun nedeni, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde görülen değişimin, örneklem küçüklüğü nedeniyle anlamlılık seviyesine ulaşmaması olabilir. İkinci bir nedeni ise, müdahale programında çocuklar tarafından yapılan uygulamaların sayısının ($k = 8$), ebeveynler tarafından yapılan uygulamaların sayısından ($k = 12$) daha düşük olması olabilir. Bu sebeple, müdahale programı çocuklardan daha çok ebeveynler üzerinde etkili olmuş olabilir.

5.6. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tip 1 Diyabetli Çocukların HbA1c Düzeyleri Üzerindeki Etkisi

Bu araştırmada, Seligman'ın (2012) iyi oluş modelinin beş boyutuna odaklanan pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocukların HbA1c düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Literatürdeki, bilgimiz dâhilinde, tek benzer çalışma olan Jaser ve arkadaşlarının (2014) tip 1 diyabetli çocuklara yönelik geliştirdikleri pozitif psikoloji müdahale programının pilot çalışması sonucunda, çocukların HbA1c düzeylerinde anlamlı düzeyde olmayan bir azalma gözlemlenmiştir. Literatürde pozitif psikoloji dışında tip 1 diyabetli çocuklara yönelik yapılan davranışçı aile sistemleri terapisi (Wysocki vd., 2005), aile odaklı takım çalışması (Laffel vd., 2003), multi-sistemik terapi (Ellis vd., 2005) gibi çeşitli müdahale programları sonucunda, çocukların HbA1c düzeylerinde azalma olduğu görülmüştür. Bu araştırmaların tümü, aile içi çatışmayı azaltmaya ve iletişimi güçlendirmeye odaklanmaktadır. Pozitif psikoloji yöntemlerinin HbA1c düzeyleri üzerinde bir etkisinin olmayışının sebebi, tip 1 diyabetli çocukların ailelerinde sıkça görülen

çatışmayı çözümleneye yönelik bir içeriğin pozitif psikoloji yöntemleri içerisinde yer almaması olabilir. Diğer yandan, bu araştırmadaki pozitif psikoloji yöntemleri, HbA1c düzeylerinin artmasını engellemiş olabilir. Bu etki, Sassman ve arkadaşlarının (2012) tip 1 diyabetli çocuklarla yaptığı müdahale çalışmasında görülmektedir. Sassman ve arkadaşlarının (2012) bu çalışmasında, müdahale sonunda ön test ve son test noktasındaki HbA1c düzeyleri arasında fark görülmemiştir, ancak kontrol grubunda müdahale sonrasındaki HbA1c düzeylerinde anlamlı bir artış gözlemlenmiştir. Mevcut çalışmada, müdahalelerin HbA1c düzeyinin artmasını engellediği çıkarımının yapılabilmesi için bir kontrol grubunun varlığına ihtiyaç duyulmaktadır.

5.7. Pozitif Psikoloji Müdahale Programının Tamamlanma Oranı ile Müdahale Programının Etkililiği Arasındaki İlişki

Bu araştırmada, tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleri için düzenlenen pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin katılımcılar tarafından tamamlanma oranı %80,4'tür. Farklı örneklemeler ile yapılan pozitif psikoloji müdahale programları incelendiğinde, uygulanma düzeylerinin yaklaşık olarak %70 ile %78 arasında değiştiği görülmektedir (Cohn vd., 2014; Huffman vd., 2011). Dolayısıyla, mevcut araştırmadaki müdahale programının yüksek bir tamamlanma oranına sahip olduğu söylenebilir.

Bu araştırma kapsamında yürütülen pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleri tarafından tamamlanma oranının, ön test ve son test arasındaki değişimle ilişkisi incelenmiş ve tamamlanma oranı ile, depresyon, anksiyete ve stres puanlarındaki değişim arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulguya göre, daha çok uygulamayı tamamlayan katılımcıların, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde daha büyük bir azalma görülmüştür. Ancak, tamamlanma oranı ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Literatürde müdahale programlarının tamamlanma oranı ile müdahale sonucunda gözlemlenen değişim arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak bu ilişkinin, müdahale programının etkililiği hakkında bilgi verebileceği düşünülmektedir. Yapılan uygulamaların sayıca çokluğunun değil, niteliğinin etki oluşturmuş olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalar, psikoterapi

ödevlerinin yerine getirilmesinin etkililiğini desteklemekle birlikte, ödevlerin kaliteli biçimde yerine getirilmesinin önemine de dikkat çekmektedir (Kazantzis, Whittington, & Dattilio, 2010). Ayrıca, ebeveynler, sosyal istenirlik düzeyleri nedeniyle, son test aşamasında, beklenen cevapları verme eğilimi göstermiş olabilirler. Ancak bu araştırmada bir kontrol grubu bulunmadığından, bu olasılığı doğrulama imkânı mevcut değildir.

5.8. Sonuç

Bu araştırma, Seligman'ın (2012) iyi oluş modelinin tüm boyutlarını kapsayan pozitif psikoloji müdahale programının, tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynleri üzerindeki etkisini inceleyen, bilginiz dâhilindeki ilk çalışmadır. Araştırma sonucunda, müdahale programını uygulayan ebeveynlerin, mutluluk ve pozitif duygulanım düzeylerinde artma; depresyon, anksiyete, stres ve negatif duygulanım düzeylerinde ise azalma olduğu gözlemlenmiştir. Müdahale programını uygulayan çocukların anksiyete düzeylerinde azalma olduğu, ancak depresyon ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı bir değişimin olmadığı görülmüştür. Müdahalelerin, çocukların HbA1c düzeylerine ise etki etmediği gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, pozitif psikoloji müdahale programının tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşu üzerinde olumlu etkilerinin olduğu tespit edilmiştir.

5.9. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalar için Öneriler

Bu çalışmanın en önemli sayılabilecek sınırlılıklarından biri, kontrol grubunun bulunmamasıdır. Bu nedenle, bu araştırma rasgele kontrollü bir çalışma değildir; yarı-deneysel araştırma desenine sahiptir. Mevcut çalışmadaki ön test ve son test verileri, müdahale programının etkisi hakkında bilgi vermektedir, ancak müdahale programlarının etkiliklerinin deneysel olarak desteklenebilmesi için rasgele kontrollü araştırmalara gereksinim duyulmaktadır (Stanley, 2007).

Araştırmanın önemli bir diğer sınırlılığı, uygulamaların uzun vadedeki etkisini gözlemlenmek amacıyla son testten sonra yapılan bir takipin olmamasıdır. Bu nedenle, müdahalelerin uzun süreli etkileri bilinmemektedir. Gelecekte yapılacak benzer

araştırmaların daha kapsamlı sonuçlar verebilmesi için, kontrol grubu ve takip aşamalarını içermeleri, çalışmaları daha güçlü kılacaktır.

Mevcut çalışmada yürütölen müdahale yöntemleri, tip 1 diyabetli çocukların ve ebeveynlerinin iyi oluşlarına katkı sağlamayı hedeflediği halde, araştırma bulguları müdahale programından, ebeveynlerin çocuklardan daha çok yararlandığı izlenimini vermektedir. Gözlemlenen farkların etki büyüklüklerinin ebeveyn değişkenlerinde, çocuk değişkenlerinden daha yüksek olması bunu desteklemektedir. Ancak, çocuklar ve ebeveynler için kullanılan ölçeklerin farklı olması nedeniyle, müdahalelerin çocuklar ve ebeveynler üzerindeki etkisini karşılaştırmak mümkün değildir. Araştırmaya katılımın sağlanması için doğrudan ebeveynlerle iletişim kurulması, pozitif psikoloji müdahaleleri ile ilgili kaynakların ebeveynler için hazırlanmış olması, uygulamaların rasyoneli hakkında daha çok bilgi sahibi olmaları ve ebeveynler tarafından yapılan müdahalelerin sayıca daha çok olması, ebeveynlerin müdahale programından daha çok yararlanmasını açıklamaya yardımcı olabilmektedir.

Bu araştırmada, pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin tip 1 diyabetli çocukların ve ebeveynlerinin ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkisi gösterilmiştir. Bu sonuca etki edebilecek bilişsel değişim, duygusal değişim, farkındalık düzeyi, öz-denetim becerileri gibi faktörlere gelecek çalışmalarda yer verilmesi, daha etkili müdahale çalışmalarının oluşturulmasını sağlayabilir.

Bu araştırmada, katılımcılara internet yoluyla ulaşılmıştır ve araştırma sürecinde katılımcılar telefon yoluyla takip edilmiştir. Yüz yüze yapılan veya grup çalışması olarak gerçekeştirilen pozitif psikoloji müdahale çalışmalarının, katılımcıları daha yakından takip etme ve bireysel sorunlarıyla ilgilenme imkânı sağlama gibi avantajları ağıısından daha etkili sonuçlar verebileceği düşünölmektedir. Seligman (2005), pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin klinik ortamda yüzyüze yapılmasının daha da etkili sonuçlar verebileceğini belirtmiştir.

5.9. Çalışmanın Güçlü Noktaları ve Literatüre Katkıları

Bu araştırma, pozitif psikoloji müdahale yöntemlerinin hem tip 1 diyabetli çocukların, hem de ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşu üzerindeki olumlu etkisini aynı araştırmada

gösteren literatürdeki ilk çalışmadır. Tip 1 diyabetin hem çocuk hem de ebeveyn için bir stres faktörü olduğu ve tip 1 diyabetli çocukların ve ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşlarının birbirlerini karşılıklı olarak etkilediği düşünüldüğünde (Jaser vd., 2009; Whittlemore vd., 2012), müdahale programlarının hem çocuklara hem de ebeveynlerine hitap etmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Ayrıca, bu araştırma, kronik hastalığı olan çocuklar ile yapılan pozitif psikoloji müdahale programlarında PERMA modelinin tüm boyutlarını kullanan ilk çalışmadır.

Çocuklarda diyabetin teşhis edildiği tarih örneklem seçiminde dikkate alınmıştır. Tip 1 diyabetin ilk ortaya çıktığı dönem, psikolojik açıdan bir kriz dönemi olabilmektedir (Öztürk, 1999). Ebeveynlerde ise bu dönemde klinik düzeyde kaygı bozuklukları (Whittlemore vd., 2012) ve travma sonrası stres bozukluğu (Landolt, Vollrath, Laimbacher, Gnehm, ve Sennhauser, 2005) görülebilmektedir. Bu nedenle, tanı konmasının üzerinden en az 6 ay geçmiş olması, araştırmanın dâhil edilme kriterlerinden biri olmuştur. Bu kriter ile, dış değişken olabilecek bir faktör kontrol edilmiştir.

REFERANSLAR

- Acock, A. C. (2005). Working with missing values. *Journal of Marriage and family*, 67(4), 1012-1028.
- Akin, A., ve Çetin, B. (2007). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 7, 241–268.
- American Diabetes Association. (2018). Type 1 Diabetes. <http://www.diabetes.org/> adresinden 22.06.2019 tarihinde edinilmiştir.
- Anderson, B. J., Brackett, J., Ho, J., ve Laffel, L. M. (1999). An office-based intervention to maintain parent-adolescent teamwork in diabetes management. Impact on parent involvement, family conflict, and subsequent glycemic control. *Diabetes Care*, 22(5), 713-721.
- Anderson, R. J., Grigsby, A. B., Freedland, K. E., De Groot, M., McGill, J. B., Clouse, R. E., ve Lustman, P. J. (2002). Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(3), 235-247.
- Andrewes, H. E., Walker, V., ve O'Neill, B. (2014). Exploring the use of positive psychology interventions in brain injury survivors with challenging behaviour. *Brain Injury*, 28(7), 965-971.
- Arıkan, Ş., ve Antar, S. (2007). Diyabet Kampına Katılan Ergen ve Çocukluk Çağındaki Tip 1 Diyabetik Hastaların Ruhsal Bulgu ve Belirtilerinin Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 34, 294-298.
- Aspinwall, L. G., ve Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of behavioral medicine*, 39(1), 4-15.

- Bannink, F. (2017). *201 Positive Psychology Applications: Promoting Well-Being in Individuals and Communities*. WW Norton ve Company.
- Barlow, J. H., ve Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*, 32(1), 19-31.
- Barnard, K. D., ve Lloyd, C. E. (Eds.). (2012). *Psychology and diabetes care: A practical guide*. Springer Science ve Business Media.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. Guilford Press.
- Baumeister, R. F., ve Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. *Handbook of positive psychology*, 1, 608-618.
- Bazzazian, S., ve Besharat, M. A. (2012). An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychology, health & medicine*, 17(1), 47-58.
- Berg, C. A., Butler, J. M., Osborn, P., King, G., Palmer, D. L., Butner, J., ... ve Swinyard, M. (2008). Role of parental monitoring in understanding the benefits of parental acceptance on adolescent adherence and metabolic control of type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31(4), 678-683.
- Berg, C. A., King, P. S., Butler, J. M., Pham, P., Palmer, D., ve Wiebe, D. J. (2010). Parental involvement and adolescents' diabetes management: The mediating role of self-efficacy and externalizing and internalizing behaviors. *Journal of pediatric psychology*, 36(3), 329-339.
- Bernstein, C. M., Stockwell, M. S., Gallagher, M. P., Rosenthal, S. L., ve Soren, K. (2013). Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes: prevalence and impact on glycemic control. *Clinical pediatrics*, 52(1), 10-15.
- Blanz, B. J., Rensch-Riemann, B. S., Fritz-Sigmund, D. I., ve Schmidt, M. H. (1993).

IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. *Diabetes care*, 16(12), 1579-1587.

Boehm, J. K., Kivimaki, M., Trudel-Fitzgerald, C., ve Kubzansky, L. D. (2015). The prospective association between positive psychological well-being and diabetes. *Health Psychology*, 34(10), 1013.

Boehm, J. K., ve Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological bulletin*, 138(4), 655.

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., ve Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 119.

Boyse, K., Boujaoude, L., ve Laundry, J. (2012). Children with Chronic Conditions. <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/chronic.htm> adresinden 22.06.2019 tarihinde edinilmiştir.

Boztepe, H. (2012). Tip 1 diyabetin yönetiminde riskli bir dönem: Ergenlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(1), 82-89.

Buchanan, K. E., ve Bardi, A. (2010). Acts of kindness and acts of novelty affect life satisfaction. *The Journal of social psychology*, 150(3), 235-237.

Cabizuca, M., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S., ve Figueira, I. (2009). Posttraumatic stress disorder in parents of children with chronic illnesses: a meta-analysis. *Health Psychology*, 28(3), 379.

Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D. R. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*, 79(5), 805-813.

Cameron, F. J., Northam, E. A., Ambler, G. R., ve Daneman, D. (2007). Routine

psychological screening in youth with type 1 diabetes and their parents: a notion whose time has come? *Diabetes care*, 30(10), 2716-2724.

Cardwell, C. R., Patterson, C. C., Allen, M., ve Carson, D. J. (2005). Diabetes care provision and glycaemic control in Northern Ireland: a UK regional audit. *Archives of Disease in Childhood*, 90(5), 468-473.

Casellas-Grau, A., Font, A., ve Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), 9-19.

Celano, C. M., Beale, E. E., Moore, S. V., Wexler, D. J., ve Huffman, J. C. (2013). Positive psychological characteristics in diabetes: a review. *Current diabetes reports*, 13(6), 917-929.

Chaves, C., Vázquez, C., ve Hervás, G. (2016). Positive interventions in seriously-ill children: Effects on well-being after granting a wish. *Journal of health psychology*, 21(9), 1870-1883.

Chida, Y., ve Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70(7), 741-756.

Children with Chronic Conditions: Your Child: University of Michigan Health System. (n.d.). Retrieved February 22, 2019, from <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/chronic.htm>

Cohn, M. A., Pietrucha, M. E., Saslow, L. R., Hult, J. R., ve Moskowitz, J. T. (2014). An online positive affect skills intervention reduces depression in adults with type 2 diabetes. *The journal of positive psychology*, 9(6), 523-534.

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., ve Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual review of clinical psychology*, 8, 455-480.

- Compton, W. C. (2005). *Introduction to Positive Psychology*. Thomson Wadsworth.
- Coyne, J. C., ve Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of behavioral medicine*, 39(1), 16-26.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). Activity and happiness: Towards a science of occupation. *Journal of Occupational Science*, 1(1), 38-42.
- Csikszentmihalyi, M., Abuhamdeh, S., ve Nakamura, J. (2014). Flow. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 227-238). Springer, Dordrecht.
- Csikszentmihalyi, M., ve LeFevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *Journal of personality and social psychology*, 56(5), 815.
- Dabelea, D., Mayer-Davis, E. J., Saydah, S., Imperatore, G., Linder, B., Divers, J., ... ve Liese, A. D. (2014). Prevalence of type 1 and type 2 diabetes among children and adolescents from 2001 to 2009. *Jama*, 311(17), 1778-1786.
- Davis, C. L., Delamater, A. M., Shaw, K. H., La Greca, A. M., Eidson, M. S., Perez-Rodriguez, J. E., ve Nemery, R. (2001). Parenting styles, regimen adherence, and glycemic control in 4-to 10-year-old children with diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 26(2), 123-129.
- Delamater, A. M., de Wit, M., McDarby, V., Malik, J., ve Acerini, C. L. (2014). Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 15(S20), 232-244.
- Delle Fave, A., ve Massimini, F. (2003). Optimal experience in work and leisure among teachers and physicians: Individual and bio-cultural implications. *Leisure Studies*, 22(4), 323-342.
- Demirci, İ., Ekşi, H., Dinçer, D., ve Kardaş, S. (2017). Beş boyutlu iyi oluş modeli: PERMA Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirliği Five-dimensional

model of well-being: The validity and reliability of Turkish version of PERMA-Profiler. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 5(1), 60–77.

Diener, E., Sandvik, E., ve Pavot, W. (2009). *Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect*. In *Assessing well-being* (ss. 213-231). Springer, Dordrecht.

Doherty, F. (2012). Positive Parenting Program (Triple P) for Families of Adolescents with Type 1 Diabetes : A Randomised Controlled Trial of Self- directed Teen Triple. PhD Thesis Submitted to the University of Manchester for the Degree of Doctor of Clinical Psychology Fac.

Drotar, D. (2006). *Psychological interventions in childhood chronic illness*. American Psychological Association.

DuBois, C. M., Millstein, R. A., Celano, C. M., Wexler, D. J., ve Huffman, J. C. (2016). Feasibility and acceptability of a positive psychological intervention for patients with type 2 diabetes. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(3).

Eckshtain, D., Ellis, D. A., Kolmodin, K., ve Naar-King, S. (2009). The effects of parental depression and parenting practices on depressive symptoms and metabolic control in urban youth with insulin dependent diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4), 426-435.

Eiser, C. (1990). Psychological effects of chronic disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(1), 85-98.

Ellis, D. A., Frey, M. A., Naar-King, S., Templin, T., Cunningham, P. B., ve Cakan, N. (2005). The effects of multisystemic therapy on diabetes stress among adolescents with chronically poorly controlled type 1 diabetes: findings from a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 116(6), e826-e832.

Ergün, S., ve Sivrikaya, S. K. (2012). Tip 1 diyabetli çocukların evde bakım

uygulamaları ve yönetimi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 90-95.

Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatli, G., Cengiz Ozyurt, B., ... ve Ravens-Sieberer, U. (2008). Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 409–417.

Flink, I. K., Smeets, E., Bergboma, S., ve Peters, M. L. (2015). Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 7(1), 71-79.

Freedman, S. R., ve Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5), 983.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of general psychology*, 2(3), 300-319.

Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377.

Fredrickson, B. L. (2013). *Love 2.0: Finding happiness and health in moments of connection*. Penguin.

Fredrickson, B. L., ve Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological science*, 13(2), 172-175.

Froh, J. J., Sefick, W. J., ve Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of school psychology*, 46(2), 213-233.

Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., ve Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of personality and social psychology*, 87(2), 228.

- Gander, F., Proyer, R. T., ve Ruch, W. (2016). Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: a randomized, placebo-controlled online study. *Frontiers in psychology*, 7, 686.
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., ve Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1241-1259.
- Gath, A., Smith, M. A., ve Baum, J. D. (1980). Emotional, behavioural, and educational disorders in diabetic children. *Archives of Disease in Childhood*, 55(5), 371-375.
- Gençöz, T. (2000). Pozitif ve negatif duygu ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15(46), 19-26.
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Buijsse, B., ve Kromhout, D. (2007). Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(5), 483-490.
- Giannopoulos, V. L., ve Vella-Brodrick, D. A. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 95-105.
- Gormez, V., Kılınçaslan, A., Orençul, A. C., Ebesutani, C., Kaya, I., Ceri, V., ... ve Chorpita, B. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale–Child Version in a clinical sample. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 84-92.
- Guo, J., Whittemore, R., ve He, G. P. (2011). The relationship between diabetes self-management and metabolic control in youth with type 1 diabetes: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67(11), 2294-2310.

- Gustafsson, P. A., Cederblad, M., Ludvigsson, J., ve Lundin, B. (1987). Family interaction and metabolic balance in juvenile diabetes mellitus: a prospective study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 4(1), 7-14.
- Halfon, N., ve Newacheck, P. W. (2010). Evolving notions of childhood chronic illness. *JAMA*, 303(7), 665-666.
- Hampson, S. E., Skinner, T. C., Hart, J. O., Storey, L., Gage, H., Foxcroft, D., ... ve McEvilly, E. A. (2000). Behavioral interventions for adolescents with type 1 diabetes: How effective are they?. *Diabetes Care*, 23(9), 1416-1422.
- Hatton, D. L., Canam, C., Thome, S., ve Hughes, A. M. (1995). Parents' perceptions of caring for an infant or toddler with diabetes. *Journal of advanced nursing*, 22(3), 569-577.
- Holden, E. W., Chmielewski, D., Nelson, C. C., Kager, V. A., ve Foltz, L. (1997). Controlling for general and disease-specific effects in child and family adjustment to chronic childhood illness. *Journal of pediatric psychology*, 22(1), 15-28.
- Hood, K. K., Huestis, S., Maher, A., Butler, D., Volkening, L., ve Laffel, L. M. (2006). Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes care*, 29(6), 1389-1389.
- Howell, R. T., Kern, M. L., ve Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136.
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Millstein, R. A., Celano, C. M., ve Wexler, D. (2015). Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: rationale, theoretical model, and intervention development. *Journal of diabetes research*, 1-18.
- Huffman, J. C., Millstein, R. A., Mastromauro, C. A., Moore, S. V., Celano, C. M.,

Bedoya, C. A., ... ve Januzzi, J. L. (2016). A positive psychology intervention for patients with an acute coronary syndrome: treatment development and proof-of-concept trial. *Journal of happiness studies*, 17(5), 1985-2006.

International Diabetes Federation. (2017). *Diabetes Atlas*, 8.

Jacobson, A. M. (1996). The Psychological Care of Patients with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *New England Journal of Medicine*, 334(19), 1249–1253.

Jacobson, A. M., Hauser, S. T., Wertlieb, D., Wolfsdorf, J. I., Orleans, J., ve Vieyra, M. (1986). Psychological adjustment of children with recently diagnosed diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9(4), 323-329.

Jaser, S. S., Patel, N., Linsky, R., ve Whittemore, R. (2014). Development of a positive psychology intervention to improve adherence in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(6), 478-485.

Jaser, S. S., Patel, N., Rothman, R. L., Choi, L., & Whittemore, R. (2014). Check it! A randomized pilot of a positive psychology intervention to improve adherence in adolescents with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, 40(5), 659-667.

Jaser, S. S., Whittemore, R., Ambrosino, J. M., Lindemann, E., ve Grey, M. (2009). Coping and psychosocial adjustment in mothers of young children with type 1 diabetes. *Children's Health Care*, 38(2), 91-106.

Joyce, P., Hilliard, M., Cochrane, K., ve Hood, K. K. (2012). The impact of positive psychology on diabetes outcomes: a review. *Psychology*, 3(12), 1116.

Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: a replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144-156.

Kern, M. L., Della Porta, S. S., ve Friedman, H. S. (2014). Lifelong pathways to longevity: Personality, relationships, flourishing, and health. *Journal of personality*, 82(6), 472-484.

- Kirschman, K. J. B., Johnson, R. J., Bender, J. A., ve Roberts, M. C. (2009). Positive psychology for children and adolescents: Development, prevention, and promotion. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford library of psychology. Oxford handbook of positive psychology* (p. 133–148). Oxford University Press.
- Kovacs, M., Finkelstein, R., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., ve Pollock, M. (1985). Initial psychologic responses of parents to the diagnosis of insulin-dependent diabetes mellitus in their children. *Diabetes Care*, 8(6), 568-575.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., ve Bonar, L. K. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes care*, 20(1), 36-44.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., ve Iyengar, S. (1992). Prevalence and predictors of pervasive noncompliance with medical treatment among youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1112-1119.
- Küçük, L. (2015). Diyabetin ruhsal boyutu. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı), 52-56.
- Laffel, L. M., Vangsness, L., Connell, A., Goebel-Fabbri, A., Butler, D., ve Anderson, B. J. (2003). Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *The Journal of pediatrics*, 142(4), 409-416.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Laimbacher, J., Gnehm, H. E., ve Sennhauser, F. H. (2005). Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 44(7), 682-689.
- Layous, K., Nelson, S. K., ve Lyubomirsky, S. (2013). What is the optimal way to

deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*, 14(2), 635-654.

Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition & Emotion*, 13(5), 481-504.

Lindström, C., Åman, J., ve Norberg, A. L. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 100(7), 1011-1017.

Mayou, R., Peveler, R., Davies, B., Mann, J., ve Fairburn, C. (1991). Psychiatric morbidity in young adults with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychological Medicine*, 21(03), 639.

Miller, G. E., ve Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique. *Health Psychology*, 20(1), 47.

McQuaid, E. L., Kopel, S. J. ve Nassau, J. H. (2001) Behavioral adjustment in children with asthma: a metaanalysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 430-439.

Mokkink, L. B., Van Der Lee, J. H., Grootenhuis, M. A., Offringa, M., ve Heymans, H. S. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): national consensus in the Netherlands. *European journal of pediatrics*, 167(12), 1441-1447.

Mullins, L. L., Fuemmeler, B. F., Hoff, A., Chaney, J. M., Van Pelt, J., ve Ewing, C. A. (2004). The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depressive symptomatology in children with type 1 diabetes mellitus: The moderating influence of parenting stress. *Children's Health Care*, 33(1), 21-34.

Müller, R., Gertz, K. J., Molton, I. R., Terrill, A. L., Bombardier, C. H., Ehde, D. M.,

ve Jensen, M. P. (2016). Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability. *The Clinical journal of pain*, 32(1), 32-44.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK. (2015). Diabetes (type 1 and type 2) in children and young people: diagnosis and management.

Newacheck, P. W., ve Taylor, W. R. (1992). Childhood chronic illness: prevalence, severity, and impact. *American Journal of public health*, 82(3), 364-371.

Nikrahan, G. R., Suarez, L., Asgari, K., Beach, S. R., Celano, C. M., Kalantari, M., ... ve Huffman, J. C. (2016). Positive psychology interventions for patients with heart disease: A preliminary randomized trial. *Psychosomatics*, 57(4), 348-358.

Onkamo, P., Väänänen, S., Karvonen, M., ve Tuomilehto, J. (1999). Worldwide increase in incidence of Type I diabetes—the analysis of the data on published incidence trends. *Diabetologia*, 42(12), 1395-1403.

Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K., ve Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindnesses intervention. *Journal of happiness studies*, 7(3), 361-375.

Owens, R. L., ve Patterson, M. M. (2013). Positive psychological interventions for children: A comparison of gratitude and best possible selves approaches. *The Journal of genetic psychology*, 174(4), 403-428.

Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi, 1. Baskı. *İstanbul: Roche Yayınları*, 94-99.

Öztürk, M. (1999). Diabetik Çocuklarda Ruhsal Sorunlar ve Hastalığa Uyum. *Pediatric Yönelişler Dergisi* 5(5) 656-659.

Öztürk, M., Zoroğlu, S., ve Tüzün, Ü. (1998). Liyezon Modeli İçinde Tip 1 Diabetik

Çocuklarda Psikopatoloji ve Diabet Kontrolü ile İlişkisi. K. Aydoğmuş (Ed.), 8. *Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı* (s. 75-81) içinde. Sakarya, Türkiye.

Peters, M. L., Smeets, E., Feijge, M., van Breukelen, G., Andersson, G., Buhrman, M., ve Linton, S. J. (2017). Happy despite pain: a randomized controlled trial of an 8-week internet-delivered positive psychology intervention for enhancing well-being in patients with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(11), 962.

Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6(1), 25-41.

Positive Psychology Institute. (2012). What is Positive Psychology? http://www.positivepsychologyinstitute.com.au/what_is_positive_psychology.html adresinden 09.07.2019 tarihinde edinilmiştir.

Pressman, S. D., ve Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, 131(6), 925.

Ramachandra, P., Booth, S., Pieters, T., Vrotsou, K., ve Huppert, F. A. (2009). A brief self-administered psychological intervention to improve well-being in patients with cancer: results from a feasibility study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(12), 1323-1326.

Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., ve Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of behavioral medicine*, 37(3), 239-256.

Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., ve Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health psychology*, 24(4), 422.

Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(5), 536-545.

- Roberts, M. C., Brown, K. J., Johnson, R. J., ve Reinke, J. (2002). Positive psychology for children. *Handbook of positive psychology*, 663-675.
- Rosenthal, R., Cooper, H., ve Hedges, L. (1994). Parametric measures of effect size. *The handbook of research synthesis*, 621, 231-244.
- Rubin, R. R., ve Peyrot, M. (1992). Psychosocial problems and interventions in diabetes: a review of the literature. *Diabetes care*, 15(11), 1640-1657.
- Sahoo, F. M., ve Sahu, R. (2009). The role of flow experience in human happiness. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 40-47.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., ve Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist*, 55(1), 110.
- Saßmann, H., de Hair, M., Danne, T., ve Lange, K. (2012). Reducing stress and supporting positive relations in families of young children with type 1 diabetes: A randomized controlled study for evaluating the effects of the DELFIN parenting program. *BMC pediatrics*, 12(1), 152.
- Schueller, S. M. (2012). Personality fit and positive interventions: Extraverted and introverted individuals benefit from different happiness increasing strategies. *Psychology*, 3(12), 1166.
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., ve Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford review of education*, 35(3), 293-311.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., ve Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5),

410.

- Shapira, L. B., ve Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology, 5*(5), 377-389.
- Shankland, R., ve Rosset, E. (2017). Review of brief school-based positive psychological interventions: A taster for teachers and educators. *Educational Psychology Review, 29*(2), 363-392.
- Sheldon, K. M., ve Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: the self-concordance model. *Journal of personality and social psychology, 76*(3), 482.
- Sheldon, K. M., ve Kasser, T. (1998). Pursuing personal goals: Skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and social psychology bulletin, 24*(12), 1319-1331.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K., ve Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality, 70*(1), 5-31.
- Sheldon, K. M., ve King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American psychologist, 56*(3), 216.
- Shorer, M., David, R., Schoenberg-Taz, M., Levavi-Lavi, I., Phillip, M., ve Meyerovitch, J. (2011). Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care, 34*(8), 1735-1737.
- Shoshani, A., ve Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies, 15*(6), 1289-1311.
- Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L.,

- ... ve Clark, N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 28(1), 186-212.
- Skinner, T. C., John, M., ve Hampson, S. E. (2000). Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric psychology*, 25(4), 257-267.
- Smaldone, A., ve Ritholz, M. D. (2011). Perceptions of parenting children with type 1 diabetes diagnosed in early childhood. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(2), 87-95.
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., ... ve Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 74(2), 89-99.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., ve Anderson, J. R. (1991). Hope and health. *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*, 162, 285-305.
- Stanley, K. (2007). Design of randomized controlled trials. *Circulation*, 115(9), 1164-1169.
- Storch, E. A., Lewin, A., Silverstein, J. H., Heidgerken, A. D., Strawser, M. S., Baumeister, A., ve Geffken, G. R. (2004). Peer Victimization and Psychosocial Adjustment in Children with Type 1 Diabetes. *Clinical Pediatrics*, 43(5), 467-471.
- Streisand, R., Mackey, E. R., Elliot, B. M., Mednick, L., Slaughter, I. M., Turek, J., ve Austin, A. (2008). Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: opportunities for education and counseling. *Patient education and counseling*, 73(2), 333-338.
- Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., ve Holmes, C. S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: the role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal of pediatric psychology*, 30(6), 513-521.

- Suldo, S. M., Hearon, B. V., Bander, B., McCullough, M., Garofano, J., Roth, R. A., ve Tan, S. Y. (2015). Increasing elementary school students' subjective well-being through a classwide positive psychology intervention: Results of a pilot study. *Contemporary School Psychology, 19*(4), 300-311.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., ve Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American psychologist, 55*(1), 99.
- Taylor, C. T., Lyubomirsky, S., & Stein, M. B. (2017). Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. *Depression and anxiety, 34*(3), 267-280.
- Türk Diyabet Cemiyeti. (2013). Çocuklarda Diyabetin Görülme Sıklığı Nedir? <http://www.diabetcemiyeti.org/c/cocuklarda-diyabetin-gorulme-sikligi-nedir-12> adresinden 29.06.2019 tarihinde edinilmiştir.
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2016). Tip 1 Diyabet. <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TRveid=47> adresinden 29.06.2019 tarihinde edinilmiştir.
- Van Der Lee, J. H., Mokkink, L. B., Grootenhuis, M. A., Heymans, H. S., ve Offringa, M. (2007). Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. *JAMA, 297*(24), 2741-2751.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of happiness studies, 9*(3), 449-469.
- Wamboldt, M. Z., Fritz, G., Mansell, A., McQuaid, E. L., ve Klein, R. B. (1998). Relationship of asthma severity and psychological problems in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(9), 943-950.

- Wayne Holden, E., Chmielewski, D., Nelson, C. C., Kager, V. A., ve Foltz, L. (1997). Controlling for General and Disease-Specific Effects in Child and Family Adjustment to Chronic Childhood Illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(1), 15–27.
- Westrupp, E. M., Northam, E., Lee, K. J., Scratch, S. E., ve Cameron, F. (2015). Reducing and preventing internalizing and externalizing behavior problems in children with type 1 diabetes: a randomized controlled trial of the Triple P-Positive Parenting Program. *Pediatric diabetes*, 16(7), 554-563.
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., ve Grey, M. (2012). Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(4), 562–579.
- Wise, P. H. (2004). The transformation of child health in the United States. *Health Affairs*, 23(5), 9-25.
- Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A., ... ve White, N. H. (2005). Effects of behavioral family systems therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control. *Journal of pediatric psychology*, 31(9), 928-938.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., ve Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10(1), 19-28.
- Zika, S., ve Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British journal of psychology*, 83(1), 133-145.

EKLER

EK 1

ÖLÇEKLERİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

1.1. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ; Akın ve Çetin, 2007)

DASÖ Akın ve Çetin (2007) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Klinik ve normal örnekleme uygulanarak ayırt edici geçerliği gösterilmiştir. Faktör analizi sonucunda bulunan .39 ile .88 arasında değişen faktör yükleri ölçeğin üç faktörden oluştuğunu doğrulamıştır. Cronbach alpha kat sayısı .89, madde toplam korelasyonları .51 ile .75 arasında bulunmuştur. Test tekrar test puanı .99, iki yarı güvenilirlik puanı .96 bulunmuştur. Uyum geçerliği çalışmasında DASÖ'nün depresyon alt ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri arasında .87, anksiyete alt ölçeği ile Beck Anksiyete alt ölçeği arasında .84 düzeyinde korelasyon olduğu gösterilmiştir. Bulgular DASÖ'nün geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Akın ve Çetin, 2007).

2.3. PERMA Ölçeği (Demirci vd., 2017)

Ölçek Demirci, Ekşi, Dinçer ve Kardaş (2017) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı .91 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarında Cronbach alpha katsayıları .61 ve .81 arasında değişmektedir. Test tekrar test korelasyon katsayısı ölçeğin tamamı için .83'tür. Alt ölçeklerin test tekrar test puanı .61 ve .85 arasında, madde toplam korelasyonları ise .31 ve .70 arasında değişmektedir. Ölçek, yaşam doyumu ve öznel mutluluk ölçekleri ile pozitif korelasyon göstermektedir (Demirci, Ekşi, Dinçer ve Kardaş, 2017).

2.4. Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PNDÖ; Gençöz, 2000)

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı pozitif alt ölçek için .83, negatif alt ölçek için .86 bulunmuştur. Ölçeğin test tekrar test

puanı pozitif duygular için .40, negatif duygular için .54 bulunmuştur. Pozitif duygu alt ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri ile sırasıyla -.48 ve -.22 büyüklüğünde negatif korelasyon gösterirken, negatif duygu alt ölçeğinin bu ölçekler ile korelasyonu sırasıyla .51 ve .47'dir. Bulgular ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin kabul edilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Gençöz, 2000).

2.5. Çocuk Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y; Görmez vd., 2017)

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından 8-17 yaş arasındaki çocuklar üzerinde yapılmıştır (2017). Cronbach alpha değeri ölçeğin genelinde .95, alt ölçeklerde ise .75 ile .86 arasında değişmektedir. Uyuşum geçerliği analizinde ÇADÖ-Y'nin alt ölçekleri çocuklarda anksiyete ve depresyon belirtilerini ölçen diğer ölçeklerle anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir. Doğrulayıcı faktör analizine göre faktör yükleri .30 ile .80 arasında değişmektedir ve alt ölçekler altı faktörlü modelle kabul edilir düzeyde uyum göstermiştir. Alt ölçeklerin tanı alan gruplar ile almayan grupları ayırt edebildiği görülmüştür. Bulgular ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Görmez vd., 2017).

2.6. Çocuklar için Genel Amaçlı Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL; Eser vd., 2008)

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasında Cronbach alpha değerinin ölçeğin genelinde, .78 olduğu, alt ölçeklerde ise .54 ve .78 arasında değiştiği görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi ile alt ölçeklerin Toplam Yaşam Kalitesi modeli için kurgulanan yapı ile uyumlu olduğu gösterilmiştir. Bulgular Kid-KINDL Ölçeğinin okul çağı çocuklarında kullanım için geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi ölçüm aracı olduğunu göstermektedir (Eser vd., 2008).

EK 2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adınız/Soyadınız:

Telefon numaranız:

Adresiniz:

Doğum tarihiniz: .../.../...

Mesleğiniz:

Diyabetli çocuğun nesi oluyorsunuz?

Kaç çocuğunuz var?

Medeni durumunuz:

Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Çalışmaya katılan çocuğunuzun adı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi: .../.../.....

Kaçıncı sınıfa gidiyor?

Okula hangi yılda başladı?

Kaçıncı çocuk?

Çocuğunuz diyabet tanısını hangi tarihte aldı, ay ve yıl olarak belirtir misiniz?

.....

Çocuğunuzun en son HbA1c ölçümünü ne zaman yaptırdınız?

Bu testin sonucu kaç çıktı?

Çocuğunuzun bir sonraki HbA1c ölçümünü tahmini olarak ne zaman yaptırmayı

planlıyorsunuz?

EK 3

6 HAFTALIK POZİTİF PSİKOLOJİ MÜDAHALE PROGRAMI

Çalışmamıza Hoş Geldiniz! ☺

Bu çalışma, tip 1 diyabet tanısı almış çocuklar ve annelerinin psikolojik iyi oluşunu ve mutluluğunu desteklemek ve yaşadıkları stresle baş edebilmelerini kolaylaştırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Hayatlarında birçok stres kaynağı olan tip 1 diyabetli çocukların ve annelerinin psikolojik iyi oluşunun desteklenmesi çok önemlidir. Bu, anne ve çocuğun yaşamaları muhtemel psikolojik sorunlara karşı dayanıklılıklarını arttıracaktır. Ayrıca, stres ve kan şekeri düzeyleri birbirini etkilediği için, psikolojik iyi oluşun gelişmesi, stresin azalmasını ve kan şekeri düzeylerinde de daha sağlıklı sonuçlar alınmasını sağlayacaktır.

6 hafta boyunca yapacağınız bu uygulamalar, çocuğunuzu ve sizi, hayatınızdaki stres kaynaklarının dışına çıkarak, size olumlu duygu ve enerji verecek kaynakları keşfetmenizi sağlayacaktır. Hayatınızdaki mutluluk kaynaklarına olan dikkatiniz artacaktır ve bu kaynakları daha etkili bir şekilde kullanma beceriniz gelişecektir. Hayatınızdaki mutluluk kaynaklarına olan farkındalığınız arttığında, bu hastalığın hayatınızda kapladığı alanın büyüklüğü azalacaktır. Daha geniş bir bakış açısı kazanmış olacağınızdan bu hastalıkla ilgili yaşadığınız sorunlara daha etkili çözümler bulabileceksiniz. Bu uygulamalarla çocuğunuzun ve kendinizin yaşadığı stresin azalması ve böylece çocuğunuzun kan şekerlerinin de daha sağlıklı bir düzeye ulaşması beklenmektedir.

Her hafta için yapmanız gerekenler ayrı zarflar içinde bulunmaktadır. Her zarfta 2 uygulama bulunmaktadır ve hafta boyunca sadece o haftanın zarfına odaklanmalısınız. Uygulamalar belli bir düzene göre planlanmış ve sıralanmıştır, bu nedenle uygulamaları birinci haftadan itibaren **sırayla** yapmanız çok önemlidir ve bir sonraki haftaya geçmeden o haftanın zarfını **açmamanız** gerekmektedir. Uygulamalardan verim alabilmeniz için ve çalışmamızın amacına ulaşabilmesi için lütfen uygulamaları elinizden geldiğince tam bir şekilde yapmaya çalışın. Herhangi bir soru veya bilgi için aşağıdaki iletişim bilgilerinden çalışmanın sorumlusuna ulaşabilirsiniz.

Şeker çocuğunuz ve kendiniz için, yaşama daha güçlü tutunabilmeniz dileklerimizle...

Çalışmanın Sorumlusu: Ümran Yavuz

e-mail: umran.yavuz@ibnhaldun.edu.tr

1. HAFTA

Merhaba,

Bu haftaki uygulamalarınız başarı kutusu yapma ve başarınızı belgelendirme.

1.1. Başarı Kutusu Yapın

Bir hedef doğrultusunda çalışmak ve bu yolda başarılar elde etmek, mutlu ve tatmin olunmuş bir hayatın önemli parçalarından biridir. Başarılar, hedefimizi gerçekleştireceğimize olan inancımızı kuvvetlendirir, özgüvenimizi artırır ve sorun çözme becerimizi güçlendirir.

Çocuğunuzun diyabeti nedeniyle kısa ve uzun vadeli birçok hedefiniz var. Sağlıklı bir diyet, sağlıklı bir şeker düzeyi, çatışma yaşamadan insülin iğnelerini yapma gibi hedefler, kısa vadedeki günlük hedefleriniz. Üç ayda bir yaptırdığınız HbA1c testi sonucunda sağlıklı bir sonuç almak daha uzun vadedeki hedeflerinizden biri. Çocuğunuzun ve kedinizin hem fiziksel hem de psikolojik olarak sağlıklı bir yaşam sürmeniz ise, her ebeveynin olduğu gibi sizin de nihai hedefiniz.

Her gün gerçekleştirmeyi istediğiniz bu hedefleri, birer başarı vesilesi olarak görürseniz, başarının ruh sağlığına olan katkılarından faydalanabilirsiniz. Başarı mutluluğun ve iyi olmanın önemli bir parçası iken, başarısızlık mutsuzluğa neden olan bir durum değildir. Başarısızlık, bize bir dahaki deneme için tecrübe ve fikir veren bir sonuçtur. Bu nedenle, başarısızlıklar iyi değerlendirildiğinde başarıya götürür.

Başarı kutusu uygulaması, günlük rutininizden başarı öyküleri çıkarmanıza destek olacak. Ayrıca önümüzdeki 6 hafta boyunca yapacağınız uygulamaların her biri de bir başarı vesilesi olacak.

Bu uygulama için, çocuğunuzla birlikte “başarı kutusu” olarak adlandıracağınız bir kutu edinin. Satın alabilir, evdeki bir kutuyu değerlendirebilir ya da çeşitli malzemelerle kendiniz bir kutu üretebilirsiniz. Uygulamaya başlayacağınız günden itibaren elde ettiğiniz başarıları bir kâğıda yazıp bu kutuya atın. Böyle bir uygulama yapacağınızı çocuğunuza anlatın. Çocuğunuz, kendi başarılarını fark etmese de, siz ona başarılarını fark ettirip kutuya atmaya teşvik edin. Kutuya atacağınız şeyler çok büyük başarılar olmak zorunda değil. Çocuğunuzun diyete uyması, şeker değerinin iyi çıkması, verdiğiniz bir görevi yerine getirmesi, kardeşiyle bir oyuncağı paylaşması,

tabağındaki yiyecekleri bitirmesi gibi büyük küçük her şeyi bu kutuya atabilirsiniz. Bunların yanında, bu program kapsamında yapacağınız her bir uygulama da hem sizin hem çocuğunuzun başarısıdır. Bunları da kutuya atabilirsiniz.

Kutuya atacağınız kâğıtlara sizin veya çocuğunuzun başarısının yanında, bunu nasıl başardığınızı ve başarmak için hangi güçlü özelliklerinizi kullandığınızı da yazın.

Bu etkinliği diğer aile bireyleriyle de paylaşabilirsiniz ve dilerlerse onlar da bu etkinliğe katılabilirler.

Yapmanız gerekenleri özetleyecek olursak:

- ✓ Çocuğunuza kısaca böyle bir uygulama yapacağınızı anlatın.
- ✓ Birlikte bir başarı kutusu edinin.
- ✓ Bir şey başardığınızda bunu bir kâğıda yazın. Nasıl başardığınızı ve hangi güçlü özelliğimizin bunu başarmanıza yardım ettiğini de yazın.
- ✓ Çocuğunuzun bir başarısını gözlemlediğinizde, bunu birlikte yukarıdaki gibi yazıp kutuya atın.
- ✓ Buna en az 1 hafta boyunca devam edin (1 haftadan sonra derseniz devam edebilirsiniz).
- ✓ 1 haftanın sonunda kutudan rasgele başarılarınızı çekerek birbirinize okuyun.

1.2. Başarınızı Belgelendirin

Diyabetli bir çocuk annesi/babası olmanız nedeniyle sıradan bir ebeveyn den daha fazla sorumluluk taşıyor, çocuğunuz için daha fazla kaygılanıyorsunuz.

Çocuğunuz da hastalığı nedeniyle sıradan bir çocuğa göre özgürlüğü daha çok kısıtlanmış, öfkeli, üzgün veya neşesiz hissedebiliyor zaman zaman.

Bu, yaşadığımız zorluğun çok küçük bir özeti. Bu zorlukları göğüsleyip, çocuğunuza hem fiziksel hem de psikolojik açıdan sağlıklı bir yaşam temin etmeye çalıştığınız için çok başarılı bir ebeveynsiniz. Benzer şekilde, çocuğunuz da bu yaşında kronik bir hastalıkla yaşayıp onu idare etmeyi öğrendiği için çok başarılı bir çocuk. Bu başarınızı karşılıklı olarak tanıyıp tebrik etmek için başarı belgesi hazırlayabilirsiniz.

Bu uygulamada, siz çocuğunuzun bu başarısını ona bir başarı belgesi hazırlayarak kutlarken, o da sizin için bir başarı belgesi hazırlayacak.

Bunun için ekte gönderdiğimiz başarı belgesi şablonlarını kullanabilirsiniz. Başarının nedenlerini ve neden bu belgeyi verdiğinizi belgedeki açıklama kısmına yazın (örneğin; kızım, diyabetle mücadele etmede gösterdiği üstün başarıdan bu belgeyi almaya hak kazanmıştır).

2. HAFTA

Birinci haftayı tamamlayıp ikinci haftaya geçtiniz, tebrikler! 😊 Bu haftaki uygulamalarınız güzel giden şeyleri bulma ve sanatsal bir kalp tasarlama.

2.1. Güzel Giden Şeyleri Bulun

Olumlu duygular da, olumsuz duygular da sağlıklıdır ve hayatın parçasıdır. Ancak olumlu duygular dikkatimizi ve algımızı genişlettiğinden zihin kapasitemizi daha etkili kullanmamızı sağlar. Böylece yaşadığımız stresli ve zor durumlar karşısında olumsuz duygulara aşırı kapılmadan çözümler üretebiliriz.

Peki, olumlu duyguları nasıl daha fazla deneyimleyebiliriz? Bunun bir yolu, dikkatimizi yanı başımızda duran güzelliklere kaydırmamızdır. Bu uygulama size bunun için yardımcı olmayı hedeflemektedir. Yaşamınızdaki güzelliklerin, yolunda gitmeyen şeylerden daha fazla olduğunu keşfetmeniz ve böylece olumlu duygulara daha fazla yer açabilmeniz, bu uygulamanın amacıdır.

Bu, çocuğunuzun değil, sadece sizin yapacağınız bir uygulama. Elinize bir kalem ve defter alın ve aşağıdaki soruları cevaplayın. Soruları cevaplarken sadece olumlu ve memnun olduğunuz şeyleri yazmaya mutlaka dikkat edin. Aklınıza gelmediği noktada kendinizi zorlayın. Uygulamanın bir amacı da, günlük hayatta olumlu şeylere odaklanmakta yaşadığımız zorluğu kırmaktır. Hep gözümüzün önünde oldukları için dikkatimizi çekmeyen ve gözden kaçırdığımız “güzel giden şeyleri” keşfedin. Her bir soru için en az 10 olumlu noktayı yazın (toplam 40 olumlu nokta bulmanız gerekiyor.)

- ✓ Çocuğunuzun sağılığı hakkında nelerden memnunsunuz?
- ✓ Çocuğunuzun dış görünüşü hakkında neleri beğeniyorsunuz?
- ✓ Çocuğunuzun kişiliği ve davranışları hakkında neleri beğeniyorsunuz?
- ✓ Çocuğunuzun neşeli ve keyifli olduğu zamanlar neler?

2.2. Sanatsal bir Kalp Tasarlayın

Bu hafta yapacağınız ikinci uygulamada olumlu duyguları çocuğunuzla paylaşacağınız bir aktivite yapacaksınız.

Çocuğunuzla birlikte ikinizin de çok sevdiği biri için farklı malzemeler kullanarak sanatsal bir kalp tasarlayın ve bu kalbi sevdiğiniz kişiye verin (uzakta ise gönderin). Bu kişinin kim olacağına birlikte karar verin. Hediyenizi birlikte bu kişiye verin ve nasıl bir tepki verdiğini gözlemleyin.

3. HAFTA

Merhaba,

Tebrikler! İki haftayı geride bıraktınız ve üçüncü haftaya ulaştınız. ☺ Bu haftanın uygulamaları şükür kavanozu yapma ve affetme mektubu yazma.

Bu uygulamalar, bir önceki haftada olduğu gibi, olumlu duyguları geliştirmeyi amaçlıyor, ancak bu hafta olumlu duygular dağarcığınızdaki tatminkâr olma ve affetme duygularının canlandırılması hedefleniyor. Böylece olumlu duygu yelpazenizdeki farklı renklerin daha görünür olmasını sağlayabileceksiniz.

3.1. şükür Kavanozu Yapın

Çocuğunuzla birlikte bir kavanoz bulup onu sık sık görebileceğiniz bir yere koyun. Ne zaman bir şey için şükran halinde ya da birine teşekkür borçlu hissederseniz, kavanozun içine bir bozuk para atın. Kavanozunuz özellikle şeffaf olsun ki içinin ne kadar dolduğunu ve şükürde aldığınız yolu görün. Bu kavanozdan diğer aile üyelerine de bahsedin ve onlara da bu uygulamaya katılmayı teklif edin. Kavanoz dolduğunda bunu bir yardım kuruluşuna veya ihtiyaç sahibi birine ulaştırın. Böylece, ettiğiniz şükür, ihtiyaç sahibi birinin de şükretmesine vesile olsun.

3.2. Affetme mektubu yazın

Affetme mektubu, affetmenin yaraları sarmadaki etkisini deneyimlemenizi amaçlıyor. Yaşadığınız zorluklara affedici bir bakış açısı geliştirmenizi ve böylece dayanıklılık kazanmanızı hedefliyor.

Çocuğunuzun hastalığını, hayatınızı zorlaştıran biri olarak hayal edin. Çocuğunuzun hastalığını temsil eden bu kişiye bir affetme mektubu yazın. Mektubu yazarken aşağıdaki sorulardan yararlanabilirsiniz:

- ✓ Bu hastalığın sizi duygusal olarak yıpratmasına izin vermeden, hayatınızdaki varlığını kabul ederek yaşamınıza devam etmek nasıl olurdu?
- ✓ Hayatı anlam verme biçiminizi ve kişisel değerlerinizi düşündüğünüzde, bu hastalığı nasıl anlamlandırıyorsunuz?
- ✓ Karakterinizin güçlü noktalarını ve bu hastalığı şimdiye kadar nasıl yönettiğinizi düşünün. Gelecekte bu hastalığı etkili bir şekilde yönetmenizi sağlayacak hangi maddi ve manevi kaynaklara sahipsiniz?

4. HAFTA

Merhaba,

Bu hafta itibariyle yolu yarılıdınız, tebrikler! ☺ Bu haftanın uygulamaları mutluluğunuzu resmetme ve bir sokak hayvanı besleme.

4.1. Mutluluğunuzu resmedin

Çocuğunuzun da içinde olduğu, sizde çok güzel duygular uyandıran bir anınızı hatırlayın (bir bayram veya doğum günü gibi önemli bir gün veya size özel bir anı olabilir). Bu anıyı tüm detaylarıyla hatırlayıp çocuğunuza da hatırlatın ve birlikte o anının verdiği güzel duyguları yeniden yaşamaya çalışın. Bu anıya ait fotoğraf veya hediye gibi somut bir hatırlatıcı varsa bunlardan yararlanın. Daha sonra bu anıyı anlatan bir resim yapın. Bu resmi birlikte de yapabilirsiniz veya ayrı resimler de yapabilirsiniz. Yaptığınız resmi güzel bir yere asabilirsiniz.

4.2. Bir Sokak Hayvanı Besleyin

Çocuğunuzla birlikte bir gün dışarı çıkıp sokaktaki hayvanları besleyin ve onları gözlemleyin.

Bunu yapmakta zorlanırsanız veya ilgi çekici bulmazsanız çocuğunuzla birlikte mümkünse bir ağaç dikin veya saksıya bir bitki ekin. Bunun bakımını çocuğunuza anlatın ve birlikte bakımını üstlenin.

5. HAFTA

Merhaba,

Bitişe çok yaklaştınız, çabanızı tebrik ederiz. ☺ Bu haftanın uygulamaları şükran ziyareti yapmak ve övgü akordeonu oyunu oynamak.

Bu haftanın uygulamaları, mutluluğun önemli boyutlarından biri olan ilişkileri güçlendirmeyi amaçlıyor. Yakınlarımızla güçlü bağlar kurmak ve onlarla aramızdaki sevgi alışverişi, hayattaki en büyük lezzetlerden ve mutluluk kaynaklarından biridir. Bu uygulamalar, yaşamınızdaki bu mutluluk kaynağına yönelmenizi sağlayacak.

5.1. Şükran ziyareti yapın

Hayatınızı olumlu yönde değiştiren, üzerinizde güzel etkiler bırakan, teşekkür etmek istediğiniz birine bir mektup yazın. Mektupta o kişinin size olan katkılarını ve sizin için değerini anlatın. Ona teşekkürlerinizi sunun. Sonra bu kişi hayattaysa ve uzakta değilse arayın ve ziyaret etmek istediğinizi söyleyin. Bulduğunuzda yazdığınız bu mektubu ona okuyun. Ziyaret etmeniz mümkün değilse mektubu ona telefonda okuyabilir veya postayla gönderebilirsiniz.

5.2. Övgü Akordeonu Oyunu Oynayın

Ailecek veya yakınlarınızla, çocuklarınızın da olduğu bir ortamda bir araya gelin. Daire şeklinde oturun. Her biriniz bir parça kâğıt alın. Herkes elinde olan kâğıda kendi adını yazıp yanında oturana geçirin. Elinize gelen kâğıtta ismi yazan kişinin fark ettiğiniz güçlü özelliklerini yazın ve kâğıdı akordeon gibi katlayın ki yazdıklarınız

görünmesin. Sonra kâğıdı yanınızdaki kişiye verin. O da kâğıtta ismi yazan kişinin güçlü noktalarını yazıp akordeon gibi katlasın ve bir sonraki kişiye uzatsın. En sonunda birçok güçlü noktanın yazılı olduğu kâğıt, üzerinde ismi olan kişinin eline geçsin.

6. HAFTA

Merhaba,

5 haftayı geride bıraktınız ve son haftaya ulaştınız, tebrik ederiz ☺ Son haftanın uygulamaları, şükür günlüğü ve yağmurlu gün mektubu.

Bu uygulamalar mutluluğun anlam boyutunu güçlendirmeyi hedefliyor. Şükür günlüğünde hedeflenen, zorluğun içinde kolaylığı, kötünün içinde iyiyi görebilmenizi ve bu sayede yaşadıklarınızı bir anlam çerçevesinde görebilmenizi kolaylaştırmak. Yağmurlu gün mektubundaki amacımız, zor zamanlarınızda başvuracağınız bir kaynak oluşturmak ve bunu oluştururken bu durumlarda başvuracağınız kaynakları fark ederek şu andaki güven duygunuzu çoğaltmak, yaşadıklarınızdaki anlamı ön plana çıkarmak, kendinize duyduğunuz merhameti ve geleceğe yönelik umudu beslemek.

6.1. Şükür Günlüğü Tutun

Bu uygulamaya başlayacağınız günden itibaren 10 gün boyunca yatmadan önce şükrettiğiniz 3 şeyi ve neden onlar için şükrettiğinizi yazın. Bu üç şeyden biri çocuğunuzla ilgili olsun. Bunları yazarken şu sorular üzerinde düşünmeniz size yardımcı olabilir:

- ✓ Yaşadığım zorluklar içinde olumlu şeyler neler olabilir?
- ✓ Daha kötüsü olabilir miydi?
- ✓ İçinde bulunduğumuz durumda daha kötüsünün olmasını engelleyen neler var?
- ✓ Hayatıma ve dünyaya daha geniş çerçeveden baktığımda, bana ve insanlığa hediye olarak verilen şeyler neler?

6.2. Yağmurlu gün mektubu yazın

Dingin ve huzurlu hissettiğiniz bir zamanda, üzgün ve yıpranmış hissettiğiniz zor zamanlarınızda başvurmak üzere kendinize bir mektup yazın. Bu mektup üzgün, öfkeli veya yıpranmış hisseden halinize yapacağınız tavsiyeleri içersin. Zor anlarınızda bu mektubu okuyun. Mektupta şunlar yer alabilir:

- ✓ Sizin için rahatlatıcı olan aktivitelerin listesi,
- ✓ Destek alabileceğiniz, içinde bulunduğunuz durumu ilgi ile dinleyebilecek yakınlarınızın isimleri,
- ✓ Güçlü karakter özellikleriniz,
- ✓ Geleceğe dair umutlarınız,
- ✓ Yaşamınıza ve kişiliğinize yön veren değerleriniz,
- ✓ Yaşadıklarına verdiğiniz anlam,
- ✓ Kendinize vermek istediğiniz özel tavsiyeler...

EK 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İbn Haldun Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Ümran Yavuz tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın 2018.207.IRB3.145 sayılı onayı ile izin verilen, "Pozitif Psikoloji Müdahale Yöntemlerinin Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Ebeveynlerinin Psikolojik İyi Oluşu Üzerindeki Etkisi" başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI (Neden böyle bir araştırma yapmaya gerek duyuldu?)

Tip 1 diyabet, çocukların yaşamlarını birçok yönden kısıtlayan ve onları zaman zaman yoğun strese maruz bırakabilen bir hastalıktır. Sadece çocuklar için değil, onların ebeveynleri için de oldukça zorlayan bir hastalık olabilmektedir. Çocuklardaki stres, öğünlerden önce aldıkları insülinin etkisini azaltmaktadır. Bu nedenle stresten hem psikolojik hem de fiziksel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Bu durum, tip 1 diyabetli çocuklar ve ebeveynlerine yönelik psikolojik müdahaleyi gerekli kılmaktadır. Bu çalışma, bu ihtiyaca yanıt verecek bir girişim olarak ortaya çıkmıştır. 6 hafta boyunca yapılacak uygulamalar sonucunda çocukların ve ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşlarının gelişmesi ve çocukların diyabetinin de daha sağlıklı bir seyre kavuşması beklenmektedir.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:

İlk aşamada sizden internet üzerinden göndereceğimiz anketleri doldurmanız beklenmektedir. Bu kısımda sizin ve çocuğunuzun psikolojik iyi oluşunuzu ölçen sorular bulunmaktadır. Size yöneltilen soruları cevapladıktan sonra çocuğunuzun kendisi için ayrılan bölümü cevaplamasına yardımcı olmanız beklenmektedir. (Okuma ve anlama düzeyi yeterli ise soruları kendisi okuyup cevaplayabilir, eğer yeterli değilse soruları ona siz okuyabilirsiniz.) Anketi cevaplamanız yaklaşık 20-25 dakikanızı alacaktır. Çocuğunuzun cevaplamasının ise yaklaşık 30-35 dakika zaman alması tahmin edilmektedir.

Bu çalışmanın HbA1c değeri üzerindeki etkisine bakabilmemiz için, anket aşamasında çocuğunuzun son HbA1c değerini soran soruyu da cevaplamanız beklenmektedir. Bir sonraki HbA1c testini tahmini olarak ne zaman yaptıracağınızı da ilgili kısımda cevaplamanız rica edilmektedir.

Bu aşamadan sonra 6 haftalık psikolojik uygulamalar yapacağınız sürece gireceksiniz. Bu uygulamaların ne olduğu ve nasıl yapacağınızı anlatan zarflar adresinize postalanacaktır. Her haftanın 2 uygulaması bulunmaktadır ve bu 2 uygulamaya ayıracağınız toplam sürenin yaklaşık 1 saat olacağı tahmin edilmektedir. Her haftanın uygulaması ayrı kapalı zarflar içerisinde yer almaktadır. Sizden sadece içerisinde bulunacağınız haftanın uygulamasına odaklanmanız ve diğer zarfları zamanı gelmeden açmamanız beklenmektedir. Bu uygulamalardan bir kısmı sizin bireysel olarak yapacağınız uygulamalardır, bir kısmı da çocuğunuzla birlikte yapacağınız uygulamalardır. Uygulamalar genellikle evde yapacağınız oyun benzeri ya da kâğıt kalem ile yapacağınız ödev benzeri aktivitelerden oluşmaktadır. Çalışmaya katıldığınız takdirde 6 hafta boyunca haftada bir kere telefonla araştırma sorumlusu tarafından aranarak uygulamalar hakkında hatırlatmalar alacaksınız. Bu görüşmelerin yaklaşık 1-2 dakika sürmesi beklenmektedir.

6 haftayı tamamladıktan sonra tekrar internet yoluyla sizin ve çocuğunuzun birer anket doldurması beklenmektedir. İlk aşamada belirttiğiniz HbA1c ölçümü yaptırmayı planladığınız tarihlerde tekrar aranarak ikinci HbA1c testi sonucunuz sizden istenecektir. Bu sonucu verdiğinizde çalışmayı tamamlamış olacaksınız.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bizimle kişisel bilgilerinizi ve çocuğunuzun kişisel sağlık bilgisini (HbA1c değerini) paylaşmanız kendi mahrem bilginizi paylaşmanız açısından minimal düzeyde etik risk taşımaktadır. Ancak bizimle paylaşacağınız tüm bilgiler araştırmacı tarafından korunarak üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Bilgileriniz kimliğinizle (isminizle veya size ait başka bir bilgiyle) eşleştirilmeyecektir. Yalnızca tüm katılımcılardan elde edilecek toplam veriler rapor edilecektir. Çalışma bunun dışında günlük hayatta karşılaşılan risklerden daha fazla bir risk taşımamaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA GÖNÜLLÜLERE OLASI FAYDALARI

Bu araştırmaya katılarak tip 1 diyabetli çocukların ve ebeveynlerinin psikolojik iyi oluşunu geliştirmeyi hedefleyen bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmuş olacaksınız. Bu çalışma, hem kendinize hem de çocuğunuza, daha önce bilimsel çalışmalarla faydası gösterilen ve/veya psikologlar tarafından tavsiye edilen, mutluluğunuzu arttırmayı hedefleyen uygulamalar sunmaktadır. Bu uygulamaların mutluluğunuza farklı yönlerden katkı sağlaması beklenmektedir. Ayrıca, bu uygulamaların yaşam stresinizi azaltması ve sonuç olarak çocuğunuzun diyabetinin olumlu etkilenmesi beklenmektedir. Başka bir deyişle, daha sağlıklı bir HbA1c değeri elde etmeniz bu çalışmanın olası faydalarındandır.

Tip 1 diyabetin psikolojik boyutuna bilimsel çevrelerde dikkat çekilebilmesi, bu konunun psikoloji alanındaki akademisyenlerin gündemine gelebilmesi ve başka bilimsel çalışmalara zemin hazırlanması için de katkınız çok önemlidir.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Elde edilecek veriler yalnızca bu bilimsel çalışmada kullanılacaktır. Bu bilgilere yalnızca

deney sorumlusunun erişimi olacaktır. Veriler deney sorumlusunun şifreli bilgisayarında korunacaktır. (Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, 2011, madde 6)

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir. Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Araştırmanın sorumlusu: Ümran Yavuz
e-mail: umran.yavuz@ibnhaldun.edu.tr

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtladı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Çocuğumun da verilen anketleri doldurmasına ve uygulamaları yaparak bu çalışmaya katılmasına onay veriyorum.

EK 5

ÇOCUK RIZA FORMU

Sevgili Arkadaşım,

Benim adım Ümran Yavuz. Tip 1 diyabet konusunda bir araştırma yapıyoruz. Tip 1 diyabetli çocukların yaşadığı zorlukları anlamaya ve çözüm bulmaya çalışıyoruz. Bu araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Bu araştırmaya katılacak olursan internet üzerinden bazı sorulara cevap vermek gerekecek. Sonra annen veya babanla birlikte oyun gibi bazı etkinlikler yapacaksınız. En sonunda da tekrar bazı soruları cevaplaman gerekecek. Bu soruların doğru ya da yanlış cevabı yok. Senin hakkında bilgi edinmek için bunları soracağız.

Bu araştırmanın sonuçları çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacak. Bu araştırmanın sonuçlarını başka arkadaşlarımıza da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da biz ve öğretmenlerinin sana karşı davranışlarında bir değişiklik olmayacaktır.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram burada yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen aşağıdaki onay kutusunu doldur.

Onaylıyorum.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Ad-Soyad: Ümran Yavuz
E-mail: umran.yavuz57@gmail.com
Adres: Avcılar / İstanbul

Eğitim:

2012 – 2017.....Psikoloji Lisans Programı, Boğaziçi Üniversitesi, Türkiye

Yabancı Dil:

İngilizce

Stajlar:

- İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2016)
- İPAM İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi Uygulama ve Araştırma Merkezi (Temmuz 2018-Haziran 2019)