

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİNİN TÜRK**  
**TOPLUMUNDAKİ DİYABETİK BİREYLERE**  
**UYARLANMASI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN**  
**BELİRLENMESİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Dilek BÜYÜKKAYA BESEN**

**İZMİR**

**2009**



**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİNİN TÜRK TOPLUMUNDAKİ**  
**DIYABETİK BİREYLERE UYARLANMASI VE**  
**ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**HEMŞİRELİK PROGRAMI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**  
**DOKTORA TEZİ**

**Dilek BÜYÜKKAYA BESEN**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Aynur ESEN**

**İZMİR**

**2009**



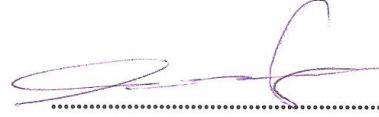
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Prof.Dr. Candeğer YILMAZ

  
.....

(E.Ü. REKTÖRÜ)

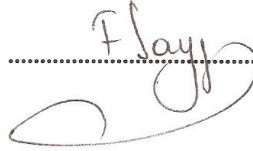
Üye : Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU

  
.....


Üye : Prof.Dr. Besti ÜSTÜN

  
.....

Üye : Prof.Dr. Füsün SAYGILI

  
.....

Başkan : Prof.Dr. Aynur ESEN

  
.....

(Danışman)

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih 02.12.2009

## ÖNSÖZ

*Doğtora eğitimim süresince bilimsel ve özel alanda sürekli desteğini gördüğüm, kendisini tanıma, bilgi ve deneyimlerinden faydalanma olanağı bulduğum, doğtora eğitiminde danışana danışmanı ile aynı dili konuşabilme olanağı sağlayan, beni sürekli motive eden ve gerçek anlamda bana bilim koçluğu yapan danışman Hocam, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Müdürü, Sayın Prof.Dr. Aynur ESEN'e,*

*Doğtora eğitimimde gerçek anlamda emeği geçen, bilimsel alanda gelişimime, önerileri ile de tezimin şekillenmesine ve zenginleşmesine katkıları olan, ayrı bir kurumda çalışırken doğtora yapmanın fiziksel ve zamansal zorluğuna rağmen her zaman olumlu yaklaşımları ile destek sağlayan Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalının bir üyesi gibi hissetmemi sağlayan Hocam, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü Sayın Prof. Dr. Çiçek FADILDOĞLU'na,*

*Tezimin öneri süreci ve gereç-yöntemin biçimlendirilmesi aşamasından itibaren yoğun klinik ve üst düzey idari çalışmalarına rağmen tez sürecinde, izleme ve savunma jürilerimde olmayı içtenlikle kabul ederek bana onur veren ve tezimin her aşamasında bilgi birikimi ve deneyimlerinden yararlanma olanağı sağlayan Ege Üniversitesi Rektörü Hocam Sayın Prof. Dr. Candeğer YILMAZ'a,*

*Doğtora eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Hocam Yrd. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI olmak üzere tüm İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarına,*

*Yoğun klinik ve idari çalışmalarına rağmen tez değerlendirme jüri üyesi olmayı gönüllülükle kabul ederek tezimin bilimselliğine güç katan ve beni onurlandıran hocalarım; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Füsun SAYGILI ve öğretim kadrosunda yer almakta gurur duyduğum Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü Sayın Prof.Dr. Besti ÜSTÜN'e*

*Tezimin yürütülmesine olanak sağlayan kurum ve kuruluşların yetkililerine ve çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm diyabetli bireylere,*

*Bütün bu süreçlerde maddi ve manevi desteğini hiç eksik etmeyen Sevgili Eşime ve ailesine,*

*....Ve uzakta olsalar da her zaman varlıklarını, desteklerini yanımda hissettiğim, bu günleri görmeyi dört gözle bekleyen Sevgili Aileme,*

*Sonsuz Saygılar, Sevgiler ve Teşekkürler Sunuyorum. ...*

**İzmir Aralık 2009**

**Dilek BÜYÜKKAYA BESEN**

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

|  |     |
|--|-----|
| ÖNSÖZ .....  | iii |
| İÇİNDEKİLER .....  | iv  |
| TABLolar DİZİNİ .....  | x   |
| BÖLÜM I .....  |     |
| 1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER.....                                    | 1   |
| 1.1.Problemin Tanımı .....   | 1   |
| 1.2. Araştırmanın Amacı.....                                       | 7   |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezleri .....                                | 8   |
| 1.4. Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi.....                  | 9   |
| 1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                             | 12  |
| 1.6. Tanımlar .....  | 13  |
| 1.7. Genel Bilgiler .....  | 14  |
| 1.7.1. Hastalık ve Hasta Olma Kavramı .....                        | 14  |
| 1.7.2. Kronik Hastalık Kavramı ve Etkileri .....                   | 14  |
| 1.7.2.1. Tip 2 Diyabet ve Etkileri.....                            | 18  |
| 1.7.3. Kronik Hastalıkla Başetme ve Uyum.....                      | 19  |
| 1.7.4. Kabul Kavramı .....   | 25  |
| 1.7.5. Hastalığı Kabul Kavramı .....                               | 30  |
| 1.7.5.1. Hastalığı Kabul Etmenin Yararları .....                   | 35  |
| 1.7.5.2. Hastalığı Kabul Etmemenin Sonuçları.....                  | 36  |
| 1.7.6. Diyabeti Kabul.....   | 37  |
| 1.7.6.1. Diyabetli Bireyde Diyabet İle İlişkinin Gelişimi .....    | 39  |
| 1.7.7. Hastalığı Kabul Ölçeği-Acceptance of Illness Scale .....    | 43  |
| 1.7.8. Hastalığı Kabul Kavramının Hemşirelik Açısından Önemi ..... | 44  |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>BÖLÜM II</b> .....  |           |
| <b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>2.1. Araştırmanın Tipi</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>2.2. Kullanılan Gereçler</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>2.3. Kullanılan Yöntemler</b> .....   | <b>53</b> |
| <b>2.3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik</b><br><b>Güvenirlik Çalışması</b> .....                                 | <b>53</b> |
| <b>2.3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul</b><br><b>Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>2.4.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik</b><br><b>Güvenirlik Çalışması</b> .....                                 | <b>54</b> |
| <b>2.4.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul</b><br><b>Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>2.5. Araştırmanın Evreni</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>2.6.1. Örneklem Özelliği</b> .....  | <b>55</b> |
| <b>2.6.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü</b> .....  | <b>56</b> |
| <b>2.6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin</b><br><b>Geçerlik Güvenirlik Çalışması</b> .....                               | <b>56</b> |
| <b>2.6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı</b><br><b>Kabul Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar</b> ..... | <b>56</b> |
| <b>2.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri</b> .....  | <b>56</b> |
| <b>2.8. Veri Toplama</b> .....   | <b>57</b> |
| <b>2.8.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik</b><br><b>Güvenirlik Çalışması</b> .....                                 | <b>57</b> |



|   |           |
|---|-----------|
| 2.8.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar ..... | 58        |
| 2.9. Verilerin Analizi .....  | 58        |
| 2.9.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri.....                            | 58        |
| 2.9.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Analizi.....         | 60        |
| 2.10. Süre ve Olanaklar.....  | 60        |
| 2.11. Etik Açıklamalar .....  | 63        |
| <b>BÖLÜM III.....</b>   |           |
| <b>3. BULGULAR.....</b>   | <b>64</b> |
| 3.1. Hastalığı Kabul Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Bulguları .....   | 64        |
| 3.1.1. Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.....                                 | 64        |
| 3.1.2. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Bulguları.....  | 68        |
| 3.1.2.1. Dil Geçerliğinin İncelenmesi.....  | 68        |
| 3.1.2.2. İçerik/Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi .....   | 69        |
| 3.1.2.3. İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi .....  | 72        |
| 3.1.2.4. Yapı- Kavram Geçerliğinin İncelenmesi.....   | 73        |
| 3.1.3. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları.....  | 73        |
| 3.1.3.1. Zamana Göre Değişmezliğinin İncelenmesi.....   | 74        |
| 3.1.3.2. İç Tutarlılığının İncelenmesi .....  | 74        |
| 3.1.3.2.1. Madde İstatistikleri/Analizlerinin İncelenmesi.....  | 74        |
| 3.1.3.2.2. İç Tutarlık Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi.....   | 77        |

|  |              |
|--|--------------|
| <b>3.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....</b>           | <b>79</b>    |
| 3.2.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri .....   | 79           |
| 3.2.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerinin İncelenmesi ....  | 89           |
| 3.2.3. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi .....                    | 95           |
| 3.2.4. Diyabetli Bireylerin Diyabet Yılına Göre Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi..... | 102          |
| <b>BÖLÜM IV .....</b>  | <b>.....</b> |
| <b>4. TARTIŞMA.....</b>  | <b>109</b>   |
| 4.1. Hastalığı Kabul Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Bulgularının Değerlendirilmesi .....                               | 109          |
| 4.1.1. Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Bulgularının Değerlendirilmesi..... | 109          |
| 4.1.2. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Bulgularının Değerlendirilmesi .....                                     | 110          |
| 4.1.2.1. Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....   | 110          |
| 4.1.2.2. İçerik/Kapsam Geçerliği'nin Değerlendirilmesi .....   | 111          |
| 4.1.2.3. İç Ölçüt Geçerliğinin Değerlendirilmesi .....   | 112          |
| 4.1.2.4. Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....   | 112          |
| 4.1.3. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Güvenirlik Bulgularının Değerlendirilmesi .....                                   | 114          |
| 4.1.3.1. Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi .....   | 114          |
| 4.1.3.2. İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi.....  | 115          |
| 4.1.3.2.1. Madde İstatistikleri/Analizlerinin Değerlendirilmesi .....  | 115          |

|   |     |
|---|-----|
| 4.1.3.2.1. İç Tutarlık Güvenirlik Katsayılarının Değerlendirilmesi .....  | 117 |
| 4.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi .....    | 118 |
| 4.2.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Bulgularının Değerlendirilmesi .....   | 118 |
| 4.2.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerinin Değerlendirilmesi .....  | 119 |
| 4.2.3. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi .....                     | 121 |
| 4.2.3.1. Sosyo-Demografik Faktörler .....   | 121 |
| 4.2.3.2. Diyabete İlişkin Faktörler.....  | 123 |
| 4.2.3.3. Kişisel Kaynaklar ve Metabolik Parametreler .....  | 125 |
| 4.2.4. Diyabet Yılına Göre Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi ..... | 128 |
| BÖLÜM V .....   |     |
| 5. SONUÇ ve ÖNERİLER .....  | 130 |
| 5.1. Sonuç .....  | 130 |
| 5.2. Öneriler .....   | 134 |
| ÖZET.....   | 136 |
| YARARLANILAN KAYNAKLAR.....   | 140 |
| EKLER.....  | 157 |
| EK-I HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ (ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE) .....   | 157 |
| EK -II YAŞAM YÖNELİMİ TESTİ (LIFE ORIENTATION TEST) .....   | 158 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>EK-III ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ<br/>(MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT-<br/>MSPSS).....</b>         | <b>159</b> |
| <b>EK -IV ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ (SELF-EFFICACY<br/>SCALE) .....</b>  | <b>161</b> |
| <b>EK-V SOSYO-DEMOGRAFİK ve DİYABETE İLİŞKİN SORU FORMU<br/>.....</b>   | <b>163</b> |
| <b>EK VI. HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİNİN KULLANILABİLMESİ İÇİN<br/>BARBARA FELTON'DAN ALINAN İZİN BELGESİ VE DİĞER ÖLÇEK<br/>İZİNLERİ.....</b> | <b>164</b> |
| <b>EK VII. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU<br/>BİLİMSEL ETİK KURUL ONAYI .....</b>  | <b>168</b> |
| <b>EK VIII. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN<br/>YAZISI.....</b>   | <b>170</b> |
| <b>EK IX. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN<br/>YAZISI.....</b>   | <b>171</b> |
| <b>EK X. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İlk aşama için).....</b>  | <b>172</b> |
| <b>EK X. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İkinci aşama için).....</b>   | <b>173</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>   | <b>174</b> |

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 1.</b> Hastalığı Kabul Ölçeği Orijinal Formunun (Acceptance of Illness Scale)<br>Madde Puanları ve En Düşük-En Yüksek Değerleri ..... | 49 |
| <b>Tablo 2.</b> Hastalığı Kabul Ölçeği Orijinal Formunun (Acceptance of Illness Scale)<br>Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları .....               | 49 |
| <b>Tablo 3.</b> Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Sosyo-<br>Demografik Özelliklere Göre Dağılımı .....            | 65 |
| <b>Tablo 4.</b> Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Diyabete<br>İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı .....             | 67 |
| <b>Tablo 5.</b> Hastalığı Kabul Ölçeğinin İçerik/Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi .....   | 71 |
| <b>Tablo 6.</b> Hastalığı Kabul Ölçeğinin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi .....  | 73 |
| <b>Tablo 7.</b> Hastalığı Kabul Ölçeğinin Zamana Göre Değişmezliğinin İncelenmesi ....   | 74 |
| <b>Tablo 8.</b> Hastalığı Kabul Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistik Değerlerinin Dağılımı....   | 75 |
| <b>Tablo 9.</b> Hastalığı Kabul Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonlarının<br>İncelenmesi.....  | 76 |
| <b>Tablo 10.</b> Hastalığı Kabul Ölçeğinin İç Tutarlık Değerinin İncelenmesi .....   | 77 |
| <b>Tablo 11.</b> Hastalığı Kabul Ölçeğinin Maddeler Silindiğinde Cronbach Alpha<br>Değerlerinin İncelenmesi .....                              | 78 |
| <b>Tablo 12.</b> Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı .....   | 80 |
| <b>Tablo 13.</b> Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Diyabet Yılına<br>Göre Dağılımı.....                                     | 81 |
| <b>Tablo 14.</b> Diyabetli Bireylerin Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı .....   | 83 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tablo 15.</b> Diyabetli Bireylerin Diyabete İlişkin Özelliklerinin Diyabet Yılına Göre Dağılımı .....   | 85  |
| <b>Tablo 16.</b> Diyabetli Bireylerin Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Puan Ortalamaları ve Minimum-Maksimum Değerleri.....  | 87  |
| <b>Tablo 17.</b> Diyabetli Bireylerin Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz-Yeterlik-Etkililik Puan Ortalamaları Diyabet Yılına Göre Dağılımı .....  | 88  |
| <b>Tablo 18.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalaması .....   | 89  |
| <b>Tablo 19.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerine Göre Dağılımı.....   | 90  |
| <b>Tablo 20.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Diyabet Yılına Göre Karşılaştırılması.....   | 90  |
| <b>Tablo 21.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı .....   | 91  |
| <b>Tablo 22.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Madde Puan Ortalamalarının Diyabet Yılına Göre Karşılaştırılması .....  | 93  |
| <b>Tablo 23.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....   | 95  |
| <b>Tablo 24.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....  | 97  |
| <b>Tablo 25.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerine Göre Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerlerinin Karşılaştırılması..  | 98  |
| <b>Tablo 26.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ile Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Özellikleri, Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerleri Arasındaki Korelasyonel İlişki ..... | 100 |
| <b>Tablo 27.</b> Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Analizi İle İncelenmesi .....  | 101 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tablo 28.</b> Yeni Tanılı Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...   | 102 |
| <b>Tablo 29.</b> Eski Tanılı Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması...   | 105 |
| <b>Tablo 30.</b> Yeni Tanılı Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri İle Sosyo-Demografik, Diyabete İlişkin Özellikleri, Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerleri Arasındaki Korelasyonel İlişki ..... | 107 |
| <b>Tablo 31.</b> Eski Tanılı Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri İle Sosyo-Demografik, Diyabete İlişkin Özellikleri, Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz-yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerleri Arasındaki Korelasyonel İlişki ..... | 108 |

# BÖLÜM I

## 1. GİRİŞ ve GENEL BİLGİLER

### 1.1. Problemin Tanımı

Diyabetes mellitus (diyabet), dünya nüfusunun %2,4'ünü, ülkemiz nüfusunun ise %7,2'sini etkilemektedir (5,104). Dünyada yaklaşık 250 milyon kişi diyabettir. Bunların 32 milyonu Avrupa'da, 45 milyon Asya'da (dünyadaki prevalansın %20'si) bulunmaktadır ve her yıl bu sayıya yedi milyon kişi eklenmektedir. Gelişmiş ülkelerde toplumun %5-10'u diyabet, bütün diyabetli vakaların %90-95'i ise tip 2 diyabettir (5, 101).

Diyabet mortalite ve morbidite açısından ilerleyici bir durumdur. Kontrol edilemeyen tip 2 diyabet en büyük ölüm ve sakatlık nedenidir (5). Gelişmiş ülkelerde ikinci ve üçüncü, Amerika'da altıncı, Türkiye'de ise sekizinci ölüm sebebidir (101). 2007 yılı içinde 3,8 milyon kadın ve erkek ölümü, diyabete bağlı komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşmiştir. Bu sayı bütün dünyadaki mortalitenin %6'sını oluşturmaktadır. Ölüm nedenleri %50 kardiyovasküler hastalıklarla, %10-20 renal yetmezlik nedeni ile % 22 oranında ise stroke ile ilişkilidir. Diyabete bağlı erken ölümler yaşamın 12 ile 14 yılının kaybı ile sonuçlanır. Diyabetli olmayan yaşlılarına kıyasla tip 2 diyabetlilerde kardiyovasküler olay riski iki-dört kat daha yüksektir ve %80 oranında da kardiyovasküler hastalık yaşarlar (5, 27, 7, 101).

Diyabetli bir bireyin tıbbi maliyeti, diyabet olmayan bir bireyden iki ile beş kat daha fazladır ve Dünya Sağlık Örgütü yıllık sağlık harcamalarının %15'inin diyabete bağlı hastalıklara harcadığını belirtmektedir. Diyabetin sosyal ve finansal yükleri diyabetin komplikasyonlarından kaynaklanmaktadır (5, 27, 35, 101).



Tip 2 diyabet, olguların çoğunda görme kaybı, son dönem böbrek yetmezliği ve travma-dışı amputasyon gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (5, 27, 29, 33, 104, 126). Batkın ve Çetinkaya (2005)'nin çalışmasında, diyabetli bireylerin %24,2'sinin ayak yarası öyküsü veya mevcut ayak yarası olduğu, %4,6'sının amputasyona maruz kaldığı belirtilmektedir (11). Taş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2006) diyabetik retinopati prevalansı %30,5 bulunmuştur (120). Çalışmalar diyabetli bireylerde yüksek oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğunu göstermektedir (9, 31, 51). Eren ve Erdi'nin çalışmasında (2004), diyabetik komplikasyonu olan hastalarda %68 oranında majör depresif bozukluk saptanmıştır (30,31).

Diyabet komplikasyonlarının ve diyabete bağlı fiziksel fonksiyon kaybının güçlü bir belirleyicisi metabolik kontroldür. Metabolik kontrolün iyi olması diyabetin minör ve majör komplikasyonlarını önlemede önemli olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (2, 5, 7, 25, 33, 44, 52, 55, 57, 76, 77, 78, 82,108). Yaşam tarzı değişiklikleri ise metabolik kontrolün sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Hastanın yaşamına, fiziksel ve psikolojik birçok sorun ve günlük düzenleme getiren bir hastalık olan diyabetin yönetimi için yaşam tarzı değişiklikleri önemlidir (5, 15, 70, 73, 96, 117, 126, 127, 135). Diyabetin yönetimi günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklara, bağımsızlığın kaybına, duygusal strese ve benlikte değişimlere yol açabilir. Duygusal denge üzerine ağır yükler getirebilir. Diyabet yönetiminde iş yaşamı, ilişkiler ve gelecek planlarına tamamen farklı bir pencereden bakılmak zorunda kalınabilir. Duygusal dengenin sağlanması, aile ve arkadaşlarla ilişkilerin düzenlenmesi, ağrı ve diğer semptomların hafifletilmesi, sağlık profesyonelleri ile yeterli ilişkinin sağlanması ve geliştirilmesi gibi diyabete bağlı yükler de vardır (5, 9, 15, 17, 22, 26, 34, 35, 41, 53, 58, 67, 75, 134, 135, 136, 137).

Dolayısıyla diyabete bağlı problemler ve bunlarla baş etmek zordur ve yaşam boyu süren bir süreçtir. Diyabet deneyimi, semptomların farkına varmayı ve bunlara göre hareket etmeyi, ilaçları etkili kullanmayı, öz yönetim planlarını yönetebilmeyi, yaşam şekli düzenlemelerini yapmayı, hastalığın psikolojik ve fizyolojik sonuçlarına yönelik stratejiler geliştirmesini gerektirir (34, 35, 41, 53, 58, 67, 75, 132, 133, 136). Tip 2 diyabetli bireylerin normoglisemi düzeyine ulaşmasında en fazla etkisi olan kilo kaybı, egzersiz ve diyet değişikliğini içeren yaşam tarzı değişiklikleri çok gereklidir ve bu değişiklikleri yapmak yetmez bunların sürdürülebilir olması da gereklidir. Fakat bunları uygulamak hastaların çoğunu zorlamaktadır.

Genelde yaşam tarzı değişikliği yapmak zordur, çünkü yapılacak değişiklik inanmayı ve sorumluluk almayı gerektirir. Diyabette metabolik kontrolün kötü olması ciddi negatif sonuçlara yol açabildiğini, buna karşılık metabolik kontrolün iyi olmasının ise diyabetin ilerlemesini yavaşlatabildiğini ve diyabetin geç komplikasyonlarının (kardiyovasküler, göz ve böbrek hastalığı) gelişim riskini azalttığını gösteren kesinleşmiş kanıtlar vardır. Ancak yine çalışmalar göstermektedir ki diyabet tedavi bakım ve girişimlerindeki güncel gelişmelere rağmen tip 2 diyabetli bireylerin büyük çoğunluğu istendik metabolik kontrole ulaşmamakta sadece yarıya yakınında istendik hedeflere ulaşılabilmektedir (2, 5, 72, 76, 101). En son Amerikan epidemiyolojik kanıtlarına göre, diyabetin tedavisindeki ilaç ve teknolojik gelişmelere rağmen metabolik kontrolü kötü olan birey sayısı artış göstermektedir (5, 55, 92). Ardıç (2006)'ın yaptığı çalışmada, 1220 hastanın 632'sinde (%51,8) hedef HbA1c (%7) düzeyine ulaşılamadığı belirtilmektedir (7).

Tip 2 diyabetin artan prevalansı, komplikasyonları ve istendik metabolik hedeflere ulaşılamaması diyabet yönetimine başka bir açıdan bakmayı gerektirmektedir. Aslında temel sorun diyabet yönetimine ilişkin tedavi ve bakım

önerilerinin uygulamaya nasıl aktarılacağı ve nasıl sürdürüleceğidir. Morse ve Johnson'a göre kronik hastalığa adaptasyon çoğunlukla zorluklara ve bu zorluklarla bireyin nasıl baş etme davranışları gösterdiğine bağlıdır. Konu ile ilgili literatürde hastalıkla baş etmede, hastalığı yönetmede en fazla önerilen nokta bireyin hastalığı kabulü ve otonomi geliştirmesidir (13, 16, 18, 33, 36, 41, 45, 50, 54, 59, 60, 64, 65, 71, 81, 84, 92, 94, 97, 106, 109, 115, 125, 129, 131).

Kabul kavramsal olarak inkarın karşıtıdır; hastalığı kabul, hastanın “yetersizlik, bağımlılık hissetmeden hastalığı bütün olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul etmesi” olarak tanımlanabilir. Hastalığı kabul hasta birey tarafından farkında olma olarak tanımlanır ve hasta ve hastalık arasında kabul edilen özel bir sözleşme gibidir. Bunun anlamı hasta hastalığın yaşamına getireceği değişiklik ve kısıtlamalarla baş etmeye hazır hale gelmiştir. Hastalığı kabul kişinin hastalığa karşı geliştirdiği olumlu bir tutum ifade etmektedir. Hastanın hastalığı kabulünde daha kapsamlı ve daha olgun bir algı söz konusudur (12, 16, 18, 54, 63, 103, 115) . Hastanın hastalığının yönetimi için diğer kişiler ile konuşması, hastalığı yönetebilme yeteneği olan birisine güvenmesi, hastalık yönetimini günlük yaşamı ile bütünleştirebilmesi ve aile desteği gerekmektedir. Bütün bu süreçler diyabetli bireylerin hastalığı kabul sürecini gerektirir, hastalığı kabul süreci ise metabolik hedeflere ulaşmayı kolaylaştırır (22, 24, 33, 57).

Hastanın hastalığı kabulü, öz bakım uygulamaları ve yaşam tarzı değişiklikleri yaparak hastalığın kontrolünü sağlamada ciddi bir öneme sahiptir. Tanının gerçekliğini kabul etmek ve pozitif tutum geliştirmek baş etme ve iyileşmede ciddi bir başarı sağlar. Hastalığı kabul farkındalık duygusu yaratır, bu farkındalık psikolojik ve fiziksel faydalarla oluşan farkındalık duygusudur, bu duygu da gerilimi azaltır ve bireyin yaşam kalitesini artırır. Hastada bakımın sorumluluğunu almayı,

yaşamında kontrol sağlamayı, kendi bakımını yapabilmeyi, bakımı yönlendirebilmeyi, yaşamı ile ilgili doğru seçimler yapabilmeyi, amaçlarına bağlılığı ve dayanıklılığı sağlar (24, 62, 69, 75, 84, 88, 94, 98) .

Kronik hastalığı olan birçok hasta hastalığı kabul etmeyi büyük bir problem olarak görür. Kronik hastalığa sahip bireyler hayatını yaşamak ve hastalıkla yaşamak arasında gerilimli gelgitler tanımlamışlardır (33, 85, 86, 87). Kronik hastalıklı vaka örnekleri, hastaların umut ve umutsuzluk, kabul ve boyun eğme arasında nasıl hırpalandıklarını gösterir (61, 62,63).

Erikson (2000)'nun çalışmasında yeni tanılı diyabetli bireylerin hastalığı duygusal olarak kabul etmeleri ile HbA1c düzeyleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (33). Hastalıklarını duygusal olarak kabul eden, yaşam tarzı değişikliklerini uygulayan yani aktif baş etme davranışları gösteren diyabetli bireylerin HbA1c düzeyleri; diyabetlerini kabul etmeyen yani pasif baş etme davranışı gösteren bireylerden anlamlı derecede daha iyi düzeyde bulunmuştur. Yine aynı çalışmada HbA1c düzeyi düşüklüğü ile diyabet yönetiminde aktivite düzeyi ve hastalığı kabul düzeyinin yüksekliği arasında güçlü bir pozitif ilişki vardır. Sağlık durumları hakkında anksiyetesi olmayan ve yüksek uyuma sahip bireyler, yüksek aktivite gösterirler, hastalığı kabul düzeyleri yüksektir buna bağlı olarak HbA1c düzeyleri düşüktür yani diyabetlerini başarı ile yönetebilirler. Böylece sağlık bakım hizmetlerinden sürekli yardım ve desteğe ihtiyaç duymazlar. Diyabet yönetiminde öz güven ve öz etkililik gösterirler (33, 125, 126,127).

Kronik hastalığa sahip, örneğin, hastalığa iyi uyum göstermiş, hastalığın gerçeğini kabul etmiş, yeni yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamış ve çevresini bu değişikliklere göre yapılandırmış tip 2 diyabetli bir birey için, yaşamın bir amacı ve anlamı vardır ve hastalığın getirdiği sınırlılıklara rağmen yaşam kalitesi yüksektir

Çünkü kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı kabul etmeleri hastalığın ilerleyici durumunu ve yaşamını iyi yönlendirebilmek açısından önemlidir (8, 14, 19, 20, 24).

Hastalığı kabul ile ilgili çalışmalarda hastalığı kabul eden kişilerin daha fazla emosyonel destek alan, kendisini daha az izole hisseden, öz saygısı yüksek olan ve yaşamdan memnun kişiler olduğu saptanmıştır. (70, 73).

Bireylerin yaşamın dönüm noktalarında ve stresli olaylarla baş etmesinde etkili olan sosyal ve kişisel faktörler göreceli olarak değişmeyen kişisel kaynaklardır. Bu kaynaklar hastalığı kabul etme sürecinde önemli faktörler olarak belirtilmektedir. Hastalığı kabulde önemli kabul edilen kişisel kaynaklar: bireyin ailesinden ve çevresinden kendisine sağlanan sosyal destek, bireyin stresle baş etme yöntemleri, öz saygısı, öz yeterlilik düzeyi, kişisel kontrol becerisi özellikle sağlık odaklı kontrolü, yaşama bakış açısı özellikle iyimserlik duygusu, atılgan-girişken davranış özelliği gibi kişisel özelliklerden oluşmaktadır (115, 126, 127, 128).

Diyabetli bireyin bakımını ve eğitimini üstlenen diyabet hemşireleri de iyi bir diyabet yönetimi için hastanın hastalığı kabulünün önemli olduğunu belirtmektedir. Burada temel nokta hastaya destek olmaktır. Bu desteğin odak noktası da, hastayı aktive etmek ve hastalığını kabul etmesine yardım etmek olmalıdır. Bunun için hasta yaşam tarzı değişiklikleri ve düzenli metabolik kontrol için cesaretlendirilmeli ve diyabet tanısını kabul düzeyi tanıdan itibaren düzenli olarak değerlendirilmelidir (33, 99, 100).

Gözlemlere ve ilgili çalışmalara göre, diyabet yönetimindeki düzenli ve yoğun çabalara rağmen diyabet ekibi tarafından hastanın hastalığı kabul düzeyini değerlendirme aşaması çoğu kez atlanmakta ve tanı hastaya söylendikten hemen sonra, hastanın hastalığı kabul edip etmediği araştırılmadan genellikle hastalıkla ilgili eğitim girişimlerine başlanmaktadır. Oysa tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi

diyabetli bireylerin de hastalığı kabul durumlarının belirlenmesi öncelikli girişim olmalıdır. Bireyin hastalığı kabul durumu, hastayı izleyerek, gözleyerek ve hasta ile görüşmeler yaparak belirlenebilir; ancak bu süreç zaman alıcıdır, bu nedenle hazırlanmış ölçek kullanımını pratikte hastanın kabul durumu ile ilgili ilk ön bilgiyi almada kolaylaştırıcı olabilir ve daha net sonuç sağlayabilir. Diğer deyişle hastanın hastalığını kabul düzeyinin daha kısa sürede ve objektif sonuç ile belirlenmesi ancak uygun bir ölçek kullanarak ölçülmesi ile mümkündür. Oysa ülkemizde hastalığı kabul düzeyini belirlemek için kullanılan geçerlik-güvenirligi incelenmiş; geliştirilmiş veya uyarlanmış herhangi bir ölçek bulunmamaktadır. Nitekim konu ile ilgili literatür incelendiğinde dünyada ve ülkemizde hastalığı kabul etme ile ilgili çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Hastalığı kabul düzeyi ile ilgili literatür azlığı daha da önemlisi ülkemizde hastalığı kabul düzeyini ölçen bir ölçüm aracının olmaması diyabet yönetiminde başarıyı etkileyen önemli bir problemdir.

Bu problemin çözümü için planlanan bu araştırmanın amacı, Felton ve Revenson tarafından Amerika'da 1984 yılında geliştirilen "Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği"nin geçerlik ve güvenirliginin Türk toplumu için incelenerek, ülkemizde kullanılabilmesini sağlayarak hastalığı kabul düzeyi ölçeği kazandırmak ve tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek, sağlık hizmetlerinde hastanın tedaviye uyumu ve öz bakımı için gerekli bu önemli konudaki bilgi açığını kapatmaktır.

**1.2. Araştırmanın Amacı:** Bu araştırmanın amacı; Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında Amerika'da geliştirilen "Acceptance of Illness Scale (AIS)-Hastalığı Kabul Ölçeği"nin, Türk toplumundaki diyabetik bireyler için geçerlik ve

güvenirliğinin incelenmesi, diyabetli bireylere uygulanarak hastalığı kabul düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>1</sub>:** Hastalığı Kabul Ölçeği Türk toplumundaki diyabetik bireyler için güvenilirliği yüksek bir araçtır.

**H<sub>2</sub>:** Hastalığı Kabul Ölçeği Türk toplumundaki diyabetik bireyler için geçerliği yüksek bir araçtır.

**H<sub>3</sub>:** Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri düşüktür.

**H<sub>4</sub>:** Diyabetli bireylerin sosyo-demografik özellikleri hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4a</sub>:** Diyabetli bireylerin yaşı hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4b</sub>:** Diyabetli bireylerin cinsiyeti hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4c</sub>:** Diyabetli bireylerin medeni durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4d</sub>:** Diyabetli bireylerin eğitim durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4e</sub>:** Diyabetli bireylerin çalışma durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4f</sub>:** Diyabetli bireylerin gelir durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4g</sub>:** Diyabetli bireylerin birlikte yaşadığı kişiler hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>4h</sub>:** Diyabetli bireylerin birlikte yaşadığı kişilerin desteği hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5</sub>:** Diyabetli bireylerin diyabete ilişkin özellikleri hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5a</sub>:** Diyabetli bireylerin diyabet yılı hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5b</sub>:** Diyabetli bireylerin diyabete yönelik aldıkları tedavinin tipi hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5c</sub>:** Diyabetli bireylerin sürekli diyabet eğitimi almaları hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5d</sub>:** Diyabetli bireylerin aldıkları diyabet eğitiminin katkısına ilişkin algıları

hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5e</sub>:** Diyabetli bireylerin ailesinde-yakınında diyabetli birey olması hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5f</sub>:** Diyabetli bireylerin başka kronik hastalığının olması hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>6</sub>:** Diyabetli bireylerin kişisel kaynakları ve metabolik değerleri ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6a</sub>:** Diyabetli bireylerin yaşam yönelimi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6b</sub>:** Diyabetli bireylerin sosyal destek düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6c</sub>:** Diyabetli bireylerin öz-yeterlik düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6d</sub>:** Diyabetli bireylerin HbA1c değeri ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6e</sub>:** Diyabetli bireylerin açlık kan glikoz düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6f</sub>:** Diyabetli tokluk kan glikoz düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

#### **1.4. Araştırmanın Hemşirelik Açısından Önemi**

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalığa sahip birey sayısı gittikçe artmaktadır. Kronik hastalar uzun süren ve genellikle zorlu süreç içeren tedavi, tedavinin yan etkileri, hastalığın iyileşme ve alevlenme dönemleri, günlük yaşam aktivitesi zorlukları, aile ve çalışma ortamında sürdürmek zorunda oldukları sorumluluk ve görevlerdeki aksamalar, aile ve sosyal ilişkilerde yaşanan problemler gibi yaşam



tarzındaki zorlayıcı değişiklikler özetle yaşam kalitesindeki bozulma ile uğraşmak zorunda kalırlar (64, 125, 126, 127, 128). Bunların yanı sıra kronik hastalığı olan bireyler özgürlüklerinin, hobilerinin, işlerinin, fiziksel görüntülerinin ve fiziksel yetilerinin, sosyal yeteneklerinin ve arkadaşlıklarının kaybı gibi olumsuz duygular da yaşarlar (80, 81,83, 84). Kronik hastalıkların yönetiminde; hastalığın yarattığı bu sorunların çözümlenmesi, araya giren akut alevlenme ve tıbbi krizlerin yönetilmesi, tedavinin sürdürülmesi ve bireyin tedaviye uyumunun sağlanması, semptomların kontrol edilmesi, bireyin sosyal izolasyonunun önlenmesi, mevcut duruma ilişkin ikincil sağlık problemlerinin oluşmasının ve durumun kötüleşmesinin önlenmesi, özetle kronik hastalığa rağmen yaşamın ve ilişkilerin normal sürdürülebilmesi ve yaşam kalitesinin sağlanmasına ve yükseltilmesine çalışılır (83, 84, 86).

Kronik hastalık yönetiminde yukarıda sözü edilen tedavi ve bakım girişimlerinin yapılabilmesi için öncelikle hastanın hastalığını kabul etmesi gerekir. Çünkü kronik hastalığı olan bireyin tedaviye ve önerilen öz bakım girişimlerine uyum göstermesi, istedik yaşam davranışları edinmesi yani tedavi yönetiminde etkin sorumluluk alabilmesi ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi ancak mevcut durumunu yani hastalığını kabul etmesiyle mümkündür. Diğer deyişle kronik hastalığı olduğunu kabul etmeyen bireyler hastalığın tedavisine uyum gösteremezler ve hastalığın yönetimi için gerekli yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştiremezler.

Özetle kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığı kabul etmemeleri, kendilerinin ve sağlık ekibinin tedavi ve bakım girişimlerini yerine getirmesine dolayısı ile hastalığın yönetimine engel olur.

Bu nedenle kronik hastalıklarda tedavi ve bakım girişimlerinin yapılabilmesi ve tedavi yönetiminde başarıya ulaşabilmesi için tedavi ekibinin hastanın hastalığını kabul düzeyini belirlemesi gerekmektedir. Hastaların kabul düzeyleri belirlendikten

sonra tedavi ve bakıma ilişkin yönlendirme ve eğitim girişimlerine başlanmalıdır. Hastanın kabul düzeyi düşük çıkarsa hastalığı ve dolayısı ile tedavi bakım girişimlerini kabul düzeyini yükseltmek için psikolojik destek, aynı hastalığa sahip kişilerle sosyal destek grupları ve motivasyon çalışmaları gibi girişimler sağlanmalı ve hasta belli bir kabul düzeyine geldikten sonra yönlendirme ve eğitimlere başlanmalıdır.

Özetle kronik hastalıklarda öncelikle tanıdan hemen sonra ya da en azından hastanın tedaviye uyum aksamaları gözleendiğinde veya tedaviye istedik yanıt alınamadığında mutlaka hastanın hastalığı kabul düzeyini incelemek gerekir. Bu gereklilik tedavi ekibinin her üyesinin sorumluluğu olmakla birlikte özellikle hemşirenin sorumluklarından biri olmalıdır; çünkü hemşire tedavi ve bakım girişimleri sürecinde hasta ile daha yakın iletişim içindedir ve hastanın yaşadığı zorlukları daha yakından izlemektedir.

Diyabetes mellitus önemli bir kronik hastalıktır ve ülkemizde de TURDEP verilerine göre 7,2 oranı ile azımsanmayacak bir durumdadır. Diğer yandan diyabet ekibinin yoğun ve etkili bütün çalışmalarına ve diyabet hasta eğitimlerine rağmen diyabetli bireylerde tam uyum her zaman sağlanmamakta ve her türlü çabaya ve teknolojik gelişmeye rağmen akut ve kronik komplikasyonlar gelişmektedir (2, 5, 7, 30, 31, 113). Bu durumda hastanın tedaviye uyumsuzluğunun nedenlerini araştırmak gerekir. Bu süreçte temel nokta hastanın hastalığı kabul düzeyini belirlemektir.

Yapılan literatür incelemelerinde ve mesleki deneyimlerde, ülkemizde diyabet hemşiresinin bakım ve eğitim verdiği diyabetli bireyin hastalığı kabul düzeyini belirleyecek bir ölçme aracı olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle bu araştırmanın hemşirelik açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Çünkü bu araştırma ile geçerliliği-güvenirliği saptanan Hastalığı Kabul Ölçeği'nin genelde kronik hastalıklar

özelde diyabet için ölçeğin kullanılabilmesi sağlanmış, öncelikle diyabet hemşiresi olmak üzere diyabet ekibine hastanın hastalığı kabul düzeyini belirlemek için bir ölçek kazandırılmış ve yapılan uygulama ile de diyabetli hastaların hastalığı kabul düzeyi belirlenmiştir.

Bu düşüncelerle planlanan ve gerçekleştirilen bu araştırmanın sonuçlarının mesleki literatüre bilimsel katkı, diyabetli bireylere de yaşam kalitesi getirmesi açısından önemli ve yararlı olduğu düşünülmektedir.

### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Ölçek Çalışmasına İlişkin:

- Benzer ölçek olmaması nedeniyle eş değer ölçek geçerliliği yapılamamıştır.

Tartışmaya İlişkin:

- Bu konudaki literatür azlığı bulguların tartışılmasını kısıtlamıştır.

## 1.6. Tanımlar

- **Kabul** (Acceptance) Bir olayı bir durumu onaylama, sahiplenme.
- **Uyarılama** (Adjustment) Bireyin yaşam problemlerine daha etkili davranış geliştirmek için minör değişiklikler yapması ve bu değişikliklerin etkililiğini algılaması.
- **Baş etme** (Coping) Problem yaratan durumun hafifletilmesi veya çözümünde etkisi olan iç ve çevresel faktörleri minimize etme ve tolere etme çabası.
- **Uyum** (Adaptation) Çevresel, kültürel, dini ve ailesel öğeler ile ilişkiyi de içeren uzun dönem amaçların kaybı olmadan yapılan değişim.
- **Hastalığı Kabul** (Acceptance of Illness) Bireylerin yaşamlarında hastalığın doğru anlaşılması, kabul edilmesi, onaylanması. Hastalık tarafından dayatılan kayıp ve sınırlılıkların anlaşılması ve farkında olunması.
- **Kronik Hastalık** (Chronic Illness) Geri dönüşsüz ve sinsi ilerleyen, ciddi yetersizlikleri önlemek, fonksiyonu ve öz-bakımı sağlamak için bireyin tüm çevresinin düzenlenmesi gereken durum  
(60, 65, 68, 72, 81, 84, 95, 115, 131).

## **1.7. Genel Bilgiler**

### **1.7.1. Hastalık ve Hasta Olma Kavramı**

Hastalık doğasında biyolojik ve psikolojik öğeleri içeren objektif ve subjektif bir kavramdır (50, 64). Tanımlanması ve açıklanması çağlar boyunca değişiklik göstermiş olsa da, hastalık kavramı daima semptomları ve varlığı inkar edilemeyen bir değişiklik olarak algılanmıştır. Aslında hastalık kavramını kavramlar terminolojisinde sınırlandırmak ve nitelemek için, onu ancak “sağlık” ya da “normallik” kavramıyla karşılaştırmak gerekir. Çünkü hem iç ve öznel belirtileri açısından, hem de somut ve nesnel belirtiler açısından, hastalık durumu sağlıktan farklı bir durumdur (6).

Temel tıbbın amacı hastalık olgusunu ortadan kaldırmaktır. Hastalık olgusu insanın yeryüzünde yaşamaya başlamasından beri hep yanı başında bulunan, savaşmasını ve alt etmesini gerektiren bir nitelik taşımıştır. Olumsuz birçok niteliği barındıran hastalık sözcüğü kötü, çirkin, kaçınılması gereken bir anlam yüküne sahiptir (5) Hastalık tanımının taşıdığı bu anlam yükü hastalığın fiziksel kayıplar kadar duygusal kayıplar da yaratan bir deneyim olmasından kaynaklanmaktadır. Hastalık bireyin iyilik halini, bütünlüğünü, üretkenlik hissini tehlikeye atar (6, 41).

### **1.7.2. Kronik Hastalık Kavramı ve Etkileri**

Kronik hastalıklar; uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen, tam tedavi edilemeyen, hastanın fonksiyonlarını yerine getirme kapasitesini tehdit eden, hem gözlenebilen hem hissedilebilen değişikliklere neden olan, çoğu kez geri dönüşsüz ve kalıcı sakatlık bırakan, iyileşme ve alevlenme dönemleriyle karakterize patolojik durumlardır (20, 36, 69, 71). Kronik hastalık ilk olarak “kronik hastalık bir veya birden fazla bozukluk veya normalden sapmayı içerir; kalıcıdır, kalıcı yetersizlik

bırakır, geri dönüşsüz patolojik değişiklikler nedeniyle gelişir, hastanın rehabilitasyonu için özel uygulamalar veya uzun dönemde danışmanlık, gözlem ve bakım gerekir” şeklinde yapılmıştır. Bu tanım kapsamlı olsa da karışıktır ve tıbbi tanı odaklıdır. Lubkin kronik hastalığın sekiz farklı tanımını yapmış daha sonra da “kronik hastalık geri dönüşsüzdür ve sinsi ilerler, hastada oluşabilecek ciddi yetersizlikleri önlemek, fonksiyonu ve öz-bakımı sağlamak için bireyin tüm çevresinin düzenlenmesi gerekir” diyerek kapsamlı, esnek ve hemşirelik bakış açısıyla duyarlı bir tanım geliştirmiştir (41, 82, 97, 117, 119, 124, 125, 128).

Kronik hastalığa sahip bireyler öz bakımlarını gerçekleştirirken veya hastalığın getirdiği kısıtlılıklara göre çevrelerini düzenlemeye çalışırken, hayatlarını yaşamak ile hastalıkla yaşamak arasında gerilimli gelgitler tanımlarlar (45, 46, 47). Çünkü kronik hastalıkla yaşam, bireyin dengesi üzerine, ağrı ve diğer semptomların hafifletilmesi, duygusal dengenin sağlanması, aile ve arkadaşlarla ilişkilerin düzenlenmesi, sağlık profesyonelleri ile yeterli ilişkinin sağlanması ve geliştirilmesi gibi ağır yükler getirir. Bu nedenlerle bireyin yaşamı ciddi bir şekilde değişir; bunlar fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlar açısından büyük ve önemli değişikliklerdir. Fiziksel fonksiyonun bozulması, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklar, hastalığın tedavisi ve tedavinin yan etkileri, hastalığın iyileşme ve alevlenme dönemleri, aktivite, özel ve mesleki yaşam, aile ve sosyal ilişkiler ve yaşam tarzına getirdiği büyük değişimler duygusal strese ve benlikte değişimlere yol açabilir. Kronik hastalık sadece bireyi hasta etmekle kalmaz aile ve yakın çevresini de olumsuz etkiler örneğin ailenin bozulmasına, evlilikte strese ve toplumda olumsuz etiketlenmeye neden olabilir. Birey ve ailesi için iş, ilişkiler ve gelecek planları tamamen farklı bir pencereden bakılmak zorunda kalınabilir. Bireyin uzun dönem amaçları etkilenebilir ve yaşına göre gelecek ya da emeklilik öncesi planlarını

değiştirmek zorunda kalabilir (60, 65, 68, 72, 81, 84, 95, 115, 131). Ayrıca kronik hasta bireyde sevginin, ilişkinin, yakınlarının onayının kaybı, beden imajında bozulma, öz saygının azalması, ağrı, rahatsızlık yaşama ile ilgili korkular da gelişebilir. Kronik hastalığa sahip birey içine kapanabilir ve izole hale gelebilir özgürlüklerinin, hobilerinin, işlerinin, fiziksel görüntüsünün, yeteneklerinin ve arkadaşlıklarının kaybını hisseder ve sonuçta depresyona girebilir. Beden üzerinde birçok nedenle ortaya çıkan kontrol kaybı, etiketlenmeye ve değerin düşmesine sebep olabilir (51, 57, 59). Kronik hastalığı olan birey örnekleri hastaların umut ve umutsuzluk, hastalığı ve durumunu kabul etme ve boyun eğme arasında çok hırpalandıklarını göstermektedir (71, 84). Bu bağlamda kronik hastalığı olan birçok birey her şeye rağmen yüksek yaşam kalitesine ulaşabilse de, bazı psikolojik problemler yaşayabilir (21, 22, 26, 43, 65, 68, 95, 97);

***İnkâr:*** Kronik hastalığı olan birey durumun gerçekliğini diğer deyişle hastalığı kabul etmeyi bilinçli ya da bilinçsiz olarak önleyebilir. İnkâr, bireyi tanının şokundan korumayı amaçlamaya hizmet eder, hastanın uyumuna yardımcı olmak için ilk aşamada-eğer durumu kontrol etmek için gereken bir şey yoksa- yararlı ve stresi azaltmakta etkili olabilir. Fakat inkâr kalıcı olursa uyumsuzluğa yol açabilir, hastalığa uyuma ve hastalığı kabule zarar verebilir. Üstelik bu durum tedavi aramada gecikme ve bakımda başarısızlık ile sonuçlanabilir.

***Anksiyete:*** Daha çok tanı zamanında deneyimlenen bir duygudur ve hastalık boyunca test sonuçlarının alınması beklenirken, tıbbi tedavi randevularında, hastalığın alevlenme-tekrarlama korkusu veya destek için diğerlerine (sağlık profesyonelleri, eş, çalışma arkadaşları) bağımlı kalabilme konusundaki belirsizlik gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. Anksiyete bireyi zorlar, fonksiyon yeteneğini güçleştirir ve kötü baş etme ile sonuçlanır.

**Depresyon:** Diyabetli bireyle hastalığın başlangıcında yüksek düzey depresyon ve anksiyete yaşarlar. Hasta için depresyon sadece sıkıntı yaratmaz, başa çıkma sürecini de bozar. Ciddi depresyonu olan hastalar tedaviye daha az uyum gösterirler, işe dönmede daha isteksizdirler, daha fazla aile ve evlilik anlaşmazlıkları yaşarlar. Bu durum, ayrılmalara ve daha çaresiz hale gelmeye ve dolayısıyla hastalık durumunun olumsuzluklarının yanı sıra yeni sosyal olumsuzluklar yaşanmasına sebep olabilir.

**Kişilerarası Sıkıntı:** Kronik hastalar yakın oldukları bireylerden çekinebilir; yeni ilişkiler sağlamak veya geliştirmekte sorunlar yaşayabilirler. Kronik hastalığa sahip bireyin ailesi ve arkadaşları da kronik hastalığa uyum sağlamakta sorun yaşayabilir. Bazen aile üyelerinin de üzüntü, durumu kabullenememe, tedavi ve bakım yükü gibi nedenlerle sosyal destek ihtiyaçları gelişebilir çünkü hastaları kendilerine yüksek düzeyde bağımlı hale gelmiştir. Bunun sonucunda aileler destek hizmetlerine ihtiyaç duyabilir ve eğer bu destek sağlanmaz ise hem aile hem de kronik hastalığa sahip birey olumsuz etkilenebilir.

**Aile Üyelerinin Başa Çıkma Süreci İçine Girmesi:** Kronik hastalığa sahip birey ve ailesi sürecin başlangıcında çok geniş kapsamda hastalığın tedavisi ve bakımı gibi konularla ilgilenirler. Bununla birlikte zaman içinde aile üyelerinde ilgisizlik olabilir ve bu durum uyumsuzluğa ve hasta bireye istendik bakım verememeye neden olabilir. Ailenin hastalık ve sağlık tanımları, aile üyelerinin sağlık ve hastalığa verdikleri anlam onların, yaşadıkları sağlık problemlerine geliştirdikleri psikososyal durumu belirler. Bu durum için uygun bir ilgi alanı bulunmalı, hastalık aile fonksiyonlarının merkezi haline gelmemeli ve hastalığın aileye olumsuz etkileri kısıtlanmalıdır. Çünkü ailede sınırlılıklar oluşturulmadığında hastalık aile sisteminin bütün alanlarını istila eder hasta bireylerin fiziksel



sınırlılıkları ailenin sınırlılıkları haline gelir ve aile üyeleri için sosyal yaşam, plan ve aktiviteler, hastalıkla ilgili aktivitelerin (doktora gidilmesi, ilaç alınması, tedavi ve bakım süreçleri...) merkezine toplanır. Bu gibi durumlarda aileye destek sağlanmalı ailenin güçlükleri, ilişki kurma şekilleri ve çözüm yolları belirlenmelidir. Aile üyeleri için iletişime yardımcı olunmalı birbirleri ile sağlık problemi hakkındaki korkularını konuşmaları sağlanmalıdır. Bütün aile üyeleri için açık iletişim çok önemlidir. Aile içinde sınırlarla yaşamak korku ve suçluluğa neden olabilir. Aile üyeleri kayıp duygusu yaşayabilir, bu nedenle tedavi ve bakım konusu, hasta birey ve ailesinin yaşam amaçları, savunma güçleri ve mali durumlarının tartışılması ve gerekirse yardımcı olunması gerekir (10, 24, 37, 43, 46, 48, 54).

#### **1.7.2.1. Tip 2 Diyabet ve Etkileri**

Tip 2 diyabet daha çok yetişkin dönemde ortaya çıkan diabetes mellitus türüdür. Bu tür diyabette pankreasın langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinde insülin üretimi vardır fakat hücreler insülin direnci nedeni ile bu hormonu kullanamazlar. Sonuçta pankreas ihtiyaç olan desteği sağlama yeteneğini kaybeder ve insülin gereksinimi artar (5, 34, 122, 135).

Diyabet, bireylerin yaşam kalitesini büyük oranda etkiler. Yaşam kalitesi iyilik hali, memnuniyet, mutluluk gibi çok fazla komponentle ilişkilidir. Metabolik komplikasyonların sayısı ve sıklığından etkilenen diyabetli birey negatif duygularla yüklenir ve hastalığın yönetiminin ihtiyacı olan planlar ve baskılar altında adeta ezilir. Diyabetin yükü bireyin, iş üretkenliğini, sosyal hayatı, aile ilişkilerini ve hobilerini sınırlar (5, 22, 34, 35, 41, 47, 51, 122, 135). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda diyabetli birey tarafından önemli psikososyal zorluklar ifade edilmiştir; örneğin tip 2 diyabetli bayan yetişkinler günlük öz yönetim ihtiyaçları ile baş etmede

stres, anksiyete, hayal kırıklığı, başarısızlık ve baş etme zorluğu ifade etmişlerdir (17, 51). Diyabet yönetimi, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını ciddi şekilde etkileyen günlük stresörlerin yönetimi ile mümkündür. Her ne kadar tip 2 diyabetin tam tedavisi ve koruyucu yöntemi olmasa da diyet ve egzersiz düzenlemelerini içeren yaşam tarzı değişiklikleri ile hastalığı kontrol altına alabilir ya da komplikasyonları erteleyebilir. Tip 2 diyabetli bireylerin sosyal ilişkilerde azalma ve aile üyelerinden, çalışma arkadaşlarından uzaklaşma, başkalarına bağımlı olmaktan rahatsızlık duyma gibi olumsuz hislerle yalnızlık duyguları artar (19, 86). Diyabetli bireylerin sosyal yaşamının nasıl etkilendiğini inceleyen bir çalışmada tip 2 diyabetli hastalarda diyabetin en fazla sosyal yaşamı (%14–16), evde diğer kişilerle iletişimi (%9,1–9,8), ilgi ve hobileri (%8,3–16,4) olumsuz etkilediği bildirilmiştir (41).

Ülkemizde Ardıç (2006)'ın yaptığı bir çalışmada, 1220 hastanın 632'sinde (%51,8) hedef HbA1c (%7) düzeyine ulaşamadığı, Batkın ve Çetinkaya (2005)'nin çalışmasında ise, diyabetli bireylerin %24,2'sinin ayak yarası öyküsü veya mevcut ayak yarası olduğu, %4,6'sının amputasyona maruz kaldıkları belirtilmektedir. Taş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2006), 2362 diyabetik hastada, diyabetik retinopati prevalansı %30,5 bulunmuştur. Eren ve Erdi (2004)'nin çalışmasında da diyabetik komplikasyonu olan hastalarda %68 oranında majör depresif bozukluk saptanmıştır.

### **1.7.3. Kronik Hastalıkla Başetme ve Uyum**

Araştırmalar kronik hastalıkla baş etme ile hastalığı kabul arasında dolaylı bir ilişki olduğunu göstermektedir (21, 22, 26, 33, 37, 38, 39). Başetme, büyük ölçüde psikolojik baskının yarattığı belirli dışsal ve/veya içsel taleplerin karşılanması için süregelen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanır (68).

Baş etme genel olarak bir durumu bilişsel ve davranışsal olarak yönetebilmek ve tolere edebilmek olarak tanımlanabilir ( 21, 22, 68, 97). Hastalıkla baş etme psikolojik bir süreçtir, hastalığın etkilerinin nasıl tolere edileceği ve öz kontrol duygusunun nasıl sağlanacağı ile ilgilidir. Stresli durumlara karşı iç ve dış ihtiyaçları yönetmede kullanılan davranış ve düşünceleri içerir. Kronik hastalığı olan bireyler, hastalıklarına değişik baş etme şekilleri gösterirler. Bu noktada önemli olan, bireyin baş etme stratejisinin etkili olmasıdır. Baş etme stratejisinin kalitesi ve süreci, çıktılar üzerindeki etkilere göre değerlendirilir. Folkman ve Lazarus kavramsal olarak baş etmeyi, duygu odaklı (emosyonel destek sağlayan) ve problem odaklı (eylem planı yapılması) olarak ikiye ayırmışlardır (68). Birçok kronik hasta, hastalıklarına duygu odaklı başa çıkmaktan başka olasılık olmadığını düşünürler.

Bununla birlikte hastalığın doğası, kullanılabilir sosyal desteğin düzeyi ve büyük düzeyde öz yeterlik duygusu problem odaklı başa çıkmayı cesaretlendirmeye yardımcı olabilen faktörlerdir ve genellikle bu tür baş etme yöntemlerinin daha etkili olduğu belirtilir. Çünkü kronik hastalıkla yaşam birçok zorluğu içerir ve yaşam tarzında küçük ya da büyük oranda düzenleme yapmayı zorunlu kılar. Fiziksel, sosyal ve duygusal denge üzerine ağır yükler getirir ve bu yükler uyum kapasitesinin genişlemesini; ağrı ve diğer semptomların hafifletilmesi, aile ve arkadaşlarla ilişkilerin düzenlenmesi, duygusal dengenin sağlanması ve sağlık profesyonelleri ile yeterli ilişkinin geliştirilmesini gerektirir. Bireyin ve ailenin zamanın verimli bir şekilde organize edilmesi, bireyin sosyal izolasyonun önlenmesi, durumun iyileştirilmesi veya kötüleşmenin önlenmesi, hastalığa rağmen bireyin ve ailenin yaşamının ve ilişkilerinin normal sürdürülebilmesi sağlanmaya çalışılır (58, 86). Kronik hastalık nedeniyle gelişebilecek tıbbi krizleri önleme, semptomların kontrolü, sosyal izolasyon yaşamının önlenmesi, hastalık sürecindeki değişimlere uyum, kendi

yaşamı ve diğerleri ile etkileşiminde normalizasyonun sağlanması, rahatsızlığın kaynağının bulunması ve evlilik ve aile ile ilgili problemlerle yüzleşmek/karşı koymak için psikolojik destek gerekir (21,22,26,43,65,68,71,84).

Kronik hastalık durumu, semptomların farkına varmayı ve bunlara göre hareket etmeyi, ilaçları etkili kullanmayı, öz yönetim planlarını yönetebilmeyi, başlangıçta zor gelen yaşam tarzı düzenlemelerini yapmayı, hastalığın psikolojik sonuçlarına yönelik stratejiler geliştirmeyi gerektirir. Kronik hastalıklı bireyler kendi yaşamları içinde bakımlarını en iyi şekilde nasıl yapacaklarını bilmeye, bakım ve hastalık yönetimi konusunda sağlıklı beceriler geliştirmeye ve uygulamaya ihtiyaç duyarlar. Bu girişimler kronik hastalıklı bireylerin ağrılarının, hastaneye başvurularının ve yatışlarının azalmasına, doğru ve hızlı karar verme becerisinin gelişmesine ve dolayısı ile yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olur. Bu düzenlemelerin kalitesi kronik hastalığa sahip bireyi tıbbi tedaviye veya hastalığın iyi kontrolüne yani başarılı uyuma yönlendirebilir veya etkisiz ve başarısız uyuma yani uyumsuzluğa da götürebilir (44, 49, 125, 126, 127, 128).

Diyabetli bireyin hastalığa uyumda zorlanması metabolik kontrolü olumsuz etkileyebilir. Diyabet ile baş etme; hastalık, tedavi ve bunların psikososyal fonksiyonlara etkisiyle ilişkilidir. Başlangıçta kendisine karmaşık gelen tedavi, ilaç ve tıbbi beslenme rejimleri ve belirsiz prognoz nedeniyle, bireyin, hastalığın semptomları üzerinde kontrol kurmaya ihtiyacı vardır. Bu aşamada kişiye, ailesi ve arkadaşlarıyla destekleyici ilişkiler sağlanmalı, geliştirilmeli ve diyabetli birey gelecekle ilgili amaç ve planlarına ulaşmaya devam ettirilmelidir. Hasta, sorun ve bu sorunun tedavisi hakkında bilgi aramayı da içeren doğru baş etme becerilerini, kendi tıbbi bakımını sağlamayı öğrenmelidir ve yararlı duygusal destek aramalıdır (15, 17, 21, 22, 26, 41, 50).

Kronik hastalıklar bireyin yaşamı boyunca devam eder ve yaşamın bütün alanlarına yayılır. Bu bağlamda;

1. Kronik rahatsızlıkla ilgili kayıpların (fiziksel yeteneklerin, sosyal durumun, iş ve ailedeki rollerin ve statünün kaybı ve yardıma bağımlı birey gibi yani olumsuz rollerin kazanılması) üstesinden gelinmesi
  2. Günlük yaşam rutinlerin değiştirilmesi
  3. Yeni bilgi ve becerilerin edinilmesi
  4. Sosyal ilişkilerdeki değişimlere uyumun sağlanması
  5. İş, evlilik, arkadaş, aile ve yakın çevre içindeki rol dağılımlarında (evin reisi vb) değişim
  6. Fiziksel rahatsızlıklarla başa çıkılması
  7. Önerilen tıbbi ve beslenme rejimine uyulması
  8. Prognozla, ölüm korkusu ile yüzleşme
  9. Etiketlenme (sosyal damgalanma-stigma) ile başa çıkma
  10. Kontrolde olduğunun hissedilmesini sağlama
  11. Umut duygusunun ve olumlu beklentinin geliştirilmesi
- gerekmektedir (21, 22, 26, 43, 48, 64, 65).

Daha önce de belirtildiği gibi baş etme stratejileri, duygu ve/veya problem odaklıdır. Kontrol edilemeyen durumlarda daha çok duygu odaklı, kontrol edilebilen durumlarda ise daha çok problem odaklı baş etme yöntemleri kullanılır. Diyabet gibi kronik hastalıklarda ise, iki baş etme yöntemini de görmek mümkündür. Problem odaklı baş etme yöntemleri fiziksel ihtiyaçlar, insülin uygulaması, tıbbi beslenme tedavisine uyma konularında kullanılırken, duygu odaklı baş etme yöntemleri diyabetin yönetimine bağlı streslerle baş etmede kullanılabilir (21, 22, 26, 125, 126, 127).

Bireye hastalıkla başa çıkmada en fazla önerilen bireyin hastalığını kabul etmesi ve otonominin sağlanmasıdır. Diyabete bağlı problemler ve bunlarla baş etmek birey için zor olabilir, yaşam boyu süren bir süreçtir; tanının gerçekliğini kabul etmek ve pozitif tutum geliştirmek baş etme ve iyileşmede ciddi bir başarı sağlar (12, 13, 16, 33, 50, 60, 72).

Diyabet ile baş etmede problem odaklı baş etmenin kullanılması daha iyi metabolik kontrol, daha iyi duygusal durum ve diyabetli bireylerin daha iyi düzenlemeleri ile ilişkili bulunurken; duyguya odaklı baş etmenin kullanılması ise, tedavi ve bakım düzenlemelerine uyum ile daha zayıf ilişkili bulunmuştur (21).

Diyabetli bireylerin kullandığı başa çıkma stratejilerini gösteren beş çalışmadan biri olan; Grilo, Shiffman ve Wing (1993), araştırmaya giren obez diyabetik katılımcılar kilo verme programındaki baş etmeyi, tekrarlayan yeme krizleriyle uğraşmayı denemek olarak tanımlamışlardır.

Handron ve Leggett-Fraizer (1994) tip 2 diyabet ve onların aileleri ile yaptıkları görüşmelerde altı baş etme yöntemi tanımlamıştır ve bunları üçlü olarak ayırmıştır. Diyabetli bireylerin kullandığı başa çıkma stratejilerini gösteren çalışmalarda altı baş etme yöntemi tanımlamıştır ve bunları sağlıklı ve sağlıksız stratejiler olarak iki grupta toplamıştır.

**Sağlıklı Stratejiler:** Bu grupta \*diyabet hakkında bilgi edinmek, \*sağlıklı ve doğru miktarda besin seçimi ve \*egzersiz programını yani yaşam tarzı değişikliklerini sağlamak üzere üç olumlu stratejiden söz edilmektedir.

**Sağlıksız Stratejiler:** \*Hastalığın ciddiyetini inkar etmek, \*biliyormuşcasına konuşmak ve \*hastalığa ve duruma uygun olmayan mizah ifadeleri olmak üzere üç olumsuz stratejiden söz edilmektedir.

Nyhlin (1990) derinlemesine görüşmeler ile yürüttüğü uzun dönem komplikasyonları (retinopati, nefropati, nöropati) olan İsveçli diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada diyabetli bireylerin \*bilgi arama, \*tedavi seçeneklerini araştırma, \*diğer diyabetli bireylerle konuşma, \*olumsuz düşünceler, intihar eğilimleri, \*yaşam tarzı değişikliklerine uyma ve çözüm bulma değerlendirilmesi, \*yaşam önceliklerinin tekrar değerlendirilmesi \*yaşama umutla bakma ve devam etmeyi seçme, \*diğer diyabetli bireyler ile durumunu karşılaştırma, \*pozitif düşünme ve \*yaşama ait gelecek yılları bir hediye gibi görme olarak on baş etme stratejisi belirlemiştir.

Jayne ve Rabkin (2001)'nin Çinli tip 2 diyabetli grupla yaptığı fenomenolojik bir çalışmada, diyabetli bireylerin; \*keşke düşünceleri, \*tedavi ekibinin özellikle doktorların gücüne inanç, \*diyabetin bir sır gibi saklanması (işverenden) ve \*sosyal durumlardan kaçınma olarak dört baş etme mekanizması geliştirdikleri belirlenmiştir.

Wikbald ve Montin (1993) insüline bağımlı diyabetli bireylerle baş etme aktivitelerini \*bilgi arayışı, \*tedavi-öz bakım rutinlerini düzenleme, \*kendini tanıma, \*kabul, \*inkar, \*sosyal izolasyon ve \*güvenli bağlar kurmak olarak yedi grupta kategorize etmiştir.

Özetle diyabetli bireylerin kullandığı başa çıkma stratejilerini gösteren beş çalışmada, diyabetli bireylerin hastalıkla baş çıkma sürecinde 26 baş etme stratejisi tanımlanmıştır. Bu stratejiler Lazarus ve Folkman'ın (1984) sınıflamasını kullanarak kategorize edildiğinde, %46'sının problem odaklı (bilgi arama, diyabeti ve tedavi seçeneklerini öğrenme, diğer diyabetli bireylere danışma), %54'ünün duygu odaklı olduğu (hastalığın ciddiyetini inkar, diyabetin sır olarak saklanması, sosyal izolasyon) görülmektedir. Burada temel olarak diyabetli bireylerin durumla nasıl baş ettiklerinin öğrenilmesi ve problem odaklı soruna çözüm getiren stratejilere yönlendirilmesi önem taşımaktadır (14, 97, 125, 126,127).

Hastalığı kabul, bazı çalışmalarda problem odaklı, bazı çalışmalarda ise duygu odaklı baş etme yöntemleri arasında bildirilmektedir. İnkâr ise hastalığın durumun stres yaratan olumsuz yaşam olaylarının varlığını reddetmektir. İnkâr etmek zararlıdır ve duygusal destek ile negatif ilişkilidir. Bazı çalışmalar ise hastalığı kabul ve yararlı duygusal destek duygusunun aktif baş etme yöntemi, inkârın ise pasif baş etme yöntemi olduğunu belirtmektedir (12, 13, 16, 33, 50, 60, 72, 82, 94, 97, 103, 106, 109, 110, 115, 137).

#### **1.7.4. Kabul Kavramı**

Tarihsel olarak, ikinci dünya savaşına kadar, kabul bir kavram olarak ilgi çekmemiş ve üzerinde durulmamıştır. Savaş sonrası birçok yaralı insanın yaşam boyu sürececek yetersizliklerle yüz yüze kalmaları, böyle bir popülasyonun ortaya çıkışı, fiziksel yetersizliğin psikososyal rehabilitasyonun, tedavi ve bakım ekibini, psikologları ve sosyologları kabul kavramını incelemeye yöneltmiştir.

Dembo, ikinci dünya savaşında görevli asker olan 177 yaralı ve 65 yaralı olmayan bireyin ne hissettiklerini belirlemeye yönelik fenomenolojik bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada yaptığı çalışmada, yaş aralığı 19–58, yetersizlik süresi iki ay ile 33 yıl arasında değişen, yarısından çoğu amputasyona ve hemen hemen dörtte biri yüz şeklinde bozulmaya maruz kalan 177 yaralı ile görüşen Dembo, yaptığı bu kalitatif çalışmanın sonucunda yetersizliğin kabulünün bireyin değer sisteminde değişikliği ve bu değer değişiminin de iki faktörü içerdiğini saptamıştır. Bu iki faktörden birincisi, mevcut değişim bireyin değerlerinin kapsamını genişleterek merkezde toplamaktadır. Oysa birey bacağıın kaybını veya değişen yüz görüntüsünü sadece bir faktörün belirlemediğini görmelidir ancak geriye kalan yeteneklerinin de kıymetini bilmelidir. Yani birey değişen görüntüsüne rağmen kendini değerli bir kişi



olarak görmelidir. İkinci faktör ise, birey, göreceli değerlerden (düşük değerli kişi olmaktan kurtulup, saygıdeğer kişi statüsüne sahip gibi görünme) daha çok kaybettiği değerleri mal varlığı gibi kabul etmektedir. Yani burada temel olan, birey, yetersizliklerinin sınırlılıkları içinde yaşamayı öğrenir ve kendi anlayışı kapsamında amaçlar koyar (97)

Chapman ise, bir çalışmasında 53 kronik hastayı incelemiş ve kabul deneyimi tanımlayan dört durumu onlara sormuştur. Bu durumlar, kabulün belirtileri gibi görünmektedir, \*tıbbi durumuna uyum, \*yaşamını onunla sürdürme, \*hastalık hakkında pozitif düşünme ve \*gerçekçi olmaktır. Chapman, kendi kabul algısı çerçevesinde, hastaların %80'nin kabul deneyimlediğini saptamıştır.

Kubler-Ross, kabulü açıkça tanımlamamış, sadece kabul ilgili bazı konular önermiştir. Ross'un kabulden ima ettiği, ölüme yalnızca alışmak değil, gerilimin çözülmesi, huzur ve sakinliğin hissedilmesidir. Ross daha sonra boyun eğme ile kabul kavramı arasındaki farkı “Duruma boyun eğenler sıklıkla ölmelerinin daha iyi olacağını düşünüp, hiddetli ve öfkeli duygular sergilerken, kabul aşamasındaki bireyler huzur ve soğukkanlılık, sakinlik duyguları gösterirler” biçiminde açıklamıştır (64, 78). Kübler Ross'a göre kabul en uyumlu davranıştır ve kabul aşaması yorgun ve barışçıl bir psikolojik aşamadır.

Cloersen ve arkadaşları, kabulü “iyi olmak-doing well” olarak tanımlamışlardır. Bu grup hastanın hastalığa uyumunu; en iyi olmaya çalışmak ve her gününü dolu dolu geçirmeye gayret etmek olarak belirtmiş ve iyilik halini; \*kontrol duygusunu korumak, \*umudu sağlamak, \*yaşamının amacı ve anlamı duygusuna sahip olmak biçiminde üç grupta toplamıştır.

Reed ve arkadaşları, gerçekçi kabulün uyumun bir yolu olduğunu belirtmiştir.

Mulder ve arkadaşları gerçekçi kabulün karşıtını kaçınma olarak tanımlamıştır. Kaçınma davranışı uygun bir uyum yöntemi değildir, fakat zor durumlardan kaçınma, diğer şeylere odaklanma uygun yollar olabilir.

Griffin ve Rabkin, hastalığın kabulü ve kontrol algısını birleştirmede zor olan iki alan tanımlayarak; “bireyin kontrolü altında olmayan hastalık kabul sürecine giremez” demiştir (81, 90).

Kabul kavramı çeşitli disiplinlerde incelenmiş ve çok yönlü bir kavram olduğuna karar verilmiştir. Kabul kavramı özellikle adaptasyon ve uyarılma ile ilgili literatürde sıklıkla yer almaktadır. Hoover, kabulün kelime anlamını memnuniyetle veya gönüllü olarak almak, kabul etmek anlamına gelmek şeklinde tanımlamıştır. Kabul kavramı bireyin stresli durumu nasıl algıladığı ile ilişkili olarak hem pozitif hem de negatif olarak tanımlanabilir (45). Bazı araştırmacılar uyumun anlamını bireyin yaşamını yeni duruma göre yeniden organize etmesi ve kendi durumunu kabul etmesi şeklinde anlamış, kabulün ve uyumun anahtar faktörleri olarak tanımlanan, umutlu bakış açısı, öz saygının sağlanması, kişisel değer ve sosyal yaşam rollerinin yeniden tanımlanması kabulün öğeleri olarak tanımlamıştır (94, 97, 103, 106, 109, 110, 115, 137, 139).

Kabul, yetersizliğe uyumda anahtar öğedir. Psikososyal uyum ve kabul, Antonak ve Livneh'e göre entelektüel bir süreçtir ve bilişsel farkındalıktır; kronik durumun hastalığın getireceği olumsuz etkilerin farkında olmayı ve fonksiyonel yaşam sınırlılıklarına entegre olabilmeyi içerir. Bu nedenle kabul boyun eğmek veya fonksiyonel ya da duygusal kayıp duygusuna teslim olmak demek değildir. Kabul yönetebilme enerjisinin her türlü engele rağmen yaşama pozitif olarak aktarılabilmesidir. Kabul yaşamın kalitesini iyileştirmek ya da kronik durumun ciddiyetinin farkında olmaktan daha çok, bireyin sağlığını; sınırlılıklara, engellere ve

bozukluklara rağmen üst düzeyde tutabilmeye gayret etmektir (74). Farkındalığın geliştiği safhaya ulaşmış birey, önerilen bakımı ve başka birisine bağımlılık durumunu kabul etmeye başlar. Bu safha boyunca sıklıkla kızgınlık ifade edilir ancak yaşam yeni duruma göre yeniden organize edilince, hastanın kabule doğru hareketi başlar ve kronik hastalığa uyumda eğer yeniden yapılanma iyi ise bağımlılık durumunu kabul edebilir. Son olarak, kronik hastalığı olan birey çözümlenme ve kimliğin değişmesi ile kendindeki değişiklikleri kabul etmeye ve aynı durumdaki diğer kişilerle duygu ve durumunu konuşmaya başlar; bu olaylar süreci bireyin kendi özel durumunu kabulüne yardımcı olur (64, 78). Bu aşamaya ulaşıldığında, birey hastalığın varlığını ve uymak zorunda olduğu yaşam sınırlılıklarını kabul eder. Çate kronik hastalığı olan bireyin yeni özel durumunu kabul etmesini ve rahat bir şekilde yaşayabilmesini başarılı uyuma ulaşmak olarak tanımlamıştır. Konu ile ilgili yapılan kalitatif bir araştırmada görüşmelerden kabule ilişkin elde edilen temalar; pozitif düşünme, yeni yaşam durumunu düzenleme ve uyum, yeni çözüm yolları için fırsatlar arama, mizah anlayışı, tedavinin sonucunu incelemek ve iyileşmenin farkına varma, yaşamın yeniden normalleşmesi ve yeniden anlam kazanması gibi kabule ve uyuma ilişkin olumlu yanımlardır (12, 13, 16, 33, 50, 60, 72, 94, 97, 103, 106, 109, 110, 115, 137,139).

Kabul kavramsal olarak inkârın karşıtıdır, diyabetli bireyde kabul ve baş etme ile metabolik hedefler arasında pozitif bağlantı vardır. Kronik hastalığa uyumda kabul önemli bir noktadır. Kabul bazı çalışmalarda uyum sürecinin başlangıcındaki ilk aşama, bazı çalışmalarda son aşama, bazı çalışmalarda ise, uyum sürecinde zamanla, adım adım varılan bir süreç olarak belirtilmiştir. Edelwich ve Brodsky kabulün bir vazgeçiş, boyun eğme olmadığını belirtmiştir. Lewis kabulü bireyin

bireysel bütünlüğünü korumak şeklinde tanımlarken, Dush ise, hastalığı yanlışsız, tam, doğru anlamak olarak basitçe tanımlamıştır (97).

Kabulün duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak üç ögesi vardır. Bu alanlardaki davranışlar bireyin eski normal yaşamına geri dönebilmesinin belirleyicisidir. Kabul sürecinde zaman zaman geçişler ortaya çıkabilir ancak tekrar inkâra geri dönülmez.

Duygusal kabul, pozitif etkilerle karakterizedir, “iyi günlerim ve kötü günlerim var, bazen kötü, hasta hissediyorum, fakat daha sonra iyi hissediyorum, gerçekten depresif değilim, pencereden dışarı bakıyorum ve yaşadığım için tanrıya şükrediyorum” gibi ifadelerle hasta bazen düşük mod sergilerken, bazen kendini iyi hisseder bu durum aralıktır sürekli değildir ve kısa süre sonra normale döner. Hastalığını reddeden birinin ifadeleri bu duygulardan niteliksel olarak çok farklıdır (24, 115, 119, 137,139).

Bilişsel kabul, tedavi ve hastalık hakkında kaygı verici düşüncelerin olmaması ile karakterizedir. Hastalık tanısını yeni alan bir bayan, “beni ve bir şeyler düşünmemi bilişsel olarak etkiledi, aklımdan tamamen çıkaramıyordum, endişeli ve sıkıntılı hissediyordum, kafam tamamen böbrek hastalığı ile doluydu” diyerek yaşadığı bilişsel sorunları ve konsantrasyon problemini ifade etmiştir.

Davranışsal kabul ise, öz yönetimdeki başarıdır. Bu başarı ilaç tedavisini, diyet ve sıvı kısıtlamaları gibi değişimleri içermektedir. Bazı hastalar durumu nasıl kabul ettiklerini “bana söylenen bütün değişiklikleri yaptım, bunun için evet ben bana denilen her şeyi olduğu gibi kabul ettim aynen uyguladım” diyerek, davranış sözcükleri ile tanımlamışlardır.

Başka bir hasta ise durumunu “ilk başta çok zordu, gerçekten kötü hissediyordum, daha sonra kendi kendime söyledim – bunu yapmak zorundasın. Yavaş yavaş otomatik olarak yapmaya başladım ne yaptığının temeli bu. Onu kabul

etmişsinizdir bir kere” diye ifade ederek duruma kabulünü bilişsel, duygusal ve davranışsal elementler arasında ilişkilendirmiştir.

Bunların yanı sıra kabulün duygusal, bilişsel ve davranışsal bu üç ögesi, her hastada eş zamanlı biçimde ortaya çıkmayabilir. Hastanın mental durumu, doktordan duydukları, yaşam tarzındaki değişikliklerin yoğunluğu, hastalığın birey ve aile tarafından reddedilmesi gibi iç ve dış müdahaleler kabul derecesini, süresini, kabulün duygusal, bilişsel, davranışsal geçiş süreçlerini etkileyebilir (24, 86, 63).

Bostros, genel yaşamdaki kabul tutumunun, bazı olayların kabulünden farklı olduğunu belirtmiştir. Bostros’a göre, bir olayın kabul edilebilir olması için ilk olarak geri dönüşsüz ve kaçınılmaz olması gerekmektedir. İkinci olarak, olay bireyin kontrolü altında olmamalıdır ve son olarak, kabule ulaşıldığında, kabul için sarf edilen enerjinin pasiflikten daha çok aktiflikle ilişkili olmalıdır (97).

Kabul kavramı ile ilgili genel literatürde kendini kabul, eş kabulü ve sosyal kabul yer almaktadır, bununla birlikte, kronik hastalık gibi bir olayın kabulü tartışıldığında en fazla kabul kavramı kendini kabul olarak ortaya çıkar. Linkowski ve Dunn, bireylerin yetersizliklerini nasıl gördüklerini, kendilerinin diğer kişilerle ilişkilerini nasıl gördükleri ile ilişkilendirmiştir. Benner ve Wrubel, tanıyı kabul etmenin anlamını “Bireyin hastalığı ile yeni bir yol oluşturulur. Bu yeni oluşturulan yol, hastanın durum içinde kendisini yeniden tanımlamasına izin verir ve durum eski endişelerin ifade edilmesi için olası bir yeni yol daha sağlar” olarak tanımlamışlardır (94, 97, 103, 106, 109, 110, 115, 137,139) .

#### **1.7.5. Hastalığı Kabul Kavramı**

Kronik hastalıklı bireyler yaşamlarının kısıtlandığını, adeta bir parçalarının kaybolduğunu düşünürler ve sosyal izolasyon deneyimlerler, gözden düşmüş

olduklarını ve çevreye sıkıntı verdiklerini hissederler. Etrafındaki kişilerin, onların farklı olduklarını anlayıp kendilerini rahatsız hissedeceklerini düşünürler ve çevreleri tarafından kabul edilmek isterler. Hastalığı kabul hasta birey tarafından farkında olmak olarak tanımlanır ve hasta ile hastalık arasında kabul edilen özel bir sözleşme gibidir. Bunun anlamı hastanın hastalığın yaşamına getireceği değişiklik ve kısıtlamalarla baş etmeye hazır hale gelmesidir (12, 13, 94, 97, 103, 106, 109, 110, 115, 137,139).

Kronik hastalığı olan bireylerin çoğu hastalığı kabul etmeyi büyük bir problem olarak görür. Bireylerin yaşamın dönüm noktalarında ve stresli olaylarla baş etmesinde etkili sosyal ve kişisel faktörler göreceli olarak değişmeyen kişisel kaynaklardır. Kişisel kaynaklar hastalığı kabul etmede önemli faktörler olarak kabul edilirler ve sosyal destek, stresle baş etme yöntemleri, öz saygı, öz yeterlik, kontrol duygusu, iyimserlik, atılgan davranış, sağlık odaklı öz kontrol olarak tanımlanır. Kişisel kaynakların tam fonksiyon görmesi, hastalık dahil stresli yaşam olaylarına uyuma, hastalığı kabulün daha iyi olmasına ve iyileşme dönemine yardımcı olur (12, 13, 16, 33, 50, 60, 92, 137,139).

Hastalığı gerçekçi olarak kabul etmek sağlığı geliştirici koruyucu davranışları direk olarak etkiler. Hastalığı kabul, boyun eğme anlamına gelmez daha çok hastalığın oluşturduğu yeni yaşam şekline bireyin entegre edilmesi anlamını taşır. Hastalığı kabul hastalığı yaşamak değil, hastalıkla yaşamak anlamındadır. Hastanın hastalığı kabulü, öz bakım uygulamaları ve gerekli yaşam tarzı değişiklikleri yaparak hastalığın kontrolünün sağlanmasında ciddi bir öneme sahiptir (49, 72, 94, 97, 103, 106, 109, 110, 115, 137,139).

Kabul kronik hastalığa adaptasyon sürecinde bir safha gibi görünmektedir. Edelwich ve Brodosky diyabette adaptasyon safhalarını tartışmış ve kabulü bu

aşamalardan birisi olarak göstermiştir. Kabulü, kavramsal olarak, diyabete teslim olmak değil diyabete gerçekçi adaptasyon şeklinde tanımlamıştır. Bunun anlamı, duruma cevap olarak pasif değil, yaşamı kontrol için daha fazla çaba harcayarak aktif olmaktır. Speelman, hastalıklarının kontrolü için sorumluluk duygusuyla gayret eden aktif diyabetli bireyler incelediğinde bu bireylerin hastalık kabul düzeylerinin dikkat çekici olduğunu belirtmiştir (50, 60, 72, 94, 97, 103, 106, 109, 110, 115)

Kabul ile ilgili literatürde bazı araştırmacılar kabul ile uyumu eş anlamlı tutmuştur. Wash ve Russell kabulü ayırmış ve psikolojik uyumun en temel sonucu olarak ifade etmiştir. Wright, eğer yetersizlik kabul edilirse daha sonra yetersizliğin yeni bir yolla uyarlanabileceğini önermiştir. Her ne kadar aynı kavram olmasa da, kabul psikolojik uyumun bir parçası olarak görünmektedir. Kendisi multiple sklerozlu bir hemşire olan Kinley, sahip olduğu kişisel deneyimi ile hastalığı kabul duygusunun yaşamının içine yayıldığını ifade etmiştir. Bu söylemde yaşamın yeniden tanımlanması vardır ve Kinley'in hastalığını kabulü iyimser bakış açısını ve pozitif uyarlamayı içermektedir. Sonuçta Kinley, hayatta olduğuna şükretmekte, kronik hastalığa sahip olmasına rağmen hala değerli olduğunu hissetmektedir (12, 13, 16, 20, 33, 50, 60, 72, 94, 115, 137,139).

Kronik hastalığın kabulünü, kabul etmeme kavramı içinde kavramsallaştıranlar da vardır. Kronik hastalığı bırakmak, bir parça olarak temelden reddetmek ve kullanılamaz birey haline gelmek; bu bütün kısıtlılıkları kabul etmemeyi içerir. Diğer deyişle Werner- Beland'a göre problemin kabulü de kısıtlılıkları redderek kabul edilememesi de umut duygusunu içermektedir.

Engel ve Crate'in kabul ile ilgili teorik düşünceleri kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin önemli kayıplarındaki bireysel keder deneyimlerine temellenmiştir. Bunlar kronik hastalığa kayıp şeklinde tepki veren bireyleri başlangıç

aşamasında anlaşılmasına yardımcı olabilir, çünkü kronik hastalıktaki kayıp deneyimi ile diğer önemli şeylerin kaybı aynıdır (72, 94, 97, 103, 106, 109, 110).

Kubler Ross kabulü barış ve soğukkanlılık duyguları göstermek olarak tanımlamıştır. Chapman kabul göstergelerini, tıbbi tanıya uyum ve yaşamaya devam, hastalık hakkında gerçekçi olmak ve pozitif olmak şeklinde açıklamıştır (30). Hastalığı kabul kavramı, hastanın bedeni üzerinde var olan duruma ilişkin negatif duygularında azalma olmasıdır. Hastalığı kabulün yokluğu, eksikliği hastalığın getirdiği sınırlamalara boyun eğme ile sonuçlanır ve öz yeterlikte-öz saygı duygusunda azalma, bağımlılık duygusunda artmaya neden olur (13, 16, 33, 50, 103, 106, 109, 110, 115, 137,139).

Geleneksel olarak, ciddi hastalık deneyimi, \*Boyun eğme bakış açısı ile hüznü, kendinden bir şeyler vermeyi gerektiren bir çaresizlik \*Pollyanna yaklaşımı ile bütün bu gerçek travmanın varlığının inkâr edilmesi olarak iki yaklaşım tarzı içinde ele alınır. Bu yaklaşımların ikisi de kronik hastalığın gerçeğini çarpıtır ve değiştirir.

Birinci yaklaşımda kronik hastalığa sahip birey hatalı bir davranış içinde olarak algılanır ve uyumsuz olarak tanımlanır. Bu hasta tıbbi tedaviye cevap veremez ve her nedense iyileşmenin olmaması hastanın hatası olarak değerlendirilir. Tedavi ekibinin bu kusurlu yaklaşımının sonucu hastalar ciddi bir kötü davranış olan psikolojik istismara maruz kalırlar ve sıklıkla “Şikâyet etmeyi bırak, sadece sana söylenenlere uymalısın, senin iyiliğin için söyleniyor ne deniyorsa onu yap....” gibi emir cümleleri duyarlar. Hasta birey ekibin olmaması gereken bu sert tutumunu mecburen benimseyebilir ve uyum kelimesi birey için çoğunlukla teslim olmak, engellere ve emirlere bilinçsizce razı olmak anlamına gelir. Bazen bundan daha da kötüsü gerçekleşir ve hastanın uyması gereken durumlar hastaya daha sert ve katı ifadeler ile



“bundan sonra bunu yiyemeyeceksin, .... bu konuda umutlanma bunu yapamazsın vb.” belirtilir. Bütün bu negatif iletişim ve kusurlu yaklaşım sonucu tedavi ekibi ve hasta yanlış bir anlayışa girerek hastalıktan daha çok hasta hedef haline gelir (12, 13, 16, 33, 50, 110, 115, 137,139).

İkinci yaklaşım olan Polyanna yaklaşımı ise çok farklı ve umutsuz durumlardan tamamen iyileşme başarıları ile sonuçlanan umut dolu deneyim öykülerinden hastanın etkilenme sürecidir. Bu öyküler hastayı psikolojik olarak derinden etkileyerek tamamen iyileşemeyeceği bir durumda bile yararsız bir umut yaratabilir. Genellikle hastaların birbiri ile paylaştığı bu öykülerin temelinde herhangi bir fiziksel veya duygusal travmanın kalıntısının yarattığı üzüntü ve çaresizlik gizlidir. Bazen sosyal durumlarda da polyanna yaklaşımı kullanılabilir. Yeni insanlarla ve yeni durumlarla karşılaşıldığında birey, bunu bir avantaj olarak kabul edebilir, çevresindekilerin yeni sıkıntılı durumla kendisinin çok rahat baş edebileceğini düşüncelerini sağlar. Birey sıkıntılı ve anksiyeteli davranmadıkça çevresinde insanlar da hastalık olgusuyla yüzleşmez ve sıkıntı yaşamaz. Bu polyanna imajı zamanla tehlikeli bir durum yaratabilir ve diğer insanların hasta bireye gerçekten yardım etmelerine engel oluşturabilir.

Yukarıdaki iki yaklaşım da uç duyguları ifade etmektedir. Boyun eğme bakış açısında çok az umut, polyanna bakış açısında da çok az gerçeklik bulunur. Hastalığın kabulü değişen sağlık durumu ve beden imajı ile bütünleşmeyi sağlayabilmektir (20, 96). Hastalığı kabul, hasta tarafından hastalığın farkındalığı ve özel olarak “hasta-hastalık-sözleşmesi” olarak tanımlanmıştır. Bunun anlamı, hasta, hastalığın yaşamına zorunlu olarak getirdiği kısıtlamalar ve değişikliklerle uğraşmaya ve uyum sağlamaya hazırdır (12, 13, 60, 72, 94, 97, 103, 110, 137, 139).

Özetle kronik hastalığa sahip bireylerin çoğu için hastalığı kabulü büyük bir problem olarak görülmektedir. Hastalığın kabulünde en önemli faktörler kişisel kaynaklardır; diğer deyişle bireyin sosyal destek, stresle baş etme yöntemleri, öz saygı, öz yeterlilik, uyum duygusu, olumlu tutum, atılgan davranış, hastalığın kontrol yörüngesi hastalığın kabulünde çok önemlidir. Uygun kişisel kaynaklar, hastalığı da içeren stresli durumlara uyumu ve kabulü kolaylaştırır, hastalığın kabulü ise, daha iyi uyum ve uzun bir iyileşme dönemi sağlar (51, 130).

#### **1.7.5.1. Hastalığı Kabul Etmenin Yararları**

Hastalığı kabul, yaşam kalitesini arttıran, duygusal stresi azaltan, tedavi rejimine uyumu ve hastalıkla baş etmeyi sağlayan önemli bir faktördür. Motivasyonu sağlama, destekleyici çevre oluşturma ve cesaretlendirme ile ilgili girişim programlarının hedefi olabilir. Hastalığı kabul, pozitif baş etme davranışları, yaşam tarzı düzenlemelerini yönetme isteği ve hastalığın kontrolünü sağlar. Hastalığın kabulü, bireyin hastalık, tedavi rejimi ve kendini kontrol davranışları hakkında bilgi kazanma isteğini etkiler, farkındalık duygusu yaratır. Bireyde oluşan bu farkındalık duygusu, psikolojik ve fiziksel faydalarla oluşan farkındalık duygusudur; bireyin gerilimini azaltarak yaşam kalitesinin artmasını sağlar. Kronik hastalarla yapılan çalışmalar hastalığını kabul eden bireylerin daha iyi adaptasyon gösterdiğini vurgulamaktadır. Hastalığını kabul eden hastalar daha destekleyici ilişkilere sahiptir. Li ve Moore (1998) hastaların hastalıklarını, yetersizliklerini kabul ettiklerinde, toplum tarafından kabul edilebilirliklerinin daha fazla olacağını belirtmektedir (77, 78, 80).

Konu ile ilgili çalışmalar, daha fazla emosyonel destek alan, daha az ayırım algılayan, öz saygısı yüksek olan ve yaşamdan memnun olduğunu ifade eden

bireylerin hastalığı kabul eden bireylerin hastalığı kabul sürecinin daha kolay olduğunu saptamıştır. Hastalığın kabulü, mental ve fiziksel sağlığı sağlayarak yaşam kalitesini artırır, hastalığın yaşama en iyi şekilde uyarlanmasını sağlar. Kabul uyum davranışlarını artırır, hastalıkla baş etmede ciddi bir fonksiyone sahiptir, bireyde hastalığın yarattığı kısıtlamalar ve engellerin farkında olarak uyum davranışlarını iyileştirir. Kronik hastalığa sahip ve hastalığını kabul etmiş bir birey için yaşamın bir amacı ve anlamı vardır, hastalığın getirdiği sınırlılıklara rağmen yaşam kalitesi mevcuttur (12, 13, 16, 33, 50, 109, 110, 115, 137,139).

#### **1.7.5.2. Hastalığı Kabul Etmemenin Sonuçları**

Kronik hastalığı olan bireyde hastalıktan kaçınma davranışı ve inkar uzarsa birey immobilize hale gelebilir ve sorun hakkındaki bilgi ve farkındalık yetisini ya ya kazanamaz ya da edindiklerini kaybedebilir. Bu da bireyin tedavisi ve bakım gereksinimleri hakkında zamanında karar vermesini önleyebilir ve aileden başka bir üyenin karar verici rolde olması sonucunu doğurur. Yetersizliğe sahip birçok birey korku ve stres yaşadıkları durumdan kaçır veya sosyal olarak kabul edilmeyeceklerine ilişkin endişeleri olduğu için uygun olmayan baş etme yöntemleri kullanır. Pasif baş etme şekilleri olarak tanımlanan kaçınma ve inkar, hasta ve sağlıklı örneklemlerde fizyolojik ve bağışıklı durumunun kötüleşmesi ile de ilişkili bulunmuştur. Kötümserlik eğilimi ile karakterize kişiler sosyal ilişkilerden yarar görmedikleri algısını hissedebilirler ve olayların kötü etkileri hakkındaki gereksiz negatif düşünceler ile yüklenirler. Bu nedenle sosyal ilişkilerde inhibe olurlar, örneğin, bilişsel olarak hastalığının yan etkileri hakkında baskılayıcı düşünceleri olan bir hasta ilişkilerden kaçınabilir, olayları hatırlatan ilişkilerden, bilgi ve duygusal

destek alabileceği kaynaklara ulaşmada kısıtlama yaşayabilir (72, 94, 97, 103, 106, 109, 110, 115, 137,139)

Bireyin hastalığını kabul etmenin eksikliği ya da kabul düzeyinin düşüklüğü; tıbbi önerilere uyumsuzluğa, kendi kendine tedavi yöntemleri geliştirmeye, yüksek dozda ilaç kullanmaya ve alternatif tedavilere, reçete edilen tedaviyi kullanmamaya, derin psikososyal strese ve negatif duygusal tükenmişliğe neden olur. Diyabetli bireyin hastalığı kabul düzeyindeki düşüklük ise özellikle insülin kullanımına karşı negatif tutum, enjeksiyonun genel olarak verdiği rahatsızlık ve enjeksiyon tekniğinde beceriksizlik ve insüline başlamanın hastalığın kötüye gittiğini ve hastalığın yönetiminde hatalar olduğuna ilişkin inanışlar, bağımlılık ve kişisel özgürlüğün kaybı, hipoglisemi-hiperglisemi ve kilo alımı konusunda endişelere yol açar (97, 103, 106, 107, 109, 110, 115, 137,139).

#### **1.7.6. Diyabeti Kabul**

Diyabet yönetimi aniden ve zamansız ortaya çıkar ve hastalık hakkında yük ve anksiyete algılanmasına neden olur. Diyabet yönetiminde başarı ve metabolik hedeflere ulaşma; diyabetli bireyin duruma adaptasyon, izlem ve öz bakım davranışlarına uyumunu gerektirir. Diyabetli bireyler genelde yiyecek tüketiminin zamanı, tipi ve miktarı, sosyal fonksiyonlar ve hobileri konusunda kendilerini kısıtlanmış hissederler. Algılanan bu yükler ve kısıtlamalar diyabetli bireyin yaşam kalitesinin tanımıdır. Hoover, diyabetli bireyin hastalığını kabul etmemesi durumunda yapılan hasta eğitiminin boşa gideceğini belirtmiştir. Bu noktada diyabetli bireyin hastalığını kabul edememesi, diyabeti yönetmeye engel olmaktadır. Diyabeti yönetmenin, metabolik hedeflere ulaşmanın ve kronik hastalıkla yaşamının ilk adımı tanıyı ve onun getirdiği bulguları kabul etmektir. Kronik hastalığın getirdiği

sorunlarla baş edebilmek için bireyin ve ailenin kronik hastalığı kabul etmesi gerekir. Kronik hastalıkla yaşayan bireyin, kendi sağlığının aktif denetimcisi olabilmesi için hastalığını kabul etmiş olması gerekir (41, 93, 94, 96, 103, 115, 119, 132, 131, 132).

Diyabetli birey ancak hastalığını kabul ettikten sonra yaşamına geri dönebilir. Bireyin diyabetle yaşamaya alışması ve yaşamı ile ilgili yeni yaklaşımlar belirlemesi için hastalığın kabulü temel kavramdır. Çünkü diyabet hastanın sorumluluk alması gereken bir hastalıktır. Hernandez diyabetli bireyin hastalığı kabul süreci için: \*diyabetin varlığını inkar, \*diyabetin yaşama olan etkilerini küçümsemek, \*diyabeti görmezden gelerek normalize etmek, \*ruhsal dünyaya dönmek olarak dört faz tanımlamıştır (21, 90, 92, 93, 94, 96, 103, 115, 119, 132, 131, 133).

Diyabet yönetiminde istendik yaşam tarzı değişiklikleri olan alan tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, kan şekeri izleminin düzenli yapılması akut (hipo-hiperglisemi, ketoasidoz) ve kronik (nöropati, nefropati, kardiyovasküler) komplikasyonları önler (21, 22, 92, 93, 94, 96, 103, 115, 119)

Diyabetli bireylerin hastalığa ilişkin tutumları incelendiğinde bireylerin, diyabet hakkında daha fazla çok bilgi edinmek istedikleri, diyabet olduklarına hala inanamadıkları, diyabetli olduklarını diğer kişilere söylemek istemedikleri, en çok beslenme konusunda zorlandıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlardan diyabetli bireylerin bilgisinin olmasına rağmen diyabetli olduklarına inanmadıkları ya da inanmak istemedikleri böylece de diyabeti kabul edemedikleri için istendik yaşam tarzı değişikliklerini uygulayamadıkları görülmektedir. Bunların yanı sıra diyabetli bireylerden bazıları da diyabetli olduklarına üzülmediklerini, diyabetin kendilerini değil kendilerinin diyabeti yönettiklerini belirten yanıtlar vermişlerdir. Aynı araştırmada bireylerin diyabet bilgisi ve öz bakımlarına bakıldığında ise, bilgileri yüksek, kendi kendine kan şekeri izlemi, ayak bakımı davranışları istendik düzeyde

bulunmuş ve diyabet bilgisi ile özbakım becerileri arasında yüksek korelasyonel ilişki saptanmıştır (21, 50, 51, 58, 77, 78, 90, 92, 93, 94, 96, 103)

### 1.7.6.1. Diyabetli Bireyde Diyabet İle İlişkinin Gelişimi

Diyabetli birey diyabet yönetimi için davranış değişikliğine istekli ve sorumluluk alan ve bireyler diyabetini kabul etmiş olarak tanımlanmaktadır. Diyabetli bireyin bu kabul sürecinin aşağıda ayrıntıları ile verilen dört aşamadan geçer;

- ***Diyabetin Şoku:*** Duygusal cevaplar, anlamın araştırılması (neden ben),
- ***Diyabet İle Yaşamayı Öğrenme:*** Ailenin katılımı, paylaşım,
- ***Diyabet İle En İyi İlişkinin Aranması:*** Kabul, dengenin bulunması,
- ***Diyabetin Tehlikelerini Yönetme***

*Kişisel Tehlikeler:* Duygusal sıkıntı, şuan ve gelecek için korkmak, hassasiyet;

*Kendini Koruyucu Yöntemler:* Adaptive inkar, geçmişin güzel görünmesi, kontrol, azalan karşılaştırmalar;

*Kişilerarası Tehlikeler:* Farklılık, etiketlenme;

*Kendini Koruyucuyu Yöntemler:* Diyabetten göreceli olarak bağımsız bir kimlik geliştirme, etiketlenmenin yönetimi, problemin yansıtılması, mantığa bürüme, diğerlerine söyleme.

Diyabet tanısına tepkiler: diyabet tanısı alan bireylerin tepkileri farklı olabilir; tanıyı ilk duyduklarında bazıları hemen yapılması gereken değişikliklerden korkarken bazıları da değişiklikleri yapmaktan değil diyabetin kendisinden korkarlar. Bu da hastalığı kabulü zorlaştırır ve bireyi hastalığı inkara ve negatif duygulara yönlendirir. Örneğin inkar ve negatif duygular taşıyan bir birey tanı aldığı anı

“Gözyaşlarımı bıraktım ve yaşamımı düşündüm. Diyabet hakkında her şeyi biliyordum tv den. Bütün duyduğum korkutucu öyküleri duyduğunuz korkutucu hikayeleri hatırladım. Tanı gerçek gelmedi bana hastalık hakkındaki işaretlerin hepsi bu kadar olamazdı” şeklinde ifade etmiştir (57).

Diyabetli bireylerin beklentilerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların diyabet ile ilgili beklentilere yönelik aşağıda ayrıntıları verilen üç tema belirlenmiştir:

**Düşük/Negatif Beklentiler: Hastalıktan bağımsız olarak yaşamı yönetme** (kendini aileyi ve ekibi aldatma, yemek konusunda kaçamak yapmak, stresli zamanlarda diyabet bakımında değişiklik, yaşamın kontrolüne daha az sahip olmak, diyabet ile kişiye ve yaşama eklenmiş yükler); **İnkâr/korku** (hastalık korkusu, gelecek yaşa korkuları, kan şekeri kontrolünde güçlük hissetmek, hastalığı yaşamın dinlenme periyodu olarak görmek, egzersiz yapmada zorluklar, düşük kan şekeri ile ilgili sorunlar); **Ciddiyet** (diyabet ile ilgili çaresizlik, depresyon ve diyabete bağlı üzüntü, diyabeti kontrol etmenin katlanılması çok büyük bir yük olduğu düşüncesi, diyabet için sevilen gıda, davranış ve alışkanlıklardan vazgeçmek zorunda olmak) olarak belirlenmiştir.

**İlmli Beklentiler: Diyabeti kontrol** (diyabete bağlı metabolik hedeflere ulaşmak, istekleri kontrol, diyabeti kontrol etmede zorluk, diyabete bağlı gelecekteki durumlardan korkmak, düzenli kontrol); **Diyabetin getirileri** (fiziksel yetersiz olmak, diyabete bağlı davranışlarda sınırlılık, diyabetin rahatsızlığı, diyabet üzerinde günlük olarak uğraşmak); **Aile ve yakın çevre ile ilgili beklentiler** (aile ve çevrenin beklentileri, aile desteği, diyabetle yaşamın sağlıklı insanların yaşamına benzer olacağı) olarak belirlenmiştir.

**YüksekPozitif Beklentiler: Diyabeti yönetmek, diyabete galip gelmek** (güzel sonuçlar beklemek, öz yönetimi sağlamak ve geliştirmek, diyabet hakkında eğitim,

doktorların yardımı ile yönetim, diyabet üzerinde çalışmadan sağlanan yararlar, birinin sağlığını kontrol etme, normal yaşam, uyum, düzenleme, deneyimlerden öğrenme beklentileri); **Yaşam beklentileri** (kontrollü diyabet ile uzun süre yaşam, egzersizden sonra iyi hissetmek, tıbbi beslenme tedavisini iyileştirmek, yaşamın rahatı için düzenli glikoz izlemi, yaşamın rahatı için tıbbi tedavide olmak) olarak belirlenmiştir.

Diyabet ile yaşamayı öğrenmeyi, diğer diyabetliler ve aileler kolaylaştırabilir. Ailenin katılımı, aileden alınan destek ve rehberlik diyabetin kabulüne ve diyabet kişiliği geliştirilmemesine ve normalleşmeye yardımcı olur. Diyabetle yaşamayı öğrenen bireyler diyabet ile ilişkilerinde kabul sürecini tamamlamışlardır. Diyabetin kontrolü, diyabet hakkındaki anksiyetenin ve duygusal korkuların da kontrolü demektir. Demirtaş'ın yaptığı kalitatif çalışmada (2005), kabullenme dönemindeki diyabetli bireylerin, tedavilerine, diyetlerine, egzersizlerine uyum sağlamak için çaba sarf ettikleri, hastalıkla yaşamayı öğrenebilmek için bilgi topladıkları, sağlık personeline güvendikleri ve önerilerine uydukları, diyabetten daha kötü bir hastalığa sahip olabileceklerini düşündükleri, hastalıkla beraber yaşayabileceklerini ifade ettikleri görülmüştür. Boyun eğme ve sahte kabul yaşayan hastalar ise; hastalıklarını Allah'ın verdiğini, ancak Allah'ın alacağını düşünerek, iyileşme ve hastalığına uyum için çaba sarf etmediklerini, hastalığın kaderleri olduğunu ve çekmek zorunda olduklarını ifade etmişlerdir. Yamakawa ve arkadaşlarının (2008) yaptığı tip 2 diyabetli bireylerin diyabete ilişkin pozitif deneyimlerinin incelendiği kalitatif çalışmada diyabet ile ilişkili olarak; “yaşam şeklimi değiştirmek için bir fırsat”, “kendimi güvende hissetmemi sağladı”, “sürpriz bir hediye oldu”, “sağlıklı yaşam eğlenceli”, “bireysel olarak yaşamın yolu”, “yeni sosyal ilişkiler geliştirdim”, “aile ilişkilerimi güçlendirdi”, “yaşam şeklimi iyileştirmek için iyi bir fırsat oldu bence”,



“sağlığını gerçekten yönetebileceğimin farkındayım”, “sağlığını yönetmeye karar verdiğimde hastaneye yattım”, “diyabet tanısı aldığımda yaşam şeklimi ve diyetimi değiştirmek düzenlemek için iyi fırsattı benim için”, “diyabet tanısı aldığımda sağlığını yönetmemin önemini farkına vardım diyabet tanısından önce sağlığım kötü olmasına rağmen düzenli kontrollerimi yaptırmıyordum”, “başlangıçta kan şekeri düzeyini izlemek zor geldi ve kendimi diyabete yenilmiş gibi hissettim” gibi ifadeler elde edilmiştir. Aynı araştırmada sağlık inançlarının hastanın hastalığa bakış açısını ve hastalığın şiddetini algılayışını etkilediği, öz saygı ve öz yeterlik gibi bilişsel kaynakların baş etmede önemli rol oynadığı belirtilmiştir ((21,103, 115, 119, 132, 131, 132)

Ockleford ve arkadaşları (2008) yaptıkları kalitatif çalışmada diyabet kimliğini tamamen içine sindirmiş katılımcıları hastalığı kabul eden bireyler olarak bildirmişlerdir. Davranış değişikliğine katılan sorumluluk alan ve davranış değişikliğine istekli, kişiler “ yaşamıma gerçekten olumlu etkisi oldu. Onu şöyle tanımlayabilirim, daha sağlıklı besleniyorum, daha aktifim ve genellikle kendimi daha iyi hissediyorum” gibi olumlu ifadeler vermişlerdir. Her ne kadar hastalığı kabul edenler yaşam tarzı değişikliklerini kabul etse de diyabetli bireylerin hepsi diyabetin yönetimini en iyi şekilde uygulamaya aktaramazlar; nitekim bu durumu diyabetli bir birey “dürüst olayım kendimi diyabetim var gibi hissetmiyorum, diyabet olduğumu biliyorum sonuçta çünkü bunu doktor söyledi... bu söylediği doğru olmasa diye de hissetmiyorum. Bu gerçekten benim için önemsiz. Bence eğer öylesem gerçekten onun hakkında zorunlu bir şeyler yaparım, kendimi sıkıntıya sokarım veya bunun benzeri şeyler, yürümek için zorlarım.. fakat ben gerçekten farkında değilim onun” gibi ifadeleri ile çok açık belirtmiştir. Çalışmada diyabetli bireylerin çoğunluğu diyabeti kabul etmektedir. Aynı çalışmanın bulgularından bir

de sosyal ihtiyaçlara yaşamın her gününde ihtiyaç duyulduğu ve diyabete uyum sağlamaya ve normal yaşamı sürdürmeye temel olduğu belirtilmektedir. Diyabet tanısı bireyin bütünlük duygusunun kaybı ve yeni bir kendini oluşturma sürecinin zorluğunu içerebilir. Bu çalışmada tip 2 diyabetli bireyleri hastalıkların ciddiyetine-önemli yaşam tarzı değişikliği yapacak kadar ciddi olduğuna inanmadıkları görülmüştür. Başka bir çalışmada ise diyabetli bireylerin tanıya verdikleri kabul ya da red tepkisinden sonra en önemlisi de yeni tanılı diyabetli bireylerin öz yönetim eğitimine katılma sorunları olarak vurgulanmıştır. Yeni tanılı diyabetli bireyler tanıya ve diyabete karşı koymakta ve gerçekten hasta olduklarını düşünmemektedirler. Bu durumda da hasta tanıyı dışladığı için bir sonraki aşama olan yaşam tarzı değişikliği ya da ilaç tedavisine ilişkin olumsuz algılar ortaya çıkmaktadır. Lawton ve Cola, diyabetin ciddi bir hastalık olduğunu inkar eden diyabetli bireylerin tedaviyi yönlendirmeye olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir. İnsülin kullanması gerekirken insülini istemeyen hastaların olması ya da ilaç kullanmak yerine diyet ve egzersizle idare etmek isteyen hastalar bu olumsuz duruma örnek verilebilir (86, 87,90, 92, 93, 94, 96, 103, 115, 119, 132, 131, 133)

#### **1.7.7. Hastalığı Kabul Ölçeği-Acceptance of Illness Scale**

Kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımı ile ilgilenen ekip tedavi ve iyileşme sürecinde hastalığı kabulün önemli olduğunu hissettiğinden bu yana kabulün nasıl ölçüleceğine ilişkin araştırmalar yapmıştır.

Felton ve arkadaşları (1984) hastalığa ilişkin kişisel gelişim, olgunlaşma ve bilişsel tabanlı stratejiler üzerinde çalışmışlardır. Hastalığı kabul düzeyini saptamaya yönelik geliştirdikleri Hastalığı Kabul Ölçeği, Amerika, Avrupa ve İngiltere olmak üzere birçok ülkede ve multiple skleroz, romatoid artrit, somatizasyon, psöriazis,

hepatit C, AIDS, kolostomi, kalp pili, spinal kor yaralanması gibi birçok hastalıkta kullanılmıştır. Ölçek hastalığı olmayan normal bireylerin kabulünü içeren bir veriyi bulundurmamakta bununla birlikte diğer hastalık (hipertansiyon, kanser, romatoid artrit, diyabet ...) deneyimlerini ise kapsamlı bir şekilde içermektedir. Hastalığı Kabul Ölçeği yüksek iç tutarlılığa (0.83) ve yüksek test tekrar test güvenilirliğine (7 ay) sahiptir. Pratikte kolaylıkla kullanılacak bir ölçüm aracıdır (37, 38, 39, 137, 138, 139).

### **1.7.8. Hastalığı Kabul Kavramının Hemşirelik Açısından Önemi**

Kronik hastalar hastalığın tedavisi ve yan etkileri, hastalığın iyileşme ve alevlenme dönemleriyle, aktivite, rol, ilişkiler ve yaşam tarzı değişiklikler ile uğraşmak zorunda kalırlar. Hastalık durumunda umut duygusu sıklıkla azalır ya da sınırlanır. Oysa ciddi hastalığı olan bireyler yaşamlarında umuda gereksinim duyarlar ve etraflarındaki kişilerin de umutlarını desteklemelerini beklerler. Hemşire kronik hasta bireye umudu ve yaşamının anlamı güçlendirmeye yardımcı olmalıdır. Bireyin kontrolünü ve gücünü sağlamak için destekleyici bir bakım ortamı oluşturmalıdır. Bu girişimler sonuçta bireyin iyi oluşunu, yaşam kalitesini ve hastalığa karşı gücünü artırır. Hemşirenin hastaya bakım verirken çalışırken çok güçlü bir etkileşimi vardır. Bu etkinlikle ciddi fiziksel bozukluğu olan bireyler kişisel güç ile optimal iyilik haline ulaştırılabilirler (64, 70, 84, 92, 115, 126, 129).

Hemşire araştırmacılar diyabetik hastaların bakımı içinde, diyabet yönetimi için hastalığı kabulün de önemli olduğunu belirtmektedir. Psikososyal girişimler kabulü kolaylaştırır. Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığı kabul etmemeleri bu girişimlerin yapılarak, hastalıklarını yönetmelerine engel olur. Sağlık personeli özellikle hemşire bireyin stresli yaşam olayları ile başa çıkma stratejilerinin farkında

olmalıdır ve buna yönelik bireysel eğitimler planlamalıdır. Bireylerin hastalıkla nasıl baş ettikleri, iyi glisemik kontrol, tedavi çıktıları ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiye sahiptir. Bu nedenle diyabetli bireyler kendi bakımlarına katılmaya cesaretlendirilmelidir ve durumlarını izleyebilme yeteneği konusunda bilgi almak zorunluluğunu hissetmelidir (64, 70, 84, 92, 115, 128, 129)

Bu girişimlerin yapılabilmesi ve başarıya ulaşabilmesi için hemşire ve diğer sağlık üyelerinin bakım verdikleri hastalarının hastalıklarını kabul düzeylerini belirlemeleri gerekmektedir. Hastaların kabul düzeyleri belirlendikten sonra tedavi ve bakıma ilişkin yönlendirme ve eğitim girişimlerine başlanmalı, eğer kabul düzeyi düşük çıkarsa kabul için girişimler- psikolojik destek, aynı hastalığa sahip kişilerle sosyal destek grupları ve motivasyon çalışmaları-sağlanmalı ve birey belli bir kabul düzeyine geldikten sonra ancak yönlendirme ve eğitimlere başlanmalıdır. Hemşirelerin ve diğer sağlık üyelerinin tedavi ve bakım verdikleri hastaların tedaviye uyum ve hastalık yönetimine katılmalarını sağlamada dolayısıyla hastalıkları ile yaşamalarına yardımcı olmalarında, kronik hastalığı kabul düzeylerini bilmeleri ve hastanın hastalığı kabul düzeyine ve farkındalığına göre tedavi ve bakım planı yapmaları çok önemlidir. Hastanın kabul düzeyi bilinirse ancak ona özgü bilgi, yardım ve destek sağlanabilir; örneğin hastalığını henüz kabul etmemiş hatta dışlayan, inkâr eden bir hastaya tedavi ve bakım konusunda bilgi ve eğitimle yönlendirme yapmak etkisiz hatta yanıltıcıdır. Çünkü hasta öncelikle kendi sağlık sorununu fark edip sorunu ile yaşamayı öğrendikten sonra, ikinci aşama olarak çözüm arayışı ve hastalığı ile ilgili bilgilenme isteği duyar (64, 70, 84, 92, 115, 126)

Bu durumu, diyabetes mellitus gibi ciddi ve kronik bir hastalığa uyarlamak gerekirse, diyabet ile yaşamayı kabul etmemiş bir bireye diyabet tedavi ve bakımına yönelik eğitim ne kadar kapsamlı ne kadar istendik ve doğru yöntemlerle verilirse

verilsin eğitim yine de başarısız olur. Başka bir deyişle hasta eğitimden yarar sağlayamaz. Çünkü öncelikle hastanın hastalığını kabul etmesine yardım edilmeli sonra, eğitim adımına geçilmelidir. Kişilerin deneyimleri ve hastalığı kabulleri dikkate alınmalıdır. Diyabet ekibi özellikle diyabet hemşiresi hastanın kabulü için motivasyon, cesaret ve destekleyici çevre sağlamalıdır. Diyabetli bireylerin hastalık hedeflerini ve kabul düzeylerini iyileştirecek psikolojik girişimler geliştirilmesi gerekir. Diyabetin geçici bir durum olmadığı ile ilgili girişimler tip 2 diyabet bilgisinin yapılanmasına ve diyabetli bireyin diyabeti kabul etmesinin kolaylaşmasına yardımcı olabilir. Unutulmamalıdır ki problemi çözmek için problem önce fark etmek ve kabul etmek gerekir. Bu düşünceyle diyabet yönetiminde de başarıya ulaşmak için ilk adım diyabetli bireyin hastalığını kabul etmesidir.

## BÖLÜM II

### 2. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında geliştirilen “Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği” nin geçerlik ve güvenilirliğini test ederek Türk toplumuna uyarlamak ve sonrasında ölçeği uygulayarak Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile planlanmış metodolojik ve analitik bir çalışmadır (4, 29).

#### 2.2. Kullanılan Gereçler

Araştırmada kullanılan gereç Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında Amerika’da geliştirilen **Acceptance of Illness (AIS)-Hastalığı Kabul Ölçeği**dir.

Bunun yanı sıra araştırmada Tip 2 diyabetli bireylerin yaşam yönelimi, sosyal destek ve öz-yeterlik düzeylerini belirlemek üzere üç ölçek daha kullanılmıştır.

Bu ölçeklerin dışında araştırmanın örneklemini oluşturan bireylerin bireysel ve diyabete ilişkin özelliklerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Soru Formu kullanılmıştır.

1. **Hastalığı Kabul Ölçeği-Acceptance of Illness Scale-AIS (Ek-I )**
2. **Yaşam Yönelimi Testi -Life Orientation Test (Ek-II)**
3. **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Multidimensional Scale of Perceived Social Support -MSPSS (Ek-III)**
4. **Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği-Self-Efficacy Scale (Ek-IV)**
5. **Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Soru Formu (Ek-V)**

## **1. Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance of Illness Scale-AIS) (Ek-I)**

Hastalığı Kabul Ölçeği (AIS) Felton ve Revenson tarafından Amerika'da 1984 yılında geliştirilmiştir. Hastalığı Kabul Ölçeği, Linkowski'nin Hastalık Etki Ölçeği'nden (Sickness Impact Scale) alıntıdır; Geçerlik ve güvenilirliği, hipertansiyon, diyabet, romatoid artrit ve kanser hastalarında yapılan ölçeğin Chronbach alpha değeri= 0,83'tür. Hastalığı Kabul Ölçeği, hasta bireyin hastalığı kabul derecesinin ölçülmesinde kullanılır. Ölçeğin bütün alanları, hastalık nedeni ile olan özel zorlukları ve sınırlılıkları içerir. Hastalık nedeniyle yaşama dayatılan öz yeterlilik eksikliği, diğer kişilere bağımlılık duygusu ve öz saygıda azalma gibi sınırlılıkları, negatif duyguları ve bu duygulara rağmen değerlilik ve kabul edici duyguları değerlendirmektedir. Hastalığı Kabul Ölçeği sekiz maddeden ve her bir madde beş puandan oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 8 ile en yüksek 40 arasındadır ve hastalığı kabul düzeyinin genel ölçümüdür. Likert tipi olan ölçek 5 puanlı katılma-katılmama durumuna göre oranlanır. Ölçekte tanımlanan ifadelere katılma durumu (puan 1) düşük puan ile değerlendirilir ve kabulün eksikliği anlamına gelir ve hastalığa kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ifade eder. Tanımlanan ifadelere katılmama durumu ise (puan 5) yüksek puanla değerlendirilir ve yüksek puan hastalık durumunu kabulün kanıtıdır ve hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını, hastalığı kabulün varlığını ifade eder.

Hastalığı kabulün yüksek oluşu, uyumu ve fiziksel rahatsızlığın az hissedilmesini gösterir. Hastalığı kabul, hasta bireyde hastalığın getirdiği negatif duyguların ve olumsuz tepkilerin azlığını göstermektedir (10,18, 37, 38, 39, 137, 139).

**Tablo 1. Hastalığı Kabul Ölçeği Orijinal Formunun (Acceptance of Illness Scale) Madde Puanları ve En Düşük-En Yüksek Değerleri**

| <b>ÖLÇEK MADDE SAYISI</b> | <b>MADDE<br/>PUANLARI</b> | <b>EN DÜŞÜK-EN YÜKSEK<br/>DEĞER</b> |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 8                         | 1-5                       | 8-40                                |

**Tablo 2. Hastalığı Kabul Ölçeği Orijinal Formunun (Acceptance of Illness Scale) Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları (n=151)**

| <b>MADDE</b>   | <b>X±SS</b>                      |
|--|----------------------------------|
| I have a hard time adjusting to the limitations of my illness                | 3,48±1,02                        |
| Because of my health, I miss the things I like to do most                    | 3,08±1,21                        |
| My illness makes me feel useless at times                                    | 3,38±1,09                        |
| Health problems make me more dependent on others than I want to be           | 3,01±1,16                        |
| My illness makes me a burden on my family and friends                        | 3,81±0,96                        |
| My health does not make me feel inadequate                                   | 3,77±0,81                        |
| I will never be self-sufficient enough to make me happy                      | 3,49±1,04                        |
| I think people are often uncomfortable being around me because of my illness | 3,96±0,87                        |
| <b>Toplam</b>  | <b>3,50±0,70</b>                 |
| <b>Acceptance of Illness Scale Madde Sayısı</b>                              | <b>Cronbach Alpha<br/>Değeri</b> |
| <b>8</b>   | <b>0,81</b>                      |



## **2. Yaşam Yönelimi Testi (Life Orientation Test) (Ek-II)**

Scheir ve Carver (1987) tarafından geliştirilmiş olan "Yaşam Yönelimi Testi" (Life Orientation Test-LOT) bireyin iyimser ya da kötümser olduğuna yönelik tek boyutlu bir açıklama getirmesi üzerine tasarlanmış olup, iyimserlik durumunu ölçmek için geniş çapta kullanılmakta olan bir ölçektir. Ölçek 4'ü olumlu (1.,4.,5.,11. madde), 4'ü olumsuz (2.,6.,7.,10. madde) ve 4'ü de nötr dolgu (2.,6.,7.,10. madde) ifadesi olan toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bazı maddeler olumlu yönde cevap verme eğilimini önlemek amacıyla ters yönde puanlanmakta, dört nötr madde hiçbir yönde puanlanmamakta, bireyler her bir ifadeye (0-Kesinlikle katılmıyorum)'dan (4-Tamamen katılıyorum)'a kadar 5'li Likert öçeği üzerinde katılım derecelerini belirtmektedirler. Her soruya verilen cevap için 'kesinlikle katılmıyorum" ve 'kesinlikle katılıyorum' ve arada yer alan katılım ifadeleriyle toplam beş seçenek vardır (103).

Seçeneklere verilen cevaplara göre ölçekten en düşük "0" en yüksek '32' puan alınmaktadır. Ölçekten bireylerin işaretledikleri seçeneklerin sayısal değerleri toplanarak tek bir puan elde edilmektedir. Ölçekten yüksek puan elde edilmesi yaşama olumlu bakış açısına sahip olunduğuna başka deyişle iyimserliğe işaret etmektedir. Ölçeği geliştiren Scheier ve Carver (1985) ölçeğin güvenilirliğini 0,76 Cronbach alpha olarak bulmuşlardır. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Aydın (1991) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0,77 bulunmuştur (8).

Bu çalışmada ise Cronbach alfa değerinin 0,86 olduğu belirlenmiştir.

### **3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support -MSPSS) (Ek-III)**

Zimet ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilen ölçek, üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir kişiden) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmış olup ölçeğin güvenirlik katsayısı üniversite öğrencilerinde 0,85, sağlıklı erişkinlerde 0,87, sağlık merkezine başvuranlarda 0,77, psikiyatri hastalarında 0,88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından biri olan “özel kişi” alt boyutu toplumumuz tarafından farklı algılandığı için daha objektif sonuçlar elde etmek amacı ile ölçek Eker ve ark. (2001) tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve bu yapılan istatistik değerlendirme sonucunda ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,80 ile 0,95 arası bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 12 maddeden oluşmakta ve her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyutu içermektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanların toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin her bir maddesi yedi aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 en yüksek puan ise 84’tür. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur (32).

Aile Alt Boyutu: 3.,4.,8.,11. maddelerden,

Arkadaş Alt Boyutu: 6.,7.,9.,12. maddelerden,

Özel Bir İnsan Alt Boyutu: 1.,2.,5.,10. maddelerden oluşmaktadır.

#### **4. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ-Self-Efficacy Scale) (Ek-IV)**

Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçek herhangi bir alana özgü olmayan, bir anlamda genel öz etkililik-öz yeterlilik algısını ölçmektedir. İnsan davranışları üzerinde etkili olan bilişsel faktörlerden birisi olarak gösterilen öz-etkililik-yeterlik; bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır. Davranış değişimi, kişisel bir kontrol duygusuyla kolaylaşır. Eğer, bireyler bir problemi çözeceklerine inanırlarsa, bu problemi çözmeye ve bu kararı almaya daha yatkın hale gelirler. Bir olayın çözümünde etkili olabileceğine inanan bir kişi daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendisine daha fazla güvenir. Yirmi üç maddeden oluşan 5'li likert tipi ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin genel öz etkililik-öz yeterlilik algısının yüksek olduğunu gösterir (42).

Bu çalışmada da ölçeğin cronbach alfası 0.92 bulunmuştur.

#### **5. Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Soru Formu (Ek-V)**

Bireyin hastalığı kabul düzeyini etkileyeceği düşünülen bireye ve diyabete ilişkin özelliklere yönelik toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

**Bireye İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler;** Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler ilgili özellikleri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır.

**Diyabete İlişkin Özellikler;** Bireylerin hastalık süresi/diyabet yılı, ailesinde-yakın çevresinde diyabet varlığı, diyabet tedavisi (OAH, insülin), başka bir kronik hastalığının olup-olmaması, diyabet eğitimi ve diyabet eğitiminin katkısı, birlikte

yaşadığı kişilerin hastalığına ilişkin desteği, HbA1c değeri, açlık ve tokluk kan glikoz düzeylerini içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

### **2.3. Kullanılan Yöntemler**

Araştırma Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik güvenirliğini incelemek ve diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ile etkileyen faktörleri belirlemek üzere iki aşamada yürütülmüştür.

#### **2.3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları**

Araştırmada, ilk aşama olan Hastalığı Kabul Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına yönelik olarak aşağıda maddeler halinde verilen yöntemler kullanılmıştır (1, 3) .

##### Geçerlilik çalışmasına yönelik olarak;

- a) Dil Geçerliği
- b) İçerik/Kapsam Geçerliği
- c) İç Ölçüt Geçerliği
- d) Yapı-Kavram Geçerliği

—Faktör Analizi

##### Güvenirlik çalışmasına yönelik olarak;

- a) Zamana göre değişmezlik

—Test Tekrar Test Yöntemi

- b) İç Tutarlılık

— Madde istatistikleri/analizi

— İç tutarlılık güvenirlik katsayısı hesaplama

### **2.3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar**

Araştırmanın ikinci aşaması olan tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik, soru formları ve ölçek uygulaması yöntemi kullanılmıştır.

### **2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyabet Polikliniklerinde yürütülmüştür.

#### **2.4.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması**

Araştırmanın birinci aşaması olan geçerlik güvenirlik çalışması Eylül 2007 – Mayıs 2009 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **2.4.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar**

Araştırmanın ikinci aşaması Haziran 2009 – Eylül 2009 tarihleri arasında planlanan örneklem elde edilinceye kadar sürdürülmüştür.

### **2.5. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyabet polikliniklerine başvuran Tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur.

## 2.6. Araştırmanın Örneklemi

### 2.6.1. Örneklem Özelliği

Araştırmanın örneklemini; belirtilen evren içinden, araştırmanın sınırlılıklarına ve kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden, tip 2 diyabet tanılı bireyler oluşturmuştur.

Hastaların araştırmaya dahil edilmesi için aşağıdaki kriterler belirlenmiştir:

1. Diyabet tanısı (Tip 2 Diyabet) almış olan
2. 3-6 aylık-yeni Tip 2 diyabet tanısı almış olan
3. 5 yıl ve daha uzun süredir-eski Tip 2 diyabet tanısı almış olan
4. Sözel iletişim kurulabilecek görsel işitsel yeteneğe sahip olan
5. Herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmayan
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan

bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

Hastaların araştırmadan dışlanması için aşağıdaki kriterler belirlenmiştir:

1. Tip 1 diyabetes mellitusu olan,
2. Diyabeti başka bir duruma bağlı ikincil olarak gelişmiş olan,
3. Gebelik ve emzirme döneminde olan,
4. Dil ve anlama engeli olan,
5. Herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olan
6. Kliniğe yatışı düşünülen,
7. Diyabetik ayak komplikasyonu olan,

bireyler araştırma dışında tutulmuştur.

## **2.6.2. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü**

Araştırmanın iki aşamasında toplam 380 tip 2 diyabetli birey ile çalışılmıştır.

### **2.6.2.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması**

Araştırmanın birinci aşaması olan, hastalığı kabul ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışması için, ölçek madde sayısının (8), 10 katı olan 80 tip 2 diyabetli birey, araştırmanın geçerlik güvenirlik örneklemini oluşturmuştur (n=80).

### **2.6.2.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar**

Araştırmanın ikinci aşaması diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ve etkileyen faktörlere ilişkin çalışmalar için, araştırma evreninden araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve tip 2 diyabet tanısı 3–6 aydır olan; yeni tanılı 150 diyabetli birey ile tip 2 diyabet tanısı 5 yıl ve daha fazla süredir olan; eski tanılı 150 diyabetli birey olmak üzere toplam 300 tip 2 diyabetli birey örneklemini oluşturmuştur (n=300). Örneklem belirlemek üzere evren büyüklüğü belli olmayan gruplarda örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılan formüle ( $n = t^2pq / d^2$ ) göre her bir grup için 102 kişi belirlenmesi ile birlikte eski tanılı 150, yeni tanılı 150 birey olmak üzere 300 tip 2 diyabetli birey örnekleme alınmıştır (1, 4). Çalışmanın power analizi sonucu %100'dür.

## **2.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın geçerlik güvenirlik aşaması için, her geçerlik güvenirlik çalışmasında olduğu gibi bağımlı ve bağımsız değişken belirlenmemiştir.

Araştırmanın ikinci aşama bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıdaki şekilde saptanmıştır:

— **Araştırmanın Bağımlı Değişkeni**; Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyidir.

—**Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri**; Tip 2 diyabetli bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık süresi/diyabet yılı, ailesinde-yakın çevresinde diyabet varlığı, diyabet tedavisi, başka bir kronik hastalığının varlığı/yokluğu, sürekli aldığı diyabet eğitimi ve diyabet eğitiminin katkısı ile ilgili algısı, birlikte yaşadığı kişilerin hastalığına ilişkin desteği, HbA1c, açlık ve tokluk kan glikoz düzeyleri, yaşam yönelimi (iyimserlik-kötümserlik), sosyal destek düzeyi ve öz-yeterlilik düzeyidir.

## **2.8. Veri Toplama**

Araştırmanın veri toplama süreci iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

### **2.8.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması**

Araştırmanın ilk aşaması olan “Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik çalışması için, madde sayısının on katı olan 80 tip 2 diyabetli bireye ölçek uygulanmıştır. Veriler araştırmanın yapıldığı polikliniklerde örneklem grubu hastalarıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Her bir kişi için 5 dakikalık sürede verilerin toplanması planlanmasına rağmen yaşlı ve eğitim düzeyi düşük grupta bu süre uzamış 10–30 dakikada tamamlanabilmiştir.



Araştırmanın bu ilk aşamasından Hastalığı Kabul Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin Türk toplumu için yüksek çıkması üzerine araştırmanın ikinci aşamasının veri toplama sürecine geçilmiştir.

### **2.8.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Çalışmalar**

Araştırmanın ikinci aşamasında geçerlik-güvenirliği saptanan ölçek tip 2 diyabetli bireylerin kabul düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek üzere, tip 2 diyabet tanısı 3-6 aydır (yeni tanı) olan 150 diyabetli birey ve tip 2 diyabet tanısı 5 yıl ve üzeri süredir (eski tanı) olan 150 diyabetli birey olmak üzere 300 diyabetli bireye diğer veri toplama araçları ile birlikte uygulanmıştır. Veriler araştırmanın yapıldığı polikliniklerde diyabetli bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin toplanması her bir kişi için ortalama 20 dakikalık sürede, yaşlı ve eğitim düzeyi düşük grupta ise 30–40 dakikalık sürede tamamlanabilmiştir.

### **2.9. Verilerin Analizi**

Araştırmanın her aşamasında veriler ayrı ayrı bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

#### **2.9.1. Araştırmanın Birinci Aşaması Hastalığı Kabul Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri**

Araştırmanın birinci aşaması olan Hastalığı Kabul Ölçeği'nin geçerlik-güvenirliğinin belirlenmesinde ölçeğin 80 tip 2 diyabetli bireye uygulanmasıyla elde edilen verilerin analizinde aşağıda belirtilen istatistiksel yöntemler kullanılmıştır (1, 3, 4, 28, 29, 49, 56, 60).

**Hastalığı Kabul Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesinde  
Kullanılan İstatistiksel Yöntemler**

| <b>Psikometrik Özelliklerin<br/>İncelenmesi</b>                | <b>İstatistiksel Yöntemler</b>  |
|--|---|
| <b>Geçerlik</b>  |   |
| <b>Dil Geçerliği</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• İngilizceden Türkçeye çeviri</li><li>• Türkçeden İngilizceye geri çeviri</li></ul>  |
| <b>İçerik/Kapsam Geçerliği</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Uzman görüşü alma</li><li>• Uzman puanlarının tutarlılığı için Kendall İyi Uyuşum Katsayısı</li></ul>   |
| <b>İç Ölçüt Geçerliliği</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Alt ve üst grup puan ortalamalarının karşılaştırılması için t testi (bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi)</li></ul> |
| <b>Yapı-Kavram Geçerliği</b><br>—Faktör Analizi<br>Çözümlemesi | <ul style="list-style-type: none"><li>• Doğrulayıcı Faktör Analizi yapma</li></ul>  |
| <b>Güvenirlik</b>  |   |
| <b>Zamana Göre Değişmezlik</b><br>—Test-Tekrar Test Yöntemi    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama</li></ul>  |
| <b>İç Tutarlılık</b><br>—Madde İstatistikleri/analizi          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Maddelerin Tanımlayıcı İstatistikleri</li><li>• Madde-toplam korelasyon katsayısı için</li></ul>  |

|  |   |
|--|---|
| —İç Tutarlılık Güvenirlik<br>Katsayısı Hesaplama | Pearson Momentler çarpımı korelasyon<br>katsayısı hesaplama<br>• Cronbach Alpha katsayısı hesaplama |
|--|---|

### **2.9.2. Araştırmanın İkinci Aşaması Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Analizi**

Araştırmanın ikinci aşaması olan tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ölçeklerin 300 (150 yeni, 150 eski tanı) tip 2 diyabetli bireye uygulanmasıyla elde edilen verilerin sayı ve yüzde değerleri ile bağımlı bağımsız değişkenler arası ilişkileri incelemek için t-testi, varyans analizi, ki-kare testi, korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

- Sosyo demografik özellikler ve diyabete ilişkin özellikler ile hastalığı kabul düzeyi arasındaki ilişkiyi saptamak üzere bağımsız gruplarda t-testi, varyans analizi ve ki-kare testi,
- Yaşam yönelimi, sosyal destek, öz yeterlik, HbA1c, tokluk kan glikozu ve açlık kan glikozu ile hastalığı kabul düzeyi arasındaki ilişkiyi saptamak üzere korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

### **2.10. Süre ve Olanaklar**

- Araştırmanın ilk aşaması olan ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eylül 2007'de başlatılıp, Mayıs 2009'da bitirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğinin yüksek saptanması sonucu, ikinci aşamaya geçilmiştir.

- Araştırmanın ikinci aşaması olan diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ve kabulü etkileyen faktörlerin belirlenmesi için ölçek uygulamasına başlanılmış ve ikinci aşama veri toplama süreci Eylül 2009 dönemine kadar sürmüştür.

| FAALİYETLER  | ZAMAN DİLİMİ        |                        |                       |                        |                      |                                |                                    |                      |                           |                        |                      |                      |                       |
|--|---------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
|  | Ekim<br><u>2006</u> | Haziran<br><u>2007</u> | Temmuz<br><u>2007</u> | Ağustos<br><u>2007</u> | Kasım<br><u>2008</u> | Aralık<br><u>2008</u>          | Şubat<br><u>2009</u>               | Nisan<br><u>2009</u> | Temmuz<br><u>2009</u>     | Ağustos<br><u>2009</u> | Eylül<br><u>2009</u> | Kasım<br><u>2009</u> | Aralık<br><u>2009</u> |
| Araştırma Konusu<br>Belirleme<br>Literatür Tarama<br>Tez Önerisi Hazırlama | X                   | X                      |                       |                        |                      |                                |                                    |                      |                           |                        |                      |                      |                       |
| Tez Önerisi Sunumu   |                     |                        | X                     |                        |                      |                                |                                    |                      |                           |                        |                      |                      |                       |
| Hazırlık Süreci (Etik<br>Kurulu-Yazar İzinleri)                            |                     |                        |                       | X                      | X                    |                                |                                    |                      |                           |                        |                      |                      |                       |
| Veri Toplama Süreci  |                     |                        |                       |                        |                      | Geçerlik-Güvenirlik<br>Aşaması |                                    |                      | İkinci Aşama Veri Toplama |                        |                      |                      |                       |
| Verilerin Kodlanması   |                     |                        |                       |                        |                      |                                | Geçerlik-<br>Güvenirlik<br>Aşaması |                      | İkinci Aşama              |                        |                      |                      |                       |
| Verilerin Analizi  |                     |                        |                       |                        |                      |                                |                                    |                      |                           |                        |                      |                      |                       |
| Verilerin Yorumu   |                     |                        |                       |                        |                      |                                |                                    |                      |                           |                        |                      |                      |                       |
| Araştırmanın Yazımı  |                     |                        |                       |                        |                      |                                |                                    | X                    | X                         | X                      | X                    |                      |                       |
| Araştırmanın Basımı  |                     |                        |                       |                        |                      |                                |                                    |                      |                           |                        |                      | X                    |                       |
| Tez Sunumu   |                     |                        |                       |                        |                      |                                |                                    |                      |                           |                        |                      |                      | X                     |

## 2.11. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülebilmesi için;

- Hastalığı Kabul Ölçeği (AIS) 1984 yılında Felton ve Revenson tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkçeye çevrilip Türkiye’de uygulanması için Barbara Felton’dan izin istenmiştir. İzin 24.12.2007 tarihinde elektronik posta mesajıyla alınmıştır (Ek VI).
- Araştırmada kullanılan diğer ölçek sahiplerinden ölçek kullanım izinleri istenmiş ve elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek VI),
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul izni alınmıştır (Ek VII),
- Araştırmanın verilerinin toplanması için Dokuz Eylül Üniversitesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanelerinden uygulama izinleri yazılı olarak alınmıştır (Ek VIII-Ek IX).
- Araştırmaya dahil edilmek istenen diyabetli bireylere araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilmiş ve bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isteyen diyabetli bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek X).

## BÖLÜM III

### 3. BULGULAR

Bu bölümde iki aşamada sürdürülen araştırmanın sonuçlarına ilişkin bulgular iki başlık altında verilmiştir:

1. Hastalığı Kabul Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Bulguları
2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

#### 3.1. Hastalığı Kabul Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Bulguları

Bu bölümde araştırmanın ilk aşaması olarak yürütülen Hastalığı Kabul Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik çalışmalarına yönelik olarak;

- Geçerlik-güvenirlik örneklemini oluşturan diyabetli bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin,
- Geçerlik çalışmaları kapsamında dil geçerliliği, içerik/kapsam geçerliliği, iç ölçüt geçerliliği ve yapı-kavram geçerliliğine ilişkin,
- Güvenirlik çalışmaları kapsamında ise madde istatistikleri ve iç tutarlılığa ilişkin bulgular yer almaktadır.

#### 3.1.1. Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırmanın birinci aşaması olan geçerlik-güvenirlik çalışmasının örneklemini oluşturan 80 diyabetli (tip 2) bireyin sosyo-demografik ve diyabete ilişkin özelliklere yönelik tanıtıcı bilgileri yer almaktadır.

**Tablo 3. Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=80)**

| <b>SOSYO-DEMOGRAFİK<br/>ÖZELLİKLER</b> | <b>Min-Max</b> | <b>X ±SS</b> |
|--|----------------|--------------|
| <b>Yaş</b>                             | 40 -83         | 56±9,55      |
|  | <b>S</b>       | <b>%</b>     |
| <b>Cinsiyet</b>                        |                |              |
| Kadın                                  | 52             | 65           |
| Erkek                                  | 28             | 35           |
| <b>Medeni Durum</b>                    |                |              |
| Evli                                   | 73             | 91,2         |
| Bekar                                  | 7              | 8,8          |
| <b>Eğitim Durumu</b>                   |                |              |
| Okuryazar değil                        | 2              | 2,3          |
| İlköğretim                             | 34             | 42,6         |
| Ortaöğretim                            | 21             | 26,3         |
| Yükseköğretim                          | 23             | 28,8         |
| <b>Çalışma Durumu</b>                  |                |              |
| Çalışan                                | 19             | 23,8         |
| Çalışmayan                             | 61             | 76,2         |
| <b>Sosyal Güvence</b>                  |                |              |
| Var                                    | 79             | 98,8         |
| Yok                                    | 1              | 1,2          |
| <b>Gelir Durumu</b>                    |                |              |
| İyi                                    | 12             | 15,0         |
| Orta                                   | 59             | 73,8         |
| Kötü                                   | 9              | 11,2         |



| <b>Tablo 3.'ün Devamı</b>        |    |      |
|----------------------------------|----|------|
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b> |    |      |
| Eş                               | 33 | 41,2 |
| Eş ve çocuklar                   | 43 | 53,8 |
| Eş-çocuk-anne- baba              | 2  | 2,5  |
| Yalnız                           | 2  | 2,5  |

Tablo 3'de araştırmanın veri toplama aracı olan Hastalığı Kabul Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik örneklemini oluşturan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde örneklemini oluşturan 80 diyabetli (tip 2) bireyin, yaş ortalamasının 56, %65'inin kadın, %91'inin evli, %42,6'sının eğitim durumunun ilköğretim, %76,2'sinin çalışmamakta olduğu, %73,8'inin orta gelir düzeyine sahip ve %53'ünün eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 4. Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı (n=80)**

| <b>HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER</b>             |                  |             |
|---|------------------|-------------|
|   | <b>Min - Max</b> | <b>X±SS</b> |
| <b>Diyabet Yılı</b>                             | 0,3 - 28         | 8,5 ± 7,03  |
| <b>HbA1c Değeri (%)</b>                         | 4 - 14           | 7,8 ± 2,30  |
| <b>Açlık Kan Glikozu (mg/dl)</b>                | 89 - 353         | 156 ± 61    |
| <b>Tokluk Kan Glikozu (mg/dl)</b>               | 88 - 517         | 185 ± 81    |
|   | <b>S</b>         | <b>%</b>    |
| <b>Ailede-Yakınında Diyabet</b>                 |                  |             |
| Var   | 54               | 67,5        |
| Yok   | 26               | 32,5        |
| <b>Diyabet Tedavisi</b>                         |                  |             |
| OAH   | 40               | 50,0        |
| İnsülin   | 29               | 36,3        |
| OAH+İnsülin                                     | 8                | 10,0        |
| Diyet   | 3                | 3,7         |
| <b>Kronik Hastalık</b>                          |                  |             |
| Var   | 55               | 68,8        |
| Yok   | 25               | 31,2        |
| <b>Kronik Hastalık Tipi (n=55)</b>              |                  |             |
| Hipertansiyon                                   | 43               | 78,1        |
| Diğer (romatolojik, nörolojik, böbreğe ilişkin) | 12               | 21,9        |
| <b>Sürekli Diyabet Eğitimi</b>                  |                  |             |
| Alan  | 37               | 46,2        |
| Almayan   | 43               | 53,8        |
| <b>Diyabet Eğitiminin Katkısı (n=37)</b>        |                  |             |
| Az  | 1                | 2,8         |
| Orta  | 9                | 24,3        |
| Çok   | 27               | 72,9        |

| <b>Tablo 4.'ün Devamı</b>                         |    |      |
|---|----|------|
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişilerin Desteği (n=78)</b> |    |      |
| Hiç   | 8  | 10,2 |
| Az  | 3  | 3,9  |
| Orta  | 15 | 19,3 |
| Çok   | 52 | 66,6 |

Tablo 4'de araştırmanın veri toplama aracı olan Hastalığı Kabul Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik örneklemini oluşturan diyabetli bireylerin diyabete ilişkin özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Tablodaki dağılım incelendiğinde örneklemini oluşturan 80 diyabetli (tip 2) bireyin, ortalama diyabet yılı 8,5, HbA1c (%) düzeyi 7,8, açlık kan glikozu değeri 156 mg/dl, tokluk kan glikozu değeri 185 mg/dl, %67,5'inin yakınında diyabet var, %50'sinin OAH kullandığı, %68,8'inin başka bir kronik hastalığa sahip ve bu kronik hastalığın %78 oranında hipertansiyon olduğu, %46,2'sinin diyabet eğitimi aldığı ve diyabet eğitimi alanların %72,9'unun bu eğitimin çok katkısı olduğunu düşündüğü ve %66'sının birlikte yaşadığı kişilerden diyabetlerine yönelik destek aldığı görülmektedir.

### **3.1.2. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Bulguları**

Bu bölümde Hastalığı Kabul Ölçeği'nin geçerlik çalışmasına yönelik yapılan dil, içerik/kapsam, iç ölçüt geçerliği ve yapı-kavram geçerliği bulguları yer almaktadır.

#### **3.1.2.1. Dil Geçerliğinin İncelenmesi**

Hastalığı Kabul Ölçeği'nin Türkiye'deki Diyabetli bireylerde geçerlik ve güvenirlik sınamasında ilk olarak dil geçerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

- Öncelikle orijinal ölçek (Acceptance of Illness Scale-AIS) araştırmacı tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir.

- Daha sonra ölçeğin çevirileri her iki dili bilen iki İngilizce dili okutmanı ve konunun uzmanı altı kişi olmak üzere sekiz kişi tarafından yapılmıştır.
- Ölçeğin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali ana dili Türkçe olan ve bu konu hakkında ayrıntılı bilgi verilen ancak ölçeğin İngilizce formunu görmeyen bir kişi tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir.
- İngilizceye çevrilen ölçek yeniden iki kişi tarafından Türkçeye çevrilip Türkçeye çevrilen son metnin kişilerin ilk metinleriyle aynı olup olmadığının değerlendirilmesi yapılmıştır.
- İngilizceye çevrilen ölçeğin, orijinal ölçek ifadeleri karşılaştırılması yapılmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçeğin son hali Türk Dili ve Edebiyatı Uzmanı bir kişiye incelenmiştir.
- Türkçeleştirilen form içerik geçerliliği açısından 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur.
- Alınan öneriler sonucunda daha anlaşılır hale getirilen ifadelerle ölçeğe son şekli verilmiştir.
- Dil geçerliği sağlanan ölçeğin son şekli ile daha sonra ön uygulama yapılmıştır.
- Bu ön uygulama sürecinde ölçek 10 hastaya uygulanmıştır ve ölçek maddelerindeki ifadelerin hastalar tarafından anlaşılır bulunduğu görülmüştür.

### **3.1.2.2. İçerik/Kapsam Geçerliliğinin İncelenmesi**

- Ölçeğin oluşturulan Türkçe formu, kapsam geçerliliği açısından değerlendirmeleri için konu ile ilgili İç Hastalıkları Hemşireliği alanında

uzman altı öğretim üyesi, Psikiyatri Hemşireliği alanında uzman bir öğretim üyesi, Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği alanında uzman bir öğretim üyesi, Endokrinoloji alanında uzman bir hekim ve bir diyabet hemşiresi olmak üzere on uzmanın görüşüne sunulmuştur.

- Uzmanlar ölçek maddelerini ayırt edicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk açısından incelenmişler ve her bir maddeyi “1” ile “10” arasında değişen puanlarla (0=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir.
- Uzman görüşlerine göre her bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması “5 ve üzeri” olarak belirlenmiştir. Uzmanların önerileri sonucunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek tekrar aynı uzmanların değerlendirmesine sunulmuştur. Uzman görüşleri istatistiksel olarak Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient of Concordance: W) kullanılarak değerlendirilmiştir. Uzmanlar arasında görüş birliğine varılan ölçeğin ön uygulaması diyabeti olan 10 kişi üzerinde yapılmıştır. Öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve ölçeğe son şekli verilmiştir.

**Tablo 5. Hastalığı Kabul Ölçeğinin İçerik/Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi (n=10)**

| <b>HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ</b>  | <b>EN DÜŞÜK-<br/>EN YÜKSEK PUAN</b> | <b>PUAN<br/>ORTALAMASI<br/>X ±SS</b> | <b>KENDALL<br/>İYİ-UYUŞUM<br/>KATSAYISI</b> |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <b>1.</b> Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum                                    | 7,00 – 10,00                        | 9,3 ± 1,05                           | <b>W= ,357</b><br><br><b>p&gt; ,001</b>     |
| <b>2.</b> Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.                                 | 7,00 – 10,00                        | 9,2 ± 1,03                           |   |
| <b>3.</b> Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.                                  | 10,00 – 10,00                       | 10,0 ± ,00                           |   |
| <b>4.</b> Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.               | 8,00 – 10,00                        | 9,3 ± ,67                            |   |
| <b>5.</b> Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.   | 10,00 – 10,00                       | 10,0 ± ,00                           |   |
| <b>6.</b> Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.   | 6,00 – 10,00                        | 8,8 ± 1,39                           |   |
| <b>7.</b> Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.                                 | 5,00 – 10,00                        | 8,6 ± 1,57                           |   |
| <b>8.</b> Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum. | 6,00 – 10,00                        | 8,8 ± 1,22                           |   |

Tablo 5’de içerik geçerliğine yönelik olarak, uzmanların Hastalığı Kabul Ölçeği maddelerine verdikleri puanlar ve Kendall İyi Uyuşum katsayısı değerlendirme sonucu verilmiştir. Ölçek maddelerine ilişkin uzmanların verdiği puanlar 5 ile 10 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde “8,6” ile 7. madde ve en yüksek ortalamaya sahip maddeler ise “10,0” ile 3. ve 5. maddelerdir. Puan ortalamalarının yanı sıra uzmanların maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir. Alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilerek bazı ifadeler değiştirilmiştir. Çalışmanın başlangıcında görüşlerin değerlendirilmesinde en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan “ 5 ” puanın altında puan verilen madde olmadığı görülmüştür. Hastalığı Kabul Ölçeği maddelerine 10 uzman tarafından verilen puanların istatistiksel olarak incelenmesinde uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır ( $W= ,357$ ;  $p> ,001$ ). Uzmanlar arası görüş birliği sağlandıktan sonra ön uygulama 10 hasta üzerinde yapılmıştır. Uygulama sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğe son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan grup verileri ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışma sonuçlarında kullanılmamıştır.

### **3.1.2.3. İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi**

Hastalığı Kabul Ölçeği’nin iç ölçüt geçerliğinin değerlendirmek amacıyla araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ölçek maddelerine verdikleri puanlar en yüksekten en düşüğe doğru sıralanmıştır. Dağılımın %27 alt ve %27 üst grup puan ortalamaları arasındaki fark t testi (bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile analiz edilmiştir. İç ölçüt geçerliği analiz sonuçları Tablo 6’da verilmiştir.

**Tablo 6. Hastalığı Kabul Ölçeğinin İç Ölçüt Geçerliğinin İncelenmesi (n=80)**

| GRUP     | n  | X ± SS       | t      | p    |
|----------|----|--------------|--------|------|
| Üst Grup | 22 | 37,09 ± 2,58 | 22,139 | ,000 |
| Alt Grup | 22 | 17,40 ± 3,27 |        |      |

Tablo 6’da görüldüğü gibi Hastalığı Kabul Ölçeği’nin üst gruptaki puan ortalamaları ile alt gruptaki puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (t =22,139; p=,000). Hastalığı Kabul Ölçeği’nin iç ölçüt geçerliğinin sağlandığı görülmektedir.

#### **3.1.2.4. Yapı- Kavram Geçerliğinin İncelenmesi**

Hastalığı Kabul Ölçeği’nin yapı- kavram geçerliğinin incelenmesi için faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal formunda belirtildiği gibi Hastalığı Kabul Ölçeği başka bir ölçekten alıntıdır ve tek bir boyutu hastalığı kabul düzeyini ölçmektedir. Bununla birlikte yapılan istatistiksel analiz sonuçları da ölçeğin tek boyuttan oluştuğu sonucunu doğrulamıştır. Bu araştırmada, verilere yapılan faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.75 ve Barlet testi sonucu ileri düzeyde ( $X^2=201,775$ ; p=0.000) anlamlı bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda öz değeri birin üzerinde olan bir faktör, varyansı %40’ın üzerinde olan bir faktör bulunduğu için ölçeğin tek bir boyuttan oluştuğu sonucu desteklenmiştir.

#### **3.1.3. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları**

Bu bölümde Hastalığı Kabul Ölçeği’nin güvenilirlik çalışmasına yönelik yapılan zamana göre değişmezlik ve iç tutarlık bulguları yer almaktadır.



### 3.1.3.1. Zamana Göre Değişmezliğin İncelenmesi

Ölçeğin zamana göre değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanarak belirlenmiştir. Tablo 7’de ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumluluk durumunu gösteren korelasyon analizi sonucu verilmiştir.

**Tablo 7. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Zamana Göre Değişmezliğin İncelenmesi**  
(n=30)

| TEST-TEKRAR TEST UYGULAMALARI   | TEST-TEKRAR TEST PUANLARININ KORELASYONU |      |
|---------------------------------|--|------|
|                                 | r  | p    |
| İlk Uygulama<br>İkinci Uygulama | 0,71                                     | ,000 |

Tablo 7’ de Hastalığı Kabul Ölçeği’nin test tekrar test istatistiklerinin sonuçları incelendiğinde; ölçeğin üç hafta ara ile iki kez uygulanmasıyla elde edilen sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $r = 0,71$ ;  $p = ,000$ ).

### 3.1.3.2. İç Tutarlılığının İncelenmesi

Hastalığı Kabul Ölçeği’nin iç tutarlılığını belirlemede madde istatistikleri/analizi ve iç tutarlık güvenirlik katsayısı hesaplamaları yapılmıştır.

#### 3.1.3.2.1. Madde İstatistikleri/Analizlerinin İncelenmesi

Bu bölümde Hastalığı Kabul Ölçeği’ndeki her bir maddenin madde istatistikleri ölçekteki her bir maddenin, toplam puan ile korelasyonu incelenmiştir. Hastalığı Kabul Ölçeği’nin madde-toplam puan korelasyonları Tablo 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 8. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistik Değerlerinin Dağılımı**

(n=80)

| <b>Maddeler</b> | <b>Ortalama Değer (Mean)</b> | <b>Standart Sapma (Sd)</b> | <b>Standart Hata (Se)</b> | <b>Ortanca Değer (Median)</b> | <b>En Düşük Değer (Min)</b> | <b>En Yüksek Değer (Max)</b> |
|-----------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Madde 1         | 2,62                         | 1,61                       | ,17                       | 2,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Madde 2         | 2,53                         | 1,60                       | ,17                       | 2,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Madde 3         | 3,01                         | 1,67                       | ,18                       | 3,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Madde 4         | 3,71                         | 1,66                       | ,18                       | 5,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Madde 5         | 3,66                         | 1,64                       | ,18                       | 5,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Madde 6         | 3,75                         | 1,56                       | ,17                       | 5,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Madde 7         | 3,71                         | 1,52                       | ,17                       | 4,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Madde 8         | 4,38                         | 1,26                       | ,13                       | 5,0                           | 1,00                        | 5,00                         |
| Toplam          | 3,45                         | 1,00                       | 0,11                      | 3,5                           | 1,00                        | 5,00                         |

Tablo 8’de araştırmaya alınan bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği’nde yer alan sekiz maddeye verdikleri yanıtların puan ortalamaları, standart sapmaları, ortanca değerleri, en düşük, en yüksek değerleri görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi ölçeğin maddelerinin puan ortalaması 2,53 ile 4,38 arasında değişmektedir. En düşük puan ortalamaya 2,53 ile 2. madde sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 4,38 ile 8. madde sahiptir.

**Tablo 9. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonlarının İncelenmesi (n=80)**

| <b>MADDELER</b>   | <b>(r)</b> | <b>p</b> |
|---|------------|----------|
| 1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum                                    | 0,61       | p< 0.05  |
| 2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.                                 | 0,56       |          |
| 3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.                                  | 0,73       |          |
| 4.Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.                | 0,73       |          |
| 5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.   | 0,77       |          |
| 6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.   | 0,48       |          |
| 7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.                                 | 0,66       |          |
| 8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum. | 0,45       |          |

Tablo 9’da yer alan Hastalığı Kabul Ölçeğinin madde-toplam puan korelasyonlarının en düşük, 0,45 ile en yüksek 0,77 arasında değiştiği ve korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ölçek madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,40’nin altında kalan ve negatif ilişkili madde bulunmadığı görülmüştür.

### 3.1.3.2.2. İç Tutarlık Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi

Hastalığı Kabul Ölçeği’nin iç tutarlılığını belirlemede likert tipi ölçek olduğu için Cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır.

**Tablo 10. Hastalığı Kabul Ölçeğinin İç Tutarlık Değerinin İncelenmesi**

| HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ’NİN<br>MADDE SAYISI | CRONBACH ALPHA DEĞERİ |
|--|-----------------------|
| 8  | 0,79                  |

Hastalığı Kabul Ölçeği’nin cronbach alpha değerleri incelendiğinde toplam ölçek iç tutarlık güvenirlik katsayısının  $\alpha= ,79$  olduğu saptanmıştır.

**Tablo 11. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Maddeler Silindiğinde Cronbach Alpha Değerlerinin İncelenmesi**

| <b>MADDELER</b>   | <b>CRONBACH ALPHA DEĞERİ</b> |
|---|------------------------------|
| 1. Hastalığımın getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum                                    | 0,77                         |
| 2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.                                 | 0,78                         |
| 3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.                                  | 0,75                         |
| 4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.               | 0,75                         |
| 5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.   | 0,74                         |
| 6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.   | 0,79                         |
| 7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.                                 | 0,76                         |
| 8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum. | 0,80                         |
| <b>Toplam Cronbach Alpha</b>  | <b>0,79</b>                  |

Tablo 11’de Hastalığı Kabul Ölçeği’nde yer alan maddeler silindiğindeki cronbach alpha değerleri incelendiğinde, ölçek maddelerinin her biri için, madde silindiğinde cronbach alpha değerinin aşırı değişmediği (toplam ölçek  $\alpha = 0,79$ ) ve cronbach alpha değerlerinin 0,74 ile 0,80 arasında değer aldığı saptanmıştır.

## **3.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin**

### **Bulgular**

Bu bölümde araştırmanın ikinci aşaması olan diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerini, etkileyen faktörleri ve değişkenler arası ilişkileri inceleyen;

- Diyabetli bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin,
- Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerine ilişkin,
- Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin,
- Diyabetli bireylerin diyabet yılına göre hastalığı kabul düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular yer almaktadır.

### **3.2.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri**

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini oluşturan 300 diyabetli (tip 2) bireyin sosyo-demografik ve diyabete ilişkin özelliklere ve kişisel kaynaklarına (yaşam yönelimi, sosyal destek ve öz yeterlik) yönelik tanıtıcı bilgiler Tablo 12’de görülmektedir.

**Tablo 12. Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=300)**

| <b>SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER</b> |                 |               |
|------------------------------------|-----------------|---------------|
|                                    | <b>Min -Max</b> | <b>X ± SS</b> |
| <b>Yaş</b>                         | 26-88           | 52,13±10,82   |
|                                    | <b>S</b>        | <b>%</b>      |
| <b>Cinsiyet</b>                    |                 |               |
| Kadın                              | 184             | 61,3          |
| Erkek                              | 116             | 38,7          |
| <b>Medeni Durum</b>                |                 |               |
| Evli                               | 261             | 87,0          |
| Bekar                              | 39              | 13,0          |
| <b>Eğitim Durumu</b>               |                 |               |
| Okuryazar değil                    | 49              | 8,0           |
| İlköğretim                         | 129             | 8,3           |
| Ortaöğretim                        | 84              | 43,0          |
| Yükseköğretim                      | 38              | 28,0          |
| <b>Çalışma Durumu</b>              |                 |               |
| Çalışan                            | 69              | 23,0          |
| Çalışmayan                         | 231             | 77,0          |
| <b>Sosyal Güvence</b>              |                 |               |
| Var                                | 294             | 98,0          |
| Yok                                | 6               | 2,0           |
| <b>Gelir Durumu</b>                |                 |               |
| İyi                                | 58              | 19,3          |
| Orta                               | 175             | 58,3          |
| Kötü                               | 67              | 22,3          |
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>   |                 |               |
| Yalnız                             | 14              | 4,7           |
| Birlikte (Eş, çocuk..)             | 286             | 95,3          |

Hastaların yaşlarının 26-88 arasında ve yaş ortalamasının 52,13 olduğu, hastaların %61,3'ünün kadın, %87'sinin evli, %43'ünün ortaöğretim mezunu, %77'sinin şu anda

herhangi bir işte çalışmadığı, %98'inin sosyal güvencesinin olduğu, %58,3'ünün gelirlinin orta düzey ve %95,3'ünün birlikte yaşadığı kişiler bulunduğu görülmektedir (Tablo 12).

**Tablo 13. Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Diyabet Yılına Göre Dağılımı (n=300)**

| SOSYO-DEMOGRAFİK<br>ÖZELLİKLER   | YENİ TANI  |              | ESKİ TANI  |              | ANLAMLILIK             |
|----------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------------------|
|                                  | Min-Max    | X ± SS       | Min-Max    | X ± SS       |                        |
| <b>Yaş</b>                       | 26-75      | 49±9,9       | 31-88      | 54±11        |                        |
|                                  | <b>S</b>   | <b>%</b>     | <b>S</b>   | <b>%</b>     | <b>X<sup>2</sup> p</b> |
| <b>Cinsiyet</b>                  |            |              |            |              |                        |
| Kadın                            | 93         | 62,0         | 91         | 60,7         | ,056 ,813              |
| Erkek                            | 57         | 38,0         | 59         | 39,3         |                        |
| <b>Medeni Durum</b>              |            |              |            |              |                        |
| Evli                             | 137        | 91,3         | 124        | 82,7         | <b>4,981 ,026</b>      |
| Bekar                            | 13         | 8,7          | 26         | 17,3         |                        |
| <b>Eğitim Durumu</b>             |            |              |            |              |                        |
| Okur-yazar değil                 | 24         | 16,0         | 25         | 16,7         | ,367 ,947              |
| İlköğretim                       | 67         | 44,7         | 62         | 41,3         |                        |
| Ortaöğretim                      | 41         | 27,3         | 43         | 28,7         |                        |
| Yükseköğretim                    | 18         | 12,0         | 20         | 13,3         |                        |
| <b>Çalışma Durumu</b>            |            |              |            |              |                        |
| Çalışan                          | 45         | 30,0         | 24         | 16,0         | <b>8,300 ,004</b>      |
| Çalışmayan                       | 105        | 70,0         | 126        | 84,0         |                        |
| <b>Gelir Durumu</b>              |            |              |            |              |                        |
| İyi                              | 24         | 16,0         | 34         | 22,7         | 2,824 ,244             |
| Orta                             | 94         | 62,7         | 81         | 54,0         |                        |
| Kötü                             | 32         | 21,3         | 35         | 23,3         |                        |
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b> |            |              |            |              |                        |
| Yalnız                           | 2          | 1,3          | 12         | 8,0          | <b>7,468 ,006</b>      |
| Birlikte (Eş, çocuk)             | 148        | 98,7         | 138        | 92,0         |                        |
| <b>Toplam</b>                    | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                        |



Yapılan tanımlayıcı istatistik sonuçlarına göre, yeni tanıli hastaların yaşlarının 26-75 arasında ve yaş ortalamasının 49 olduğu, %62'sinin kadın, %91,3'ünün evli, %44'ünün ilköğretim mezunu, %70'inin şu anda çalışmadığı, %62,7'sinin gelir durumunun orta düzeyde, tamamına yakınında birlikte yaşadığı kişilerin olduğu; eski tanıli hastaların ise yaşlarının 31-88 arasında ve yaş ortalamasının 54 olduğu, %60,7'sinin kadın, %82,7'sinin evli, %41,3'ünün ilköğretim mezunu, %84'ünün şu anda çalışmadığı, %54'ünün gelir durumunun orta düzeyde, tamamına yakınında birlikte yaşadığı kişilerin olduğu Tablo 13'de görölmektedir. Yeni tanıli ve eski tanıli diyabetli bireyler arasında medeni durum, çalışma durumu ve birlikte yaşadığı kişiler açısından birbirinden anlamlı düzeyde fark olduğu görölmektedir. Yeni tanıli bireylerde evli ve çalışan oranının eski tanıli bireylere göre yüksek olduğu görölmektedir.

**Tablo 14. Diyabetli Bireylerin Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı (n=300)**

| <b>DIYABETE İLİŞKİN ÖZELLİKLER</b>       |                 |                  |
|--|-----------------|------------------|
|  | <b>Min -Max</b> | <b>X ± SS</b>    |
| <b>Diyabet Yılı</b>                      | 3 ay-30 yıl     | 5,99± 6,91       |
| <b>HbA1c Değeri (%)</b>                  | 5-14            | 7,4 ± 1,65       |
| <b>Açlık Kan Glikozu (mg/dl)</b>         | 40-685          | 155 ± 61         |
| <b>Tokluk Kan Glikozu (mg/dl)</b>        | 72-445          | 187 ± 63         |
|  | <b>Sayı (n)</b> | <b>Yüzde (%)</b> |
| <b>Ailede-Yakınında Diyabet</b>          |                 |                  |
| Var                                      | 156             | 52,0             |
| Yok                                      | 144             | 48,0             |
| <b>Diyabet Tedavisi</b>                  |                 |                  |
| OAH                                      | 193             | 64,3             |
| İnsülin                                  | 91              | 30,3             |
| OAH+İnsülin                              | 11              | 3,7              |
| Diyet                                    | 5               | 1,7              |
| <b>Kronik Hastalık</b>                   |                 |                  |
| Var                                      | 153             | 51,0             |
| Yok                                      | 147             | 49,0             |
| <b>Kronik Hastalık Tipi</b>              |                 |                  |
| Hipertansiyon                            | 118             | 77,1             |
| Diğer                                    | 35              | 22,9             |
| <b>Sürekli Diyabet Eğitimi</b>           |                 |                  |
| Alan                                     | 79              | 26,3             |
| Almayan                                  | 221             | 73,7             |
| <b>Diyabet Eğitiminin Katkısı (n=79)</b> |                 |                  |
| Az                                       | 12              | 15,2             |
| Orta                                     | 37              | 46,8             |
| Çok                                      | 30              | 38,0             |

| <b>Tablo 14.'ün Devamı</b>                 |            |              |
|--|------------|--------------|
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişilerin Desteği</b> |            |              |
| Hiç  | 59         | 19,7         |
| Az   | 70         | 23,3         |
| Orta                                       | 102        | 34,0         |
| Çok  | 69         | 23,0         |
| <b>Toplam</b>                              | <b>300</b> | <b>100,0</b> |

Yapılan tanımlayıcı istatistik sonuçlarına göre hastaların diyabet yaşı ortalamasının yeni tanıılı bireylerde 4,5 ay, eski tanıılı bireylerde 11,5 yıl, hastaların HbA1c (%) değer ortalamasının 7,4, açlık kan glikozu ortalama değerinin 155 mg/dl, tokluk kan glikozu ortalama değerinin 187 mg/dl, %52'sinin diyabetli bir yakını olduğu, %64'ünün diyabete ilişkin tedavi olarak OAH kullandığı, %51'inin diyabetten başka bir kronik hastalığa sahip olduğu, %73,7'sinin diyabete ilişkin sürekli bir eğitim almadığı, diyabet eğitimi alanların %46,8'ine bu eğitimin katkısının orta düzeyde olduğu, %34'ünün birlikte yaşadığı kişilerin desteğinin orta düzey olduğu Tablo 14'de görülmektedir.

**Tablo 15. Diyabetli Bireylerin Diyabete İlişkin Özelliklerinin Diyabet Yılına Göre Dağılımı (n=300)**

| DİYABETE İLİŞKİN<br>ÖZELLİKLER             | YENİ TANI  |              | ESKİ TANI  |              | ANLAMLILIK                    |
|--|------------|--------------|------------|--------------|-------------------------------|
|  | Min-Max    | X ± SS       | Min-Max    | X ± SS       |                               |
| Diyabet Yılı                               | 3-6 ay     | 4,5 ± 1,2    | 5-30 yıl   | 11,5±5,8     |                               |
| HbA1c Değeri (%)                           | 5-14 %     | 6,9±1,33     | 5-13 %     | 7,8±1,79     |                               |
| Açlık Kan Glikozu (mg/dl)                  | 49-403     | 46 ± 52      | 40-685     | 164 ± 68     |                               |
| Tokluk Kan Glikozu (mg/dl)                 | 72-445     | 81 ± 58      | 76-436     | 193 ± 67     |                               |
|  | <b>S</b>   | <b>%</b>     | <b>S</b>   | <b>%</b>     | <b>X<sup>2</sup></b> <b>p</b> |
| <b>Ailede-Yakınında Diyabet</b>            |            |              |            |              |                               |
| Var  | 74         | 49,3         | 82         | 54,7         | ,855 ,355                     |
| Yok  | 76         | 50,7         | 68         | 45,3         |                               |
| <b>Diyabet Tedavisi</b>                    |            |              |            |              |                               |
| OAH  | 134        | 89,3         | 64         | 42,7         | <b>72,787 ,000</b>            |
| İnsülin                                    | 16         | 10,7         | 86         | 57,3         |                               |
| <b>Başka Kronik Hastalık</b>               |            |              |            |              |                               |
| Var  | 73         | 48,7         | 80         | 53,3         | 0,654 ,419                    |
| Yok  | 77         | 51,3         | 70         | 46,7         |                               |
| <b>Sürekli Diyabete Eğitimi</b>            |            |              |            |              |                               |
| Alan                                       | 31         | 20,7         | 48         | 32,0         | <b>4,966 ,026</b>             |
| Almayan                                    | 119        | 79,3         | 102        | 68,0         |                               |
| <b>Diyabet Eğitiminin Katkısı</b>          |            |              |            |              |                               |
| Var  | 26         | 83,9         | 41         | 85,4         | ,035 ,852                     |
| Yok  | 5          | 16,1         | 7          | 14,6         |                               |
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişilerin Desteği</b> |            |              |            |              |                               |
| Alan                                       | 113        | 75,3         | 128        | 85,3         | <b>4,747 0,029</b>            |
| Almayan                                    | 37         | 24,7         | 22         | 14,7         |                               |
| <b>Toplam</b>                              | <b>150</b> | <b>100,0</b> | <b>150</b> | <b>100,0</b> |                               |

Yapılan tanımlayıcı istatistik sonuçlarına göre, yeni tanıli hastaların diyabet yılının ortalama 4,5 ay, HbA1c (%) değerinin ortalama 6,9, açlık kan glikozunun ortalama 146 mg/dl, tokluk kan glikozunun ortalama 181 mg/dl olduğu, hemen hemen yarısının diyabetli bir yakını bulunduğu, %89,3'ünün tedavide OAH kullandığı, %48,7'sinin başka bir kronik hastalığının olduğu, %79,3'ünün diyabete ilişkin sürekli bir diyabet eğitimi almadığı sadece %20'sinin sürekli bir eğitim aldığı, sürekli bir diyabet eğitimi alanların %89,3'üne bu eğitimin katkısı olduğu, %75,3'ünün birlikte yaşadığı kişilerden hastalığına ilişkin destek aldığı; eski tanıli hastaların ise diyabet yaşının ortalama 11,5 yıl olduğu, HbA1c değerinin ortalama 7,8, açlık kan glikozunun ortalama 164, tokluk kan glikozunun ortalama 193 olduğu, %54,7'sinin diyabetli yakını bulunduğu, %57,3'ünün tedavide insülin kullandığı, %53,3'ünün başka bir kronik hastalığının olduğu, %68'inin diyabete ilişkin sürekli bir eğitim almadığı sadece %32'sinin sürekli bir eğitim aldığı, sürekli bir diyabet eğitimi alanların %85,4'üne bu eğitimin katkısı olduğu, %85,3'ünün birlikte yaşadığı kişilerden hastalığına ilişkin destek aldığı Tablo 15'de görölmektedir. Yeni tanıli ve eski tanıli diyabetli bireyler arasında diyabetin tedavisi, diyabet eğitimi ve birlikte yaşadığı kişilerin desteğini alma durumu açısından anlamlı fark olduğu görölmektedir. Yeni tanıli bireylerin %89,3 oranında OAH kullandığı görölrken, eski tanıli diyabetli bireyler %57,3 oranında insülin kullanmaktadır. Diyabet eğitimi almayan grubun %79,3 oranında yeni tanıli bireylerden oluştuğu görölmektedir. Eski tanıli diyabetli bireylerin %85,3 oranında birlikte yaşadığı kişilerin desteğini aldığı görölmektedir.

**Tablo 16. Diyabetli Bireylerin Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Puan Ortalamaları ve Minimum-Maksimum Değerleri (n=300)**

| <b>KİŞİSEL KAYNAKLARA İLİŞKİN<br/>ÖLÇEKLER</b>    | <b>X ± SS</b> | <b>Min -Max</b> |
|---|---------------|-----------------|
| <b>Yaşam Yönelimi Testi</b>                       | 22,06 ±6,95   | 1–32            |
| <b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b> | 68,12±14,36   | 23–84           |
| <b>Aile</b>                                       | 26,15±3,83    | 4–28            |
| <b>Arkadaş</b>                                    | 20,49±6,54    | 4–28            |
| <b>Özel İnsan</b>                                 | 21,48±6,51    | 4–28            |
| <b>Öz Yeterlik-Öz Etkilik Ölçeği</b>              | 87,37±15,45   | 36–113          |
| <b>Davranışı Başlatma</b>                         | 30,63±5,83    | 12–40           |
| <b>Davranışı Sürdürme</b>                         | 26,39±5,37    | 9–35            |
| <b>Davranışı Tamamlama</b>                        | 20,34±3,68    | 7–25            |
| <b>Engellerle Mücadele</b>                        | 10,01±2,42    | 3–15            |

Yapılan tanımlayıcı istatistikler sonucunda tip 2 diyabetli bireylerin yaşam yönelimi, sosyal destek ve öz yeterlik puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum değerleri Tablo 16’da gösterilmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerin yaşam yönelimi puan ortalamasının 22.06, çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamasının 68.12, öz yeterlik- etkililik puan ortalamasının 87.37 olduğu görülmektedir. Diyabetli bireylerin yaşam yönelimlerinin iyimser yönde, sosyal desteklerinin ve öz-yeterliklerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

**Tablo 17. Diyabetli Bireylerin Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz-Yeterlik-Etkililik Puan Ortalamaları Diyabet Yılına Göre Dağılımı (n=300)**

| <b>KİŞİSEL KAYNAKLARA İLİŞKİN ÖLÇEKLER</b>        | <b>YENİ TANILI<br/>X ± SS</b> | <b>ESKİ TANILI<br/>X ± SS</b> | <b>t</b>     | <b>p</b>    |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--------------|-------------|
| <b>Yaşam Yönelimi Testi</b>                       | 21,96± 6,65                   | 22,16 ± 7,25                  | -,240        | ,810        |
| <b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b> | 69,71± 14,15                  | 66,53 ± 14,44                 | 1,926        | ,055        |
| <b>Aile</b>                                       | 26,68 ± 3,25                  | 25,61 ±4,28                   | <b>2,444</b> | <b>,015</b> |
| <b>Arkadaş</b>                                    | 21,09± 6,77                   | 19,88 ±6,26                   | 1,602        | ,110        |
| <b>Özel İnsan</b>                                 | 21,93 ± 6,67                  | 21,03 ± 6,34                  | 1,197        | ,232        |
| <b>Öz Yeterlik-Etkilik Ölçeği</b>                 | 89,48 ±14,45                  | 85,27 ± 16,16                 | <b>2,375</b> | <b>,018</b> |
| <b>Davranışı Başlatma</b>                         | 31,28 ± 5,64                  | 29,98 ±5,96                   | 1,939        | ,053        |
| <b>Davranışı Sürdürme</b>                         | 27,31 ± 5,22                  | 25,47 ± 5,38                  | <b>3,002</b> | <b>,003</b> |
| <b>Davranışı Tamamlama</b>                        | 20,76± 3,32                   | 19,9± 13,97                   | <b>2,016</b> | <b>,045</b> |
| <b>Engellerle Mücadele</b>                        | 10,12 ±2,27                   | 9,90 ± 2,57                   | ,761         | ,448        |

Tip 2 diyabetli bireylerin diyabet yılına göre yaşam yönelimi, sosyal destek ve öz yeterlik puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 17’de gösterilmektedir. Yeni tanı ve eski tanı diyabetli bireyler arasında sosyal desteğin aile alt boyutu ile öz-yeterlik ve davranış sürdürme ve tamamlama öz-yeterlik alt boyutları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Yeni tanı diyabetli bireylerin aileden algıladıkları sosyal

desteğin, öz-yeterliklerinin, davranışı sürdürme ve tamamlama alt boyutlara ait özyeterliklerinin eski tanılı diyabetli bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görölmektedir.

### 3.2.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerinin İncelenmesi

Bu bölümde araştırmanın ikinci aşama örneklemini oluşturan 300 diyabetli (tip 2) bireyin hastalığı kabul düzeylerine yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 18. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalaması (n=300)**

| <b>HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ - ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE</b> |                 |                 |                 |                 |                  |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| <b>Ortalama</b>   | <b>Standart</b> | <b>Standart</b> | <b>Ortanca</b>  | <b>En Düşük</b> | <b>En Yüksek</b> |
| <b>Değer</b>  | <b>Sapma</b>    | <b>Hata</b>     | <b>Değer</b>    | <b>Değer</b>    | <b>Değer</b>     |
| <b>(Mean)</b>   | <b>(Sd)</b>     | <b>(Se)</b>     | <b>(Median)</b> | <b>(Min)</b>    | <b>(Max)</b>     |
| 28,63   | 5,62            | ,32             | 29,00           | 9               | 40               |

Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ortalama, standart sapma, standart hata, ortanca ve en düşük ve en yüksek değerleri Tablo 18’de görölmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi puan ortalamalarının  $X=28,63$ , standart sapmalarının  $Sd=5,62$ , ölçekten alınan minimum değerin 9, maksimum değerin ise 40 olduğu görölmektedir.



**Tablo 19. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerine Göre Dağılımı (n=300)**

| <b>HASTALIĞI KABUL DÜZEYLERİ</b>  | <b>Sayı</b> | <b>%</b>     |
|---|-------------|--------------|
| <b>DÜŞÜK KABUL DÜZEYİ</b><br>Ortalama (28,63) <b>Değerin Altında Puan Alanlar</b>   | 139         | 46,33        |
| <b>YÜKSEK KABUL DÜZEYİ</b><br>Ortalama (28,63) <b>Değerin Üzerinde Puan Alanlar</b> | 161         | 53,67        |
| <b>Toplam</b>   | <b>300</b>  | <b>100,0</b> |

Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin dağılımı Tablo 19’da görülmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerin %46,3’ünün düşük kabul düzeyine sahip olduğu, %53,7’sinin ise yüksek kabul düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Hastalığı kabul ölçeğinden alınan ortalama puanın altında kalan grup düşük, üzerinde kalan grup ise yüksek kabul düzeyine sahip olarak belirlenmiştir.

**Tablo 20. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Diyabet Yılına Göre Karşılaştırılması (n=300)**

| <b>DİYABET YILI</b> | <b>HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMASI</b> |             |            |               |             |
|---------------------|---|-------------|------------|---------------|-------------|
|                     | <b>X</b>                                      | <b>SS</b>   | <b>n</b>   | <b>t</b>      | <b>p</b>    |
| <b>Yeni Tanılı</b>  | 27,39   | 5,48        | 150        | <b>-3,920</b> | <b>,000</b> |
| <b>Eski Tanılı</b>  | 29,88   | 5,50        | 150        |               |             |
| <b>Tüm Grup</b>     | <b>28,63</b>                                  | <b>5,62</b> | <b>300</b> |               |             |

Tablo 20’de diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin diyabet yılına göre karşılaştırılmasına ilişkin iki ayrı istatistik analiz sonucu görülmektedir. Tablonun birinci bölümünde verilerle yapılan t testi (bağımsız gruplarda t testi) sonucunda diyabet yılına göre hastalığı kabul ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında

anlamli bir fark olduğu grlmektedir (p=,000). Gruplar arasındaki bu fark, yeni tanılı tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyinin (27,39±5,48) eski tanılı tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyine (29,88±5,50) göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 21. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul leği Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=300)**

| HASTALIğI KABUL LEğİ   | MADDE PUAN ORTALAMASI<br>X ±SS |
|--|--------------------------------|
| 1.Hastalığımın getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum                                    | 2,65±1,34                      |
| 2.Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim Şeyleri zlyorum.                                 | 1,87±1,18                      |
| 3.Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.                                  | 3,46±1,28                      |
| 4.Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.               | 4,38±1,03                      |
| 5.Hastalığım, aileme ve arkadaŐlarımaya yk olmama neden oluyor.                                       | 4,34±1,07                      |
| 6.Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.   | 3,62±1,21                      |
| 7.Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.                                 | 3,67±1,17                      |
| 8.Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum. | 4,63±0,89                      |
| <b>Toplam</b>  | <b>3,57±0,70</b>               |

Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul leği maddelerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, ölçeğin 1. (Hastalığımın getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum–2,65±1,34), 2. (Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim

şeyleri özlüyorum $-1,87\pm 1,18$ ), 3. (Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor $-3,46\pm 1,28$ ), 4. (Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor $-4,38\pm 1,03$ ), 5. (Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor $-4,34\pm 1,07$ ), 6. (Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum $-3,62\pm 1,21$ ) ve 7. (Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım $-3,67\pm 1,17$ ) ve 8. (Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum $-4,63\pm 0,89$ ) maddeleri puan ortalamaları Tablo 21’de görülmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği maddelerinden aldıkları en düşük puan ortalamasının  $1,87\pm 1,18$  ile 2. maddeye, en yüksek puan ortalamasının ise  $4,63\pm 0,89$  ile 8. maddeye ait olduğu görülmektedir.

**Tablo 22. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Madde Puan Ortalamalarının Diyabet Yılına Göre Karşılaştırılması (n=300)**

| HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ   | DİYABET YILI     |                  | t            | p           |
|--|------------------|------------------|--------------|-------------|
|  | Yeni Tam         | Eski Tam         |              |             |
|  | X ±SS            | X ±SS            |              |             |
| 1.Hastalığımın getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum                                    | 2,12±1,17        | 3,17±1,29        | -7,327       | ,000*       |
| 2.Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.                                 | 1,59±1,01        | 2,15±1,28        | -4,198       | ,000*       |
| 3.Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.                                  | 3,25±1,28        | 3,66±1,26        | -2,815       | ,005*       |
| 4.Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.               | 4,48±,96         | 4,27±1,09        | 1,791        | ,074        |
| 5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.  | 4,34±1,14        | 4,34±1,00        | -,054        | ,957        |
| 6.Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.   | 3,41±1,17        | 3,83±1,22        | -3,031       | ,003*       |
| 7.Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.                                 | 3,53±1,11        | 3,80±1,22        | -2,021       | ,044*       |
| 8.Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum. | 4,64±,91         | 4,62±,88         | ,192         | ,848        |
| <b>Toplam</b>  | <b>3,42±0,68</b> | <b>3,73±0,68</b> | <b>3,920</b> | <b>,000</b> |

Yapılan t testi sonucunda tip 2 diyabetli bireylerin diyabet yaşına göre hastalığı kabul ölçeği maddelerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, ölçeğin 1. (Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum), 2. (Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum), 3. (Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor), 6. (Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum) ve 7. (Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım) maddeleri için gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu Tablo 22’de görülmektedir. Gruplar arasındaki bu fark eski tanılı bireylerin yeni tanılı bireylere göre ölçeğin 1. 2. 3. 6. ve 7. maddelerinden aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Yeni tanılı bireylerin ölçeğin 4. (Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor) maddesinden aldıkları puan ortalamasının eski tanılılara göre daha yüksek olduğu, iki grubun 5. (Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor) ve 8. (Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum) maddelerden aldıkları puan ortalamalarının ise birbirine çok yakın olduğu görülmektedir.

### 3.2.3. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu bölümde araştırmanın ikinci aşama örneklemini oluşturan 300 diyabetli (tip 2) bireyin hastalığı kabul düzeyleri ile sosyo-demografik, diyabete ilişkin özellikler ve kişisel kaynakları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 23. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (n=300)**

| SOSYO-DEMOGRAFİK<br>ÖZELİKLER | HASTALIĞI KABUL DÜZEYİ<br>PUAN ORTALAMALARI |              |              |              |
|-------------------------------|---|--------------|--------------|--------------|
|                               | n   | X ± SS       | t/F          | p            |
| <b>Cinsiyet</b>               |   |              |              |              |
| Kadın                         | 184   | 28,15 ± 5,89 | -1,887       | ,060         |
| Erkek                         | 116   | 29,40 ± 5,09 |              |              |
| <b>Medeni Durum</b>           |   |              |              |              |
| Evli                          | 261   | 28,91 ± 5,33 | 1,798        | ,079         |
| Bekar                         | 39  | 26,79 ± 7,05 |              |              |
| <b>Eğitim Durumu</b>          |   |              |              |              |
| Okuryazar değil               | 49  | 26,71 ± 5,65 | <b>5,193</b> | <b>,002*</b> |
| İlköğretim                    | 129   | 28,12 ± 5,91 |              |              |
| Ortaöğretim                   | 84  | 30,36 ± 4,55 |              |              |
| Yükseköğretim                 | 38  | 29,02 ± 5,80 |              |              |
| <b>Çalışma Durumu</b>         |   |              |              |              |
| Çalışan                       | 69  | 29,71 ± 5,31 | 1,814        | ,071         |
| Çalışmayan                    | 231   | 28,31 ± 5,68 |              |              |
| <b>Gelir Durumu</b>           |   |              |              |              |
| İyi                           | 58  | 28,68 ± 5,18 | <b>4,642</b> | <b>,010*</b> |
| Orta                          | 175   | 29,29 ± 5,51 |              |              |
| Kötü                          | 67  | 26,86 ± 5,97 |              |              |

| <b>Tablo 23.'ün Devamı</b>       |     |              |            |
|----------------------------------|-----|--------------|------------|
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b> |     |              |            |
| Yalnız                           | 14  | 30,50 ± 4,73 | 1,493 ,156 |
| Birlikte (Eş, çocuk..)           | 286 | 28,54 ± 5,65 |            |

Yapılan t testi ve varyans analizi sonuçlarına göre, yaş (t testi), cinsiyet (t testi), medeni durum (t testi), çalışma durumu (t testi), birlikte yaşadığı kişilere (t testi) göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı; eğitim düzeyi (F), gelir durumuna (F) göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu Tablo 23'de görülmektedir. Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Tukey HSD testi yapılmıştır. Farkın ortaöğretime sahip grubun hastalığı kabul düzeyinin yüksek ( $30,36 \pm 4,55$ ) olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Gelir durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Tukey HSD testi yapılmıştır. Farkın kötü gelire sahip bireylerin hastalığı kabul düzeyinin düşük ( $26,86 \pm 5,97$ ) olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

**Tablo 24. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Karşılaştırılması (n=300)**

| DİYABETE İLİŞKİN ÖZELİKLER                 | n   | HASTALIĞI KABUL DÜZEYİ<br>PUAN ORTALAMALARI |               |              |
|--|-----|---|---------------|--------------|
|  |     | X ± SS                                      | t             | p            |
| <b>Yakınında Diyabet</b>                   |     |   |               |              |
| Var  | 156 | 28,10 ± 5,94                                | -1,697        | ,091         |
| Yok  | 144 | 29,20 ± 5,21                                |               |              |
| <b>Diyabet Tedavisi</b>                    |     |   |               |              |
| OAH  | 198 | 28,46 ± 5,79                                | -,738         | ,461         |
| İnsülin                                    | 102 | 28,97 ± 5,27                                |               |              |
| <b>Kronik Hastalık</b>                     |     |   |               |              |
| Var  | 153 | 27,26 ± 6,21                                | <b>-4,460</b> | <b>,000*</b> |
| Yok  | 147 | 30,06 ± 4,52                                |               |              |
| <b>Sürekli Diyabet Eğitimi</b>             |     |   |               |              |
| Alan                                       | 79  | 29,40 ± 5,43                                | 1,417         | ,157         |
| Almayan                                    | 221 | 28,36 ± 5,67                                |               |              |
| <b>Diyabet Eğitiminin Katkısı (n=79)</b>   |     |   |               |              |
| Var  | 67  | 30,14 ± 5,85                                | <b>3,020</b>  | <b>,003*</b> |
| Yok  | 12  | 25,25 ± 5,96                                |               |              |
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişilerin Desteği</b> |     |   |               |              |
| Alan                                       | 241 | 28,78 ± 5,54                                | -,918         | ,359         |
| Almayan                                    | 59  | 28,03 ± 5,95                                |               |              |

Yapılan t testi sonuçlarına göre, ailede-yakınında diyabet varlığı (t testi), diyabet tedavisi (t testi), diyabet eğitimi (t testi) ve birlikte yaşadığı kişilerin desteğine (t testi) göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı; kronik hastalık varlığı ve diyabete ilişkin alınan eğitimin katkısına göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu Tablo 24’de görülmektedir. Başka bir kronik hastalığın varlığına göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde başka bir kronik



hastalığı olan grubun hastalığı kabul düzeyinin (27,26±6,21), olmayan gruba (30,06±4,52) göre düşük olduğu görülmektedir. Diyabet eğitimi alan grupta bu eğitimin katkısının olmadığını düşünen grubun, katkısı olduğunu düşünen gruba göre hastalığı kabul düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.

**Tablo 25. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerine Göre Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerlerinin Karşılaştırılması (n=300)**

| İNCELENEN DEĞİŞKENLER                             | HASTALIĞI KABUL DÜZEYİ |                  | t             | p            |
|---|------------------------|------------------|---------------|--------------|
|   | DÜŞÜK<br>X ± SS        | YÜKSEK<br>X ± SS |               |              |
| <b>Yaşam Yönelimi Testi</b>                       | 18,89 ± 6,81           | 24,79 ± 5,83     | <b>-8,071</b> | <b>,000*</b> |
| <b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</b> |                        |                  |               |              |
| Aile  | 25,82 ± 4,18           | 26,42 ± 3,49     | -1,338        | ,182         |
| Arkadaş   | 19,78 ± 7,21           | 21,09 ± 5,85     | -1,716        | ,087         |
| Özel İnsan  | 20,66 ± 6,88           | 22,19 ± 6,10     | <b>-2,040</b> | <b>,042*</b> |
| <b>Öz Yeterlik-Öz Etkilik Ölçeği</b>              |                        |                  |               |              |
| Davranışı Başlatma                                | 29,19 ± 6,05           | 31,86 ± 5,35     | <b>-4,063</b> | <b>,000*</b> |
| Davranışı Sürdürme                                | 25,20 ± 5,90           | 27,41 ± 4,65     | <b>-3,554</b> | <b>,000*</b> |
| Davranışı Tamamlama                               | 19,43 ± 3,91           | 21,11 ± 3,29     | <b>-3,985</b> | <b>,000*</b> |
| Engellerle Mücadele                               | 9,48 ± 2,62            | 10,47 ± 2,15     | <b>-3,541</b> | <b>,000*</b> |
| <b>HbA1c Değeri (%)</b>                           | 7,56 ± 1,70            | 7,26 ± 1,61      | 1,497         | ,136         |
| <b>Tokluk Kan Glikozu(mg/dl)</b>                  | 202,03 ± 73,28         | 175,39 ± 51,18   | <b>3,558</b>  | <b>,000*</b> |
| <b>Açlık Kan Glikozu (mg/dl)</b>                  | 155,92 ± 64,01         | 154,60 ± 59,49   | ,185          | ,853         |

Yapılan t testi sonuçlarına göre düşük ve yüksek hastalığı kabul düzeyi ile yaşam yönelimi, sosyal destek, öz yeterlik ve alt boyutları, HbA1c, tokluk kan glikozu ve açlık kan glikozu değerleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu Tablo 25’de görülmektedir. Hastalığı kabul düzeyi düşük olan grubun yaşam yönelimi, sosyal destek ve öz yeterlik puanlarının, hastalığı kabul düzeyi yüksek olan gruba göre düşük olduğu görülmektedir. Yine tabloda hastalığı kabul düzeyi düşük olan grubun, HbA1c, tokluk kan glikozu ve açlık kan glikozu değerlerinin hastalığı kabul düzeyi yüksek olan gruba göre yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 26. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ile Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Özellikleri, Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerleri Arasındaki Korelasyonel İlişki (n=300)**

| İNCELENEN DEĞİŞKENLER                      | HASTALIĞI KABUL<br>ÖLÇEĞİ |       |
|--|---------------------------|-------|
|  | r                         | p     |
| Yaş  | -0,02                     | ,703  |
| Diyabet Yılı                               | 0,09                      | ,101  |
| HbA1c Değeri (%)                           | -0,08                     | ,168  |
| Tokluk Kan Glikozu (mg/dl)                 | -0,24                     | ,000* |
| Açlık Kan Glikozu (mg/dl)                  | -0,04                     | ,412  |
| Yaşam Yönelimi Testi                       | 0,46                      | ,000* |
| Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | 0,19                      | ,001* |
| Aile                                       | 0,15                      | ,007* |
| Arkadaş                                    | 0,15                      | ,009* |
| Özel İnsan                                 | 0,19                      | ,001* |
| Öz Yeterlik-Öz Etkililik Ölçeği            | 0,32                      | ,000* |
| Davranışı Başlatma                         | 0,30                      | ,000* |
| Davranışı Sürdürme                         | 0,29                      | ,000* |
| Davranışı Tamamlama                        | 0,29                      | ,000* |
| Engellerle Mücadele                        | 0,25                      | ,000* |

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre hastalığı kabul düzeyi ile yaş, diyabet yılı, HbA1c değeri ve açlık kan glikozu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; hastalığı kabul düzeyi ile tokluk kan glikozu (-0,24) arasında anlamlı ve negatif yönde, hastalığı kabul düzeyi ve yaşam yönelimi (0,46), sosyal destek (0,19) ve alt boyutları (0,15; 0,15; 0,19) öz yeterlik (0,32) ve alt boyutları (0,30; 0,29;0,29; 0,25) arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunduğu Tablo 26’da görülmektedir.

**Tablo 27. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyini Etkileyen Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n=300)**

| <b>BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER</b> | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>B</b> | <b>SEB</b> | <b>Beta</b> | <b>t</b> | <b>p</b>     |
|-----------------------------|----------------------|----------|------------|-------------|----------|--------------|
| <b>Yaşam Yönelimi</b>       | 0,21                 | 0,37     | 0,04       | 0,46        | 9,038    | <b>0,000</b> |
| <b>Öz-Yeterlik</b>          | 0,23                 | 0,05     | 0,02       | 0,14        | 2,592    | <b>0,010</b> |

Diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyi üzerine etkisi olan bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda yaşam yönelimi ve öz-yeterlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkili olduğu saptanmıştır (p=0,000; p=0,010). Elde edilen sonuca göre, hastalığı kabul düzeyindeki değişmelerin %23'ünün yaşam yönelimi ve öz yeterlikten kaynaklanabileceği, bununla birlikte hastalığı kabul üzerine en güçlü belirleyicinin %21'lik oranda yaşam yönelimi olduğu Tablo 27'de görülmektedir.

### 3.2.4. Diyabetli Bireylerin Diyabet Yılına Göre Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu bölümde araştırmanın ikinci aşama örneklemini oluşturan 300 diyabetli (tip 2) bireyin diyabet yılına göre hastalığı kabul düzeyleri ve hastalığı kabul düzeyleri ile sosyo-demografik, diyabete ilişkin özellikler ve kişisel kaynakları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 28. Yeni Tanılı Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=150)**

| İNCELENEN DEĞİŞKENLER | HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ |            | t/F          | p            |
|-----------------------|------------------------|------------|--------------|--------------|
|                       | S                      | X ± SS     |              |              |
| <b>Cinsiyet</b>       |                        |            |              |              |
| Kadın                 | 93                     | 26,80±5,70 | -1,684       | ,094         |
| Erkek                 | 57                     | 28,35±5,01 |              |              |
| <b>Medeni Durum</b>   |                        |            |              |              |
| Evli                  | 137                    | 27,67±5,16 | 1,445        | ,172         |
| Bekar                 | 13                     | 24,46±7,84 |              |              |
| <b>Eğitim Durumu</b>  |                        |            |              |              |
| Okur-yazar değil      | 24                     | 24,54±5,45 |              |              |
| İlköğretim            | 67                     | 26,62±5,63 | <b>5,80</b>  | <b>,001*</b> |
| Ortaöğretim           | 41                     | 29,46±3,88 |              |              |
| Yükseköğretim         | 18                     | 29,33±6,04 |              |              |
| <b>Gelir Durumu</b>   |                        |            |              |              |
| İyi                   | 24                     | 26,54±5,05 |              |              |
| Orta                  | 94                     | 28,46±5,01 | <b>5,816</b> | <b>,004*</b> |
| Kötü                  | 32                     | 24,87±6,28 |              |              |
|                       |                        |            |              |              |

| <b>Tablo 28'in Devamı</b>                  |     |            |                     |
|--|-----|------------|---------------------|
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>           |     |            |                     |
| Yalnız                                     | 2   | 32,50±,70  | 1,328 ,186          |
| Birlikte (Eş,çocuk..)                      | 148 | 27,32±5,49 |                     |
| <b>Ailede-Yakınında Diyabet</b>            |     |            |                     |
| Var  | 74  | 26,72±5,80 | -1,467 ,144         |
| Yok  | 76  | 28,03±5,11 |                     |
| <b>Diyabet Tedavisi</b>                    |     |            |                     |
| OAH  | 134 | 27,41±5,58 |                     |
| İnsülin                                    | 16  | 27,18±4,70 | ,158 ,874           |
| <b>Kronik Hastalık</b>                     |     |            |                     |
| Var  | 73  | 25,90±6,22 | <b>-3,313 ,001*</b> |
| Yok  | 77  | 28,80±4,26 |                     |
| <b>Sürekli Diyabet Eğitimi</b>             |     |            |                     |
| Alan                                       | 31  | 28,80±4,29 | 1,619 ,108          |
| Almayan                                    | 119 | 27,02±5,71 |                     |
| <b>Diyabet Eğitiminin Katkısı (n=31)</b>   |     |            |                     |
| Var  | 26  | 29,11±4,07 | ,911 ,370           |
| Yok  | 5   | 27,20±5,54 |                     |
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişilerin Desteği</b> |     |            |                     |
| Alan                                       | 113 | 27,30±5,09 | ,360 ,720           |
| Almayan                                    | 37  | 27,67±6,61 |                     |

Yapılan t testi ve varyans analizi sonucuna göre 3-6 aydır tip 2 diyabeti olan bireylerin, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, ailede-yakınında diyabet varlığı, diyabet tedavisi, diyabet eğitimi, diyabet eğitiminin katkısı ve birlikte yaşadığı kişilerin desteğine göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı; eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu ve başka bir kronik hastalık varlığına göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu Tablo 28'de gösterilmektedir. Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) eğitim durumuna göre

hastalığı kabul düzeyleri arasında farklılığın okur-yazar olmayan grubun hastalığı kabul düzeyinin düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde (Tukey HSD) gelir durumuna göre hastalığı kabul düzeyleri arasında farklılığın gelir durumu kötü olan grubun hastalığı kabul düzeyinin düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre hastalığı kabul düzeyine bakıldığında çalışmayan grubun hastalığı kabul düzeyinin çalışan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmektedir. Başka bir kronik hastalığın varlığına göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde başka bir kronik hastalığı var olan grubun olmayan gruba göre hastalığı kabul düzeyini anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 29. Eski Tanılı Diyabetli Bireylerin Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Özelliklere Göre Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=150)**

| İNCELENEN DEĞİŞKENLER            | HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ |            | t/F    | p    |
|----------------------------------|------------------------|------------|--------|------|
|                                  | S                      | X ± SS     |        |      |
| <b>Cinsiyet</b>                  |                        |            |        |      |
| Kadın                            | 91                     | 29,52±5,79 | - ,975 | ,331 |
| Erkek                            | 59                     | 30,42±5,00 |        |      |
| <b>Medeni Durum</b>              |                        |            |        |      |
| Evli                             | 124                    | 30,28±5,21 | 1,975  | ,050 |
| Bekar                            | 26                     | 27,96±6,47 |        |      |
| <b>Eğitim Durumu</b>             |                        |            |        |      |
| Okuryazar değil                  | 25                     | 28,80±5,12 | 1,497  | ,218 |
| İlköğretim                       | 62                     | 29,74±5,82 |        |      |
| Ortaöğretim                      | 43                     | 31,23±5,01 |        |      |
| Yükseköğretim                    | 20                     | 28,75±5,71 |        |      |
| <b>Gelir Durumu</b>              |                        |            |        |      |
| İyi                              | 34                     | 30,20±4,77 | 1,078  | ,343 |
| Orta                             | 81                     | 30,25±5,91 |        |      |
| Kötü                             | 35                     | 28,68±5,10 |        |      |
| <b>Çalışma Durumu</b>            |                        |            |        |      |
| Çalışan                          | 24                     | 30,37±5,79 | ,480   | ,632 |
| Çalışmayan                       | 126                    | 29,78±5,46 |        |      |
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b> |                        |            |        |      |
| Yalnız                           | 12                     | 30,16±5,06 | ,188   | ,851 |
| Birlikte (Eş,çocuk)              | 138                    | 29,85±5,55 |        |      |
| <b>Ailede-Yakınında Diyabet</b>  |                        |            |        |      |
| Var                              | 82                     | 29,35±5,82 | -1,290 | ,199 |
| Yok                              | 68                     | 30,51±5,05 |        |      |



| <b>Tablo 29.'un Devamı</b>                 |     |            |                     |
|--|-----|------------|---------------------|
| <b>Diyabete Tedavisi</b>                   |     |            |                     |
| OAH  | 64  | 30,65±5,66 | 1,497 ,136          |
| İnsülin                                    | 86  | 29,30±5,33 |                     |
| <b>Başka Kronik Hastalık</b>               |     |            |                     |
| Var  | 80  | 28,51±5,98 | <b>-3,432 ,001*</b> |
| Yok  | 70  | 31,44±4,43 |                     |
| <b>Sürekli Diyabet Eğitimi</b>             |     |            |                     |
| Alan                                       | 48  | 29,79±6,07 | - ,134 ,893         |
| Almayan                                    | 102 | 29,92±5,23 |                     |
| <b>Diyabet Eğitiminin Katkısı (n=48)</b>   |     |            |                     |
| Var  | 41  | 30,80±5,91 | <b>4,951 ,000*</b>  |
| Yok  | 7   | 23,85±2,79 |                     |
| <b>Birlikte Yaşadığı Kişilerin Desteği</b> |     |            |                     |
| Alan                                       | 128 | 30,09±5,61 | -1,149 ,252         |
| Almayan                                    | 22  | 28,63±4,70 |                     |

Yapılan t testi ve varyans analizi sonucuna göre 5 yıl ve daha fazla süredir tip 2 diyabeti olan bireylerin, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, ailede-yakınında diyabet varlığı, diyabet tedavisi, diyabet eğitimi ve birlikte yaşadığı kişilerin desteğine göre hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı; diyabet eğitiminin katkısı ve başka bir kronik hastalık varlığına göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu Tablo 29'da gösterilmektedir. Başka bir kronik hastalığı olan grubun hastalığı kabul düzeyinin olmayan gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir. Diyabet eğitiminin katkısı olduğunu düşünen grubun hastalığı kabul düzeyinin (30,80±5,91), katkısı olmadığını düşünen gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 30. Yeni Tanılı Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri İle Sosyo-Demografik, Diyabete İlişkin Özellikleri, Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz Yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerleri Arasındaki Korelasyonel İlişki (n=150)**

| İNCELENEN DEĞİŞKENLER                      | HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ |       |
|--|------------------------|-------|
|  | r                      | p     |
| Yaş  | -0,03                  | ,682  |
| Diyabet Yılı                               | -0,07                  | ,382  |
| HbA1c Değeri (%)                           | -0,28                  | ,001* |
| Tokluk Kan Glikozu (mg/dl)                 | -0,33                  | ,000* |
| Açlık Kan Glikozu (mg/dl)                  | -0,28                  | ,001* |
| Yaşam Yönelimi Testi                       | 0,42                   | ,000* |
| Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | 0,23                   | ,004* |
| Aile                                       | 0,09                   | ,270  |
| Arkadaş                                    | 0,21                   | ,009* |
| Özel İnsan                                 | 0,23                   | ,004* |
| Öz Yeterlik-Öz Etkililik Ölçeği            | 0,43                   | ,000* |
| Davranışı Başlatma                         | 0,43                   | ,000* |
| Davranışı Sürdürme                         | 0,42                   | ,000* |
| Davranışı Tamamlama                        | 0,33                   | ,000* |
| Engellerle Mücadele                        | 0,24                   | ,003* |

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre yeni tanılı tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ile yaş, diyabet yılı ve aileden algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; hastalığı kabul düzeyi ile HbA1c değeri (-0,28), tokluk kan glikozu (-0,33), açlık kan glikozu (-0,28) arasında anlamlı ve negatif yönde, hastalığı kabul düzeyi ve yaşam yönelimi (0,42), sosyal destek (0,23) ve arkadaş ve özel insan alt boyutları (0,21; 0,23), öz yeterlik (0,43) ve alt boyutları (0,43; 0,42; 0,33; 0,24) arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunduğu Tablo 30'da görülmektedir.

**Tablo 31. Eski Tanılı Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri İle Sosyo-Demografik, Diyabete İlişkin Özellikleri, Yaşam Yönelimi-Sosyal Destek-Öz-yeterlik Düzeyleri ve Metabolik Değerleri Arasındaki Korelasyonel İlişki (n=150)**

| İNCELENEN DEĞİŞKENLER                      | HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ |              |
|--|------------------------|--------------|
|  | r                      | p            |
| Yaş  | -0,12                  | ,124         |
| Diyabet Yılı                               | -0,20                  | <b>,014*</b> |
| HbA1c Değeri (%)                           | -0,06                  | ,442         |
| Tokluk Kan Glikozu (mg/dl)                 | -0,23                  | <b>,004*</b> |
| Açlık Kan Glikozu (mg/dl)                  | 0,06                   | ,415         |
| Yaşam Yönelimi Testi                       | 0,52                   | <b>,000*</b> |
| Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | 0,22                   | <b>,006*</b> |
| Aile                                       | 0,27                   | <b>,001*</b> |
| Arkadaş                                    | 0,13                   | ,092         |
| Özel İnsan                                 | 0,19                   | <b>,020*</b> |
| Öz Yeterlik-Öz Etkililik Ölçeği            | 0,30                   | <b>,000*</b> |
| Davranışı Başlatma                         | 0,25                   | <b>,002*</b> |
| Davranışı Sürdürme                         | 0,26                   | <b>,001*</b> |
| Davranışı Tamamlama                        | 0,31                   | <b>,000*</b> |
| Engellerle Mücadele                        | 0,29                   | <b>,000*</b> |

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre eski tanılı tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ile yaş, diyabet yılı, HbA1c değeri, açlık kan glikozu ve arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; hastalığı kabul düzeyi ile diyabet yılı (-0,20), tokluk kan glikozu (-0,23) arasında anlamlı ve negatif yönde, hastalığı kabul düzeyi ve yaşam yönelimi (0,52), sosyal destek (0,22) ve aile ve özel insan alt boyutları (0,27; 0,19), öz yeterlik (0,30) ve alt boyutları (0,25; 0,26; 0,31; 0,29) arasında ise anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunduğu Tablo 31’de görülmektedir

## BÖLÜM IV

### 4. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma bulgularına paralel olarak tartışma iki başlık altında yapılmıştır.

— Birinci bölümde, “Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirlik bulgularına ilişkin tartışma,

— İkinci bölümde ise tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ve etkileyen faktörlerin bulgularına yönelik tartışma yer almaktadır.

#### **4.1. Hastalığı Kabul Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Bulgularının Değerlendirilmesi**

Bu bölümde “Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirlik bulgularına ilişkin tartışma yer almaktadır.

##### **4.1.1. Geçerlik-Güvenirlik Örneklemini Oluşturan Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Bulgularının Değerlendirilmesi**

Geçerlik-güvenirlik örneklemini oluşturan diyabetli bireylerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde ülkemizin diyabet popülasyonu ile benzer sonuçlar çıktığı görülmektedir (**Tablo 3**). Örneklemdaki bireylerin yaş ortalaması, kadınlarda daha çok görülmesi ve diyabetin çıkış yaşı literatür bilgileri ile paraleldir. Bu yaş grubu düşünüldüğünde çoğunluğun çalışmıyor olması emeklilik durumu ile açıklanabilir. Toplumumuzun sosyo-kültürel ve ekonomik özellikleri düşünüldüğünde ise örneklemdaki bireylerin çoğunluğunun ilköğretim düzeyinde, orta gelir durumuna sahip, eş ve çocukları ile yaşıyor olması beklendik bulgulardır.

Geçerlik-güvenirlik örneklemini oluşturan diyabetli bireylerin diyabete ilişkin özelliklere göre dağılımı incelendiğinde bunların da beklendik sonuçlar olduğu görülmektedir (**Tablo 4**). Her türlü eğitim ve tedaviye rağmen diyabetli bireylerin HbA1c, açlık kan glikozu ve tokluk kan glikozu değerleri normalin üzerindedir. Diyabetin genetiksel geçişi düşünüldüğünde çoğunluğun yakınında diyabet bulunması ve tedavi protokolu olarak ilk OAH kullanılması literatüre uygundur. Diyabete ilişkin sürekli eğitim alma durumunun düşüklüğünün dışarıdan gelen hastalar nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Toplumumuzun aile yapısı ve diğer hastalıklara göre diyabetin kabul edilebilir bir hastalık olması diyabetli bireylerin birlikte yaşadığı kişilerden aldığı desteği açıklamaktadır.

#### **4.1.2. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Geçerlik Bulgularının Değerlendirilmesi**

Bu bölümde “Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği”nin dil geçerliği, içerik/kapsam geçerliği, iç ölçüt geçerliği ve yapı-kavram geçerliği bulgularına ilişkin tartışma yer almaktadır.

##### **4.1.2.1. Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi**

Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için yapılan işlem “çeviri” işlemi değil “uyarlama” süreci olmalıdır, çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi o ölçeğin doğasını önemli olarak değiştirir. Farklılıkların azaltılması ya da en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan topluma uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temel işlemlerini oluşturur. Ölçeklerin tek taraflı çevirisi ölçek çevirilerinde en sık kullanılan yoldur. Ancak yapılan çalışmalarda tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğinin düşük olduğu gösterilmiştir. Geri çeviri yöntemi ekonomik olmayan ve daha fazla zaman gerektiren bir yol olmasına

rağmen, kültürlerarası ölçek uyarlamalarında en çok önerilen yollardan birisidir. Tekrar çeviri önerilen bir yol olmakla birlikte bazen çevirmenler benzer sonuçlara ulaşırlar ve görüş ayrılığı oluşmayan bir form elde etmiş olsalar bile bir kültüre uygun çeviride yetersizlikler olmakta ve kullanımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle ön uygulamanın yapılması önerilmektedir. Bu çalışmada da ölçeğin çeviri-tekrar çeviri ve ön uygulama süreçleri gerçekleştirilmiştir. Dil geçerliliği için önerilen bir diğer yöntem de hedef gruba formun her iki dildeki şeklinin uygulanması ve sonuçların karşılaştırılmasıdır. Ancak her iki dili de iyi bilen hedef gruba ulaşma güçlüğü yaşanması ve ulaşılabilecek bu grubun özelliklerinin hedef grubun özelliklerinden farklı olma olasılığı nedeniyle bu karşılaştırma uygulanamamıştır (1, 3, 4, 28, 29, 49, 56, 60).

#### **4.1.2.2. İçerik/Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi**

Kapsam/içerik geçerliliği ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen özellik alanını yeterli düzeyde temsil edip etmediğini gösterir. İçerik geçerliliğinde kullanılan yöntemlerden birisi de uzman görüşü alınarak anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır. Ölçüm aracı hakem olarak kabul edilen, konu ile ilgili uzmanların görüşüne sunulurken, değerlendirmeleri istenir. İçerik geçerliliği uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür. Ölçeğin yeterliliğini garanti altına alabilen nesnel kriterler yoktur. Uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması bir gösterge olabilir. Ancak uzmanların maddelerin uygunluğunu puanlar vererek değerlendirmelerini sağlayacak bir form da kullanılabilir. Görüşü alınacak uzman sayısı için literatürde en az 2 kişinin olması gerektiği, gerekli durumlarda bu sayının 20'ye kadar çıkabileceği, dolayısıyla bu sınırlar içinde araştırmacının uygun sayıda görüş alabileceği bildirilmiştir (1, 3, 4, 31, 34, 53, 60). Bu çalışma için 10 uzman görüşü yeterli kabul edilmiş ve ölçeğin oluşturulan Türkçe formu, kapsam geçerliliği açısından değerlendirmeleri için konu ile ilgili 10 uzmanın

görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri arasında ortalaması 5'in altında olan maddelerin çıkarılması kararlaştırılmıştır. Uzman görüşleri sonucunda ortalaması 5'nin altında madde olmadığı için ölçekten madde çıkarımı olmamıştır. Hastalığı Kabul Ölçeği maddelerine 10 uzman tarafından verilen puanların istatistiksel olarak incelenmesinde uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır ( $W = ,357; p > ,001$ ) (**Tablo 5**).

#### **4.1.2.3. İç Ölçüt Geçerliğinin Değerlendirilmesi**

Hastalığı Kabul Ölçeği'nin iç ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla araştırmaya katılan diyabetli bireylerin ölçek maddelerine verdikleri puanlar en yüksekten en düşüğe doğru sıralanmıştır. Dağılımın %27 alt ve %27 üst grup puan ortalamaları arasındaki fark t testi ile analiz edilmiştir. Hastalığı Kabul Ölçeği'nin üst gruptaki puan ortalamaları ile alt gruptaki puan ortalamaları incelendiğinde, fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ( $t = 22,139; p = ,000$ ). Bu farkın anlamlı çıkması ölçeğin yordadığı özelliğe göre grubu birbirinden ayırt edebildiğini yani iç ölçüt geçerliğini sağladığını göstermektedir. Hastalığı Kabul Ölçeği'nin iç ölçüt geçerliğinin sağlandığı görülmektedir (**Tablo 6**).

#### **4.1.2.4. Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi**

Faktör analizi yaparken; bir kuramsal model varsa ve bu model faktör sayısı ile birlikte, faktörlerin neler olabileceği konusunda da bazı yordamalarda bulunuyorsa ya da ölçek yeni geliştirilen değil kültürel uyarlaması yapılan bir ölçek ise ve madde sayısı biliniyor ise verilere doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi uygulanmalıdır. Modelin olmadığı, araştırmacının ölçme aracının ölçtüğü, faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçüm aracı ile ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı durumlarda açıklayıcı (exploratory) faktör analizi kullanılır. Faktör yapısını incelemek amacı ile, ölçek maddelerinin cevaplarına verilen puanlara Temel

Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yapılır. Bu durum, birbirinden bağımsız alt boyutların oluşmasını sağlar (2,86). Faktör analizi, maddelerin birbiri ile korelasyonlarına dayanır; korelasyon matrisleri tekrar edilerek maddeler adeta harmanlanarak yoğurulur, böylece aynılar aynı yere farklı olanlar ayrı yere kümelenir. Faktör çözümlenmesi, çok sayıda değişkenin birkaç başlık altında toplanmasıdır (103). Faktörlerin hesaplanmasında, özdeğer (eigen value) göz önünde bulundurulur. Özdeğer, bir faktör tarafından açıklanan toplam varyanstır. Genellikle özdeğeri 1 veya daha büyük olan faktör sayısının yorumlanması uygun görülmektedir. Faktör örüntüsünün oluşturulmasında ise, 0.30–0.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası alınabileceği belirtilmektedir (1, 3, 4, 28, 29, 49, 56, 60).

İyi bir faktör analizi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinin 0.60'ın üzerinde olması istenir. Kaiser normalleştirilmesine göre özdeğeri 1.00'in üzerinde olan faktörlerin yoruma esas alınması gerekmektedir. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. Ancak sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40-60 arasında değişen varyansın oranları yeterli kabul edilmektedir ((1, 34, 53, 60). Bu araştırmada, verilere yapılan faktör analizinde KMO katsayısı 0.75 ve Barlet testi sonucu ileri düzeyde ( $X^2=201,775$ ;  $p=0.000$ ) anlamlı bulunmuştur. Hastalığı Kabul Ölçeği'nin orijinal formunda belirtildiği gibi başka bir ölçekten alıntıdır ve tek bir boyutu, hastalığı kabul düzeyini ölçmektedir. Bununla birlikte yapılan istatistiksel analiz sonuçları da ölçeğin tek boyuttan oluştuğu sonucunu doğrulamıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda öz değeri birin üzerinde olan bir faktör, varyansı %40'ın üzerinde olan bir faktör bulunduğu için ölçeğin tek bir boyuttan oluştuğu yani maddelerin tek bir faktör altında toplandığı sonucu desteklenmiştir.



### **4.1.3. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Güvenirlik Bulgularının Değerlendirilmesi**

Bu bölümde “Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği”nin zamana göre değişmezlik ve iç tutarlılık bulgularına ilişkin tartışma yer almaktadır.

Güvenirlik her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir ve bir ölçme aracının hatalardan arınık olarak ölçme yapabilme yeteneğidir. Güvenilir bir aracın sağladığı ölçüm değerleri içinde yanılma değerlerinin olmaması istenir. Güvenirlik, test puanının değişimindeki (varyansındaki) hata oranını belirler. Güvenirlik katsayısı olarak kabul edilen  $r$  değerleri, test puanlarında yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklılara, ne oranda şans ya da hata faktörüne bağlı olduğunu gösterir. Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, testle ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür. Bu durumda test puanında hata payı az olur. Güvenirlik mutlaka görgül yollarla saptanır ve sayısal bir değerle ifade edilir. Bu sayısal değer genellikle bir korelasyon katsayısıyla ifade edilmesine karşın, güvenirlik katsayısı daima 0–1 arasında bir değer alır. Korelasyon değeri 1’e yaklaştıkça güvenirliğin yüksek olduğu kabul edilir. Bir ölçme aracının güvenirliliği için birden çok yola başvurmak gerekir (1, 3, 4, 31, 34, 53, 60). Hastalığı kabul düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen Hastalığı Kabul Ölçeği’nin ülkemize uyarlamak için güvenirliliğini saptamaya yönelik ölçeğin zamana göre değişmezliği ve iç tutarlık analizleri yapılmıştır.

#### **4.1.3.1. Zamana Göre Değişmezliğin Değerlendirilmesi**

Bu yöntemde test aynı cevaplayıcı grubuna iki defa uygulanır. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasında korelasyon hesaplanır. Elde edilen korelasyon güvenirlik katsayısının kestiricisi olarak kullanılır. Bu ölçümün sonuçları iki uygulamaya ait puanların ne ölçüde kararlı olduğunu gösterir. Bu nedenle test-tekrar test güvenirliliğine kararlılık, devamlılık, istikrarlılık katsayısı adı da verilir.

Testin tekrarı bir kaç gün ile birkaç aylık bir süreden sonra yapılabilir. Genellikle iki farklı yol izlenir. Test bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır ya da iki dört hafta gibi bir ara verildikten sonra uygulanır. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit ağırlıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında genelde pearson momentler çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmaktadır. Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı örneklem büyüklüğünden etkilendiği için bunun hesaplanmasında en az 30 kişiden oluşan bir gruba uygulanması gerekmektedir. Bu yöntemde iki uygulama arasındaki aralığa dikkat çekilmektedir. Aralık kısa olduğu zaman birey ilk uygulamada hatırlayabildiği bazı bilgileri ikinci uygulamada kullanabilir. Aralık uzun tutulduğunda ise zaman içerisinde ölçülen özellikler değişikliğe uğrayacağı için düşük güvenilirlik katsayıları elde edilecektir. Bu nedenle önerilen süreler genellikle iki üç ile dört altı hafta arasında değişmektedir. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak için hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir. Bu sınır ölçekler için en az 0.709'dir (1, 3, 49, 56, 60). Hastalığı Kabul Ölçeği'nin üç hafta ara ile iki kez uygulanmasıyla elde edilen test tekrar test sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $r = 0,714$ ;  $p = ,000$ ) (Tablo 7).

#### **4.1.3.2. İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi**

Hastalığı Kabul Ölçeği'nin iç tutarlılığının belirlenmesinde madde istatistikleri ve cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır.

##### **4.1.3.2.1. Madde İstatistikleri/Analizlerinin Değerlendirilmesi**

Hastalığı Kabul Ölçeği'nde yer alan 8 maddeye verilen yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri incelendiğinde ölçeğin maddelerinin puan ortalamalarının 2,53 ile 4,38 arasında standart hataların ise 0,13 ile 0,18 arasında değiştiği, en düşük ortalamaya 2,53 ile 2. maddenin (Sağlık durumum

nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum) sahip olduğu, en yüksek ortalamaya ise 4,38 ile 8. maddenin (Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum) sahip olduğu görülmüştür (Tablo 8–9). Madde analizi, istenen özelliklere sahip maddelerden oluşan test veya ölçek geliştirmek ve örneklem grubunun madde ya da ölçek düzeyinde yapısı hakkında bilgi edinmek için yapılır. Maddelerin belirli bir niteliği ölçüp ölçmediğini ayırt etmek için yararlanılan yaklaşımlardan birisi de madde analizidir. Madde analizinde cevaplayıcının ölçme aracından aldığı toplam puan ile her bir maddeden aldığı toplam puan arasındaki korelasyon hesaplanır (3). Bir maddenin toplam puan ile korelasyonu düşük ise o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanabilir. Madde toplam korelasyonunun düşük olması güvenilirliği düşürücü etki yaptığından, o maddelerin ölçekten çıkarılması gerekmektedir (53, 60). Madde toplam puan korelasyon katsayısının, hangi ölçütün altına düşünce, güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, Karasar'a göre (1995) 0.50'den düşük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulması gerekirken, Öner'e (1987) göre, bu katsayı 0.30'un üzerinde olmalıdır (60). Hastalığı Kabul Ölçeği'nin madde-toplam korelasyon katsayısı içi 0.40 düzeyi güvenilirlik düzeyi olarak kabul edilmiştir. Bu araştırmadaki ölçeğin her bir maddesinin toplam puan ile korelasyonu incelenmiştir. Ölçeğin her bir maddesinin toplam puan ile korelasyonu incelendiğinde ölçekte en düşük madde-toplam puan korelasyonuna sahip maddenin, 0,48 ile madde 6 (Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum), en yüksek madde-toplam puan korelasyonuna sahip maddenin ise 0,77 ile madde 5 (Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor) olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak madde analizinde 0.40'ın altında bir değer olmadığı için bu bulgular Hastalığı Kabul Ölçeği'nin güvenilirliğini destekleyen bulgular olarak değerlendirilmiştir.

#### 4.1.3.2.1. İç Tutarlık Güvenirlik Katsayılarının Değerlendirilmesi

İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütün oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. Bu teknikle oluşturulmuş bir testin maddeleri çoğunlukla aynı yönde bir ayırım yapmış ise o testin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu anlaşılır (3, 53, 60). Ölçeğin değerlendirme ölçütü yine kendisi olduğu için, ölçeğin kendi içinde tutarlı olması çok önemlidir. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeğin alpha katsayıları yüksek olmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçüsüdür. Ölçeğin alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte maddelerin o ölçüde birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Bu durum ölçeğin kullanıldığı araştırma sonuçlarının geçerliliği ve güvenilirliği arasında bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlilik düzeyini saptarken “madde çözümlemesi”nde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda (Likert tipi) Cronbach Alpha katsayısı hesaplanması önerilmektedir. Güvenirlik ölçütü olarak kabul edilecek korelasyon katsayısının düzeyi ölçeğin hangi amaçla kullanılacağına bağlıdır. Fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçümlerinde ise 0.70 kabul edilebilir düzeydir. Ayrıca yeni geliştirilen bir ölçek için 0.70’in üzeri kabul edilebilir bir değer iken daha önce geliştirilmiş bir ölçek için 0.80’in üzeri kabul edilebilir bir değer olmaktadır (1, 3, 4, 31, 34, 53, 60). Özdamar (1999), Cronbach Alpha katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütünü aşağıda verilen şekilde olduğunu belirtmektedir;

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$  ise ölçek güvenilir değildir

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$  ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Yapılan analizler sonucunda, 8 maddelik Hastalığı Kabul Ölçeği için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısını gösteren Cronbach Alpha katsayısı 0.79 olup görüldüğü gibi ölçek oldukça güvenilir bulunmuştur (**Tablo 10**). Ölçekte bulunan maddeler birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle, ölçeğin homojenliği yeterli düzeydedir.

Bütün bu bilgilere ve saptanan sonuçlara göre araştırmanın **H<sub>1</sub>: Hastalığı Kabul Ölçeği Türk toplumundaki diyabetik bireyler için güvenilirliği yüksek bir araçtır, H<sub>2</sub>: Hastalığı Kabul Ölçeği Türk toplumundaki diyabetik bireyler için geçerliği yüksek bir araçtır**” hipotezleri kabul edilmiştir.

## **4.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi**

Bu bölümde diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ve etkileyen faktörlere ilişkin bulguların değerlendirmesi yer almaktadır.

### **4.2.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Bulgularının Değerlendirilmesi**

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini oluşturan 300 diyabetli bireyin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde ülkemizin diyabet popülasyonu ile benzer sonuçlar çıktığı görülmektedir (**Tablo 12**). Örneklemdaki bireylerin yaş ortalaması, kadınlarda daha çok görülmesi ve diyabetin çıkış yaşı literatür bilgileri ile paraleldir. Bu yaş grubu düşünüldüğünde çoğunluğun çalışmıyor olması emeklilik durumu ile açıklanabilir. Toplumumuzun sosyo-kültürel ve ekonomik özellikleri düşünüldüğünde ise örneklemdaki bireylerin çoğunluğunun ilköğretim düzeyinde, orta gelir durumuna sahip, eş ve çocukları ile yaşıyor olması beklendik bulgulardır.

Diyabete ilişkin özelliklere göre diyabetli bireylerin dağılımı incelendiğinde bunların da beklendik sonuçlar olduğu görülmektedir (**Tablo 14**). Her türlü eğitim ve tedaviye rağmen diyabetli bireylerin HbA1c, açlık kan glikozu ve tokluk kan glikozu değerleri normalin üzerindedir. Diyabetin genetiksel geçişi düşünüldüğünde çoğunluğun yakınında diyabet bulunması ve tedavi protokolu olarak ilk OAH kullanılması literatüre uygundur. Diyabete ilişkin sürekli eğitim alma durumunun düşüklüğünün dışarıdan gelen hastalar nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Toplumumuzun aile yapısı ve diğer hastalıklara göre diyabetin kabul edilebilir bir hastalık olması diyabetli bireylerin birlikte yaşadığı kişilerden aldığı desteği açıklamaktadır.

#### **4.2.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ortalamasının  $28,63 \pm 5,62$  olduğu tüm grubun %46,33'ünün düşük kabul düzeyine sahip bireylerden, %53,67'sinin ise yüksek kabul düzeyine sahip bireylerden oluştuğu, diyabetli bireylerin hastalığı kabul ölçeğinin 1. 2. ve 3. maddelerinden aldığı puan ortalamalarının, 2,65, 1,87 ve 3,46 ortalamaları ile genel ortalamanın (3,57) altında olduğu, en düşük puan ortalamasının 1,87 ile 2. maddeye, en yüksek puan ortalamasının ise 4,63 ile 8. maddeye ait olduğu saptanmıştır. Diyabetli bireylerin hastalığı kabul ölçeği maddelerinden aldığı en düşük ortalamaların, hastalığın sınırlarına uyum sağlamakta zorluk, en çok yapmayı sevilen şeylere duyulan özlem ve hastalık nedeni ile kendini işe yaramaz hissetme düşünceleri ile ilişkili maddeler olduğu belirlenmiştir (**Tablo 18–19–20–21–22**).

Felton ve arkadaşlarının (1984) kronik hastalığa sahip bireyler üzerinde psikososyal uyum ile ilgili yaptıkları çalışmada, diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyinin 28,80 olduğu saptanmıştır (39).

Goustova'nın (2006) tip 1 diyabetli bireylerde diyabetin psikososyal yükünü incelediği çalışmada, bireylerin, %37,1'inin diyabetini kabul etmediği belirlenmiştir (47).

Skinner (2004)'in yaptığı çalışmada, bireylerin %65'inin diyabeti kronik bir hastalık olarak değil geçici bir hastalık olarak gördükleri, sadece %35'inin diyabetin yaşam boyu süren bir hastalık olduğuna inandığı belirtilmiştir (108).

Kenealy'nın (2008) çalışmasında bireylerin diyabete ilişkin tutumları incelendiğinde, “diyabet olduklarına hala inanmadıklarını, diyabet olduklarını diğer kişilere söylemek istemediklerini, eğer yaşamlarındaki yiyecekler hakkında endişelenmek zorunda olmasalar hayatın daha kolay olacağı” düşüncelerinin daha fazla yoğunlukta olduğu belirtilmektedir (58).

Kenealy (2008)'nin yaptığı çalışmada Avrupa ve Polonya kökenli tip 2 diyabetli hastalarda diyabetin etkilerinin en fazla sosyal yaşam (%14–16), evde diğer kişilerle iletişim (%9,1–9,8), ilgi ve hobileri (%8,3–16,4) üzerine olduğu saptanmıştır (58).

Ockleford'un çalışmasında hastalığını kabul etmeyen tip 2 diyabetli bireylerin hastalıklarının yaşam tarzı değişikliği yapacak kadar ciddi olduğuna inanmadıkları, gerçekten hasta olduklarını düşünmedikleri belirtilmiştir (87).

Kathleen ve arkadaşlarının (2009) yaptığı kalitatif çalışmada bireyler diyabet olduklarını inkar ettiklerini itiraf etmişlerdir (57).

Literatür bilgileri ile araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Araştırma sonuçları doğrultusunda diyabetli bireylerin %53,67'sinin hastalığı kabul düzeyinin ortalamanın üzerinde olması ile birlikte, bu ortalamanın Felton ve Revenson'un diyabetli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada saptadığı hastalığı kabul düzeyi ortalamasından düşük olduğu görülmektedir. Yine araştırmada diyabetli bireylerin, %46,33 ile yarıya yakın ve azımsanmayacak bir oranda hastalığı kabul düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır, bu

bulgular doğrultusunda da araştırmanın “**H<sub>3</sub>: Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri düşüktür.**” hipotezi  **kabul** edilmiştir.

#### **4.2.3. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi**

##### **4.2.3.1. Sosyo-Demografik Faktörler**

Yapılan analiz sonuçlarında, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, birlikte yaşadığı kişilerin desteğine göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı; eğitim düzeyi ve gelir durumuna göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyine göre farkın ortaöğretime sahip grubun hastalığı kabul düzeyinin yüksek ( $30,36 \pm 4,55$ ) olmasından, gelir durumuna göre farkın ise kötü gelire sahip bireylerin hastalığı kabul düzeyinin düşük ( $26,86 \pm 5,97$ ) olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (**Tablo 23**).

Zalewska ve arkadaşlarının (2007) psöriazisli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada yaşın hastalığı kabul üzerine etkisi saptanmamıştır (137). Keogh ve Feehally (1999)’nin renal replasman tedavisi alan bireylerin hastalığı kabulünü incelediği çalışmada ise, hastalığı kabul düzeyi ile yaş arasında anlamlı düzeyde ve zayıf bir ilişki bulunmuştur (59).

Zalewska ve arkadaşlarının (2007) psöriazisli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada cinsiyetin hastalığı kabul üzerine etkisi saptanmamıştır (137). Pucheu ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada ise kadın diyabetli bireylerin diyabetlerini daha fazla oranda sıkıntılı algıladıkları saptanmıştır (93). Keogh ve Feehally (1999)’nin yaptığı çalışmada cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır (59).



Keogh ve Feehally (1999)'nin yaptığı çalışmada hastalığı kabul ile evli olma ile arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Boşanmış ya da dul bireylerin hastalığı kabul ortalaması düşük bulunmuştur fakat istatistiksel düzeyde anlamlı çıkmamıştır (59).

Keogh ve Feehally (1999)'nin yaptığı çalışmada çalışma durumu ile hastalığı kabul düzeyi karşılaştırıldığında çalışan grubun hastalığı kabul düzeyinin ev hanımı, emekli ya da çalışmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu saptanmıştır (59).

Majchrzak ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerde hastalığı kabul ile sosyo-demografik faktörler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (72).

Pibernik-Okanovic ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmada sosyo-demografik değişkenler ile hastalığa ilişkin negatif duygular ve pozitif baş etme becerileri arasında ilişki bulunmamakla birlikte, eğitim düzeyi yüksek olan ve aile desteği fazla olan bireylerin daha iyi baş etme becerileri algıladıkları saptanmıştır (90).

Araştırmadan elde edilen bulgular literatüre uygunluk göstermekte olup, bu bilgiler ve bulgular doğrultusunda araştırmanın,

“**H<sub>4a</sub>**: Diyabetli bireylerin yaşı hastalığı kabul düzeyini etkiler.

H<sub>4b</sub>: Diyabetli bireylerin cinsiyeti hastalığı kabul düzeyini etkiler.

H<sub>4c</sub>: Diyabetli bireylerin medeni durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.

H<sub>4e</sub>: Diyabetli bireylerin çalışma durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.

H<sub>4g</sub>: Diyabetli bireylerin birlikte yaşadığı kişiler hastalığı kabul düzeyini etkiler.

H<sub>4h</sub>: Diyabetli bireylerin birlikte yaşadığı kişilerin desteği hastalığı kabul düzeyini etkiler.” hipotezleri reddedilmiş,

“**H<sub>4d</sub>**: **Diyabetli bireylerin eğitim durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.**

**H<sub>4f</sub>**: **Diyabetli bireylerin gelir durumu hastalığı kabul düzeyini etkiler.”**

hipotezleri ise **kabul** edilmiştir.

#### 4.2.3.2. Diyabete İlişkin Faktörler

Yapılan analiz sonuçlarında, ailede-yakınında diyabet varlığı, diyabet tedavisi, diyabet eğitime göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı; diyabet yılı, kronik hastalık varlığı ve diyabet eğitiminin katkısına göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Ailede hastalık varlığının bireylerin hastalığı kabulleri üzerine etkisi olduğu beklentisine rağmen anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Oysa uzun süre aynı hastalığın ailede bulunması önceki deneyimleri arttırması nedeniyle hastalığı kabulü olumlu yönde etkileyeceği düşünüldüğü için ilişki beklendiktir ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Zalewska ve arkadaşlarının (2007) psöriazisli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada hastalığı kabul düzeyi ile psöriazise ilişkin aile öyküsünün hastalığı kabul üzerine etkisi saptanmamıştır (137).

Yine hastalığın tedavisi, insülin ya da OAH kullanmanın hastalığı kabul üzerine etkili olabileceği düşünülmüş ancak anlamlı fark çıkmamıştır. Majchrzak ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerde hastalığı kabul ile tedavinin tipi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (72).

Diyabet eğitimi alan grupta bu eğitimin katkısının olmadığını düşünen grubun, eğitimin katkısının olduğunu düşünen gruba göre hastalığı kabul düzeyinin düşük bulunmuştur. Taton ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada eğitim öncesi bilgi düzeyi ile motivasyon düzeyi arasında ilişki saptanmazken, psikolojik öğeleri de içeren eğitim sonrasında bilgi düzeyinde anlamlı derecede artış saptanmıştır. Psikolojik temelli eğitim programlarının motivasyonu ve hastalığı kabulü anlamlı düzeyde yükseltici etkisi olduğu görülmüştür (115).

Diyabet yılına göre bireylerin hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde hastalığı kabul düzeyi düşük olan grubun %60'nın yeni tanıli bireylerden oluştuğu, yeni tanıli tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyinin (27,39) eski tanıli diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyine (29,88) göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

Skinner (2004)'in yaptığı çalışmada, yeni tanıli diyabetli bireylerin sadece %64'ünün diyabetin yaşam boyu süren bir hastalık olduğuna inandığı belirtilmektedir (108). Garay-Sevilla ve arkadaşlarının (1998) tip 2 diyabetli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, yeni tanıli bireylerin hastalığı inkarlarının yüksek olduğu saptanmıştır (44).

Covinhas ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada yeni tanıli bireylerin diyabet yönetiminde zorlandıkları ve HbA1c düzeyleri ile baş etme mekanizmaları arasında yüksek ilişki bulunduğu saptanmıştır. Yeni tanıli bireylerin kan şekeri izlemi yapmaktan kaçındıkları saptanmış ve HbA1c düzeyi ile hastalığı inkar arasında ilişki olduğu bulunmuştur (17).

Başka bir kronik hastalığın varlığına göre hastalığı kabul düzeyi incelendiğinde başka bir kronik hastalığı olan grubun hastalığı kabul düzeyinin (27,26±6,21), olmayan gruba (30,06±4,52) göre düşük olduğu saptanmıştır. Beklendiği üzere ek bir kronik durumun eklenmesi hastalıkla baş etmede ek sorunlara neden olacağı düşünüldüğü gibi başka kronik hastalığı olan grubun kabul düzeyi anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır.

Literatürde demografik ve hastalığa ilişkin değişkenlerle hastalığı kabul düzeyi arasında ilişkiyi inceleyen yeterli veri bulunmamaktadır. Araştırmadan elde edilen bu bulgular sonucunda araştırmanın,

**H<sub>5b</sub>:** Diyabetli bireylerin diyabete yönelik aldıkları tedavinin tipi hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5c</sub>:** Diyabetli bireylerin sürekli diyabet eğitimi almaları hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5e</sub>:** Diyabetli bireylerin ailesinde-yakınında diyabetli birey olması hastalığı kabul düzeyini etkiler.” hipotezleri reddedilmiş,

**“H<sub>5a</sub>:** Diyabetli bireylerin diyabet yılı hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5d</sub>:** Diyabetli bireylerin aldıkları diyabet eğitiminin katkısına ilişkin algıları hastalığı kabul düzeyini etkiler.

**H<sub>5f</sub>:** Diyabetli bireylerin başka kronik hastalığının olması hastalığı kabul düzeyini etkiler.” hipotezleri ise kabul edilmiştir.

#### **4.2.3.3. Kişisel Kaynaklar ve Metabolik Parametreler**

Yapılan analizler sonucunda Tip 2 diyabetli bireylerin yaşam yönelimi puan ortalamasının 22,06 çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamasının 68,12 öz-yeterlik-etkililik puan ortalamasının 87,37 olduğu saptanmıştır. Hastalığı kabul düzeyi düşük olan grubun yaşam yönelimi puanlarının, çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının ve öz yeterlik puanlarının, hastalığı kabul düzeyi yüksek olan gruba göre düşük olduğu saptanmıştır. Hastalığı kabul düzeyi ile yaşam yönelimi (0,46), sosyal destek (0,19) ve alt boyutları (0,19; 0,15; 0,15) öz yeterlik (0,32) ve alt boyutları (0,30; 0,29;0,29;0,25) arasında anlamlı ve pozitif yönde korelasyonel bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyindeki değişmelerin %23’ünün yaşam yönelimi ve öz yeterlikten kaynaklanabileceği, bununla birlikte hastalığı kabul üzerine en güçlü belirleyicinin %21’lik oranda yaşam yönelimi olduğu saptanmıştır (**Tablo 25–26–27**).

Zalewska ve arkadaşlarının (2007) psöriazisli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada hastalığı kabul düzeyi yüksek ve düşük olan bireylerin kişisel kaynakları (öz yeterlik, yaşam yönelimi) arasında fark saptanmıştır. Düşük kabul düzeyinde olan bireylerin sıklıkla düşük düzey iyimserliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Hastalığı kabul düzeyi ile

iyimserlik arasında pozitif korelasyon ( $r=0,37$ ) saptanmıştır. Psoriazisli bireylerde yüksek düzey yaşam yöneliminin yüksek düzey hastalığı kabul sağladığı belirlenmiştir (137).

Misra ve Lager (2009) çalışmasında yüksek düzeyde sosyal destek sergileyen tip 2 diyabetli bireylerin yüksek düzeyde hastalığı kabul sergilediklerini bulmuşlardır. Sosyal destek ile hastalığı kabul arasında pozitif ilişki saptanmıştır, yüksek düzey sosyal desteğe sahip bireylerin hastalıklarını daha iyi kontrol ettikleri görülmüştür (77).

Griva ve arkadaşları (2000), diyabete özel öz yeterlik davranışlarının diyabet kontrolü ile pozitif yönde güçlü bir ilişki gösterdiğini belirlemiştir (74).

Nakahara ve arkadaşları (2006) tip 2 diyabetli Japonlarda yapılan bir çalışmada egzersiz ve diyeteye yönelik öz bakım davranışlarında, öz yeterlik en önemli belirleyici olarak bulunmuştur. Kontrol algısının diyabetli bireylerin yaşam kalitesi ve hastalığı kabulünde önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (82).

Tip 2 diyabetli bireylerin HbA1c, tokluk kan glikozu ve açlık kan glikozu değerlerinin hastalığı kabul düzeyi düşük olan grupta hastalığı kabul düzeyi yüksek olan gruba göre yüksek bulunduğu saptanmıştır (**Tablo 16–25**). Hastalığı kabul düzeyi ile HbA1c değeri ve açlık kan glikozu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; hastalığı kabul düzeyi ile tokluk kan glikozu (-0,24) arasında ise anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (**Tablo 25–26**).

Garay-Sevilla ve arkadaşlarının (1998) tip 2 diyabetli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada hastalığı inkar ile HbA1c düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Yine aynı çalışmada diyabet tanısının ilk beş yılı boyunca hastalığı inkar düzeyinin yüksek ve buna bağlı olarak bu bireylerin kötü metabolik kontrole sahip olduğu belirtilmektedir (44).

Covinhas ve arkadaşları (2006) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin kan şekeri izlemi yapmaktan kaçındıkları ve HbA1c ve hastalığı inkar arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (17).

Majchrzak ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada düşük ve yüksek kabul düzeyine sahip diyabetli (tip 1) bireylerde açlık kan glikozu ve HbA1c düzeyi arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yüksek kabul düzeyinin tip 1 diyabetli bireylerde metabolik kontrol üzerine pozitif etkisi olduğunu saptamışlardır. Hastalığı kabul düzeyi ile HbA1c düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0,25$ ,  $p=0.04$ ) saptanmıştır (72).

Pibernik-Okanovic ve arkadaşlarının (1996) yaptığı yeni tanıli diyabetli bireylerin emosyonel uyumu ile metabolik kontrollerinin incelendiği çalışmada, bir yıllık glisemik kontrol değerlerinin en kötü olduğu grubun diyabete ilişkin negatif duyguları olan ve baş etmesi kötü olan grupta olduğu, iyi metabolik kontrol değerlerinin ise hastalıkla baş edebileceğine ilişkin duyguları olan grupta olduğu saptanmıştır (90).

Bu bilgiler ve araştırmanın bulguları sonucunda araştırmanın,

“**H<sub>6d</sub>**: Diyabetli bireylerin HbA1c değeri ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6e</sub>**: Diyabetli bireylerin açlık kan glikoz düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.” hipotezleri reddedilmiş,

“**H<sub>6a</sub>**: Diyabetli bireylerin yaşam yönelimi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6b</sub>**: Diyabetli bireylerin sosyal destek düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6c</sub>**: Diyabetli bireylerin öz-yeterlik düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.

**H<sub>6f</sub>**: Diyabetli tokluk kan glikoz düzeyi ile hastalığı kabul düzeyi arasında ilişki vardır.” hipotezleri ise **kabul** edilmiştir.

#### **4.2.4. Diyabet Yılına Göre Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi**

Yapılan analizler sonucunda 3–6 aydır tip 2 diyabeti olan bireylerin tüm gruptan farklı olarak çalışma durumuna göre hastalığı kabul düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Çalışmayan grubun hastalığı kabul düzeyinin çalışan gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda diyabet yılına göre tip 2 diyabetli bireylerin yaşam yönelimi, algılanan sosyal destek, arkadaştan ve özel bir insandan algılanan sosyal destek, öz-yeterlik ölçeğinin davranışı başlatma ve engellerle mücadele alt boyutları açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı, aileden algılanan sosyal destek, öz yeterlik ve davranışı sürdürme ve tamamlama alt boyutları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Eski tanıli bireylerin yeni tanıli bireylere göre aileden algılanan sosyal destek, öz-yeterlik ve davranışı sürdürme ve tamamlama alt boyutlarının yeni tanıli bireylere göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre yeni tanıli tip 2 diyabetli bireylerin tüm gruptan farklı olarak hastalığı kabul düzeyi ile HbA1c değeri (-0,28) ve açlık kan glikozu (-0,28) arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (**Tablo 28–29–30–31**).

Garay-Sevilla ve arkadaşlarının (1998) tip 2 diyabetli bireyler üzerinde yaptığı çalışmada hastalığı inkar ile HbA1c düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Yine aynı çalışmada diyabet tanısının ilk beş yılı boyunca hastalığı inkar düzeyinin yüksek ve buna bağlı olarak bu bireylerin kötü metabolik kontrole sahip olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada ayrıca diyabetli bireylerin hastalığı inkar düzeyi diyabet bilgisi, geleneksel tedavi yöntemlerine inanç, sosyal destek ve algılanan stres ile ilişkili bulunmamıştır. Bu çalışmada yeni tanıli bireylerin hastalığı inkarlarının yüksek olmasının kötü glisemik

kontrol, diyabet bilgisinin yetersizliği, geleneksel tedaviye yönelik inançlar, sosyal destek düzeyleri ve algıladıkları stres ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (44).

Covinhas ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada yeni tanılı bireylerin diyabet yönetiminde zorlandıkları ve HbA1c düzeyleri ile baş etme mekanizmaları arasında yüksek ilişki bulunduğu saptanmıştır. Yeni tanılı bireylerde kan şekeri izlemi yapmaktan kaçındıkları ve HbA1c ve hastalığı inkar arasında ilişki olduğu saptanmıştır (17).

Pibernik-Okanovic ve arkadaşlarının (1996) yaptığı yeni tanılı diyabetli bireylerin emosyonel uyumu ile metabolik kontrollerinin incelendiği çalışmada, bir yıllık glisemik kontrol değerlerinin en kötü olduğu grubun diyabete ilişkin negatif duyguları olan ve baş etmesi kötü olan grupta olduğu, iyi metabolik kontrol değerlerinin ise hastalıkla baş edebileceğine ilişkin duyguları olan grupta olduğu belirtilmiştir (90).



## BÖLÜM V

### 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, genel bir sonuç değerlendirilmesi yapılmış, araştırmanın hipotezlerinin geçerliliği konusunda yargıda bulunulmuş ve sonuçlara bağlı öneriler geliştirilmiştir.

#### 5.1. Sonuç

“Hastalığı Kabul Ölçeği’nin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” konulu bu araştırma iki aşamada yürütülmüş olup birinci aşamasında Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında Amerika’da geliştirilen Acceptance of Illness Scale-Hastalığı Kabul Ölçeği’nin Türk toplumu **için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu** saptanmıştır.

Araştırmanın ölçek uygulanarak yapılan ikinci aşamasında ise örnekleme oluşturan diyabetli (tip 2) bireylerin (n=300) **çoğunluğunun hastalığı kabul düzeyi yüksek bulunurken kabul düzeyini etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenlerden tanının yeni, eğitim düzeyinin düşük, gelir durumunun kötü olmasının hastalığı kabul düzeyini düşürdüğü** görülmüştür.

Araştırma sonuçları daha ayrıntılı incelendiğinde ise aşağıdaki sonuçlar görülmektedir.

- Hastalığı Kabul Ölçeği’nin tümü için Cronbach Alpha katsayısı 0,79 olup ölçeğin iç tutarlılığının yüksek, geçerlik çalışmasında ise ölçeğin dil, içerik-kapsam ve yapı-kavram geçerliğini sınamak için yapılan analiz sonuçlarının yüksek değerde ve orijinaline yakın çıktığı saptanmıştır (**Tablo 1-2-5-6-7-8-9-10-11**).

- Hastalığı Kabul Ölçeği'nin Türk toplumundaki diyabetik bireyler için geçerliği yüksek (Kendall İyi Uyuşum Katsayısı= ,357,  $p > ,001$ ; İç Ölçüt Geçerliği  $t=22,139$ ,  $p= ,000$ ) bir araç olduğu belirlenmiştir (**Tablo 5–6**).
- Hastalığı Kabul Ölçeği'nin Türk toplumundaki diyabetik bireyler için güvenilirliği (Cronbach Alfa= 0,79; Test Tekrar Test  $r=0,71$ ,  $p= ,000$ ) yüksek bir araç olduğu belirlenmiştir (**Tablo 8–9–10–11**).
- Geçerlik-güvenirliği saptanan hastalığı kabul ölçeği ile yapılan uygulama sonucunda ise diyabetli (tip 2) bireylerin hastalığı kabul düzeyi ortalamasının  $28,63\pm 5,62$  olduğu, tüm grubun yarısından azının (%46,33) bu ortalamanın altında kaldığı yani düşük kabul düzeyine sahip olduğu yarısından çoğunun (%53,72) ise yüksek kabul düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (**Tablo 18–19**).
- Diyabetli bireylerin diyabet yılına göre kabul düzeyleri karşılaştırıldığında, yeni tanıli diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ( $27,39\pm 5,48$ ) ortalamasının altında kaldığı yani düşük olduğu belirlenmiştir. Eski tanıli diyabetli bireylerin ise hastalığı kabul düzeylerinin ise çoğunlukla ortalamanın üzerinde ( $29,88$ ) yani yüksek olduğu bulunmuştur (**Tablo 20**).
- Diyabetli bireyin eğitim durumunun ve gelir durumunun hastalığı kabul düzeyi üzerine anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük diyabetli (tip 2) bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ( $26,71\pm 5,65$ ) ve kötü gelir durumuna sahip diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ( $26,86\pm 5,97$ ) anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Yeni tanıli diyabetli bireylerde bu faktörlere ek olarak çalışma durumunun da hastalığı kabul düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği, çalışmayan diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ( $26,55\pm 5,46$ ) çalışan diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerine ( $29,35\pm 5,08$ ) göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (**Tablo 23–26**).

- Diyabetli bireyin başka kronik hastalığa sahip olmasının ve hastalığa ilişkin alınan eğitimin katkısı olduğunu düşünmenin hastalığı kabul düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. Başka bir kronik hastalığı olan diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ( $27,26\pm 6,21$ ) kronik hastalığı olmayan diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerine ( $30,06\pm 4,52$ ) göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Diyabete ilişkin aldığı eğitimin katkısı olduğunu düşünen diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ( $30,14\pm 5,85$ ), aldığı eğitimin katkısı olmadığını düşünen diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerine ( $25,25\pm 5,96$ ) göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığı kabul düzeyi ile tokluk kan glikozu arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastalığı kabul düzeyi düşük olan diyabetli bireylerin tokluk kan glikozu düzeyinin ( $202\pm 73$ ), hastalığı kabul düzeyi yüksek olan diyabetli bireylerin tokluk kan glikozu düzeyine ( $175\pm 51$ ) göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığı kabul düzeyi ile tokluk kan glikozu arasında negatif yönde çok kuvvetli olmayan bir ilişki ( $r=-0,24, ,000$ ) olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak yeni tanıli diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ile HbA1c, açlık kan glikozu ve tokluk kan glikozu değerleri arasında negatif yönde kuvvetli olmayan anlamlı bir ilişki ( $r=-0,28; -0,28; -0,33$ ) olduğu belirlenmiştir (**Tablo 24–25–26–29**).
- Hastalığı kabul düzeyi düşük olan diyabetli bireylerin kişisel kaynaklar olarak belirtilen; yaşam yönelimi ( $18,89\pm 6,81$ ), sosyal destek ( $66,27\pm 15,86$ ) ve özyeterlik düzeylerinin ( $83,32\pm 16,67$ ), hastalığı kabul düzeyi yüksek olan diyabetik bireylerin yaşam yönelimi ( $24,79\pm 5,83$ ), sosyal destek ( $69,72\pm 12,77$ ) ve özyeterlik düzeylerine ( $90,87\pm 13,41$ ) göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre hastalığı kabul düzeyi ile yaşam yönelimi, sosyal destek ve öz yeterlik arasında pozitif yönde kuvvetli olmayan anlamlı bir ilişki ( $r=0,46; 0,19; 0,32$ ) olduğu

belirlenmiştir. Yaşam yönelimi pozitif, sosyal destek ve özyeterlik düzeyi yüksek bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (**Tablo 25–26–27**).

## 5.2.Öneriler

- Bu araştırmada Amerika’da 1984 yılında Felton ve Revenson tarafından geliştirilen (Acceptance of Illness Scale) “Hastalığı Kabul Ölçeği”nin istatistiksel olarak elde edilen verilere göre Türk toplumundaki diyabetik bireyler için yüksek düzeyde geçerlik ve güvenilirliğe sahip bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varılmıştır ve ülkemizde de diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyinin ölçülmesinde kullanılması önerilmektedir. Bu bağlamda ülkemizde de diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyini ölçmek ve gerekirse kabul düzeyini yükseltmek için gereken tedavi ve psikososyal bakım girişimlerinin planlanıp düzenlenmesi için kullanılması önerilir.
- Bununla beraber ölçekler üzerindeki bilgiler süreklilik kazandıkları ve tekrarlandıkları takdirde değer kazanacakları ve ölçeklerin psikometrik özellikleri ile ilgili her çalışma tek araştırmada bitirilemeyeceği ve bu amaçla benzer çalışmaların sürdürülmesi gerektiği düşüncelerinden hareketle bu araştırmada Hastalığı Kabul Ölçeği’nin Türk toplumundaki diyabetik bireyler için geçerlik ve güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu kanıtlanmış olmasına rağmen, Hastalığı Kabul Ölçeği’nin geçerlik-güvenirliğine ilişkin ek kanıtlar elde edilebilmesi amacıyla daha büyük ve farklı örneklem gruplarında uygulanması ve tekrar sınanması önerilir.
- Hastalığı Kabul Ölçeği ile yapılan araştırmanın ikinci aşamasında tip 2 diyabetli bireylerin genel olarak %46,33’ünün hastalığı kabul düzeyinin düşük olması nedeniyle diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin geliştirilmesi önerilir.
- Yeni tanı almış, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük ve başka bir kronik hastalığı olan tip 2 diyabetli bireyler, hastalığı kabul düzeylerinin düşük olması açasından riskli grup olarak ele alınmalı ve bu risk faktörlerine sahip bireylere hastalığı kabule ilişkin özel girişimler planlanmalıdır.

- Özellikle yeni tanılı bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin düşük olması nedeniyle nedeniyle yeni tanılı bireylere yönelik tanı aşamasından itibaren hastalığı kabul düzeyini arttırmaya yönelik girişimlerin yapılması ve zaman zaman kabul düzeyi ölçülerek gerekirse bu girişimlerin tekrarlanması önerilir.
- Eğitim ve gelir düzeyi düşük diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin düşük olması nedeniyle bu gruba daha özen gösterilmesi ve kabul düzeyini yükseltecek girişimlerin geliştirilmesi önerilir.
- Başka bir kronik hastalığı olan diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin düşük olması nedeniyle diyabetten başka kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin diğer diyabetli bireylere göre daha özel desteklenmesi önerilir.
- Diyabetli bireyin hastalığı kabul düzeyi ile kişisel kaynaklar arasında pozitif korelasyon olması nedeni ile hastalığı kabul düzeyini yükseltmek için bireylerin yaşam yönelimlerinin, sosyal desteklerinin ve öz-yeterliklerinin yükseltilmesine yönelik girişimlerin yapılması önerilir.

## ÖZET

# HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİNİN TÜRK TOPLUMUNDAKİ DİYABETİK BİREYLERE UYARLANMASI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Dilek BÜYÜKKAYA BESEN

Doktora Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

TEZ YÖNETİCİSİ: Prof.Dr. Aynur ESEN

Aralık 2009, 174 sayfa

Bu çalışma, Felton ve Revenson tarafından 1984 yılında Amerika’da geliştirilen Acceptance of Illness Scale (AIS)-Hastalığı Kabul Ölçeğinin, Türk toplumundaki diyabetik (tip 2) bireylere uyarlanması, tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla metodolojik ve analitik olarak yapılmıştır. Araştırmanın birinci aşaması olan geçerlik güvenirlik çalışmasının örneklemini iki üniversite hastanesinin diyabet polikliniklerine başvuran 80 tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini ise yine aynı merkezlere başvuran eski tanılı 150, yeni tanılı 150 olmak üzere toplam 300 tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur. Araştırmanın veri toplama sürecinde **Hastalığı Kabul Ölçeği** (Acceptance of Illness Scale), **Yaşam Yönelimi Testi** (Life Orientation Test), **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği** (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS), **Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği** (Self Efficacy Scale) ile **Sosyo-Demografik ve Diyabete İlişkin Soru Formu** kullanılmıştır. Araştırma verilerin değerlendirilmesinde; geçerlik ve güvenirlik analizleri, t testi, ki-kare testi, varyans analizi, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Hastalığı Kabul Ölçeği’nin (Acceptance of Illness Scale) Türk toplumundaki diyabetik bireyler için geçerlik ve güvenirliği yüksek bulunmuştur (Cronbach Alfa=0,79;

test tekrar test  $r=0,71$ ). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ortalaması 28,63 olarak belirlenmiştir. Eski tanıli diyabetli (tip 2) bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin yeni tanıli diyabetli (tip 2) bireylerin hastalığı kabul düzeylerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=-3,920$ ;  $p=0,000$ ). Yeni tanıli diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin düşük olmasının yanı sıra genel olarak eğitim düzeyi düşük, gelir durumu kötü olan ve başka bir kronik hastalığı bulunan diyabetli bireylerin de hastalığı kabul düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ( $F=5,193$ ,  $p=0,002$ ;  $F=4,642$ ,  $p=0,010$ ;  $t=-4,460$ ,  $p=0,000$ ). Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ile yaşam yönelimi, sosyal destek düzeyi ve öz-yeterlik düzeyi arasında pozitif yönde kuvvetli olmayan anlamlı bir ilişki ( $r=0,46$ ,  $p=0,000$ ;  $r=0,19$ ,  $p=0,001$ ;  $r=0,32$ ;  $0,000$ ), tokluk kan glikozu arasında ise negatif yönde kuvvetli olmayan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=-0,24$ ,  $p=0,000$ ). Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyindeki değişmelerin %23'ünün yaşam yönelimi ve öz-yeterlikten kaynaklanabileceği, bununla birlikte hastalığı kabul üzerine en güçlü belirleyicinin %21'lik oranda yaşam yönelimi olduğu belirlenmiştir ( $R^2=0,23$ ,  $p=0,000$ ).

Çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak diyabetli (tip 2) bireylerin hastalığı kabul düzeylerini destekleyecek girişimlerin yapılması, yeni tanıli, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük, başka bir kronik hastalığı olan diyabetik (tip 2) bireylerin hastalığı kabul etmede riskli grup olduğu ve desteklenmeleri, hastalığı kabul düzeyine olumlu yönde etkisi olduğu bilinen ve bu araştırmada da belirlenen pozitif yaşam yönelimi, sosyal destek düzeyi ve öz yeterlik düzeylerinin artırılması önerilmiştir.

**Anahtar Sözcükler: Tip 2 Diyabet, Hastalığı Kabul Ölçeği, Yaşam Yönelimi, Sosyal Destek, Öz- Yeterlik**

e-mail: [dilek.buyukkaya@deu.edu.tr](mailto:dilek.buyukkaya@deu.edu.tr)



## **ABSTRACT**

### **THE ADAPTATION OF THE ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE TO THE DIABETIC PATIENTS IN TURKISH SOCIETY AND THE DETERMINATION OF THE AFFECTING FACTORS**

**PhD Thesis in Department of Internal Medical Nursing**

**Supervisor: Prof. Dr. Aynur ESEN**

**December 2009, 174 pages**

This study was conducted using methodological and analytical approaches for the adaption of the Acceptance of Illness Scale (AIS) developed in USA to the type 2 diabetic patients in the Turkish society, as well as for the determination of the illness acceptance levels of these patients and the affecting factors. The sample of the first phase of this research, the validity and reliability study, consisted of 80 type 2 diabetic patients who had applied to the diabetes polyclinics of two training hospitals. The sample of the second phase of the study included a total of 300 type 2 diabetic patients. Half of these patients had already been diagnosed, and the other half consisted of newly diagnosed patients. During the data collection process of the study the following instruments were used: **Acceptance of Illness Scale, Life Orientation Test, Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS, Self Efficacy Scale and Socio-Demographic and Diabetes Questionnaire**. Validity and reliability analyses, t test, chi-square test, analysis of variance, correlation analysis and regression analysis were used for the assessment of the study data.

The validity and reliability of Acceptance of Illness Scale in the diabetic patients in the Turkish society were found to be high (Cronbach's Alpha=0,79; test-retest r=0,71). Illness acceptance level of the type 2 diabetic patients were found as 28,63. Illness acceptance level of formerly diagnosed type 2 diabetic patients were significantly higher than that of newly diagnosed type 2 diabetic patients (t=-3,920; p=0,000). Newly

diagnosed patients' illness acceptance level was low, on the other hand, the acceptance level of the diabetic patients with low education and income status who suffer other chronic illnesses was determined to be significantly low, too ( $F=5,193$ ,  $p=0,002$ ;  $F=4,642$ ,  $p=0,010$ ;  $t=-4,460$ ,  $p=0,000$ ). A slightly positive significant relationship was determined between the acceptance of illness level of diabetic patients and their life orientation level, social support level and self-efficacy level ( $r=0,46$ ,  $p=0,000$ ;  $r=0,19$ ,  $p=0,001$ ;  $r=0,32$ ;  $0,000$ ); whereas, there was a slightly negative significant relationship between their acceptance of illness level and postprandial blood glucose ( $r=-0,24$ ,  $p=0,000$ ). It was determined that life orientation and self-efficacy could account for 23% of the changes in diabetic patients' acceptance of illness level, moreover, life orientation was found to be the strongest deterministic factor for acceptance of illness with a rate of 21% ( $R^2=0,23$ ,  $p=0,000$ ).

Based on the results of the study the following were recommended: interventions should be made in order to support illness acceptance level of type 2 diabetic patients; newly diagnosed type 2 diabetic patients with low education and income status who suffered other chronic illnesses should be deemed risky and be supported; positive life orientation, social support and self-efficacy levels, which are known to positively affect the acceptance of illness level, should be increased.

**Key Words: Type 2 Diabetes, Acceptance of Illness Scale, Life Orientation, Social Support, Self-efficacy**

**e-mail: dilek.buyukkaya@deu.edu.tr**

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Akgül A.(2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, 1. Baskı, Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara.
2. Akın D., Çil T., Tüzün Y., Gökalp D., Danış R. (2008). Tip 1 Diyabetli Hastalarda Açlık, Tokluk Kan Şekerleri ile HbA1c Arasındaki İlişki, *Dicle Tıp Dergisi*, 35(2):87-90.
3. Aksayan S, Gözüm S (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1): 9-14.
4. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği*, 1 Basım, Odak Ofset, İstanbul, 114, 169-187,246, 208-210.
5. American Diabetes Association (ADA) (2009). Standarts of medical care in diabetes.(online). <http://www.diabetes.org.2009>
6. Arda B. (1996). Hastalık Olgusunun Tarihsel Açıklanışında Önemli Bir Kavram: Etki Göçü, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 4(2): 105-112.
7. Ardıç C (2006). Diyabet Polikliniğinde İzlenen Hastalarda Kardiyovasküler Mortalite ve Morbidite Oranlarının Risk Faktörleri İle İlişisinin Değerlendirilmesi, T.C. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
8. Aydın, G. ve Tezer, E. (1991). İyimsirlik, sağlık sorunları ve akademik başarı ilişkisi, *Psikoloji Dergisi*, 7(26): 2-9.
9. Bahar, A, Sertbaş, G, Sönmez A (2006). Diabetes Mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7: 18-26.

10. Barlowa J.H., Cullena L.A., Roweb I.F. (1999) Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (#1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis 10 years duration, *Patient Education and Counseling*, 38: 195–203
11. Batkın D., Çetinkaya F. (2005). Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1): 6-12.
12. Ben-Shlomo Y, Camfield L, Warner T (2002). What Are the Determinants of Quality of Life in People With Cervical Dystonia?, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 72: 608-614.
13. Carpenter R (2005). Perceived Threat in Compliance and Adherence Research, *Nursing Inquiry*, 12(3): 192–199.
14. Carver C.S. (1997). You Want to Mcourse Coping But Your Protocol's too Long: Consider the Brief COPE, *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1): 92-100.
15. Coelho R, Amorim I, Prata J (2003). Coping Styles and Quality of Life in Patients With Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, *Psychosomatics*, 44:312-318.
16. Côté JK, Pepler C (2005). A Focus For Nursing Intervention: Realistic Acceptance or Helping Illusions? *International Journal of Nursing Practice*, 11: 39–43.
17. Covinhas A.L., Albuquerque S., Coelho-Moss E., Duarte R., Pratas S., Boavida J.M. (2006) Coping Strategies and Aic in Young Adult Patients with Difficulties in Diabetes Management, <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008)

18. Craig T.K.J., Cox A.D., Klein K. (2002). Intergenerational Transmission of Somatization Behaviour: A Study of Chronic Somatizers and Their Children, *Psychological Medicine*, 32, 805-816.
19. Cravey A.J., Washburn S.A., Gesler W.M., Arcury T.A., Skelly A.H. (2001). Developing Socio-Spatial Knowledge Networks: A Qualitative Methodology for Chronic Disease Prevention, *Social Science & Medicine*, 52:1763-1775.
20. Danoff-Burg S., Ayala J., Revenson T.A. (2000). Researcher Knows Best? Toward A Closer Match Between the Concept and Measurement of Coping, *J Health Psychol* 2000; 5; 183.
21. Decoster VS, Cummings S (2004) Coping With Type 2 Diabetes: Do Race and Gender Matter?, *Social Work in Health Care*, 40(2): 37-53.
22. Degazon CE, Parker VG (2007) Coping and Psychosocial Adaptation to Type 2 Diabetes in Older Blacks Born in the Southern US and Caribbean, *Research in Nursing & Health*, 30, 151-163.
23. Demirtaş A., Akbayrak N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi, *Anatol J Clin Investig* 3(1):10-18.
24. Dennison L., Moss-Morris R., Chalder T. (2009). A Review of Psychological Correlates of Adjustment in Patients with Multiple Sclerosis, *Clinical Psychology Review* 29: 141–153.
25. Drivsholm T., Olivarius N. F., Nielsen A. B. S., Siersma V. (2005). Symptoms, Signs And Complications in Newly Diagnosed Type 2 Diabetic Patients and Their Relationship to Glycaemia, Blood Pressure And Weight, *Diabetologia* 48: 210–214.

26. Duangdao KM, Roesch SC (2008). Coping With Diabetes in Adulthood: A Meta-Analysis, *J. Behav Med*, 31: 291-300.
27. Eppens M. C., Craig M. E., Cusumano J., Hing S., Chan F. A. K. F., Howard N. J., Slink M., Donaghue K. C. (2006). Prevalence Of Diabetes Complications İn Adolescents With Type 2 Compared With Type 1 Diabetes, *Diabetes Care*, 29(6).
28. Ercan İ, Kan İ. (2004) Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3): 211-216.
29. Erefe, İ. (edt.) (2002) Hemşirelikte Araştırma Kitabı, 1. Baskı, Odak Ofset, Ankara.
30. Eren İ, Erdi Ö. (2004) Tıp II Diabetes Mellitusta Komplikasyonların Psikiyatrik Komorbiditeye Etkisi, *3P Dergisi*, 12:209-216.
31. Eren, İ., Erdi, Ö., İkbal, Ç. (2004), Tıp 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi, *Klinik Psikiyatri*, 7, 85-94.
32. Eker D, Arkar H ve H Yıldız (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*,12(1): 17-25.
33. Erikson BS (2000) Coping With Type-2 Diabetes: the Role of Sense of Coherence Compared With Active Management, *Journal of Advanced Nursing*, 31(6):1393-1397.
34. Fadiloğlu, Ç. (2002). Diyabetin Yönetimi ve Hemşirelik. İçinde: Edit. Yılmaz C. Diyabet Hemşiresi El Kitabı. Asya Tıp Yayıncılık, İzmir, 74-121.
35. Fadiloğlu, Ç. (2004). Diyabetin Maliyeti ve Ekip Yaklaşımı, İçinde: Edit. Fadiloğlu Ç. Diyabet Hemşireliği, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 1-21.

36. Fekete E. M., Antoni M. H., Schneiderman N. (2007). Psychosocial And Behavioral Interventions For Chronic Medical Conditions, *Current Opinion in Psychiatry*, 20:152–157.
37. Felton B, Shinn M (1992). Social Integration and Social Support: Moving Social Support Beyond the Individual Level, *Journal of Community Psychology*, 20: 103-115.
38. Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. (1984). Stress And Coping in the Explanation of Psychological Adjustment Among Chronically Ill Adults, *Social Science & Medicine*, 18, 889-898.
39. Felton BJ, Revenson TS. (1984). Coping With Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 3: 343-353.
40. Figaro M. K., Elasy T., BeLue R., Speroff T., Dittus R. (2009) . Exploring Socioeconomic Variations in Diabetes Control Strategies: Impact of Outcome Expectations, *Journal of the National Medical Association*, 101(1).
41. Gafvels C, Wandell PE (2006). Coping Strategies in Men And Women With Type 2 Diabetes in Swedish Primary Care, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71: 280-289.
42. Gözüm S, Aksayan S (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği, *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi* 2(1 ): 21–34.
43. Gallant MP (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research, *Health Education & Behavior*, 30,2:170-195.

44. Garay-Sevilla M.E., Malacara J.M., Gutierrez-Roa A., Gonzalez E. (1999). Denial of Disease in Type 2 Diabetes Mellitus: Its Influence on Metabolic Control and Associated Factors, *Diabetic Medicine*, 16, 238-244.
45. Gignac M, Cott C, Badley E.M (2000). Adaptation to Chronic Illness and Disability and Its Relationship to Perceptions of Independence and Dependence, *the Journals of Gerontology*; 55B, 6; *Health & Medical Complete*, 362.
46. Gleeson-Kreig J, Bernal H, Woolley S (2002). The Role of Social Support in the Self-Management of Diabetes Mellitus Among a Hispanic Population, *Public Health Nursing*, 19, 3: 215–222.
47. Goustova E.V. (2006). Psychosocial Burden of Diabetes, Children’s Point of View, <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008)
48. Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekiz S, Çetin I (2007). Effects of the Diabetic Patients’ Perceived Social Support on Their Quality-of-Life, *Journal Clinical Nursing*, 16:1353-1360.
49. Gözüm S, Aksayan S (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(2): 9-20.
50. Griffin K.W., Rabkin J.G. (1998). Perceived Control Over Illness, Realistic Acceptance, and Psychological Adjustment in People with AIDS, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4):407-424.
51. Gurková E., Žiaková J. K. (2009). Quality of Life and Treatment Satisfaction in the Context of Diabetes Self-Management Education, *International Journal of Nursing Practice*, 15: 91–98.
52. Harris M.A., Harris B.S., Mertlich D. (2005). Brief Report: In-Home Family Therapy for Adolescents with Poorly Controlled Diabetes: Failure to Maintain



- Benefits at 6-Month Follow-Up, *Journal of Pediatric Psychology* 30(8) : 683–688.
53. Hornsten A., Sandstrom H., Lundman B. (2004) Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes, *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174–182.
54. Hough E. S., Brumitt G. A., Templin T. N. (1999). Social Support, Demands of Illness and Depression in Chronically Ill Urban Women, *Health Care for Women International*, 20:349–362.
55. Kaceovsky-Bielesz G, Lienhardt, Hagenhofer M, Kacerovsky M, Forster E, Roth R, Roden M (2009). Sex-Related Psychological Effects on Metabolic Control in Type 2 Diabetes Mellitus, *Diabetologia*, 52:781-788.
56. Karasar, N. (1999). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
57. Kathleen Figaro M, Elasy T, Belue R, Speroff T, Dittus R (2009). Exploring Socioeconomic Variations in Diabetes Control Strategies: Impact of Outcome Expectations, *Journal of the National Medical Association*, 101(1) 18-23.
58. Kenealy T, Kyle C, Simmons D (2008). Personal Impact of Type 2 Diabetes Decreased Over 5 Years: Implications for Motivating Patients, *Primary Care Diabetes*, 2:17-23.
59. Keogh A.M., Feehally J (1999). A Quantitative Study Comparing Adjustment and Acceptance of Illness in Adults on Renal Replacement Therapy, *ANNA Journal*, 26(5): 471 -500.
60. Keogh E., Bond F. W., Hanmer R., Tilston J. (2005). Comparing Acceptance- And Control-Based Coping Instructions on the Cold-Pressor Pain Experiences of Healthy Men and Women, *European Journal of Pain*, 9:591–598.

61. Kessler R.C., Price R.H., Wortman C. B. (1985). Social Factors in psychopathology : Stress, Social Support, and Coping Processes, *Ann. Rev. Psychol*, 36:531-72.
62. Kılıççı Y. (1985). Kendini-Kabul Kavramı Üzerinde Bir Ölçme-Değerlendirme Denemesi, *H.Ü. Ed. Fak. Derg.*, (2): 129-140.
63. Knott J., Jenkins E., Everett J., Cavan D.A. (2006). Decade of Group Education for Newly Diagnosed Type 2 Diabetes, <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008).
64. Kralik D, Brown M, Koch T (2001). Women's Experiences of Being Diagnosed with A Long-Term Illness, *Journal of Advanced Nursing*, 33, 5:594-602.
65. Krouse (2009). Coping And Acceptance: The Greatest Challenge for Veterans with Intestinal Stomas, *Journal of Psychosomatic Research*, 66:227-233.
66. La Greca A.M., Bearman K.J, (2002). The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version: Evaluating Adolescents' Diabetes-Specific Support From Family Members University of Miam, *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 8: 665–676.
67. Lewko J, Politynska B, Kochanowicz J, Zarzycki W, Okruszko A, Sierakowska M, Jankowiak B, Gorska M, Krajewska-Kulak E, Kowalczyk K (2007). Quality of Life and Its Relationship to the Degree of Illness Acceptance in Patients with Diabetes and Peripheral Diabetic Neuropathy, *Advances in Medical Sciences*, 52(1): 144-146.
68. Livneh H, Antonak RF (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors, *Journal of Counseling &Development*, 83:12-20.

69. Loeb SJ, Penrod J, Falkenstern, Gueldner SH, Poon LW (2003). Supporting Older Adults Living With Multiple Chronic Conditions, *Western Journal of Nursing Research*, 25, 1, 8-29.
70. Luzio S., Piehlmeier W., Tovar C., Eberl S., Latzsch G., Fallbohmer E., Rumpel E., Owens D.R., Landgraf R. (2007). Results of the Pilot Study of DIADEM - A Comprehensive Disease Management Programme for Type 2 Diabetes, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76:410–417.
71. Madhu k, Sridgar GR (2001). Coping with diabetes: A Paradigm for Coping with Chronic Illness, *Diab Dev Ctries (Cited2007jul4)*; 21:103 111.
72. Majchrzak A., Pietrzykowska E., Zozulinska D., Wierusz-Wysocka B. (2006) Acceptance of Diabetes Plays an Important Role in Achieving Metabolic Goals in Type 1 Diabetic Patients, <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008)
73. Malpass A., Andrews R., Turner K.M. (2009). Patients with Type 2 Diabetes Experiences of Making Multiple Lifestyle Changes: A Qualitative Study, *Patient Education and Counseling*, 74:258–263.
74. Griva, K., Myers, L. B., Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*, 15:733–750.
75. McDowell J, Courtney M, Edwards H, Shortridge-Baggett (2005). Validation of the Australian/English Version of the Diabetes Management Self Efficacy Scale, *International Journal of Nursing Practice*, 11:177–184.
76. McDowell J.R.S. J., Mcphail K., Halyburton G., Brown M., Lindsay G. (2009). Perceptions of a Service Redesign By Adults Living with Type 2 Diabetes, *Journal of Advanced Nursing*, 65(7):1432–1441.

77. Metsch J., Tillil H., Köbberling J., Sartory, G. (1995). On the Relation Among Psychological Distress, Diabetes-Related Health Behavior, and Level of Glycosylated Hemoglobin in Type I Diabetes, *International Journal of Behavioral Medicine*; 2, 2: 104- 14.
78. Misra R., Lager J. (2008). Predictors of Quality of Life Among Adults with Type 2 Diabetes Mellitus, *Journal of Diabetes and Its Complications*, 22: 217-223.
79. Misra R., Lager J. (2009). Ethnic and Gender Differences in Psychosocial Factors, Glycemic Control and Quality of Life Among Adult Type 2 Diabetic Patients, *Journal of Diabetes and Its Complications*, 23: 54-64.
80. Miyaoka Y., Miyaoka H., Motomiya T., Kitamura S.I., Asai M. (1997). Impact of Sociodemographic and Diabetes-Related Characteristic on Depressive State Among Non-Insulin-Dependent Diabetic Patients, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51: 203-206.
81. Moser A., Van Der Bruggen H., Spreeuwenberg C., Widdershoven G. (2008). Autonomy Through Identification: A Qualitative Study of the Process of Identification Used By People With Type 2 Diabetes, *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b):209-216.
82. Moulton P. (1984). Chronic Illness, Grief and the Family, *Journal of Community Health Nursing*, 1, 2: 75-88.
83. Nakahara R., Yoshiuchi K., Kumano H., Hara Y., Suematsu H., Kuboki T. (2006). Prospective Study on Influence of Psychosocial Factors on Glycemic Control in Japanese Patients With Type 2 Diabetes, *Psychosomatics*, 47:240–246.
84. Nakara B.S., Yitzhakia G., Rosenberga R., Shlomo Vinkera S. (2007), Transition to insulin in Type 2 diabetes: family physicians' misconception of patients' fears

- contributes to existing barriers, *Journal of Diabetes and Its Complications*, 21: 220– 226.
85. Newbould J., Taylor D., Bury M. (2006). Lay-Led Self-Management in Chronic Illness: A Review of the Evidence, *Chronic Illn*, 2:249-261.
86. Nural N., Hindistan S., Gürsoy A. A., Bayrak N. (2009). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Prognozu, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(4):297-306.
87. Ockleford E., Shaw R.L., Willars J., Dixon-Woods M. (2008). Education and Self Management for People Newly Diagnosed with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study of Patients' Views, *Chronic Illness*, 4: 28-37.
88. Paddison C.A.M., Alpass F.M., Stephens C.V. (2008). Psychological Factors account for Variation in Metabolic Control and Perceived Quality of Life Among People with Type 2 Diabetes in New Zealand, *International Journal of Behavioral Medicine*, 15:180-186.
89. Peel E., Parry O., Douglas M., Lawton J. (2004). Diagnosis of Type 2 Diabetes: A Qualitative Analysis of Patients' Emotional Reactions and Views About Information Provision, *Patient Education and Counseling*, 53:269–275.
90. Peyrot M., Rubin R., Siminerio L.M. (2006). Physician and Nurse Use of Psychosocial Strategies in Diabetes Care, *Diabetes Care*, 29(6):1256-1262.
91. Pibernik-Okanovic M., Roglic G., Prasek M., Metelko Z. (1996). Emotional Adjustment and Metabolic Control in Newly Diagnosed Diabetic Persons, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 34(2): 99-105.
92. Pitakala K.H., Laakkonena M.L., Strandberga T.E., Tilvisa R.S. (2004). Positive Life Orientation as a Predictor of 10-Year Outcome in an Aged Population, *Journal of Clinical Epidemiology*, 57:409–414.

93. Pouwer F, Beekman Aartjan T.F., Lubach C., Snoek F.J. (2006). Nurses' Recognition and Registration of Depression, Anxiety and Diabetes-Specific Emotional Problems in Outpatients with Diabetes Mellitus, Patient Education and Counseling, 60: 235–240.
94. Pucheu S., Consoli S.M., Duval M., Monjot A., Skono-Manga J., Cheval L., Van Vaeck P., Altman J.J. (2006). Illness Perceptions, Initial Expectations and Final Satisfaction of Diabetics Admitted for a Week Hospitalisation. <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008)
95. Richardson A., Adner N., Nordström G. (2001). Persons with Insulin - Dependent Diabetes Mellitus: Acceptance and Coping Ability, *Journal of Advanced Nursing*, 33(6): 758-763.
96. Ridder D.D., Depla M., Severens P., Malsch M. (1997). Beliefs on Coping With Illness: A Consumer's Perspective, *Soc. Sci. Med.*, 44(5): 553-559).
97. Rubin R.R., Peyrot M. (1999). Quality of Life and Diabetes, *Diabetes Metab Res. Rev.* 15: 205–218.
98. Rush S.M. (1994). Integrating Chronic Illness into One's Life: A Phenomenological Inquiry, A Dissertation Doctor of Nursing Science, Hahn School of Nursing University of San Diego. Sacco W.P.
99. Sabone M. B. (2008). The Illness Demands of Diabetes on Couples in Botswana, *J. Fam. Nurs.*, 14:363.
100. Samuel-Hodge C.D., Watkins D.C., Rowell K.L., Hooten E.G. (2008). Coping styles, Well-Being and Self Care Behaviors Among African Americans with Type 2 Diabetes, *The Diabetes Educator*, 34(3):501-510.

101. Samuels T. A., Cohen D., Brancati F. L., C. J., Kao W. H. L. (2006). Delayed Diagnosis of Incident Type 2 Diabetes Mellitus in the ARIC Study, *Am J Manag Care*, 12: 717–724.
102. Satman İ., Karşıdağ K., Şengül A. (2002). Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristic in Turkey; Result of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP), *Diabetes Care*, 25: 1551-1556.
103. Scheier M. E., Carver C. S. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being: The Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health, *Journal of Personality* 55(2).
104. Schur H, Gamsu D.S., Barley V.M. (1999). The Young Person's Perspective on Living and Coping with Diabetes, *Journal of Health Psychology*, 4(2): 223-236.
105. Scotto C. (2005). The Lived Experience of Adherence for Patients With Heart Failure, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25: 158–163.
106. Segerstrom S.C., Taylor S.E., Kemeny M.E., Fahey J.L. (1998). Optimism is Associated with Mood, Coping and Immune Change in Response to Stress, *Journal Of Personality and Social Psychology*, 74(6): 1646-1655.
107. Simmons K.L., Smith J. A., Bobb K., Liles L.L.M. (2007). Adjustment to Colostomy: Stoma Acceptance, Stoma Care Self-Efficacy and Interpersonal Relationships, *Journal of Advanced Nursing*, 60(6):627–635.
108. Skinner T.C. (2004). Psychological Barriers, *European Journal of Endocrinology*, 151: 13-17.
109. Song S.H., Hardisty C.A. (2009). Early Onset Type 2 Diabetes Mellitus: A Harbinger For Complications In Later Years Clinical Observation From A Secondary Care Cohort, *QJM.*, 102: 799-806.

110. Stuifbergen A., Becker H., Blozis S., Beal C. (2008). Conceptualization and Development of the Acceptance of Chronic Health Conditions Scale, *Issues in Mental Health Nursing*, 29: 101-114.
111. Stuifbergen A.K., Seraphine A., Greg R. (2000). An Explanatory Model of Health Promotion and Quality of Life in Chronic Disabling Conditions, *Nurs. Res.*, 49(3):122-9.
112. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2003). Biyoistatistik, 9. Baskı, Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. Ankara.
113. Tang Y.H., Pang M.C., Chan M.F. (2006) Healthy Literacy, Complication Awareness, and Diabetic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus : A Pilot Study, <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008)
114. Taş A., Bayraktar M.Z., Erdem Ü., Sobacı G., Açikel C., Durukan A.H., Karagül S. (2006). Diyabetik Hastalarda Retinopati Gelişimine Etki Eden Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Çalışma, Türkiye'de Diyabetik Retinopati Epidemiyolojisi Araştırma Grubu, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48: 94-100.
115. Taton J., Czech A., Bernas M. (2006). Psychological Component in Diabetic Education. <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008)
116. Telford K., Kralik D., Koch T. (2006). Acceptance and Denial: Implications for People Adapting to Chronic Illness: Literatür Review. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2006.03942.x> (erişim:2007).
117. Thomas J.L., Jones G.N., Scarinci I.C., Brantley P.J. (2007). Social Support and the Association of Type 2 Diabetes and Depressive and Anxiety Disorders



- Among Low-income Adults Seen in Primary Care Clinics, *J Clin Psychol Med Settings*,14:351–359.
118. Thorne S., Paterson B., Russell C. (2003). The Structure of Everyday Self-Care Decision Making in Chronic Illness, *Qualitative Health Research*, 13(10): 1337-1352.
119. Thors Adolfsson E., Walker-Engström M-L., Smide B., Wikblad K. (2006). Patient Education in Type 2 Diabetes – A Randomized Controlled One-Year Follow-Up Study. <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp> (Erişim Tarihi 2008)
120. Treharne G.J., Lyons A.C., Booth D.A., Mason S.R., Kitas G.D. (2004). Reactions to Disability in Patients with Early Versus Established Rheumatoid Arthritis, *Scand J Rheumatol*, 33: 30–38.
121. Tuncay T., Musabak I., Gok D.E., Kutlu M. (2008). The Relations Ship Between Anxiety, Coping Strategies and Characreistics of Patients with Diabetes, *Health and Quality of Life Outcomes*, 6: 79.
122. Tükenmez M., Çekin T., Karataş C., Perçin S., Tezeren G. (2005). Diyabetik Ayakta Alt Ekstremitte Amputasyonları, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3): 100-104.
123. Tüzün M. (2004). Diabetes Mellitus, İçinde: Edit. Kabalak T., Yılmaz C., Tüzün M., Endokrinoloji El Kitabı, Üçüncü Basım, İzmir Güven Kitabevi, İzmir, 609-642.
124. Von Ah D., Kang D. H., Carpenter J. S. (2007). Stress, Optimism, and Social Support: Impact on Immune Responses in Breast Cancer, *Research in Nursing & Health*, 30:72–83.

125. Watts F., Morley C., Cohen J., (1993). Cognitive Strategies in Coping with Expedition Stres, *European Journal of Personality*, 7: 255-266.
126. Weinert C., Cudney S., Spring A. (2008). Evolution of a Conceptual Model for Adaptation to Chronic Illness, *Journal Of Nursing Scholarship*, 40(4):364–372.
127. Whittemore R., Chase B.K., Mandle C.L., Roy S.C. (2002). Lifestyle Change in Type 2 Diabetes a Process Model, *Nursing Research*, 51(1): 18-25.
128. Whittemore R., D’eramo Melkus G., Grey M. (2005). Metabolic Control, Self-Management and Psychosocial Adjustment in Women with Type 2 Diabetes, *Journal of Clinical Nursing*, 14: 195-203.
129. Whittemore R., Dixon J. (2008). Chronic Illness: The Process of Integration of Chronic Illness, *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b): 177-187.
130. Whittemore R., Roy S.C. (2002). Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis, *Nursing Science Quarterly*, 15, 4: 311-317.
131. Williams K.E., Bond M.J. (2002). The Roles of Self-Efficacy, Outcome Expectancies and Social Support in the Self-Care Behaviours of Diabetics, *Psychology, Health & Medicine*, 7(2): 127-139.
132. Wright S.J., Kirby A., (1999). Deconstructing Conceptualizations of Adjustment to Chronic Illness, *Journal of Health Psychology*, 4(2): 259-272.
133. Yamakawa M., Makimoto K. (2008). Positive Experiences of type 2 Diabetes in Japanese Patients: An Exploratory Qualitative Study, *International Journal Of Nursing Studies*, 45: 1032–1041.
134. Yanover T. (2006). Diabetes and Depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms, *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6): 523-531.
135. Yeşilbalkan Ö.U. (2001). Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin

- İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
136. Yılmaz C. (2003). İçinde: Edit. Yılmaz C. Diyabet Hemşiresinin El Kitabı, Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı, Asya Tıp Ltd., İzmir.
137. Yi J. P., Yi J. C., Vitaliano P. P., Weinger K. (2008). How Does Anger Coping Style Affect Glycemic Control in Diabetes Patients?, *International Journal of Behavioral Medicine*, 15:167–172.
138. Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J. (2007). Acceptance of Chronic Illness in Psoriasis Vulgaris Patients, *JEADV*, 21: 235-242.
139. Zhang X., Norris S.L., Gregg E.W., Beckles G. (2007). Social Support and Mortality Among Older Persons with Diabetes, *The Diabetes Educator*, 33; 273.
140. Zwierzchowska A.G., (2005). Acceptance of Chronic Disease and Mental Adjustment of Subjects Living with HIV and Patients with AIDS, *HIV AIDS Rev.*, 4(1): 7-13.

## EKLER

### EK-I HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ (ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE)

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın** puan, cümlelerin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlışı yoktur. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

- |   |                    |          |          |          |          |          |                     |
|---|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|
| 1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.                                   | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |
| 2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.                                 | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |
| 3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.                                  | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |
| 4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.               | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |
| 5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.   | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |
| 6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.   | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |
| 7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.                                 | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |
| 8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum. | <b>Tamamen</b>     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>Hiç</b>          |
|   | <b>Katılıyorum</b> |          |          |          |          |          | <b>Katılmıyorum</b> |

## EK –II YAŞAM YÖNELİMİ TESTİ (LIFE ORIENTATION TEST)

Aşağıda 12 cümle verilmiştir her cümleyi dikkatli okuyarak beşli ölçek üzerinde size uygun olan dereceyi işaretleyiniz. “Doğru” ya da “Yanlış” cevap diye bir durum söz konusu değildir. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

1. Ne olacağının önceden kestirilemediği durumlarda hep en iyi sonucu beklerim.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

2. Kolayca gevşeyip rahatlayabilirim.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

3. Bir işimin ters gitme olasılığı varsa mutlaka ters gider.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

4. Her şeyi hep iyi tarafından alırım.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

5. Geleceğim konusunda hep iyimserim.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

6. Arkadaşlarımla birlikte olmaktan hoşlanırım.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

7. Yapacak bir şeylerimin olması benim için önemlidir.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

8. İşlerin isteğim gibi yürüyeceğini nerdeyse hiç beklemem.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

9. Hiçbir şey benim istediğim yönde gelişmez.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

10. Moralim öyle kolay kolay bozulmaz.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

11. Her kötü olayda bir iyi yan bulmaya çalışırım.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

12. Başıma iyi şeylerin geleceğine pek bel bağlamam.

**Kesinlikle katılıyorum 4 3 2 1 0 Kesinlikle katılmıyorum**

### **EK-III ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

#### **(MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT- MSPSS)**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet.**

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

**Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet**

## EK –IV ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ (SELF-EFFICACY SCALE)

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

**Beni hiç tanımlamıyor (1), Beni biraz tanımlıyor (2), Kararsızım (3), Beni iyi tanımlıyor (4), Beni çok iyi tanımlıyor (5).**

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ben kendime güvenen bir insanım.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Kolaylıkla vazgeçerim.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## EK-V SOSYO-DEMOGRAFİK ve DİYABETE İLİŞKİN SORU FORMU

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| 1. Yaşınız .....  | <b>İsim:</b>   | <b>Tel:</b> |
| 2. Cinsiyetiniz   | a) Kadın<br>b) Erkek   |             |
| 3. Medeni durumunuz   | a) Evli<br>b) Bekar  |             |
| 4. Eğitim durumunuz   | d) Ortaokul mezunu<br>e) Lise mezunu<br>f) Yüksekokul/Fakülte mezunu |             |
| a) Okur- yazar değil<br>b) Okur- yazar<br>c) İlkokul mezunu   |  |             |
| 5. Çalışma durumunuz nedir?   | a) Şu anda çalışıyorum<br>b) Şu anda çalışmıyorum                    |             |
| a) İşçi<br>b) Memur<br>c) Serbest Meslek  | d) Emekli<br>e) Ev Hanımı<br>f) İşsiz                                |             |
| 6. Sosyal güvenceniz var mı?  | a) Var<br>b) Yok   |             |
| 8. Gelir durumunuz size göre nasıl?   | a) İyi<br>b) Orta<br>c) Kötü   |             |
| 9. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?.....  |  |             |
| 10. Kaç aydır/yıldır diyabet hastalığınız var? .....  |  |             |
| 11. Ailenizde ya da yakın çevrenizde diyabet hastalığı olan var mı?   | a) Var<br>b) Yok   |             |
| 12. Diyabet hastalığınıza ilişkin kullandığınız tedavi tipi (hap, insulin..) nedir?<br>.....                          |  |             |
| 13. Diyabetten başka bir kronik hastalığınız var mı?  | a) Var<br>b) Yok   |             |
| Kronik Hastalık .....   |  |             |
| 14. Üç aylık kan şekeri düzeyinizi gösteren değerinizi (HbA1c değeri) nedir?<br>.....                                 |  |             |
| 15. En son tokluk kan şekeriniz nedir? .....  |  |             |
| 16. En son açlık kan şekeriniz nedir? .....   |  |             |
| 17. Diyabetin tedavisi ve bakımına yönelik sürekli aldığınız bir eğitim var mı?                                       | a) Var<br>b) Yok   |             |
| 17. Aldığınız bu diyabet eğitiminin size katkısı ne düzeydedir?   | a) Az<br>b) Orta<br>c) Çok   |             |
| 18. Birlikte yaşadığınız kişiler diyabet hastalığınıza ilişkin (tedavi, diyet, egzersiz) size ne kadar destek oluyor? | a) Hiç<br>b) Az<br>c) Orta<br>d) Çok                                 |             |

**EK VI. HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİNİN KULLANILABİLMESİ İÇİN  
BARBARA FELTON'DAN ALINAN İZİN BELGESİ VE DİĞER ÖLÇEK  
İZİNLERİ**

55 West 125<sup>th</sup> Street – 10th Floor  
New York, New York 10027  
(212) 289-0000 Phone Number  
(212) 289-0839 Fax Number

**PATHWAYS TO  
HOUSING, INC.**

**Fax**

To: Dilek Buyukcaya Besen From: <sup>908</sup> Barbara Felton  
DU Fax: 902-324-12498 Pages: 5  
Phone: \_\_\_\_\_ Date: 12/24/07  
Re: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_

Urgent  Forward  Please Comment  Please Reply  Please Recycle

\* Comments

Hello -  
Information about permission is given at the  
bottom of the last page of this fax.  
Best wishes!

Barbara J. Felton

Confidentiality Notice: Confidential Health Information Enclosed

Protected Health Information (PHI) is personal and sensitive information related to a person's health care. It is being faxed to you after appropriate authorization from the patient or under circumstances that do not require patient authorization. You, the recipient, are obligated to maintain it in a safe, secure and confidential manner. Re-disclosure without additional patient consent or as permitted by law is prohibited. Unauthorized re-disclosure or failure to maintain confidentiality could subject you to penalties described in federal and state law.

**IMPORTANT WARNING:** This message is intended for the use of the person or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged and confidential, the disclosure of which governed by applicable law.

If you are not the intended recipient, or the employee or agent responsible to deliver it to the intended recipient, you are hereby notified that any disclosure copying or distribution of this information is **Strictly Prohibited**. If you received this message by error, please notify the sender immediately to arrange for return or destruction of these documents.

Görüntülenen Klasör: Gelen Kutusu

Oturumu Kapat

Mesaj Yaz Adresler Klasörler Seçenekler Ara Yardım Takvim

SquirrelMail

Mesaj Listesi | Sil

Önceki | Sonraki

İlet | Eklenti Olarak İlet | Yanıtla | Tümünü Yanıtla

**Konu:** Re: Yaşam Yönelimi Testi -Life Orientation Test  
**Gönderen:** "Esin TEZER" <esin@metu.edu.tr>  
**Tarih:** 13 Aralık 2007, Perşembe, 2:20 pm  
**Alıcı:** dilek.buyukkaya@deu.edu.tr  
**Öncelik:** Normal  
**Seçenekler:** Tüm Başlıkları Göster | Yazdırılabilir Şekilde Göster

Sayın Dilek Buyukkaya Besen,  
Doktora tezinizde Yaşam Yönelimi Testi'ni kullanmanıza izin verdiğimi bildirir, başarılar dilerim.  
Prof. Dr. Esin Tezer  
ODTÜ Eğitim Fakültesi  
Eğitim Bilimleri Bölümü

----- Original Message -----

From: <dilek.buyukkaya@deu.edu.tr>  
To: <esin@metu.edu.tr>  
Sent: Thursday, December 13, 2007 1:52 PM  
Subject: Yaşam Yönelimi Testi -Life Orientation Test

> Dear Dr. Esin,  
> Ben ODTÜ Eğitim Fakültesi Hemsirelik Yüksek Okulu'nda Araştırma  
> Görevlisiyim. Aynı zamanda Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç  
> Hastahıkları Hemsireliği Programı'nda doktora öğrencisiyim. "Hastalığı  
> Kabul Öncesi'nin Türk Toplumundaki Diyabetik Risklere Uyarlanması ve  
> Hastalığı Kabulleme Dorevini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı  
> doktora tezimde, eğer izin verirseniz, Türkiye'de geçerlik ve  
> güvenilirliğini sizin yapmış olduğunuz "Yaşam Yönelimi Testi- Life  
> Orientation Test" ni kullanmak istiyorum. İlginizi ve yardımınız için  
> teşekkür ederim.

> Saygılarımla  
> Aras. Hsn. Dilek BUYUKKAYA BESEN  
>

Bunu dosya olarak indir

Görüntülenen Klasör: **Gelen Kutusu**

Oturumu Kapat

Mesaj Yaz Adresler Klasörler Seçenekler Ara Yardım Takvim

SquirrelMail

Mesaj Listesi | Sil

Önceki | Sonraki

İlet | Eklenti Olarak İlet | Yanıtla | Tümünü Yanıtla

**Konu:** Re: "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"-İzin  
**Gönderen:** haluk.arkar@ege.edu.tr  
**Tarih:** 24 Aralık 2007, Pazartesi, 11:25 am  
**Alıcı:** dilek.buyukkaya@deu.edu.tr  
**Öncelik:** Normal  
**Seçenekler:** Tüm Başlıkları Göster | Yazdırılabilir Şekilde Göster

Dilek hanım,

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar.  
Haluk Arkar

Hocam Merhaba,  
> Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda Araştırma  
> görevlisiyim, aynı zamanda Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda doktora öğrencisiyim.  
"Hastalığı  
> Kabullenme Ölçeği'nin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Hastalığı  
Kabullenme Düzeyini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı  
> doktora tezimde, eğer izin verirseniz, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini sizin yapmış olduğunuz "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ni kullanmak istiyorum. İlginiz ve yardımınız için  
> teşekkür ederim.  
> Saygılarımla  
> Aras. Gör. Dilek BUYUKKAYA BEŞEN  
>  
>

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamamız, kopyalamamız, yönlendirmemiz ve kullanmamızla ilgili olarak yasal olarak ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

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

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

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for

Görüntülenen Klasör: **Gelen Kutusu****Oturumu Kapat****Mesaj Yaz Adresler Klasörler Seçenekler Ara Yardım Takvim****SquirrelMail****Mesaj Listesi | Sil****Önceki | Sonraki****İlet | Eklenti Olarak İlet | Yanıtla | Tümünü Yanıtla**

**Konu:** Re: Öz-Yeterlilik Ölçeği  
**Gönderen:** Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM <sgozum@atauni.edu.tr>  
**Tarih:** 11 Aralık 2007, Salı, 9:59 am  
**Alıcı:** dilek.buyukkaya@deu.edu.tr  
**Öncelik:** Normal  
**Seçenekler:** **Tüm Başlıkları Göster | Yazdırılabilir Şekilde Göster**

Dilek hanım,

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte gönderiyorum. İyi çalışmalar.

Sebahat Gözüm

----- Original Message -----

From: &lt;dilek.buyukkaya@deu.edu.tr&gt;

To: &lt;sgozum@atauni.edu.tr&gt;

Sent: Tuesday, December 11, 2007 9:45 AM

Subject: Öz-Yeterlilik Ölçeği

> Hocam Merhaba,  
> Ben Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulunda araştırma görevlisiyim, aynı  
> zamanda Ege Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında  
> doktora öğrencisiyim. "Hastalığı Kabullenme Ölçeğinin Türk Diyabetik  
> Bireylere Uyarlanması ve Kabullenmeyi Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"  
> başlıklı doktora tezimde, başka ölçeklerin beraberinde, eğer izin  
> verirseniz, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini sizin yapmış olduğunuz  
> Öz-Etkilik-Yeterlilik Ölçeğini de kullanmak istiyorum. İlginiz ve  
> yardımınız için şimdiden teşekkür ederim.  
> Saygılarımla  
> Araş. Gör. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN  
>  
>  
> ----- Ataturk University Central Computer Center -----  
> Bu mesaj Ataturk Üniversitesi AntiSpam Makinası ile  
> virus ve kötü içerik taramasından geçmiştir.  
>  
> \_\_\_\_\_ NOD32 2714 (20071210) Bilgi \_\_\_\_\_  
>  
> Bu mesaj NOD32 Antivirüs Sistemi tarafından kontrol edilmiştir.  
> <http://www.nod32.com.tr>  
>  
>

**Bunu dosya olarak indir****Eklentiler:**

|                                       |              |                        |              |
|---------------------------------------|--------------|------------------------|--------------|
| <b>Öz Etkilik-yeterlik ölçeği.doc</b> | <b>38 k</b>  | [ application/msword ] | <b>İndir</b> |
| <b>ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK.doc</b>      | <b>167 k</b> | [ application/msword ] | <b>İndir</b> |

**EK VII. EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU BİLİMSEL  
ETİK KURUL ONAYI**

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

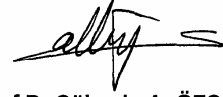
SAYI :2008-62  
KONU :Etik Kurul Başvuru Onayı hk.

Bornova /İZMİR  
28.03.2008

**HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Arş.Gör.Dilek BÜYÜKKAYA BESEN'in sorumluluğunda Nisan 2008 tarihinde başlayıp 80 diyabetli hastaya ulaşana kadar yapılması planlanan "**Hastalığı Kabullenme Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetli Bireylere Uyarlanması**" konulu araştırma 28.03.2008 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



**Prof.Dr.Süheyla A. ÖZSOY**  
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

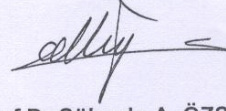
SAYI :2008- 41  
KONU :Etik Kurul Başvuru Onayı hk.

Bornova /İZMİR  
28 .03.2008

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Arş.Gör.Dilek BÜYÜKKAYA BESEN'in sorumluluğunda Haziran 2008 tarihinde başlayıp 300 diyabetli bireye ulaşana kadar yapılması planlanan "**Diyabeti Olan Bireylerin Hastalığı Kabullenme Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**" konulu araştırma 28.03.2008 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Prof.Dr.Süheyla A. ÖZSOY  
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



**EK VIII. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ İZİN  
ONAYI**

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI: B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-1764 - 14247 24.11.2008  
KONU:

**EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

**İLGİ:** 2799 sayılı ve 22.10.2008 tarihli yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden Dilek BÜYÜKKAYA BESEN'in "Diyabeti Olan Bireylerin Hastalığı Kabullenme Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu araştırmasını 24 Kasım 2008-24 Temmuz 2009 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalı Diyabet Polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

**Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER**  
Başhekim

# EK IX. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN ONAYI




## TC DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.H1.00.00 /  
KONU :

20.01.2009\*000644

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi a) 22.10.2008 tarih ve 2798 sayılı yazınız.  
b) 02.12.2008 tarih ve 11006 sayılı yazımız.  
Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencilerinden Dilek BÜYÜKKAYA BESEN'in 24 Kasım 2008- 24 Temmuz 2009 tarihleri arasında Diyabet Polikliniğimizde araştırma yapması uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. İbrahim ASTARÇIOĞLU  
Başhekim

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı / İZMİR  
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23  
e-post: [yazi.isleri@deu.edu.tr](mailto:yazi.isleri@deu.edu.tr) Elektronik ağ : [www.deu.edu.tr](http://www.deu.edu.tr)

Ayrıntılı bilgi için iritibat: Aylin ÖZ

*E. H. Y. A. S.*  
im Dahi

IZMIR

ED6

## **EK X. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İlk aşama için)**

Bu çalışma diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyini ve kabul düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler, diyabetli ve diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin kabul durumlarını belirlemek ve kabul düzeyini geliştirmek amacıyla kullanılacaktır. Sizden ilk olarak bir sayfadan oluşan, yaşınız medeni haliniz gibi soruları içeren demografik soru formunu, daha sonra da sekiz maddeden oluşan Hastalığı Kabul Ölçeğini doldurmanızı isteyeceğim. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dahil, hiç bir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama olmayacaktır. Aynı şekilde verdiğiniz yanıtlar hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksamaya neden olmayacaktır.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve almadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz, talebiniz halinde yapılan açıklamalar yazılı olarak verilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak.....numaralı telefonda araştırmacıya (Araş. Gör. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN) ulaşmanız mümkündür. **Araştırmaya katılmanız size ve / veya bağlı bulunduğunuz sağlık giderlerini karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir.** Bu formun bir örneği size de verilecektir.

Ben..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Bu araştırmaya katılmayı araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih, Hastanın Adı-Soyadı  
Soyadı

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-

İmzası

İmzası

## **EK X. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İkinci aşama için)**

Bu çalışma diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyini ve kabul düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler, diyabetli ve diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin kabul durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek ve kabul düzeyini geliştirmek amacıyla kullanılacaktır. Sizden ilk olarak bir sayfadan oluşan, yaşınız medeni haliniz gibi soruları içeren demografik soru formunu, daha sonra da sekiz maddeden oluşan Hastalığı Kabul Ölçeğini, 12 maddeden oluşan Yaşam Yönelimi Testini, 12 maddeden oluşan Sosyal Destek Ölçeğini ve 23 maddeden oluşan Öz-Yeterlik Ölçeğini doldurmanızı isteyeceğim. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dahil, hiç bir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama olmayacaktır. Aynı şekilde verdiğiniz yanıtlar hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksamaya neden olmayacaktır.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve almadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz, talebiniz halinde yapılan açıklamalar yazılı olarak verilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak.....numaralı telefonda araştırmacıya (Araş. Gör. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN) ulaşmanız mümkündür. **Araştırmaya katılmanız size ve / veya bağlı bulunduğunuz sağlık giderlerini karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir.** Bu formun bir örneği size de verilecektir.

Ben..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Bu araştırmaya katılmayı araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih, Hastanın Adı-Soyadı

İmzası

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı Soyadı

İmzası

## ÖZGEÇMİŞ

*Öğr. Gör. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN 06.07.1978 yılında Ankara'da doğdu.*

*İlk orta ve lise öğrenimini Ankara'da tamamladı.*

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1999 yılında mezun oldu.*

*1999–2002 yılları arasında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Gastroenteroloji Kliniğinde hemşire olarak çalıştı.*

*1999–2003 yılları arasında hemşire olarak görev yaparken Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimini tamamladı.*

*2002 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladı.*

*Halen Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır. Yabancı dili İngilizcedir. Evlidir.*