

T.C.
MUĞLA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**“DİYABETES MELLİTUS’DA GÖZLENEN DUYGUSAL
VE KENDİNİ DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE BU
FAKTÖRLERİN GENEL İYİLİK HALİ VE FİZİKSEL
SAĞLIKLA İLİŞKİSİ”**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
Haluk ALAN**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Cem Şafak ÇUKUR**

**MAYIS, 2008
MUĞLA**

MUĞLA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**“DİYABETES MELLİTUS’DA GÖZLENEN DUYGUSAL VE
KENDİNİ DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE BU
FAKTÖRLERİN GENEL İYİLİK HALİ VE FİZİKSEL
SAĞLIKLA İLİŞKİSİ”**

Haluk ALAN

Sosyal Bilimler Enstitüsünce

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :23.05.2008

Tezin Sözlü Savunma Tarihi :30.06.2008

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehmet ESKİN

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Tefik ALICI

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Aslan EREN

MAYIS, 2008

MUĞLA

TUTANAK

Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün/....../..... Tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim- Öğretim Yönetmeliği'nin maddesine göre, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Haluk ALAN'ın “Diyabetes Mellitus’da Gözlenen Duygusal ve Kendini Düzenleme Stratejileri İle Bu Faktörlerin Genel İyi Hali ve Fiziksel Sağlıkla İlişkisi” adlı tezini incelemiş ve aday// tarihinde saat’da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra dakikalık süre içerisinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin olduğuna ile karar verildi.

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Üye

Üye

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum; “Diyabetes Mellitus’da Gözlenen Duygusal ve Kendini Düzenleme Stratejileri İle Bu Faktörlerin Genel İyi Hali ve Fiziksel Sağlıkla İlişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

...../...../.....

Haluk ALAN

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ TEZ VERİ GİRİŞ FORMU		
YAZARIN		
Soyadı : ALAN		
Adı : Haluk	Kayıt No:	
TEZİN ADI		
Türkçe : “Diyabetes Mellitus’da Gözlenen Duygusal ve Kendini Düzenleme Stratejileri ile Bu Faktörlerin Genel İyilik Hali ve Fiziksel Sağlıkla İlişkisi”		
Y. Dil : The Patterns Of Emotional And Self-Regulation Proceses In Diyabetes Mellitus And Their Relationship With Psychological Well-Being And Physical Health		
TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans	Doktora	Sanatta Yeterlilik
X	0	0
TEZİN KABUL EDİLDİĞİ		
Üniversite	: Muğla Üniversitesi	
Fakülte	: Fen – Edebiyat Fakültesi	
Enstitü	: Sosyal Bilimler Enstitüsü	
Diğer Kuruluşlar	:	
Tarih	:	
TEZ YAYINLANMIŞSA		
Yayınlayan	:	
Basım Yeri	:	
Basım Tarihi	:	
ISBN	:	
TEZ YÖNETİCİSİNİN		
Soyadı, Adı	: ÇUKUR, Cem Şafak	
Ünvanı	: Yrd.Doç. Dr.	

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe	TEZİN SAYFA SAYISI:200
TEZİN KONUSU (KONULARI) :	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Duygular 2. Kendini Düzenleme Stratejileri 3. Diyabet Yaşam Kalitesi 	
TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Duygular 2. Kendini Düzenleme Stratejileri 3. Diyabet Yaşam Kalitesi 4. HbA1c <p>Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.</p>	
İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'ları kullanınız.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Emotion 2. Self- Regulation Strategies 3. Diabetes Mellitus 4. HbA1c <p>Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tezinden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum. 2. Tezinden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir. 3. Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir. 	<p>O</p> <p>O</p> <p>X</p>
Yazarın İmzası:	30.06.2008

ÖZET

“DİYABETES MELLİTUS’DA GÖZLENEN DUYGUSAL VE KENDİNİ DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE BU FAKTÖRLERİN GENEL İYİLİK HALI VE FİZİKSEL SAĞLIKLA İLİŞKİSİ”

ALAN, Haluk

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Cem Şafak ÇUKUR

Mayıs, 2008

Diyabetes Mellitus, toplumda yaygın olarak görülen, fiziksel bozukluklara, yeti yitimi ve ölümlere neden olabilen kronik metabolik bir hastalıktır. Kronikliği ve kan şeker miktarının düzensizliklerine bağlı olarak gelişen yeni bozuklukları ve uyum sorunları nedeniyle, kişileri duygusal, cinsel ve sosyal sorunlar ve genel yaşam kalitesi açısından da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda hastalığın fiziksel boyutuna odaklanan çalışmaların yanı sıra; Diyabetin psikiyatrik ve psikolojik boyutlarına odaklanan çalışma sayısında da bir artış gözlenmektedir. Ancak bu çalışmalarda ağırlıklı bir şekilde hastaların demografik yapıları, hastalığın özellikleri ve psikiyatrik rahatsızlıklar ön plana çıkmaktadır. Şimdiki çalışmada, hastalık süresince yaşanan duygusal deneyimler ve tedavinin temel ilkeleri doğrultusunda kendini düzenleme yöntemleri incelenerek daha sistematik ve bütünsel bir yaklaşım hedeflenmiştir.

Çalışmanın katılımcıları Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Diyabet Merkezi, Denizli Devlet Hastanesi ve Diyabet Vakfı Denizli şubesine kayıtlı D.M. tanısı almış, tedavisi devam etmekte olan 127 erişkinden oluşmaktadır. DM hastaları içersinde %18’i Tip 1 ve % 78’i Tip 2 olarak tanı almıştır. DM hastalarının “Fiziksel

İyilik Hali”, DM teşhisinde ve hastaların kan şekeri kontrolünü değerlendirmede yaygın olarak kullanılan HbA1c değerleri ve diyabet yaşam kalitesi ölçeği aracılığıyla sağlanmıştır. Katılımcıların duygusal deneyimleri “Derogatis Duyuş Denge Ölçeği (DABS)” ve kendine düzenleme stratejileri ise sağlık sorunları ile baş etme sürecinde hangi tür yöntemlere başvurduklarını ölçmek için geliştirilen “Kendini Düzenleme Ölçeği” aracılığıyla belirlenmiştir.

Duygular ile HbA1c düzeyini incelemek için yapılan korelasyon sonuçları; hem genel olumlu duyuş ile hem de olumlu duyusun alt boyutlarıyla (mutluluk, hoşnutluk, dinçlik ve şefkat) ile HbA1c arasında negatif yönde ilişkiler gözlenmiştir. Öbür taraftan, HbA1c ile hem genel olumsuz duyuş ve hem de ilgili alt boyutlarıyla (depresyon, kaygı, suçluluk ve saldırganlık) pozitif yönde ilişkilidir. Kendini düzenleme stratejilerinin HbA1c ile duygusal deneyimler arasındaki ilişkileri hangi yönde farklılaştırdığını incelemek için yapılan sıralı regresyon analizleri sonuçları kendilik düzenleme stratejilerini önemli bir faktör olarak ortaya çıkarmıştır. DM hastalarının HbA1c düzeylerinden bağımsız olarak kullandıkları kendini düzenleme stratejilerinin hem olumlu hem de olumsuz duygu deneyimlerini farklılaştırdığını ortaya koymuştur. Özellikle, duygularını paylaşma benlik düzenleme stratejisi yaşanan olumsuz duyguları azaltırken; sorumluluğu kendi üzerine alma olumsuz duygu deneyimini artırdığı gözlenmiştir. Çalışmada çıkan bulgular ilgili literatür ve bu alanda yapılan psikiyatrik çalışmalar bağlamında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler:Diyabetes Mellitus, Duygular, Kendini Düzenleme, Yaşam Kalitesi, HbA1c

ABSTRACT**THE PATTERNS OF EMOTIONAL AND SELF-REGULATION PROCESSES IN
DIYABETES MELLITUS AND THEIR RELATIONSHIP WITH
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND PHYSICAL HEALTH**

ALAN, Haluk

M.S. Thesis

Supervisor: Assistant Professor Dr. Cem Şafak ÇUKUR

MAY, 2008

Diabetes mellitus (DM) that can cause psychical failures, mental skill dysfunction, and dead is chronic and metabolic disease and widely appear in society. Its chronic nature and instability in blood sugar levels with risk having newly developed physical complications could affect the life individuals with DM negatively such as emotional, sexual problems, and lessening life quality. In this context, there is increasing interest in psychological dimensions of DM along with physical aspects of DM. Nevertheless, these studies generally have focused on demographic characteristics of the patients and the disease, and the associated psychiatric problems. The current study was aimed to examine the psychological aspects of the illness in more systematic and holistic perspectives by focusing on the patterns of emotional life of the patients and their self-regulation strategies.

Participants of this study included a total of 127 adults who diagnosed with D.M. and continue their treatment in State Hospital of Denizli and Diabetes Foundation of Denizli. In this group, 18 % was diagnosed as Type 1 and the rest was (%78) as Type 2. The physical health was measured through HbA1c rate that considered as standard and reliable measure to determine DM progress as well as diabetic quality of life scale. The Derogatis Affect Balance Scale was applied to

measure the emotional life of patients and Self-Regulation Scale that specially developed to measure the dealing strategies for chronic illness were used to assess the self-regulation strategies of the patients.

The correlations between HbA1c levels and emotions have showed that both overall positive affect and specific emotions (joy, contentment, vigor and affection) were negatively related to HbA1c levels. On the other hand, the reverse patterns of correlations were found between overall negative affect and specific emotions (anxiety, depression, guilt, and hostility) with HbA1c levels. The hierarchical regression analyses that conducted to investigate whether self-regulation strategies affect the relationships between HbA1c levels and emotional experiences have showed that the self-regulations strategies were related to emotional experiences of participants along with HbA1C levels. Especially, while expressing of feelings strategy of self-regulation was related to decreased negative emotional experience; assertiveness was related to increased negative emotional affect. The findings of current research were discussed according to the related literature of emotion and psychiatric study findings.

Key Words:Diabetes Mellitus, Emotional Experience, Self- regulation, Quality of life, HbA1c.

TEŞEKKÜR

Bu tez diğerleri gibi yoğun bir çalışmanın, istikrarın, uzun soluklu sabrın ve elbette bir emeğin ürünüdür. Söz konusu emeğin bir kimlik kazanmasında pek çok kişinin katkısı olmuştur. Öncelikle, akademik bilgilerini ve kıymetli zamanını daima içten ve etik bir anlayışla bizlerle paylaşan, tezin hazırlık aşamasından, kaynakçasına kadar her bölümünde önemli katkıları olan tez danışmanım ve hocam sayın Yrd. Doç.Dr. Cem şafak ÇUKUR'a, her zaman desteğini yanımda hissettiğim Psikoloji Anabilim Dalı Başkanı hocam sayın Doç.Dr.Tevfik ALICI'ya, asistanlığı süresince yakın ilgisini esirgemeyen arkadaşım sevgili Ayşe Pelin AYDEMİR'e, tezin şekillenmesinde teknik bilgilerini benimle paylaşan mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tüm bu saygın kişilerin dışında, bu yoğun mesaiyi benimle paylaşan ve her Muğla dönüşünde o muhteşem sıcaklığıyla beni karşılayan biricik kızım Serra Seylin ve eşim Dr.Tülay hanıma sabırları ve anlayışları için ayrıca teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TUTANAK.....	iii
YEMİN.....	iv
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ TEZ VERİ	
GİRİŞ FORMU.....	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
TEŞEKKÜR.....	xi
İÇİNDEKİLER.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xv
KISALTMALAR ve SEMBOLLER.....	xviii

BÖLÜM I.

Kuramsal Giriş.....	1
Sağlık, Hastalık Ve Hastalık Algılaması.....	5
Kronik Hastalıklarda Stres ve Baş Etme.....	12
Diyabetes Mellitus (DM) Şeker Hastalığı.....	16
Glikozile Hemoglobin (Hb1c)	18
Diyabetin Komplikasyonları.....	19
Duygular.....	20
Duygulara İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar.....	23
Duygu Türleri.....	28
Duyguları Ölçmenin Önemi.....	30
Kendini Düzenleme.....	31
Diyabet Hastalarında Duygular ve Kendini Düzenleme.....	34

Diyabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi.....	42
Araştırma Soruları.....	45

BÖLÜM II.

YÖNTEM.....	47
Örnekleme.....	47
Veri Toplama Araçları.....	52
Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeği (Diabetes Quality of Life Measure, DQOL).....	52
Kendini Düzenleme Ölçeği Kısa Formu (KDÖ) (Self Regulation Inventory, SRI).....	54
Derogatis Duyuş Denge Ölçeği, (Derogatis Affects Balance Scale, DABS).....	57
Fiziksel İyilik Hali.....	58
Bilgi Formu.....	59
Etik Kurul Onayı.....	60
Veri Toplama Süreci.....	60
İstatistiksel Çözümleme.....	61

BÖLÜM III

BULGULAR.....	63
Temel Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapmaları.....	63
Temel Değişkenlerin Bazı Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkları.....	65
Cinsiyete Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları.....	65
Diyabet Tipine Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları.....	66
Diyabet Süresine Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları.....	68
HbA1c Ölçümlerine Göre Ölçeklerin t-Testi Sonuçları.....	72
Komplikasyon Durumuna Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları.....	73
Temel Demografik Değişkenlerin Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkileri.....	75
HbA1c Düzeyi ve Diyabet Süresiyle Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	85

Kendini Düzenleme Stratejileri İle Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	89
Diyabet Yaşam Kalitesi ile Olumlu ve Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler.....	92
Duyguların HbA1c, Diyabet Yaşam Kalitesi ve Kendini Düzenleme Stratejileriyle İlişkileri.....	97
Olumlu Duygularda Regresyon Analiz Sonuçları.....	97
Olumsuz Duygularda Regresyon Analiz Sonuçları.....	110

BÖLÜM IV.

TARTIŞMA ve SONUÇ.....	124
KAYNAKÇA.....	141
EKLER.....	164
EK I. T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurul Başkanlığı Toplantı Tutanağı.....	164
Ek II. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	165
EK III. Araştırma Projesi Diyabetli İnsanların Yaşam Kalitesi.....	166
EK IV. Metabolik Kontrol Sonuçları.....	181
ÖZGEÇMİŞ.....	182

Tablolar Dizini

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Türkiye’de Ölüm Nedenleri (D.İ.E., 1999).....	10
Tablo-2. Katılımcılara İlişkin Bazı Sosyo-demografik Değişkenler.....	48
Tablo-3. Katılımcıların Hastalığa İlişkin Demografik Özellikleri.....	49
Tablo-4. Katılımcıların Metabolik Kontrol Sonuçları.....	52
Tablo-5. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Alfa Değerleri.....	62
Tablo- 6. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Ortalamaları.....	64
Tablo- 7. Değişkenlerin Cinsiyete Göre t-Testi Sonuçları.....	67
Tablo 8. Temel Değişkenlerin Diyabet Tipine Göre t-Testi Sonuçları.....	69
Tablo 9. Temel Değişkenlerin Diyabet Süresine Göre t-Testi Sonuçları.....	70
Tablo 10. Temel Değişkenlerin HbA1c Sonuçlarına Göre t- Testi Sonuçları.....	72
Tablo 11. Temel Değişkenlerin Komplikasyon Durumuna Göre t Testi Sonuçları ..	74
Tablo 12. Olumlu Olumsuz Duyguların Manidar Bulunan ANOVA Sonuçları.....	76
Tablo 13. Kendini Düzenleme Stratejileri Manidar ANOVA Sonuçları.....	82
Tablo 14. Diyabet Yaşam Kalitesi Manidar ANOVA Sonuçları.....	84
Tablo 15. Katılımcıların HbA1c Düzeyi ve Diyabet Süreleriyle Olumlu Olumsuz Duygular ve Denge Duyuş Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	86
Tablo 16. Katılımcıların HbA1c Düzeyi ve Diyabet Süreleriyle Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Sonuçları....	86
Tablo 17. Kendini Düzenleme Stratejileriyle Olumlu Olumsuz Duygular, Denge Duyuş ve Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyonlar.....	89
Tablo 18. Diyabet Yaşam Kalitesiyle Olumlu Olumsuz Duygular ve Denge Duyuş Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	93

Tablo 19. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Toplam Olumlu Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	98
Tablo 20. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Mutluluk Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	100
Tablo 21. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Hoşnutluk Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	104
Tablo22. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Dinçlik Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	106
Tablo 23. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Sevecenlik Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	108
Tablo 24. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Toplam Olumsuz Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	110
Tablo 25. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Kaygı Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	113
Tablo 26 HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Depresyon Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	115

Tablo 27. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Suçluluk Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	118
Tablo 28. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Saldırganlık Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	120
Tablo 29. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Denge Duyuş Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	122

Kısaltmalar Cetveli

ABD	:Ana Bilim Dalı
ADA	:American Diabetes Association
APA	:American Psychological Association
Ark.	:Arkadaşları
Akt.	:Aktaran
Bkz.	:Bakınız
Çev.	:Çeviren
DABS	: Derogatis Affects Balance Scale
DCCT	:Diabetes Control and Complications Trial Research Group
DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
DM	:DiabetesMellitus
DİE	:Devlet İstatistik Enstitüsü
DM	:DiabetesMellitus
DQOL	:Diabetes Quality of Life Measure
Ed.	:Editör
Eds.	:Editörler
HbA1c	:Glikozile Hemoglobin
M.Ö.	:Milattan Önce
SRI	:Self Regulation Invontery
UKPDS	:U. K. Prospective Diabetes Study Group
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM I¹

KURAMSAL GİRİŞ

Diyabetes Mellitus (Şeker Hastalığı, 'DM'), insülin hormonunun yokluğu, yetersizliği ya da etkisizliği nedeniyle oluşan kanda ve idrarda şeker miktarının artması ve bunlara eşlik eden belirtilerle seyreden sistemik, kronik bir metabolizma hastalığıdır (Foster, 1991; Lebowitz, 2004). Diyabet fiziksel ve kronik bir hastalık olmanın yanı sıra hasta açısından duygusal, psikolojik, sosyal ve psikoseksüel sorunların yaşanmasına da yol açan bir durumdur (Buzlu, 2002; Özkan, 1993). Mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, psikolojik stres etmenlerinin ve duygusal etkilenmelerin kan şekeri düzensizlikleriyle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Cox, 1984; Özkan, 2003). Bu yüzden tıbbi tedavisi devam ediyor olmasına rağmen kan şekeri düzeylerinde iyileşme elde edilemeyen hastalarda, psikolojik değerlendirme yapılmalıdır (Özkan, 2003).

Diyabetin tedavi ve kontrolünde temel amaç, hastalığa bağlı sonradan gelişen sorunlardan kaçınmak ve iyi bir yaşam sürdürebilmektir (Gries ve Alberti, 1987; Olgun, 2003). Bu amaca ulaşabilmek için ilk hastalık tanısı konduğu günden itibaren psikolojik yönlerinin, duygusal durumlarının ve psikososyal sorunlarının tanınması, bedensel yakınmaların yanı sıra ruhsal, duygusal ve davranışsal durumun da dikkate alınması gereklidir (Akbay, 2003). Diyabet tedavisi bakımından da ayrıcalıkları olan bir hastalıktır. Sık insülin enjeksiyonları, düzenli ilaç alımı, sık kan şekeri ölçümleri, egzersiz ve diyet planlamaları belli bir protokolü gerektirmektedir. Bu yapılandırılmış

¹ Bu tez, American Psychological Association (APA) yazım ve kaynak gösterim kuralları çerçevesinde hazırlanmıştır.

yaşam tarzı hastalar için zamanla zor bir hal almakta kişinin sağlığını, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Helz, 1990; Şengün, 1998).

Hastalık, kişinin tüm yaşam dengeleri için bir tehdit oluşturabilir. Kişinin günlük olağan yaşamında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurabilmesinde duygu, düşünce davranış ve fizyolojik tepkilerinin bir bütünsellik içinde işlev gördüğü bir gerçektir. Uzun süren ve yaşamı tehdit eden bir hastalık (DM) bu dengenin bozulmasına yol açabilir. Bütünselliği sağlayan yapı içindeki duygular bu durumdan etkilenebilirler. Duygusal yapıda yaşanan değişimlerin tanınması bu bakımdan çok önemlidir. Holmes (1986), hastanın diyabetin her safhasına uyumunda o anki sosyal yapısının, duygularının ve önceki tecrübelerinin önemli etkileri olduğunu ileri sürmektedir. Literatür incelendiğinde, diyabet üzerine yapılan hemen bütün çalışmalarda ağırlıklı bir şekilde hastaların demografik yapıları, hastalığın özellikleri ve psikiyatrik rahatsızlıkların temel alındığı görülecektir (Bahar, 2006; Eren ve ark., 2004; Glasgow ve ark.,1997; Gülseren ve ark., 2001; Jacobson ve ark., 1997; Klein ve Klein, 1998; Lloyd ve Brown, 2002; Peyrot ve Rubin, 1997; Pınar, 1995; Şengün, 1998; Topkaya, 2003). Şimdiki çalışmada, hastalık süresince yaşanan duygusal deneyimler öncelikli olarak ele alınmakta ve tedavinin temel ilkeleri doğrultusunda kendini düzenleme teknikleri incelenerek daha sistematik ve bütünsel bir yaklaşım sunulmaktadır. Her ne kadar psikopatolojik boyuttan ele alınmış olsalar da yapılan çalışmalarda metabolik kontrolün kötü olduğu hasta gruplarında depresyon ve kaygı gibi olumsuz duyguların daha sık deneyimlendiği belirtilmektedir. Bu çalışmada sadece olumsuz duygu boyutu değil, olumlu duygu boyutu da araştırmaya dahil edilmiştir. Metabolik kontrol düzeylerinin iyi

olduğu hasta gruplarındaki olumlu tutuma benzer şekilde bu çalışmada da olumlu duyguların daha sık deneyimlendiği görölmüştür (Topkaya, 2003).

1969 yılından bu yana diyabetin hastalar üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, hastanın iyilik halinin göstergesi olarak yaşam kalitesinin kabul edilebilir kriter olduğu gösterilmiştir (Cox ve ark., 1992; Eren ve ark., 2004). Yaşam kalitesi kavramı iki boyutta ele alınmaktadır. Öznel boyutunda iyilik hali, bireyin doyum ve mutluluğu ele alınırken nesnel boyutta bireyin bağımsızlığı, sosyal ilişkileri ve ölçülebilir yaşam durumları incelenmektedir (Türetgen, 2000). Konu üzerinde yapılan çalışmaların çoğunda kişinin fiziksel ve sosyal fonksiyonları, psikolojik durumu, iyilik hali ve duygulanımlarının yaşam kalitesi üzerinde etkileri olduğu gösterilmiştir (Patrick ve Erickson, 1993). Ayrıca kimi araştırmalarda tersine bulguların olduğu gösterilmişse de cinsiyet, diyabet tipi, uzun süreli metabolik kontrolün altın standardı olan HbA1c düzeyleri, hastalığa bağlı sonradan gelişen yeni bozukluklar (komplikasyon) ve hastalık süresi gibi hastalığa ilişkin bazı değişkenlerin de yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Eren ve ark., 2004; Glasgow ve ark., 1997; Hibbard ve Pope, 1983; Jacobson ve ark., 1997; Johnson ve ark., 1996; Klein ve Klein, 1998; Peyrot ve Rubin, 1997; Weinberger ve ark., 1994). Fiziksel sağlık ve genel iyilik halinin son yıllarda yaşam kalitesi başlığı altında ele alınması bilgisinden hareketle çalışmamızda bu nokta gözetilmiş ve diyabete özel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Kendini düzenleme stratejileri Türkiye bağlamında ilk kez bu çalışmayla ele alınmıştır. Aynı zamanda, diyabet hastalarında ‘kendini düzenleme ölçeğinin’ (Self-Regulation Inventory) kullanıldığı ilk çalışma olarak ayrı bir öneme sahiptir. Bu ölçek

önceleri kalp hastalıkları ve kanserli hastalarda sağlıkla ilgili baş etme davranışlarını belirlemek için kullanılmış, ancak diyabet hastaları üzerinde kullanımına yönelik herhangi bir literatür bilgisine ulaşılamamıştır (Grossarth-Maticek ve Eysenck, 1995). Önceki çalışmalar, “diyabetik kişilik” üzerinde yoğunlaşmış ve diyabet hastalarına özel kişilik yapısının olmadığı görüşü ile sonuçlanmıştır(Dunn ve Turtle, 1981; Wilkinson, 1981). Kendini düzenleme stratejileri açısından Leventhal ve Diefenbach (1991) ve Marques ve ark. (2005) çalışmaları dikkate alındığında bu konunun kişilik yapılanmaları bağlamında tekrardan ele alınmasının uygun olacağı söylenebilir.

Özetle DM, doğası gereği uzun süreli ve zorlu hastalık grubu içinde yer alır. Etkilediği organ ya da organeller ve hastalık sürecinde meydana gelen yeni bozukluklar nedeniyle DM, biyo-psiko-sosyal boyutuyla ele alınması gereken çok boyutlu bir hastalıktır. Sadece tedavi amaçları bile dikkate alınsa, diyabette “duygusal yaşantı” ve “kendini düzenleme” kavramının ne denli özel bir yere sahip olduğu anlaşılacaktır. Farklı organ ve dokularda meydana getirdiği yeni ve tedavisi zor hasarlar nedeniyle diyabet, yaşamın geri kalan bölümünün sıkıntılarla geçmesine yol açmakta, körlüğe ve organ kesilmelerine (ampütasyon) kadar giden organ kaybı ve yeti yitimleri ve hatta ölümler yaşanmaktadır. Hastalığa yakalanan kişilerde, söz konusu sorunlarla baş etmede davranışsal ve duygusal düzenlemelere gidilmesi bir zorunluluk halini almaktadır.

Bu çalışmanın temel amacını üç boyutta ele alabiliriz; öncelikli hedefimiz diyabette yaşanan duygusal süreçleri ortaya koymak, hastalıkla baş etmede ne tür kendini düzenleme stratejilerine, hangi sıklıkla başvurulduğunu saptamaktır. İkinci adımda, kullanılan kendini düzenleme stratejileri ile yaşanan duygusal yaşantılar arasındaki ilişkilerin belirlenmesine çalışılmıştır. Son olarak, elde edilen verilerin

yardımıyla, söz konusu faktörlerin fiziksel sağlık ve iyilik haliyle (yaşam kalitesi) ne tür bir ilişki ve etkileşim halinde oldukları tespit edilmiştir. Bu bağlamda, kuramsal giriş ve literatür incelemesi beş ana başlık altında tasarlanmıştır. Birinci kısımda hastaların kronik hastalıkları değerlendirme ve hastalık karşısındaki tutumlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Daha sonra DM hakkında kuramsal bilgilere yer verilmiş, diyabetin psiko-sosyal boyutu ve diyabetlilerin fiziksel ve genel iyilik halleri ve bunlara etki eden faktörler teorik bazda ele alınmıştır. Ana araştırma ölçütü olan duygulara üçüncü kısımda yer verilmiştir. Önce kuramsal açıklamalarda bulunulmuş, daha sonra olumlu-olumsuz duygu boyutları ve duyguları ölçmenin önemine değinilmiştir. Dördüncü kısımda kendini düzenleme stratejilerinden söz edilmiştir. Son olarak, DM’de yaşanan duygular ve kendini düzenleme stratejileriyle, diyabet yaşam kalitesine yer verilmiştir.

Sağlık, Hastalık ve Hastalık Algılaması

Günümüz dünyasında tıp ve teknoloji alanında yaşanan hızlı gelişmeler, insan hayatında olumlu ve olumsuz etkileriyle rol oynamaktadır. Baş döndürücü bu gelişmelerin sağlık alanında oluşturduğu etkilerden biri; insanın beklenen yaşam süresinde meydana gelen artıştır. Yaşam süresinin uzamasına ek olarak, bulaşıcı hastalıklar da kontrol altına alınmıştır. Bu olumlu gelişmelerin yanı sıra, insanlarda görülen hareketsiz (sedentary) yaşam biçimi kronik hastalık görülme oranının (insidans) artmasına yol açmıştır [Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), 1999; Güler, 2005].

Hastalıklar, organik ve fizyo-patolojik boyutlarının yanında biyolojik, sosyal, çevresel, ruhsal, psikososyal ve psikoseksüel boyutlarıyla da etkili olan çok yönlü olgulardır (Özkan, 2003). Hastalıklar, genel olarak akut ve kronik olmak üzere iki ana grupta incelenirler. Kısa süreli rahatsızlık veren akut hastalıkların belirtileri tedaviyle

düzeltilmektedir. Kronik hastalıklar ise süreğen seyirlidirler. Kronik hastalıkların meydana gelme nedenleri arasında, genetik özelliklerin ve bulaşıcı hastalık yapan ajanların da yer aldığı, çok faktörlü etkileşim söz konusudur. Kronik hastalıklar, yavaş ilerleyici özelliğe sahip, en az 3 ay ve genellikle de ömür boyu süren ve hiçbir zaman tam bir iyileşme sağlanamayan hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Kronik hastalıkların seyri sırasında hastalığa eklenen ve tablonun daha da ağırlaşmasına yol açan komplikasyonlar ayrı bir öneme sahiptir. Kronik hastalıklar arasında, hipertansiyon, DM, uzun seyirli kanser türleri, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı, astım, konjenital kalp hastalıkları v.b. yer almaktadır.

Bütüncül hastalık – sağlık modeli dikkate alındığında geleneksel sağlık anlayışının ötesinde kronik hastalığa yakalanan kişilerin hastalıklı yaşam dönemlerindeki yaşam kaliteleri diğer unsurlara oranla daha fazla dikkat çekici bulunmaktadır. DM özelinde hemen hemen bütün kronik hastalıklarda sadece hastalığın biyolojik boyutu değil, aynı zamanda psikolojik boyutunda da bozukluklar yaşanmaktadır.

Özellikle batılı toplumlarda bu tür kronik hastalık durumlarında hastaya müdahale, bir ekip tarafından yapılmaktadır. Doktor, psikolog, fizyoterapist, hemşire ve sosyal çalışmacıdan oluşan grup çoklu disiplinli bir yaklaşımla tedaviyi gerçekleştirmektedir. Ülkemizde henüz bu tür bir yaklaşım tam anlamıyla yerleşmiş değildir. Bu araştırmadan ulaşılabilecek sonuçlarla bu yöndeki olası eğilimleri güçlendirmek ve bireysel uğraş içerisinde olan çalışanlara bilimsel destek sağlamak mümkün olacaktır.

Sağlık olgusu, genel olarak Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımladığı üzere; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden

tam bir iyilik hali içinde bulunmasıdır (akt. Testa ve Simonson, 1996; WHO, 1946). Sağlığın tanımında yer alan, insanın fiziksel ve ruhsal yönleri, tıp ve sağlık bilimleri tarafından açıklanabilir olmasına karşın, “tam iyilik halini” bilinen ölçeklerle tanımlayabilmenin mümkün olmadığı ve özellikle “sosyal yönden tam iyilik hali” kavramının yeterince açıklanamadığı düşünülmektedir. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, bu düşüncelerin yeni açılımlara yol açtığı; “yaşam kalitesi” (Quality of Life, QOL), “sosyal iyilik hali”, “holistik model” gibi kavramların özellikle ön plana çıktığı görülmektedir (Bloom, 1988; Carr ve ark., 2001; Jenney ve Campbell, 1997; Testa ve Simonson, 1996).

Sağlık kavramları arasında yer alan sosyal iyilik hali; kişiler arası ilişkileri, iş ve aile hayatını merkez alan bir yaklaşım sunar. Bloom (1988) ve Witmer ve Sweeney (1992) ’in sağlıklı insanın özelliklerini ele aldıkları bütüncül yaklaşım modelinde ise; bireyin değerlilik ve kontrol duygularını yaşadığı bir çeşit “kendi kendini yönetme” (self-direction) becerisinden söz edilmektedir. Holistik modelde “kendini düzenleme”nin (self-regulation) boyutları; değerlilik hissi, kontrol hissi, gerçekçi inanış, duygusal farkındalık ve baş etme, problem çözme ve yaratıcılık, mizah anlayışı, beslenme, alıştırma, öz bakım, stres yönetimi, cinsel kimlik ve kültürel kimlikleri içerir (Myers ve ark., 2000). Kişi sağlıklı olduğu sürece bu değişkenler arasında belli bir denge (homeostasis) söz konusudur.

Tüm bu değişkenler arasındaki dengenin bireyi rahatsız eden, normal olmayan ve kendi bedeninden kaynaklanan uyarımların oluşturduğu etkiyle bozulması durumuna da hastalık adını veriyoruz. Hastalık halinde kişi bazı sorumluluklarının, bireysel ve toplumsal rollerinin yeterli düzeyde gerçekleşmesinde güçlükler yaşayabilmektedir. Bu

durum zaman zaman adına ikincil (sekonder) kazanç dediğimiz sonuçlara yol açsa da, yaşanan basit bir hastalıkta bile, kişinin günlük yaşam dengeleri bozulabilmektedir. Olağan giden yaşam dengesinin bozulması bireyde çeşitli boyutlarıyla kaygının (anksiyete) yaşanmasına yol açar (Öztürk, 2002). Son yıllarda, belli bir medikal bozukluğu tanımlamak üzere ileri sürülen ‘hastalık’ (disease) kelimesi ile “hastanın yaşadığı öznellik taşıyan yakınmalar içeren durumu” yani ‘rahatsızlığı’ (illness) birbirinden ayıran çalışmalara rastlanmaktadır (Radley, 1994). Kavramlar arasındaki bu farklılıklar, bireyleri daha iyi tanımlayabilme şansını sağladığı gibi, sağlık ve hastalığın biyo-psiko-sosyal bir olgu olduğunu da göstermektedir.

Türkiye’de hastanelere yatan hastaların üçte birinin yatış nedeni, kronik hastalıklardır. Başka bir deyişle; kronik hastalıklar Türkiye’de ölüm nedenleri arasında ilk üçte yer almaktadır (Bkz. Tablo 1). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce hazırlanan 16 Şubat 2006 tarihli ‘Kronik Hastalıklar Raporu’na göre; Ülkemizde yaklaşık 22 milyon kişi kronik hastalıkların etkisi altında yaşamakta ve kronik hastaların sayısında artış gözlenmektedir. Tablodaki veriler, 2006 yılı raporuyla karşılaştırıldığında hastalıklar nedeniyle ölüm oranlarında artma meydana geldiği, ancak hastalıklar arasındaki sıralamanın değişmediği, tüm ölümler arasında ilk iki sırada kalp-damar hastalıkları ve kanserin yer aldığı görülmektedir. Diyabetin komplikasyonları arasında yer alan kalp-damar hastalıklarının (kardiyovasküler problemler) yeni rapordaki yerinin değişmemiş olması önemlidir.

Sağlık Bakanlığı’na hazırlanan ‘Kronik Hastalıklar Raporu’nda, araştırma kapsamında ele alınan DM ile ilgili istatistiksel veriler dikkat çekicidir. Bu rapora göre, ülkemizde aileleriyle birlikte ele alındığında yaklaşık 12 milyon kişi Diyabetten

etkilenmektedir. Hem etkilediği nüfus, hem de hastalığın doğası gereği gerçekten Diyabet, yaşadığımız yüzyılın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Diyabet, bazı yayınlarda “yeni yüzyılın salgını” olarak adlandırılmaktadır (Güler, 2005). DM, kendi belirtilerinin dışında daha pek çok hastalığa yol açması nedeniyle özel öneme sahip kronik bir hastalık olarak görülmelidir. Bazı kronik hastalıklar etkiledikleri organ ya da organel ile sınırlı kalırken diyabet, yaşamsal öneme sahip organlarda yaptığı kalıcı hasarlar sonrasında organ kayıplarına ve hatta ölümlere yol açabilmektedir (Labovitz, 2004). Ölümle karşı karşıya olan kişinin günlük yaşamda kullandığı tüm mekanizmaları, gelecek planları alt üst olmakla birlikte yaşam dengesinin bozulması söz konusudur (Okyayuz, 1999).

Bütüncül hastalık - sağlık modelinin dikkate alındığı çalışmalarda, geleneksel sağlık anlayışından öte, artık daha çok yaşam biçimi ve “yaşam kalitesi” kavramlarına vurgu yapılmaktadır (Witmer, 1994). Sağlık bağlamında ele alındığında yaşam kalitesiyle anlatılmak istenen; kronik hastalıklarda ortaya çıkan hastalık belirtilerinin (semptomların) kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlamasıdır. Bir başka deyişle, sağlıkta yaşam kalitesi, iki parametrelilik halinden söz eder; bunlardan birincisi bireylerin gündelik aktivitelerini yerine getirme yeteneğini temsilen fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali, ikincisi ise; hastalık kontrolündeki etkinlikle ortaya çıkan hasta doyumudur. Bu yaklaşımlardan da anlaşılacağı üzere iyilik hali, öznel bir durumdur. Bireyin kültürel yapısı, değer yargıları, beklentileri, yaşam standartları, amaçları ve endişeleriyle ilgili öznel algılamalarının bir bütünüdür (Bottomley, 2002).

Tablo 1. Türkiye’de Ölüm Nedenleri (DİE, 1999).

Ölüm Nedenleri	Sayı	Yüzde
Kalp hastalıkları	66 851	41
Kanserler	19 106	12
Serebrovasküler hastalıklar	11 216	7
Pnömoniler	2 496	2
İshaller	961	1
Perinatal ölümler	7892	5
Kazalar ve diğer hastalıklar	40 899	25
Açıklanamayan nedenler	15 113	9
Toplam	164 534	100

Kronik hastalıklarda hastalığın yol açtığı organ hasar ya da kayıpları ve hastalığın gelecekteki durumuna ilişkin belirsizlik, yaşam kalitesinin düşmesine ve genel iyilik halinin bozulmasına neden olmaktadır (Jacobson ve ark., 1997). Genel iyilik halinin bozulmasının yanı sıra birey, doyum noktasında da gerçek bir sorunla karşı karşıyadır.

Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşadıkları problemlerle baş etme çabalarında kullanacakları duygusal düzenleme stratejilerinden biri, kendilerini ortaya koymak duygu ve gereksinimlerini ifade edebilmek yani; iletişim kurabilmektir. Yapılan pek çok araştırma, problemlerle baş başa kalan bireylerin, başkalarıyla iletişime geçerek, duygusal destek sağladıklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermektedir (Cohen ve Hoberman, 1983; Coyne, 1991; Holahan ve Moos, 1986, 1991; Lazarus,

1993; Roos ve Cohen, 1987). Taylor (1991), bu tür iletişimlerin destekleyici yapıda gerçekleşmesi durumunda, bireyin kendilik değerini koruyacağı ve kendine olan güvenini arttıracığı için yararlı olacağına dikkat çekmiştir. Ayrıca verilen destek türü de önemlidir. Stresli durumların yarattığı gereksinimler ile sağlanan sosyal destek türü arasında paralellik olduğunda desteğin olumlu etkisi daha da belirgin hale gelmektedir (Cohen ve Wills, 1985). Buradan hareketle tersi bir durumda kurulacak iletişimin arzu edilen yararı sağlayamayacağı varsayımına ulaşmak mümkündür.

Kronik hastalıkların belirtileri, doğaları gereği yıllarca süregelen bir yapı izlerler. Bu, sıkıntıların daha uzun süreli çekilmesi, bazı kayıplara tanık olunarak kaygı yaşanması ve dolayısıyla yaşanan stresin artmasına neden olur. Kronik hastalıklar, anlamlı psikolojik ayarlama gerektiren önemli psikolojik ve sosyal sonuçları taşırlar. Bir başka bakış açısıyla, ekonomik bağlamda ele alındığında kronik hastalıklar yapılan sağlık harcamaları bakımından son derece pahalıdır. Üstelik bu maliyet çoğu zaman beraberinde iyileşmeyi getirmemekte, psiko-sosyal olumsuzlukların eşlik ettiği zorlu bir yaşam süreci hastanın duygusal boyutunu da aynı şekilde etkilemektedir. Kronik hastalıkların birçoğunda gerek hastalığın doğası gereği gerekse, medikal amaçlı operasyonlar sonrasında organ kayıpları yaşanmaktadır. Organ kayıplarına zaman zaman kronik ağrı da eşlik etmekte, duygusal yaşantı kısır bir döngünün çıkmazında çekilmez bir hal almaktadır.

Fiziksel hastalığı olan bireylere psikolojik yaklaşım sunulması onları sadece bir organ hastalığından ibaret görmeme düşüncesinden kaynaklanır. Oysa uzmanlaşmakta ve birçok alt gruplara ayrılmakta olan tıbbın da en çok ihmal ettiği konu, hastalara karşı olan psikolojik yaklaşımdır. Bütüncül model bireye bütüncül yaklaşımı önermektedir.

Fiziksel hastalığın seyri sırasında gelişen psikolojik sorunlar, hastalığın genel seyrini, tedavisini, yol açabileceği yeni bozukluklarıyla mücadeleyi, sadece fiziksel değil, genel iyilik halini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Buna karşılık uygulanacak psikolojik tedaviler, hastalığın hemen bütün aşamalarına ve yaşam kalitesine olumlu katkılarda bulunacaktır (Özkan, 1993).

Kronik Hastalıklarda Stres ve Baş Etme

Günlük yaşanan ve bireyin hayatını çok fazla engellemeyen kısa sürede tedavi edilebilir hastalıklarda sorunun çözülebilir olması ve birçoğunda belirsizliğin hüküm sürmemesi nedeniyle, fazla bir sorun yaşanmamaktadır. Olağan ve bilinen baş etme stratejileriyle sorun çözülebilmektedir. Oysa süregen hastalık grubunda, gerçek bir engellenme ile karşılaşan hasta, olağan uyum çabalarının dışında çeşitli baş etme stratejileri bulmak ve kullanmak zorundadır (Kfir ve Slevin, 1992; Lazarus ve Launier, 1978). Bu yüzden olumlu iletişim kronik hastalıklarda daha büyük öneme sahiptir. İletişim, belirsizliğin kalkmasına, yalnızlık duygusunun ve kaygının dağılmasına, sıkıntının azalma yardımcı olur (Varni ve ark., 1992). İletişime geçmiş olmak aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu olumsuz duruma karşın, duygusal düzenlemede bulunabilmesine yardımcı da olabilir. Aynı durumdaki bir başkasının o sorunla nasıl baş ettiğini gören birey, kendisinde de benzer bir düzenlemeye gidebilir (Taylor, 1991).

Kronik hastalıklı birey, ilerleyen zamanlarda fiziksel etkinliklerinde baş gösteren yetersizlik nedeniyle kendini iyice düşkün hissetmeye başlayabilir. Hasta bu durumda gerek bireysel ve gerekse sosyal rollerinin gereğini yerine getirememenin huzursuzluğunu yaşar. Çünkü o güne kadar kullandığı ve başarı sağladığı baş etme stratejileri artık işine yaramamaktadır. Yaşanan bu durum bir kısır döngüdür.

Beklentilerini karşılayamayan hasta, çabuk kırılır, alınır, öfkelenir ve geleceğe yönelik kaygılar taşır. Birey, bu noktadan sonra artık bilişsel, duygusal, varoluşsal ve fiziksel anlamda dağılmaya ve kontrol duygusunu yitirmeye başladığını düşünür. Bu durum farklı düzeylerde çökkün duygu durum bozukluğuna yol açar. Hastalık görüntüsünün bu son şeklinde artık, içinde yoğun bir sorgulama ve yargılamanın yer aldığı belirsizlik egemendir (Kübler-Ross, 1997). Geline bu noktada kaygının daha da arttığını söylemek çok zor olmayacaktır.

Belirsizlik bazen hastalığa ilişkin yaşanan bir çelişki sonrasında ortaya çıkar. Tanıdan hastalığın olası sonuçlarına (prognosa) kadar olan süreçte belirsizliğin ortadan kalkması için harcanan çabalar; kullanılan dil, sağlık çalışanının hasta ile yanlış iletişimi ya da gerçeklerin söylenmemesi gibi nedenler çoğu kez belirsizliğin daha da artmasına yol açmaktadır (Jacobs, 2000; Mishel, 1988). Kontrol duygusunu yitirme hissi bu süreçteki en önemli kaygı nedenlerinden biridir. Belirsizlik, bireyin hastalığı algılama biçiminden etkilenebileceği gibi, hastalığın doğası ve çevresel faktörler de bu sürece etki edebilir. Hastalığın hemen her aşamasında bireyin kendine yönelttiği ama bir türlü yeterli yanıt alamadığı sorular belirsizliği arttırmaktadır. Bu yüzden hastalık algısı, belirsizliğin egemen olduğu bir ortamda daha fazla önem kazanır ve öznelliğini bütün nüanslarıyla hissettirir. Kronik hastalıklı her hangi bir birey, yaşadığı süreci bir “çıkılmaz” olarak tanımlarken, bir diğeri; bundan sonraki yaşamını, yaşam önceliklerini dikkate alarak daha anlamlı ve doyurucu bir biçimde yaşamak için bir fırsat olarak değerlendirebilir. Bir başka açıdan hastalık algısı, bireyin yaşanan bu süreçteki bilişsel değerlendirmesini ifade eder. Duygusal davranış buna göre şekillenecektir. Kendini

düzenlemeye gidilip gidilmeyeceği gidilecekse hangi stratejinin izleneceğine bu aşamadan sonra kararlaştırılır.

Kronik hastalıkların, yaşam içindeki önemli stres yapıcı faktörlerden biri olduğu ifade edilmişti. Bireyin dengesini bozan bu problemle baş edilebilmesi için önce onun tanımlanması gerekir. Biliniyor ki stres, bireyin algılama biçimiyle ilgili bir kabuldür (Lazarus ve Launier, 1978). Stresin son zamanlarda en çok kabul gören tanımlaması, Lazarus ve Folkman'ın (1984) ileri sürdüğü etkileşim teorisi (bilişsel stres ve başa çıkma kuramı) bağlamındaki tanımlamadır. Buna göre stresin tanımında iki nokta öne çıkmaktadır; bireyin huzur ya da genel iyilik haline karşı algılanan bir tehdit ve /veya kişisel kaynaklarını aşan ya da zorlayan durum. Bir başka deyişle stres, talepler ve kaynaklar arasında yaşanan dengesizlik durumudur.

Ayrıca stresin meydana getirdiği söylenen koşulların, tehlikeli ya da tehdit edici olarak algılanmasında kişilik özelliklerinin ve baş etme yeteneklerinin önemli olduğu da belirtilmiştir (Lazarus, 1976). Baş etmenin, genel olarak algılanan tehdit ya da problemi hafifletme amacına yönelik bir davranış olduğu kabul edilse de, bu bir süreçtir ve bütün stres tanımları şu dört süreci içermektedir: a- Stres kaynağı olarak tanımlanan içsel ya da dışsal bir ajan, b- Stres durumunun zihinsel ya da fizyolojik sistem tarafından değerlendirilmesi, c- Stres oluşturuca etmenlere karşı zihin tarafından oluşturulan başa çıkma süreçleri, d- Sıklıkla strese karşı bir tepki olarak tanımlanan zihinsel ve bedensel etkilerin karmaşık yapı göstermesi (Lazarus, 1993).

Folkman ve Lazarus (1986), stres ve başa çıkma stratejileri arasında sürekli bir ilişkinin olduğu düşüncesindedirler. Bu düşüncenin de ötesinde, stresin başa çıkmaya neden olduğu görüşündedirler. Bu yaklaşımı Folkman'ın (1984) başa çıkmayı

tanımlamasında da görülmektedir. Folkman (1984)'a göre başa çıkma özetle; stresli etkileşim yoluyla yaratılan içsel ve dışsal istekleri kontrol etmek ya da azaltmaya yönelik birey tarafından gösterilen bilişsel ya da davranışsal çabalar olarak tanımlanabilir. Tam bu noktada baş etme ile kendini düzenleme kavramları arasındaki paralellikler ön plana çıkmaktadır. Kendini düzenleme kavramı genel hatlarıyla, insanların normalde verdikleri tepkileri değiştirme çabası olarak ifade edilmektedir (Dale ve Baumeister, 2000). Kendini düzenleme ile birey, uyarıcı ve tepki arasındaki ilişkiyi değiştirmeye çalışmaktadır. Bu değişimleme kendini bir artış veya azalış şeklinde gösterebilir. Buna verilebilecek en iyi örneklerden biri diyet yapma örneğidir. Aç bir kişi lezzetli yiyecekleri yeme davranışına hazır halde bulunmaktadır(Çukur, 2006). Ancak, kendini düzenleme sistemi, kişinin bu tür davranışta bulunmasına karşı direnç göstermesini ve kişinin bu davranıştan çekinmesini sağlamaktadır. Özellikle Tip-II diyabetin genelde şişmanlıkla (obesity) ilişkili olduğu dikkate alınacak olursa, diyet noktasında bireyin kendini düzenleme çabalarının önemi de anlaşılmış olur.

Verilen uyarı her ne kadar kişide bazı tipik ya da otomatik tepkilere yol açsa da insanlar kendini düzenleme yöntemiyle daha farklı tepkilerde bulunabilirler (Çukur ve Şahin, 2006; Dale ve Baumeister, 2000). Bu baş etme boyutu, sağlıklı kişilerde hastalık gelişimine açık olma ve hasta kişilerde fiziksel hastalıkların ilerlemesiyle ilişkilidir. Kendini düzenleme kavramı, otonomiden, duygusal bağımsızlıktan, kişinin ihtiyaç ve amaçlarını gerçekleştirmek için yaşamını aktif olarak düzenleme yetisinden ve uygun tedavi arama davranışından bahseder (Marques ve ark., 2005).

Baş etme çabaları, bireyin davranışları ile çevresel talepler arasında bir aracıdır ve stresin bireyde meydana getirebileceği olası etkileri en aza indirmede bir tampon

görevi görmektedir. Kendini düzenleme stratejileri ya olay üzerinde doğrudan etki göstererek (problem odaklı başa çıkma) ya da duygusal tepkiler üzerinden (duygusal odaklı başa çıkma) şeklinde işlev göstermektedir (Çukur, 2006). Konu üzerinde yapılan çalışmalarda öne çıkan sonuçlara göre, probleme yönelik baş etme stratejilerinin daha uyumlu, kişiyi daha çok geliştirici; duygulara yönelik stratejilerin ise uyumsuz, savunucu ve bireysel gelişimi engelleyici olduğuna ilişkin görüşler bulunmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1986).

Diyabetes Mellitus (DM) Şeker Hastalığı

Diyabetes Mellitus, pankreasdan salgılanan insülin miktarında azalma, yokluk ya da hedef (periferik) dokuda insüline duyarsızlığa bağlı olarak meydana gelen, hiperglisemi (kan glukoz miktarının aşırı artışı) ile karakterize metabolik bir hastalıktır (Tanyeri, 2002). DM toplumda yaygın olarak görülen, önemli fiziksel rahatsızlıklara ve ölüme neden olabilen kronik bir hastalıktır. Dünya nüfusunun yaklaşık %2,1'inin diyabetli olduğu bilinmektedir. Bu oranın 2010 yılında ise %3'ün üzerine çıkacağı öngörülmektedir (Amos ve ark., 1997). Bu hastalık, cinsiyet ayrımı gözetmeksizin yaşamın her hangi bir döneminde görülebilir. Diyabetin tanımlanan iki farklı tipi vardır; bunlardan insüline bağımlı olanına Tip-I, insüline bağımlı olmayanına da Tip-II adı verilmektedir. Tip-I'de temel sorun insülin eksikliği olup, hastaların yaşamı dışarıdan verilecek insüline bağımlıdır (Labowitz, 2004). Tip-II'de ise var olan insülinin kullanılamaması söz konusudur. Tip-II, Tip-I'e göre daha sık görülür. DM tanısı alan hastaların yaklaşık % 85-90'ı Tip-II'dir (Zimmet ve ark. 1997). DM, organik- metabolik ve kronik bir hastalıktır. Kronikliği nedeniyle bu grup hastalıklarda görülen psikolojik etkilenmelerin diyabette de gözlenmesi olağandır. Ancak, kronikliği ve kan şeker

miktarının düzensizliklerine bağı olarak gelişen yeni bozukluklar (komplikasyon) diyabeti aynı zamanda duygusal, cinsel, sosyal ve ekonomik sorunlara da yol açan çok boyutlu bir hastalık haline getirmektedir.

Son yıllarda diyabetin tedavisine yönelik çalışmalarda eğilim hastaya doğru bir gelişme göstermiştir. Hasta odaklı tedavi planlarında temel hedef, yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Teknolojik gelişmelerin eşliğinde zaman içerisinde tedavi ve bakım yöntemlerinde de değişiklikler sağlanmıştır. Örneğin, evde kendi kendine kan şekerinin ölçülebilmesi bunlardan biridir. Diyabet tedavisinin dönüm noktalarından biri olan bu uygulama özellikle insülin tedavisindeki kişilere büyük kolaylıklar getirmiştir. İnsülin dozunu kendi kendilerine ayarlayabilme olanağına kavuşan hastalar tedavilerinin seyrini de izleyebilme şansına ulaşmışlardır(ADA, 1998; Goldstein ve ark., 1995). Söz konusu teknik kolaylığın olanaklarını kullanarak, aldıkları eğitimle birlikte emosyonel yapıları da uygun olduğunda bu kişiler kendilerini düzenlemeye giderek, istedik metabolik sonuçlar ve iyi bir yaşam kalitesine ulaşabileceklerdir. Zamanla bu gelişmelerin de yeterli olmadığı anlaşılmış, özellikle uzun dönemdeki komplikasyonların tanınması için metabolik sonuçların uzun süreli takibinin gerektiği ortaya çıkmıştır. Kan şekerinin takibinde yeni bir boyut olarak, glikozile hemoglobin; HbA1c kullanılmaya başlanmıştır (ADA, 1987; Diabetes Control and Complications Trial Research Group [DCCT], 1993; Marshall ve Barth, 2000). Glikozile hemoglobin (HbA1c) sonuçları, geriye yönelik 120 günlük ortalama kan şekeri düzeyini göstermektedir. Bu bakımdan, son 2-4 aylık kan şekeri takibi en doğru şekilde HbA1c sonuçlarından elde edilebilir (ADA, 2004).

Glikozile Hemoglobin (HbA1c)

Diyabetes Mellitus, akut ve kronik komplikasyonlarıyla hem yaşam süresini kısaltmakta hem de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabete bağlı komplikasyonların gelişmesi diyabet süresi ve kan şekeri kontrol derecesiyle doğrudan ilişki halindedir. DCCT (1993) ve UKPDS (1998) çalışmalarında kan şekeri takibinde HbA1c kullanılmıştır. Bu her iki çalışma diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarının gelişme riskini tahminde etkin bir şekilde HbA1c sonuçlarının kullanılabilceğini göstererek kendilerinden sonra yapılan birçok çalışmaya da öncülük etmişlerdir (ADA, 2003; Marshall ve Barth, 2000). Günümüzde diyabet hastalarının kan şekeri takibinde en yaygın kullanılan iki test, kan glukozu ve HbA1c ölçümleridir (ADA,1987). Bunlardan kan glukoz ölçümü daha çok günlük takipte özellikle insülin kullanan hastalarda tercih edilirken, diyabetik kontrolün göstergesi olarak uzun dönemde HbA1c ölçümleri daha çok kullanılmaktadır. HbA1c düzeyleri uzun süreli kan şekeri takibinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Geriye yönelik 60- 120 günlük kan şekeri düzeylerini tahmin etmede kullanılan HbA1c sonuçlarının, 2- 4 aylık peryotlarla ölçülmesinin kan şekeri takibinde yeterli olacağı ileri sürülmektedir(DeFronzo, 1998; Skyler, 1998). Glikozile hemoglobin değerine bakarak kan glukozunu tahmin etmek mümkündür. HbA1c'de %1'lik değişim kan glukoz düzeyinde ortalama 35 mg/dl düzeyinde değişime karşılık gelir (Rohlfing ve ark. 2002). HbA1c değerinin %6'dan küçük olması ideal sonuç olarak gösterilmekle birlikte, %7'ye kadar olan değerler de takip için normal olarak kabul edilmektedir. ADA (2003), tedavi hedefi olarak, HbA1c değerinin %7'nin altında tutulmasını önermekte, %8'in üstündeki kalıcı değerlerde tedavi protokolünün yeniden gözden geçirilmesini uygun görmektedir.

Diyabetin Komplikasyonları

Diyabet akut ve kronik komplikasyonlarıyla önemli bir metabolik hastalıktır. Tedavi ve takipte yaşanan sorunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlar, farklı organlarda meydana gelen olumsuz etkilenmelere ve ileri düzeyde yeti yitimi ve organ kayıplarına yol açmaktadır. Hastalığın tedavi ve takibinde önemli rol oynayan komplikasyonlardan akut tipinde, daha çok vücudun sıvı denge sistemi ve hormonal yapısında yaşamı tehdit eden sorunlar yaşanmaktadır. Bunlar oldukça hızlı mental ve fiziksel kötüleşmeye neden olmaktadır. Bu yüzden acil tedaviyi gerektirirler (Yılmaz, 2003). Kronik komplikasyonlar; diyabetik hastalarda göz (retinopati), böbrek (nefropati) ve kasların küçük damarlarını etkileyen, orta ve büyük damarlarda damar tıkanmalarına (ateroskleroz) yol açan ve sinir sisteminin anormalliklerinden (nöropati) oluşan bir dizi bozukluklardır. DCCT (1993)'nin 1441 Tip-1 diyabetli üzerinde 10 yıla varan bir çalışmasında, iyi kontrol edilen kan glikoz düzeylerinin bu tür komplikasyonların gelişme riskini azalttığı bulunmuştur. Bunun tersi de geçerlidir; kötü kontrollü diyabet hastalığında komplikasyon riskinin artmasıyla paralel giden yaşamın bir çok alanını olumsuz etkileyen düşük yaşam kalitesi söz konusudur. Komplikasyonlar sadece küçük damarlarda değil diğer orta ve büyük damarlarda da etkili olmaktadır. Başta kalp damarları olmak üzere beyin ve göz damarlarını da etkileyerek organ yitimlerine neden olmaktadır. Burada diyabetin yoğunluğu ve bu çalışmada bir değişken olarak kabul edilen, diyabet süresi de önemli rol oynamaktadır. Bir başka deyişle diyabet süresi, kronik komplikasyonların gelişimi açısından ayrı bir öneme sahiptir. Retinopati denen ve körlüğe kadar giden komplikasyonun ortaya çıkma olasılığı 10 yıllık bir sürede yaklaşık %24 artmaktadır. Aynı şekilde nöropati de çok uzun süreli ve yüksek seyirli

kan şeketine bağlı olarak gelişen önemli bir komplikasyondur (Jacobson ve ark. 1990; Yılmaz, 2003).

Yeni tanı konmuş vakalarda, ileride meydana gelebilecek olası yitimlere karşı daha şimdiden başlayan yoğun kaygılanmalar (gelecek kaygısı) görülebilmektedir. Bu durum, bireyde farklı tepkilere yol açmakta, zamanla hastalığın kabulü ve diyabetli yaşam tarzına uyum şeklinde gerçekleşebildiği gibi, tam tersi bir durumla inkarla başlayan ağır psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Diyabete özgü yaşam kalitesi ölçümlerinde bu konuya özel önem verilmektedir. Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt skalalarından ikisi; sosyal ve mesleki kaygı ile gelecek kaygısıdır (Jacobson ve ark., 1994).

Duygular

Duygu kavramı üzerinde tanımlamaya yönelik çalışmalara bakıldığında tam bir fikir birliğinden söz edilemez. Günümüzden M.Ö. yıllara Platon ve Aristoteles'e kadar uzanan zamansal perspektifte henüz ortak bir görüşle duygunun tanımını yapmak mümkün olmamıştır. Yapılan bir inceleme çalışmasında doksan iki farklı duygu tanımı ile karşılaşılmıştır (Cabanac, 2002). Bu çalışmalarda ortak olan nokta, duygu tanımlamalarının farklı boyutlardan ele alınmasından başka bir şey değildir. Her ne kadar ortak bir duygu tanımlamasıyla olağan karmaşaların önüne geçmek hedeflenmiş olsa da bu henüz gerçekleşmemiş ancak, boyutlar bakımından daha da daraltılmış bir çerçeveye ulaşılabilmektedir. Izard (1993) bir adım daha ileriye giderek; ortak bir duygu tanımı yapmanın tartışma konusu olabileceğini, bunun yerine çoğunluğun kabul edebileceği; duygunun ortak bileşenleri üzerine yoğunlaşılması gerektiğini ifade eder. Düşünürlerin fikir birliği içinde oldukları dört temel bileşenler şunlardır: 1-

Nörobiyolojik- kimyasal 2- Motor- duyuşal 3- Davranışsal- güdüşel 4- Bilişşel- öşnel. Duygu üzerene araştıırma yapanların çoğu, duyguların ifade edici bir motor örüntü diğer bir değişle, merkezi sinir sisteminde dışa vurucu etkinlik iğerdiği ortak düşüncesine sahiptirler (Izard,1993). İfade edici bu motor örüntü, duygusal deneyimlerin özüne karşılık gelmektedir. Duyguların kalitesini belirleyen ifade edici motor oluşumlar, her bir temel duygunun karşılığı olabilecek şekilde duygusal yapı içerisinde yer almaktadırlar (Ekman, 1994; Izard, 1993; Leventhal ve Scherer, 1987). Aslında bu kaniya emotion kelimesinden de ulaşmak mümkündür. Emotion, kelime kökü olarak motere'den gelmektedir. Latince karşılığı hareket etmek olan bu fiile e- ön eki getirildiğinde kelimenin anlamı değişerek uzaklaşmak anlamını kazanmaktadır (Goleman, 1995). Uzaklaşmak bir hedefe yönelmiş hareketi ifade ettiğine göre, duygunun özünde var olduğu düşünölen ifadesel boyut bu yaklaşımla daha açık hale getirilebilmektedir. Goleman (1995) duyguları, harekete geçmemizi sağlayan dürtöler olarak tanımlarken bu yaklaşımlı dikkate almaktadır. "Yapılandırılmış tepkiler" kısa tanımlamasıyla da Stanley ve Burrows (2001) bir devinimden söz etmektedirler. Literatüre bakıldığında yalnız kavramsal açıklamada değil, kelime tanımlamasında da farklılıklar olduğu görölecektir. Türkçe yayınlarda da duygusal yaşantıların ifadesinde, farklı kelimeler ortak amaç için kullanılmıştır. Bir konsensüsten çok, farklı boyutların ele alındığı bu tanımlamalarda duygu için heyecan, his, duygu hali v.b. kelimeler benzer anlamlarda kullanılmaktadır (Cüceloğlu, 2003). Oysa bunların kendi içerisinde farklı anlamları vardır. Duygu ile his arasındaki temel farka bakıldığında, hislerin bireye öşgü deneyimleri işaret eden süreçler olduğu ve daha çok anlık değişikliklere verilen bedensel tepkileri tanımlamakta kullanıldığı görölmektedir. Duygu hali ile duygu arasında da

daha çok zamansal bir farklılıktan söz edilebilir. Duygular belirli uyarana karşı verilen güçlü, yoğun ve kısa süreli tepkiler olarak kabul edilirken duygu hali, duyguya göre daha uzun süreli ancak daha düşük yoğunlukta yaşanan tepkilerdir. Ayrıca duygu hali dış uyaran kadar iç tepilerin uyarımına da açık durumlardır.

Yukarıda sözü edilen doksan iki farklı tanımlama duygular üzerine farklı boyutlarda bakıldığında anlam kazanmaktadır. Konu hakkında fikir ileri süren araştırmacılar, kendi perspektiflerinden bir yaklaşım sunmuşlardır. Bu yaklaşımlar temel olarak duyguların aynı yönlerini değerlendirmeye almadıkları için birden çok ve çoğu zaman karmaşıklığa yol açan tanımlamalar olarak ortaya çıkmıştır. Duyguların incelenmesinde farklı üç düzeyden söz edilmekle birlikte bu düzeylerin Izard'ın önerdiği bileşenlerle özdeş olduğu görülecektir. İlk düzey olan öznel yaşantı (subjective experience), duyguların kişilere özgü, özel yaşantılar olduğunu betimler. Duyguların aynı yoğunlukta bir başkası tarafından algılanması mümkün değildir. Duygusal davranış (emotional behavior) düzeyi, bireylerin yaşadıkları duygusallığı ancak davranışlarıyla anlatabileceklerini ileri süren düzeydir. Üçüncü ve son düzey duygusal yaşantı süresince vücutta meydana gelen fizyolojik değişimlerin ifade edildiği düzeydir (Cüceloğlu, 2003). Bireye özgü algılama ve ifadelerin temel oluşturduğu duygusal yaşantılarda doğal olarak ortak bir görüş ortaya konamamaktadır. Birbirine yakın iki tanımlamadan Young (1982)'a göre duygular, içinde bulunulan çevrenin algılanmasıyla ortaya çıkarlar. Bu algılama, kişiyi harekete geçiren içinde bedensel, davranışsal ve zihinsel özellikler barındıran duygusal süreçlere dönüşür. Lazarus ve Folkman (1984) daha kısa bir ifade ile duyguyu, çevrenin algılanıp değerlendirilmesini takiben kişide meydana gelen iç yaşantılar olarak tanımlar. Goleman (1995)'a göre duygular; kişinin öğrenmesine ve bu

konudaki potansiyelini geliştirerek, kullanmasına yardımcı olan onun kişisel kapasitesinin gelişip bir tavır sergilemesini sağlayan özellikler bütünüdür. Watson ve Clark (1984) duyguyu tanımlarken onların kısa süreli, düzenli ve uyumsal tepkiler olduğundan söz etmekle birlikte; duyguların organizmanın gereksinimleri, yaşamda kalması, çevreyle uyumu ve amaçları doğrultusunda davranış sergilemesinde büyük öneme sahip olduklarını belirtmektedirler. Yine benzer bir yaklaşımla, Dökmen (2000), duyguların doğaya ve topluma uyum sağlamak gibi bir işlevlerinin olduğundan söz eder. Stanley ve Burrows (2001) duygular, belirli bir uyarana verilen yapılandırılmış tepkilerdir derken aynı görüşü açıklamaya çalışmıştır. Dolayısıyla duygular, uyuma yönelik değerlendirme süreçleri içinde yer alırlar (Safran ve Greenberg, 1991). Sosyo-biyolojik bir yaklaşımda da duyguların evrimsel süreçten geçerek geldiği ve çevreye uyumda önemli roller üstlendikleri söylenmektedir (Koçak, 2002). Bu yüzden duygular, hem karar verme süreçlerinde hem de genel olarak bireyin davranışlarında önemli rol oynarlar (Hargreaves, 2000; Oatley, 1991). Çevreyle uyumda duygulara yer veren bireyler, iletişime geçerken de kendilerini duygularıyla ifade ederler. Çevresiyle sosyal etkileşim halindeki birey, kendinin ve diğerlerinin duygusal tepkilerini yorumlar, onları kontrol eder ve gerek gördüğünde de değişimlemeye gidebilir.

Duyulara İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar

Duyuları açıklamaya yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, fizyolojik ve biyolojik süreçleri temel alırken diğer bazıları daha çok bilişsel temelli psikolojik süreçler üzerinde durmaktadır. Son yıllarda sosyo- kültürel bağlamda duyguların ele alındığı çalışmalara da rastlanmaktadır (Çukur ve Şahin; 2006).

Duygunun kuramsal açıklamalarından “James- Lange kuramı”, önce fizyolojik değişikliklerin meydana geldiğini sonra bunu duygusal yaşantıların takip ettiğini öne süren bir kuramdır. “Cannon- Bard kuramı” önceki kuramın eksik noktalarına bir tamamlayıcı olarak görülmüştür. Bu kuram, duyguların oluşumunda merkezi sinir sisteminin etkin bir rolü olduğunu ileri sürmekle birlikte, hissedilen duygu ile, bedensel değişikliklerin eş zamanlı olduklarından söz eder. Arnold- Lindsey’in “Aktivasyon kuramı”, duyguların kendilerinden de duygusal tepkiler doğabileceği fikrini öne süren bir kuramdır (Cüceloğlu, 2003; Koptagel-İlal, 2001). Her üç kuram da daha çok bilişsel yapının dışında fizyolojik temelli açıklamalarda bulunmuşlardır.

Duygu ile bilişin birlikte incelendiği bilişsel yaklaşımlarda, birbirleriyle olan ilişkinin hangi düzeyde olduğu, duygunun bilişden önce mi geldiği konusunda tartışmalar göze çarpmaktadır. Duygunun bilişsel aktivitelerden önce geldiği savını ileri süren Zajonc (1984)’un bu görüşüne karşılık Lazarus (1982), bilişsel süreçlerin duygunun ortaya çıkmasında baskın rol oynadığını ifade etmektedir. Leventhal ve Scherer (1987) öncelik tartışmalarının dışında duyguyu oluşturan mekanizmaların önemine dikkat çekmişlerdir. Leventhal ve Scherer (1987) bu çalışmalarında duygu oluşumunda hem otomatik hem de otomatik olmayan kontrollü bilgi işleme süreçlerinin görev aldığını belirtmektedirler. Aynı konu üzerinde Izard (1993)’ın görüşleri daha çok Zajonc’u destekler içeriktedir. Izard (1993) ‘Duygu Aktivasyonunun Çoklu Sistemi Modeli’nde dört tip sistemden söz etmektedir; a-sinirsel, b- duygusal-motor, c-güdüsel, d- bilişsel. Bunlardan bilişsel sistemde diğerlerinden farklı olarak, bilişsel bilgi işleme süreci baskın rol oynamaktadır. Duygunun kuramsal açıklamalarında söz edilen ilk üç kuramda da benzer bir paralelliğin dikkat çektiğinden söz edilebilir.

Bilişin duygu üzerindeki etkilerini ifade eden görüşler her ne kadar farklılık gösterse de, bilişsel süreçlerin duyguların hem ortaya çıkmasında hem de yansıtılmasında önemli roller üstlendiği açıktır. Duygu ve biliş arasındaki bu dinamik yapıyı konu edinen çalışmalar bilişsel değerlendirme kuramlarını oluşturmuşlardır. Bilişsel değerlendirme kuramları, insanların o an yaşadıkları, hatırladıkları ya da hayal ettikleri olay ve durumları bilişsel olarak değerlendiriyor olmalarının duygularının oluşması ya da farklılaşmasında baskın rol oynadığından söz eder (Scherer, 2003). Değerlendirmede, kişisel olarak algılama anlamlandırma ve yorumlama söz konusudur. Bireylerin öznel değerlendirmeleri ön planda olup, bu süreçler organizmanın karşı karşıya olduğu olaylara uyumsallığını da belirlemektedir (Lazarus, 1991; Roseman, 1984; Scherer, 1987a, 1987b, 1997, 2003).

Değerlendirme yaklaşımına göre duygular yaşanan durum ya da olayın kişi tarafından nasıl algılandığı ve bunun nasıl yorumladığıyla ilişkilidir. Bu durum bireylerin bilişsel yapılarından kaynaklanan farklılıklar içerebilir. Mesquita ve Frijda (1992) duyguların aslında bireyin, bilişsel yansımalarının bir ürünü olduğunu ifade etmişlerdir. Mesquita (2000)'ın ileri sürdüğü modele göre, insanlar yaşadıkları olay, durum ya da duyguları ifade ederken bilişsel aşamalardan geçmektedirler. Her aşamasında duygusal düzenlemenin (emotional regulation) süreci etkileyebileceği bu modelde olayı başlatan öncül bir faktör vardır. Öncül olayı, kişinin kendi bilişsel şemaları doğrultusunda olayı kodlaması takip eder. Değerlendirme (appraisal) aşamasında yine bu şemalar devreye girer ve bunlara göre yaşanan olay değerlendirmeye tabi tutulur. Değerlendirme aşamasında, olumlu- olumsuz, hoşnut- hoşnutsuz, kontrol edilebilir- kontrol edilemez gibi farklı boyutlar kullanılabilir. Kişi bu aşamadan sonra bir

hareket hazırlığında bulunur. Ne tür bir tepkide bulunacağını ilk hazırlıkları bu evrede yapılıır. Bu aşamayı sırasıyla olay karşısında yaşanan fizyolojik değişiklikler ve davranışın yansıtılması izler (Ellesworth, 1994; Mesquita ve Frijda, 1992; Mesquita ve ark., 1997; Ortony ve Turner, 1990).

Duygular yapıları bakımından günlük yaşanan hayata bakışta bazı değişimler meydana getirebilirler. Lazarus (1982) duyguların çevreden gelen bilgilerin değerlendirilmesiyle oluştuğunu ve bireylerin kişisel durumlarına etki ettiğini ileri sürmektedir (Parkinson, 1996). Lazarus'a (1982) göre duyguların temelinde bilişsel değerlendirmeler yatmakta olup, bu yapı basitten karmaşığa doğru hiyerarşik bir düzene sahiptir. Yine benzer şekilde Frijda ve Mesquita (1994) ifade edilen duygusal tepkilerin oluşumunda çevrenin etkisinden söz etmekle birlikte, duyguları etiketlemenin duyguya ilişkin değerlendirmeleri de değiştireceğini söylemektedirler.

Kişiler yaşamlarını yönlendirirken sadece akıl yürütme ve düşüncenin değil, aynı zamanda diğer bazı duygusal faktörlerin de etkisi altındadır (Frijda, 1988; Izard, 1992; Lazarus ve Folkman, 1984; Leventhal ve Scherer, 1987). Duygular, kişileri tavır almaya iten, onları harekete geçiren ve kişilerin hareket tarzlarına yön veren özellikler içermektedir (Ekman, 1994). Bireyler benzer düşüncelere sahip olsalar da eğer farklı duygular taşıyorlarsa, davranışlarında da belirgin farklılıklarla karşılaşılabilir. Bu durum kendini düzenleme sürecinde duygusal düzenlemenin ne denli etkin rol oynadığını göstermesi bakımından dikkat çekicidir. Duyguların aynı zamanda motivasyonel boyutları da vardır. Kişinin gereksinimlerini karşılayabilmesinde kişi için gerekli olan gücün sağlanmasında önemli rol oynarlar (Frijda, 1988). Duygular, hedef yönelimli davranışların ortaya çıkmasında ve zamanla öğrenmeler sonucu gelişen

hedeflerin ve standartların şekillenmesinde belirleyici birer faktördürler (Safran ve Greenberg, 1991).

Duygular ve davranışlar arasında doğuştan gelen bir bağlantının varlığından söz edilmektedir. Kişileri bir tür davranışta bulunmaya iten duygular bu bağlamda, davranış eğilimi oluşturmakla betimlenebilirler. Örneğin öfke, bir tehdit karşısında kişinin korunma sistemini değerlendirilmesini sağlarken, sevgi; bağlanma ile ilgili sistemin değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (Frijda, 1994). Hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi oldukları halde diyete uyum ve tedaviyi kabullenme noktasında belirgin sorun yaşayan diyabetli bireylerde, uyuma yönelik bu olumsuzluğu ortadan kaldıracabilecek bazı duygusal boyutlara gereksinim vardır.

Duygusal deneyimler, insandaki var olan sistemlerin en üst düzeyde işlev görmesinde önemli rol oynarlar. Burada belli bir hiyerarşiden söz edilebilir. Yaşamsal öneme sahip (yaşamda sağ kalma gibi...) davranış örüntüleri, beslenme gibi daha az önemli güdülerden daha önceliklidir. Böylesi karmaşa durumlarında yaşamsal kararların verilmesinde ve davranışın netlik kazanmasında, önceliklerin belirlenmesinde duygular önemli görevler üstlenmektedirler (Safran ve Greenberg, 1991). Bir başka bakış açısıyla Frijda'nın yaklaşımını da eklemek mümkündür. Frijda (1988), "kontrolde öncelik" (control precedence) kavramıyla; kişilerin zaman zaman yaşadıkları duygularla ilişkili davranışlarında uzun vadeli hedeflerini dikkate almadan öncelikli hedeflerine ters bir davranış içinde bulunabildiklerini ifade etmektedir. Birey, diyet yapmak zorunda olduğunu bildiği halde, şekerli gıda tüketmekten vazgeçemeyen ya da insülin enjeksiyonlarını aksatarak olası komplikasyonlara zemin hazırlayan diyabetlilerin sergiledikleri bu tür davranış modelleri konuya ilişkin örnekler olarak değerlendirilebilir.

Bu durum, insanların yaşam kalitelerinin artmasında ve yaşama uyum sağlayabilmesinde, kendini düzenleme stratejilerinin ne denli önemli rol oynadığını da açıkça göstermektedir. Kendini düzenleme becerisi gösteren ve yeni sağlık durumuna uyum sağlayan diyabetli bir birey, daha kaliteli hale getirebildiği yaşamını daha uzun süre devam ettirebilecektir.

Duygu Türleri

Duygunun tanımlanmasındaki sorunlar aynı şekilde sınıflandırılmasında da yaşanmaktadır. Son yıllarda birçok araştırmacı olumlu- olumsuz duygu sınıflamasıyla bir fikir birliği sağlandığı görüşündeysen de aslında bu konuda net bir durum söz konusu değildir. Duyguların tanımlanması ve sınıflandırılmasında önemli girişimlerde bulunan Plutchik (1990) duyguları sekiz temel kategoriye ayırmaktadır. Duygu çemberi olarak adlandırılan bu kategoride korku, öfke, tiksinti, üzüntü, hayret, umut, sevinç ve kabul duyguları bulunmaktadır. Bu sekiz temel duygunun kendi aralarındaki kombinasyonlarından farklı duygu boyutları meydana gelmektedir. Izard (1992), duyguları meydana getiren beş temel duygudan (kaygı, depresyon, sevgi, düşmanlık, nefret) bahsederken, Goleman (1995) öfke, korku, mutluluk, sevgi, şaşkınlık, tiksinti, üzüntü ve empatiden oluşan sekiz temel duyguya yer vermektedir. Tüm bu belirsizlik içerisinde en kabul gören sınıflama, olumlu- olumsuz duygu ve duyuş halidir (Russel, 1980; Tellegen, 1985; Watson ve ark., 1988;). Lazarus (1991) kendi sınıflamasında da olumlu ve olumsuz duygulara yer vermiş ve bunun oldukça standart bir sınıflama olduğundan söz etmiştir. Literatüre bakıldığında bu iki genel kategoriden birçok yayında söz edildiği görülecektir (Allik ve Realo, 1997; Carvey ve Scheier, 1990; Russel, 1980; Tellegen ve Watson, 1985; Watson ve ark., 1988). Allik ve Realo (1997) 174 üniversite

öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmalarında, duyguları değerlendirmede olumlu-olumsuz duyguların iki çok güçlü faktör olduklarını belirtmişlerdir. Olumlu duygu hali, bireyin çevresiyle hangi oranda iyi, hareketli, güvenli, hoşnut v.b. olduğunu ifade etmektedir. Olumsuz duygu hali ise bunun tersine çevreyle olan ilişkilerin kötü, güvensiz, öfkeli ve mutsuz olduğunu yansıtmaktadır (Çukur, 2006; Tellegen ve Watson, 1985). Genel olarak bireyler beklentileri uygun olduğunda olumlu duygular (umut, mutluluk, heyecan, gurur v.b.) oluşturma eğilimindedirler. Beklentilerin uygun olmadığı durumlardaysa daha çok umutsuzluk, korku, öfke, pişmanlık gibi olumsuz duygular yaşanmaktadır (Çukur, 2006; Ceyhan, 2000). Çalışmalarda kullanılan farklı duygu kategorileri ele alındığında duygu durumu ve duygu ifade eden kavramların olumlu ve olumsuz duygular olmak üzere iki genel kategoride değerlendirildiği görülecektir.

Duygu kavramı üzerine yapılan çalışmalarda ele alınan konulardan biri de duygu yoğunluğudur. Duygu yoğunluğu; bireylerin yaşadığı duyguların kuvvetine ilişkin gelişen farklılıkları ifade eder. Duygu yoğunluğu çalışmalarında, günlük ve anlık duygu durumlarına ilişkin deneklerin yaşadıkları pozitif ve negatif duygular sıklık ve yoğunluk temel boyutları üzerinde ele alınmıştır (Diener ve ark., 1985). Bu çalışmaların sonuçları, duygusal tepki yoğunluğunun, hem pozitif hem de negatif duygu boyutlarına genellenebilen bir özellik taşıdığını göstermektedir.

Kronik hastalığa sahip kişilerde hastalıklarına ilişkin duygusal etkilenmeler, davranışlarına daha farklı bir biçim giydirerek, bir tür kendini ifade etme biçiminde dışa yansıyabilir. Duyguların birincil iletişim sistemi içinde yer aldığını ve kendini ifade etmenin bir çeşidi olduğu bilinmektedir. Kişiler sadece kendilerini ifade ederken değil,

aynı zamanda diğerklerinin duygusal tepkilerini anlamlandırırken de duygulardan yardım almaktadırlar (Safran ve Greenberg, 1991).

Duyguları Ölçmenin Önemi

Duygular günlük yaşamda bireylerin nasıl davranışlarda bulunacakları, kararlarının ne yönde olacağı ve diğerkleriyle hangi şartlarda ne şekilde bir iletişimde bulunacakları noktasında onlara yön veren esaslı unsurlardır. Bu yüzden duyguların bilinmesi, tanınması ve yönetilmesi bireyin yaşam kalitesi açısından büyük bir öneme sahiptir (Çeçen, 2002). Çalışmaların birçoğunda, duyguların şekillenebileceği, farkındalık düzeyinin arttırılabildiği daha etkili baş etme stratejileriyle duyguların fonksiyonel hale getirilebileceğinden söz edilmektedir (Buck, 1983; De rivera, 1977). Duygusal farkındalık olmadan kişilerin düşünmesi davranışlarda bulunması ve diğerk kişilerle iletişime geçmesi mümkündür. Duygusal farkındalık, kişinin kendisini ve çevresini tanıyıp değerlendirmesine katkıda bulunur. Kendini tanınması kendisiyle ilgili doğru ve sağlıklı kararlar vermesini sağlayacaktır. Duygularının farkında olan ve kendini tanıyan birey, olaylarla baş etmede daha başarılı olacaktır. Bu bireyler, kendine güven duyan ve kendilerini kontrol edebilen kişilerdir (Konrad ve Hend, 1997). Bu yüzden araştırmada diyabetlilerin duygusal yaşantı örüntülerini belirlemek ve bunlara ulaşıldığında da bu duygusal örüntülerle baş etmenin yollarını önermek hedeflerimiz arasında yer almaktadır.

Kendini Düzenleme

Kendini düzenleme, kişinin, düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını amaçlarına uygun şekilde yönlendirmesi için gösterdiği sistematik çabalar olarak tanımlanabilmektedir (Schunk, 2001, s.1). Sağlıkta kendini düzenleme kavramı, otonomluğu, duygusal bağımsızlığu ve kişinin kendi hayatını aktif olarak düzenleyebilme yeteneğini ifade eder. Kişi bu yüzden, gereksinimlerini karşılayabilme ve amaçlarını gerçekleştirebilme şansına ulaşacak, sağlıklı yaşam arama davranışı edinecektir (ukur, 2006).

Diyabet hastalarında diyabete özgü sağlık davranışlarının bilişsel göstergelerinin temellendirildiği süreçlere bakıldığında kendini düzenleme kavramının önemi daha rahat anlaşılacaktır. Bu konuda teorik bir model olarak; diyabetin bilişsel temsilleri, diyabete özgü sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Burada bilişsel temsiller, hastaların hastalıklarını algılamada kullandıkları psikolojik parametreleri temsil etmektedir. Leventhal ve Diefenbach (1991) hastalıkların bilişsel temsilinde 5 temel bileşenden söz ederler; a- hastalığu semptomatik düzeyde algılamayı içeren hastalık kimliğu, b- hastalığu fiziksel, psikososyal ve ekonomik yapıya etkisini yansıtan sonuçlar, c- hastalığu başlangıç zamanı, hastalıkta beklenen süreç ve iyileşme zamanını ifade eden zamansal perspektif (Timeline), d- hastalığu çevresel, davranışsal ve genetik olası nedenleri, e- iyileşme olasılığu ya da ilerlemenin yavaşlatılmasına yönelik hastalığu kontrol edilebilirliğu. Bir  nceki bölümde de değinildiğu üzere, belirsizlik en önemli kaygı nedenlerinden biridir. Bu genel kabul diyabetli hastalar için hastalıklarının gidişatı açısından önemli bir noktadır. Hastalığu akut ve kronik komplikasyonları, organ ya da yeti yitimi gibi konular belirsizliğini korudukça aynı

zamanda kaygı nedeni olmaya da devam etmektedirler. Hastalığa bilişsel yaklaşım, bireyi hastalık hakkında bilgilendirerek hastalığın belirtileri, gidişatı ve sonuçlarını gözlemlemesine rehberlik eder ve bu kaygıyı gidermeyi amaçlar (Watkins ve ark., 2000). Her ne kadar, Leventhal ve Diefenbach (1991)'ın hastalığın kendini düzenleme modeli, sağlık literatüründe yaygın bir şekilde kullanılıyorsa da 2000'li yıllara kadar diyabete özel uygulamalara pek rastlanılmamaktadır. Watkins ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları bir çalışmada ulaştıkları sonuç; Leventhal'in "hastalıkta kendini düzenleme" teorisine kısmen destek sağladıkları yönündedir. Bu çalışmada hastanın belirli bilişsel temsillerinin, sağlık davranışı ve algılanan yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Diyabetin tanınması, bilinmesi, anlaşılması ve kontrol edilebilirliği, hastalıkta kendini düzenleme modellerinde; diyabete özgü sağlık davranışları ve artmış yaşam kalitesi için öngörücü bir rol oynamaktadır (Watkins ve ark., 2000).

Kan şekeri kontrolü ile diyabete ilişkin komplikasyonların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar literatürde sık karşılaşılan bir durumdur. Ancak, bazı çalışmalar kendini yönetme (self-management) davranışlarına bağlı olmanın yaşam kalitesi üzerinde çok dikkate değer bir etkisi olmadığını göstermiştir (Glasgow, 1997; Hampson, 1990; Nuttall, 1998).

Kendini düzenleme çalışmalarındaki analizlere bakıldığında, kendini düzenleme ile başa çıkma stratejileri arasında çeşitli kombinasyonların kullanıldığı görülecektir. Yüksek pozitif kendini düzenleme ile yaklaşma başa çıkma stratejisi ve düşük negatif kendini düzenleme ile uzaklaşma başa çıkma stratejisi arasındaki kombinasyonlar örnek olarak verilebilir (Lazarus, 1993). Grossarth- Maticek ve Eysenck, (1995), çalışmalarında yüksek düzeydeki kendini düzenlemenin istatistiksel olarak anlamlı bir

şekilde ölüm oranını düşürdüğünü ve sağlıkla ilgili alışkanlıkları geliştiren otonomik bir bilişsel- davranışçı yapıya sahip olduğunu söylemektedirler. Duyguların ifadesi bağlamında yaşanan cinsiyet farklılıkları kendini düzenleme stratejilerinde de görülmektedir. Duyguların ve gereksinimlerin ifadesi kadınlarda daha sık kullanılan bir strateji iken, olumlu aktivite arama ve özerklik erkeklerin daha sık başvurduğu kendini düzenleme stratejileridir (Grossarth- Maticek ve Eysenck, 1995).

Kendini düzenleme stratejilerinde beş farklı stilden söz edilmektedir. Olumlu aktivite arama (Positive actions), problemleri çözmeye yönelik olumlu aktivitelerde bulunmayı ifade eder. Bireyin kendini iyi hissetmesine katkıda bulunan coşku gibi olumlu duygu durum içinde bulunma ya da mutsuzluk gibi olumsuz duygulardan uzak durma bu baş etme stratejisi ile ilişkilidir. İçsel kontrol (Controllability), iç odaklı kişilik özelliklerini uygulamayı öne süren bu stratejide, duyuş ve bireysel gelişimin her ikisinde de içsel kontrol temel alınır. Duygu ve gereksinimlerini ifade etme (Expression of feelings and needs), pozitif ve negatif duygu temelinde duygu ve gereksinimlerin rahatça ifade edilebilmesini yansıtan bir stratejidir. Burada ayrıca özdeşim kurabilmek de yer almaktadır. Özerklik (Assertiveness), bireyin kendi istek ve dileklerinden yeterince hoşnut olması ve kendine güven ve özerklik anlayışı içinde eylemlerde bulunabilmesidir. Burada bir çeşit otonomiden söz edilmektedir. İyilik hali arama (Well- being seeking), bireylerin olumlu yanlarını arttırmak sağlıksız davranışlarını önlemek ve değiştirmek amaçlı bir stratejidir. Bireyin kendisiyle ve diğerleriyle hoşnutluk hissetmesine dair davranış düzenlemesini içerir.

Kendini Düzenleme sağlıkla ilgili baş etme davranışlarını belirlemede kullanılmıştır(Marques ve ark., 2005). Kişilik yapısının bireylerin sağlığı arasındaki

ilişki uzun zamandır tartışılmaktadır. Her ne kadar diyabete özgü bir kişilik tespit edilememişse de kronik bir hastalık noktasından ele alındığında daha ilk tanı anından yoğun tedavi kürlerine kadar hemen her aşamada kişiye özgü düşünce, duygu ve davranış yansımaları hastalığa bakışı ve bu faktörleri etkilemektedir. Kişilik yapısının insan sağlığını iki önemli aşamada etkilediği söylenebilir. Bunlardan ilki, sağlıklı olan ve olmayan alışkanlıklara bireysel davranışların etkisidir. İkinci aşama, bireysel baş etme stratejilerine olan etkilerdir. Bağışıklık sistemine olan etki bu konuda örnek olarak verilebilir (Eysenck, 1991; Strube, 1991). Sağlığa yönelik baş etme davranışlarını değerlendiren anketlerden SRI, bu davranışları temel kişilik özellikleri perspektifinden de değerlendirmektedir (Marques ve ark., 2005).

Diyabet Hastalarında Duygular ve Kendini Düzenleme

Holmes (1986), diyabet hastalarında duygusal boyuta dikkat çekerek, bireylerin diyabetin tanıdan tedaviye her aşamasına uyumlarında duygularının, o anki sosyal yapılarının ve algılamalarının etkili olduğunu ileri sürmektedir. Diyabetli birey yaşamı boyunca belli bir plan çerçevesinde tedavisini sürdürmek, diyetine dikkat etmek ve öz-bakımını en üst seviyede tutmak zorundadır. Diyabetes Mellitus'da hastalığın kendisi, uygulanan tedavi protokolleri ve gelişen komplikasyonlar nedeniyle, bireyin fiziksel ve psikolojik iyilik halinde, kişiler arası ilişkilerinde, iş yaşamında ve genel olarak yaşam kalitesinde olumsuz yönde etkilenmeler söz konusudur (Jacobson, 1994; Jacobson ve ark., 1994).

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD önderliğinde 96 diyabetli hasta üzerinde yapılan çalışmada her türlü metabolik değişkenler ve diyet, egzersiz, insülin dozu gibi tedavide önemli faktörler sabit tutulmasına rağmen düzensiz seyreden

kan şeker düzeyleriyle karşılaşılmıştır. Bu duruma bir çok çalışmada da gösterildiği üzere psikolojik ve psikososyal faktörlerin neden olduğu sonucuna varılmıştır (Özkan, 1993; Wing ve Epstein, 1986). Diyabet hastalarında hastalığı etkileyen faktörlerin başında psiko-sosyal etmenler önde gelmektedir. Bu durum tedavi protokolünde biyolojik yaklaşımın yanı sıra psikososyal yaklaşıma da gereksinim olduğunu göstermektedir (Schwartz ve ark. 1991). Ancak destek amaçlı yapılan grup çalışmalarında yaşanan tartışma, doktorların diyabet hastalarının duygusal gereksinimlerini pek dikkate almadıkları yönündedir. Oysa duygusal denge, hastalığın kontrolünü sağlamakta önemli bir boyut olarak dikkat çekmektedir (Topkaya, 2003).

Yapılan çalışmalara göre, kan şekeri düzeyi ile psikolojik yapı arasında interaktif bir ilişki söz konusudur. Kan şekeri düzeyi beyinsel ve ruhsal işlevleri etkilerken, duygusal yaşantının da kan şekerini etkilediği bilinmektedir (Labovitz, 2004; Özkan, 1993). Diyabet hastalığı, beyin işlevlerini bozarak organik beyin bozuklukları aracılığıyla ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca hastalarda hastalıklarını değerlendirme yöntemine bağlı olarak, çeşitli psikolojik tepkiler gözlenmektedir. Kronik bir hastalık olan diyabet, kişinin homeostatik dengesini bozarak duygusal tepkiye neden olmaktadır. Doğal bir sıkıntı ile başlayan süreç, gelecek kaygısı, narsisistik bütünlüğün bozulması, bağımsızlık ve yeterliliğin kaybolma endişesi, beden görünümünün bozulacağı kaygısı, zihinsel bozukluk endişesi, çevrenin ilgi ve desteğinin kaybolacağı endişesi, cinsel yetersizlik, suçluluk ve sosyal alana dek hemen bütün alanlarda kişiyi bir zorlanmanın içine iter. Zamanla kişide temel güven duygusunda sorunlar yaşanmaya başlar (Özkan, 1993). Bu yüzden DM tedavisinde en önemli nokta, kan şekeri düzeyinin normal sınırlar dahilinde tutularak, yukarıdaki sorunları önlemek ve sonuçta yaşam

kalitesinin iyileştirilmesini sağlamaktır (Gries ve Alberti, 1987). Yeterli kontrolün sağlanamadığı bireylerde kan şekerinde yaşanan düzensizliklerin oluşturduğu yeni organ ve doku hasarları hastanın yaşam kalitesini bozmakta, biyo-psiko-sosyal sorunların yerleşmesine yol açmaktadır (Özkan, 1993; Rubin ve Peyrot, 1999). Bu yüzden diyabet hastalarına biyo-psiko-sosyal yaklaşım eşliğinde bütüncül tedavi protokolü uygulanmalıdır (Özkan, 1993).

Diyabet hastalığı, tedavi protokolü ve komplikasyonları kişilerde belli zorlanmalara yol açtığından hastaların homeostatik dengesini bozarak emosyonel tepkilere neden olur (Jacobson, 1996). Yaşanılan duygu türleri ve bu duyguların görülme sıklığı bireylerin kendini düzenleme ve psikolojik uyum süreçlerini etkilemektedir. Yukarıda sözü edilen; yaşamın bir çok alanında bağımsızlığın kaybolacağı, yetersizliğin gelişeceği kaygısı bununla baş etme zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir. Kendini düzenleme stratejileri arasında yer alan; otonomiye betimleyen özerklik ve duygu ve gereksinimlerin ifadesi bu bağlamda dikkatle izlenmesi gereken stratejiler olarak gözükmektedir. Yaşama gösterilen duygusal tepkiler, aslında yaşanan olumlu ve olumsuz duyguların dengesel bir ifadesidir. Birçok duyuş çalışmasında duygusal deneyimlerin adlandırılmasında öne çıkan iki boyutla karşılaşılacaktır; olumlu (positive) ve olumsuz (negative) boyutlar. Olumlu duygu boyutunda daha çok; sevinç, hoşnutluk, dinçlik ve sevgi parametreleri işlenirken, olumsuz duygu boyutunda ise; kaygı, depresyon, suçluluk ve saldırganlık duyguları üzerinde durulmaktadır (Derogatis, 1975). DM'de yaşanan duygular hastalığın algılanma biçimi, hastalık süresi, yaş ve kültürel faktörler gibi etkenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Özkan ve Turgay, 1994).

Diyabette karşılaşılan belli başlı duygusal sorunlar, kişilik yapısı, diyabet tipi, diyabet süresi, metabolik kontrol derecesi ve bireysel yönetim becerisiyle yakın ilişki halindedir. Bu faktörler eşliğinde yaşanan duygular genelde, inkar, kaygı, öfke, kızgınlık, depresyon, izolasyon, üzüntü, ümitsizlik, güçsüzlük, isteksizlik, bağımlılık ve regresyondur (Jacobson, 1996; Özcan, 1996; Özkan, 1993). Burada da görüldüğü gibi, diyabet hastalarında yapılan çalışmaların hemen tamamı psiko- patolojik boyutta olup, daha çok patolojik duygular üzerine yapılan çalışmalarla karşılaşılmaktadır. Bu bağlamda Close ve arkadaşlarının (1986) diyabetli çocuk ve adölesanlar üzerinde yaptıkları bir araştırmadan söz edilebilir. Bu çalışmada, hastaların %28'inde belirgin duygusal ve davranışsal bozukluklar tespit etmişlerdir.

Stres ve duygusal yapının metabolik kontrol üzerine etkileri bilinmektedir. Stresin glukoz dengesi üzerine etkilerini kabul eden yayınlar (Carter ve ark. 1985; Cox ve ark. 1984) olduğu gibi bunun tersi görüşe sahip yayınlarla da karşılaşılmaktadır (Schafer ve ark. 1983). Bu yayınlarda ortak dil, kötü metabolik kontrolün kötü duygusal sonuçlar doğurduğu şeklindedir. Etkin stres yönetimi ve olumlu psikolojik yararlanımların metabolik kontrol üzerinde olumlu etkileri olduğu yine bu yayınlarda ileri sürülmektedir.

Diyabet kronik bir hastalık olup, diğer bazı organlarda da ağır ve kalıcı hasarlar meydana getirmektedir. Bu durum diyabeti duygusal, cinsel, sosyal ve ekonomik sorunlara da yol açan çok boyutlu bir hastalık haline getirmektedir. Çok boyutlu sorun bireyin tüm yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Buna karşılık uluslararası düzeyde yapılan hemen tüm çalışmalarda, iyi planlanmış tedavi ve bakım süreci sonunda iyi bir kontrol düzeyine ulaşıldığı, komplikasyonların azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı

gösterilmiştir. Elde edilen bu olumlu sonuçlar diyabetlinin bireysel yönetimi (self-management) ve dolayısıyla kendini düzenlemesiyle yakın ilişki içindedir (ADA, 1998; UKPDS Group, 1998). Diyabette kendini düzenlemeyle hedeflenen temel değişiklik; yaşam kalitesini arttırmanın yanında hastalıkla ilişkili akut ve kronik komplikasyonlardan kaçınmak için bireylerin güçlenmesini sağlamaktır. Bu süreç daha çok diyabete yönelik davranışları değiştirmeye yöneliktir. Ancak, tedavinin önemli bir bölümünü işgal eden diyabete özgü sağlık davranışlarını sürdürmek kolay değildir, çünkü; bireyler uzun vadede bu davranışın yararlarından çok, yaşamlarını sağlıkları için yeniden düzenlemede yaşadıkları zorluklar açısından değerlendirmeye alınırlar. Bu bulgular yaşam kalitesi, diyabete özgü sağlık davranışları ve diyabete özgü kendini düzenleme örüntülerinin altında yatan faktörlerin anlaşılma zorunluluğunu ifade eder (Watkins ve ark., 2000).

Diyabet tedavisi ve kontrolünün temel ilkelerine göz atılacak olursa, bu hastalık grubunda “kendini düzenlemenin” ne denli önemli olduğu da fark edilecektir. Öncelikli hedefler; bireysel yönetimin (self-management) sağlanması sonrasında metabolik kontrolün iyileşmesi, komplikasyonların ortaya çıkışının veya ilerlemesinin engellenmesi, genel sağlık ve ruhsal iyilik halinin yükseltilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (Gutmann ve ark., 1998; Guyatt ve ark., 1993). Metabolik kontrol üzerinde etkisi olduğu ileri sürülen bireysel yönetim, kişinin psikolojik özelliklerinden, psikolojik durumlardan ve aile içi iletişimden etkilenmektedir. Psikolojik özellikler; kişilik özellikleri, baş etme stratejileri ve sağlık inançlarından oluşmaktadır. Bir zaman dilimindeki duygusal durumun ifade edildiği psikolojik durumlar bu özelliklerden etkilenmektedir. Tüm bu faktörlerle beraber, fizyolojik özelliklerin etkisi metabolik

kontrolün yönünü belirlemektedir. Bu sürecin her aşamasında kendini düzenlemeye gereksinim duyulabilir. Bu hedeflerin gerçekleşmesinde kullanılan yöntemler de beş başlık altında toplanabilir; diyabetlinin eğitimi, bireysel izlem (self-monitoring), beslenme ve diyet programı, ilaç tedavisi, egzersiz planlaması. Diyabetlilerin beslenme ve diyet programlarında temel hedef, davranış değişiklikleridir. Tip-II diyabetlilerde diyet düzenlemesinin yanı sıra yaşam biçimi düzenlemeleri ve davranış değişiklikleri başarılı sonuçların doğmasına yardımcı olmaktadır(Ha ve Lean, 1997). Hastanın diyabete karşı tutumu diyabetin tedavisi ile olduğu kadar metabolik kontrol düzeyiyle de ilişkilidir. Sorumluluğu paylaşan hastaların, hastalığın kontrolünün sağlanmasında daha başarılı sonuçlar aldıkları, duygusal ve psikolojik iyilik halini olumlu yönde etkiledikleri ileri sürülmektedir (Buzlu, 2002).

Gerek yukarıda sözü edilen beş maddenin içeriğine bakıldığında ve gerekse bütünüyle diyabette hastaların kişilik ve yeteneklerindeki değişikliklerin hastalığa adaptasyonu, kişinin sağlık durumunu ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkilediği görülecektir. Öyle ki, kişisel farklılıklar stresin emosyonel ve davranışsal sonuçlarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda diyabet hastalarının strese karşı hormonal cevaplarını da etkilerler (Çorakçı, 1996).

Diyabetik hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda, depresyon ve anksiyete semptomları daha yüksek bulunmuş (Lloyd & Brown, 2002), major depresyon belirtileri görülme oranı (prevalansı) yaklaşık %20 civarında tespit edilmiştir. Bu oran, kronik hastalığı olmayan bireylerdeki oranın yaklaşık iki katı kadardır (Anderson ve ark., 2001; Lebovitz, 2004).

Dışarıdan insülin tedavisiyle kan şekeri düzeylerinin kontrol altına alınabildiği Tip-I diyabetlilerde en önemli komplikasyon kan şekeri miktarındaki aşırı düşmedir. Hipoglisemi olarak adlandırılan bu durum, beraberinde diğer bazı sorunlara da yol açabilmektedir. Kan şekerindeki düşme, gelişme çağındaki çocuklarda beyin hasarına yol açabilirken, erişkinlerde miyokard enfarktüsü ve beyin damar hasarları meydana getirebilmektedir. Hipogliseminin önlenmesi ancak etkin bireysel bir yönetimle mümkündür.

Diyabet, diğer bazı kronik hastalıklardan farklı olarak hastalıkla ilgili bilgilerin hastalar ve hatta yakınları tarafından bilinip uygulanma zorunluluğu bulunan kronik bir hastalıktır. Hastalık hakkında bilgi sahibi olmak hastalığın yönetimi ve takibi açısından önemlidir (Peyrot ve Rubin, 1994). Günlük kalori miktarı, öğünlerin ayarlanması, tüketilmemesi gereken besinlere defans oluşturulabilmesi, kullanılacak ilaç dozu, hangi saatte ve hangi dozda yapılacağı, olası komplikasyonları önlemede takip edilecek stratejiler ve egzersiz programı belli bilgiler dahilinde ve kişinin kendisini tanıması ve çoğu zaman da kendini yeniden düzenlemesiyle mümkündür (Rubin ve ark., 1991). Eski alışkanlıklardan kurtulmak, şekersiz diyetle alışmak, egzersiz programına dahil olmak ve her gün kendine enjeksiyon yapmak gerçek bir değişimi ve düzenlemeyi gerektirir. Bu öz-bakım davranışlarını yönetmek karmaşık olduğu kadar hastanın istek ve motivasyonunu da gerektirir. Sağlıklı bir gelecek için bu motivasyona her zaman gereksinim duyulacaktır. Ancak bireylerin, gelecek kaygısı çevreye uyumda yaşanan zorluklar, karmaşık bir tedavi protokolü ve kişisel farklılıklar nedeniyle zaman zaman motivasyonlarında kırılmalar yaşanmaktadır. Metabolik düzeylerden komplikasyonlara

ve yaşam kalitesine kadar hemen her alanda sorunlarla karşılaşmaktadır (Williams ve Pickup, 1997).

Kronik bir hastalık olarak diyabet, devamlı bakım gerektiren, kontrollü yaşamı zorunlu kılan, komplikasyonlarıyla yaşamı kısıtlayan ve geleceği belirsizleştiren bir özelliğe sahiptir. Bu zorlanmalar, depresif duygu hali, kaygı belirtileri ve strese yol açabilir. Fakat bazı kronik olmayan hastalıklarla karşılaştırıldığında bulgular şüphe uyandırmaktadır. Duygu durum bozuklukları ve diyabet arasındaki ilişkiler çok kesin değildir. Bir çok çalışmada duygu durum ile metabolik kontrol arasında ilişki bulunduğu yönünde veriler elde edilmişse de (Lustman ve ark., 1986) diğer bazı çalışmalarda bunun tersi sonuçlarla karşılaşmıştır (Close ve ark., 1986).

Duygu durumunda yaşanan bu gibi belirsizlikler, patolojik reaksiyonun göstergesinden çok, günlük yaşanan stresin bir ifadesidir (Shillitoe, 1988). Bu durum, diyabette duyguları tanımanın ve hastalığa patolojik olmayan boyuttan bakmanın nedeni önemli ve doğru bir yaklaşım olduğunu göstermektedir.

Diyabetli hastalarda tedavi sonrasında istendik metabolik sonuçlara ulaşılabilmesi için, başta diyabet eğitimi olmak üzere pek çok çalışmada bulunulmuştur. Bu çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı uzmanlar, çalışmalarında eğitimin diyabet yönetiminde bir fark oluşturduğunu ileri sürerken, (Rubin ve ark., 1989) diğer bazıları ise artan eğitim- bilgi düzeyinin öz-bakım gücü, metabolik kontrol ve yaşam kalitesinde iyileştirici bir etkisinin olmadığını ileri sürmüşlerdir(Dunn, 1986). Bu çalışmaların sonucunda gelinen nokta, hastalığa ilişkin bilginin gerekliliği ancak istendik metabolik kontrol, etkili öz-bakım davranışı ve iyi bir yaşam kalitesi için bunun yeterli olmadığıdır. Etkin bir davranış değişikliği için daha farklı faktörlere gereksinim vardır.

Bunların başında da bireyin duygusal yönü gelmektedir. Bu yüzden diyabet hastalarında istendik metabolik kontrol, etkili öz-bakım davranışı ve iyi bir yaşam kalitesi oluşturabilmek için eğitime ek olarak hasta ve hastalığın psikolojik boyutlarının da incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekir (Helz & Templeton, 1990). Bir çok çalışma ve ADA “self-management” (bireysel yönetim) eğitiminin diyabetin bütün tiplerinde komplikasyon riskinin azaltılması, istendik metabolik sonuçlara ulaşılması ve iyi bir yaşam kalitesi için etkin bir yol olduğunu ifade etse de duygusal boyutun dikkate alınmadığı eğitsel yaklaşımların eksik kalacağı açıktır (ADA, 1998; Helz & Templeton, 1990).

Diyabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi

Son yıllarda birçok hastalıkta olduğu gibi diyabette de tedavi yöntemlerinin değişmesi ve gelişmesiyle yaşam sürelerinde uzamalar elde edilmiştir. Bu beraberinde uzun yaşamın kalite sorununu gündeme getirmiştir. Yaşamın kalitesi sorgulanmaya başlandığında sadece tedavi edebiliyor olmanın yetersizliği anlaşılmıştır. Bazen tek başına tedavi yetersiz kalmakta yaşam kalitesinin öznel doyumuna ulaşılması amaçlı hastalıkla baş etme stratejileri üretilerek bu yolla yaşam kalitesinin yükseltilmesine çalışılmaktadır (Hanestad ve Albrektsen, 1991). Yaşam kalitesi, objektif değerlendirmelerin dışında kişinin, kendi yaşamına ilişkin doyumunu ve mutluluk durumu gibi subjektif algılamalarına bağlıdır. Bu yüzden objektif yaşam durumları uygun görünmese de yaşamlarından doyum bulabilen kişilerin yaşam kalitelerinde artma görülebilmektedir (Cox ve ark., 1992). Subjektif bir kavram olması nedeniyle ortak bir tanımlı yapılamayan yaşam kalitesinin içeriğinde ortak değerlendirme noktaları bulunmaktadır. Doyum, mutluluk, olumlu etki- olumsuz etki dengesi, algısal

değerlendirme, sağlık ve psikolojik iyilik hali ortak kavramlar olarak göze çarpmaktadır (Berterö ve Christina (1993); Cohen, 1982; Ferrans ve Powers, 1985; Sullivan, 1992)., yaşam kalitesi kavramı altında olumlu yaşam davranışlarına dikkat çekmiş ve bunu da kişiler arası ilişkiler ve otonomi alt boyutlarında değerlendirmiştir. Olumlu kişiler arası ilişkiler kişinin kendini güvende hissetmesine diğer kişilerce desteklendiği izlenimi edinmesine yardımcı olur. Bağımsızlık, otonomi, bireyin kendi kararlarını kendisinin verebilmesi anlamında olup, diyabetli bireylerde sık karşılaşılan duygusal sorunlardan biri olarak kabul edilir. Bağımsızlık bireye özel bir durum olup, kendi kendini kontrol edebilme becerisine sahip olmayı gerektiren bir özelliktir. Bağımsızlık aynı zamanda kendini düzenleme stratejilerinde bir alt boyut olarak yer almaktadır (Grossart ve Eysenck, 1995).

1969'dan bu yana Diyabetes Mellitus'un psikolojik etkileri araştırılmaya çalışılmıştır. Çalışmaların birçoğunda yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmıştır. Çünkü, son yıllardaki çalışmalar DM'li hastalarda yaşam kalitesi ölçümlerinin hastanın iyilik halinin bir göstergesi olarak kabul edilebileceğini ileri sürmektedir (Eren ve ark., 2004). Yaşam kalitesi kavramına getirilen tanımlamalarda ortak nokta, bireyin kendi sağlık durumuna uygun bir şekilde algıladığı iyilik halidir. Algılanan iyilik hali, yaşam memnuniyeti, yaşam doyumu ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmaktadır (Hörnquist, 1982). Yaşam kalitesinin bu çalışmalarda sıklıkla kullanılması bu kavramın daha net anlaşılabilmesine katkıda bulunmuştur. Özellikle bireyin fiziksel yapısı, sosyal etkileşimi, psikolojik durumu ve iyilik halinin yaşam kalitesi üzerinde öncül etkileri olduğu anlaşılmıştır (Patrick ve Erickson, 1993).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, iki yaklaşım ön planda yer almaktadır. Bunlar; genel yaşam kalitesi ve hastalığa özel yaşam kalitesi ölçümleridir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, kişinin fiziksel fonksiyonları, günlük yaşam fonksiyonları, yaşadığı acı deneyimler, duygusal durumu, tedaviden tatmin olma durumu ve gelecekle ilgili düşünceleri yer almalıdır (Jacobson, 1994). DQOL hastalığa özel yaşam kalitesi ölçeklerinden biridir (Jacobson, 1996).

Literatür incelendiğinde diyabetli bireylerde yaşam kalitesi çalışmalarının genelde tıp kökenli olduğu görülecektir. Bu çalışmalarda sosyo-demografik özellikler ve tedavi boyutu ön planda yer almıştır. Değişik yaşam kalitesi ölçeklerinde farklı sonuçlar bulunmuştur (Eren ve ark., 2004; Pınar, 1995; Şengül, 1998;). Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyetle yaşam kalitesi arasında düşük bir korelasyon görülmekte, aynı ilişki yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde bulunmamaktadır. Diyabetik kadınlarda yaşam kalitesinin erkeklere göre daha kötü olduğu bildirilmektedir (Hanestad, 1993). Hastalıkla ilgili değişkenlerden diyabet türü, diyabet süresi, HbA1c düzeyi ve komplikasyon varlığı önemli parametrelerdir. Diyabetin her iki türünde hem tedavi protokolü açısından hem de karşılaşılan komplikasyonların farklılığı bakımından anlamlı ilişkiler olabileceği düşünülebilir. Diyabet süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki kişilerin hastalığa ve geleceğe bakışları üzerinde etkili olabilir. Metabolik kontrol amaçlı HbA1c ölçümleri hastalığın seyri ve uzun süreli takibi açısından önemlidir. İstendik düzeylerde bulunan HbA1c sonuçları genelde yüksek yaşam kalitesiyle uyumludur (Eren, ve ark., 2004). Komplikasyon varlığı, tedaviyi ve hastalığın seyrini etkileyen önemli bir parametredir. Ani kan şekeri düşmelerinde (hipoglisemi) olduğu gibi hem akut komplikasyonlarda, hem de gözlerde, böbreklerde ve nörolojik yapıda

gelişen kronik komplikasyonlarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir ilişki söz konusudur.

Geleneksel diyabet tedavisinde uzun yıllar sadece metabolik kontroller temel alınmıştır. Ancak son yıllarda özellikle birey odaklı tedavi yapılanmasında psikolojik boyutla birlikte içinde fiziksel sağlık ve genel iyilik halinin yanı sıra psikolojik iyilik halinin de yer aldığı yaşam kalitesi çalışmalarına ağırlık verilmiştir. Hastaların psikososyal boyutları, diyabetlerine karşı davranış ve duygulanımlarını içermektedir. Böylece diyabetli kişilerin değiştirdikleri ya da değiştiremedikleri davranışlarının arkasındaki faktörleri değerlendirebilmek mümkün olmuştur.

Araştırma Soruları

- 1- DM tanısı almış hastalarda, hangi tür kendini düzenleme stratejileri (olumlu aktivite arama, içsel kontrol, duygu ve gereksinimlerin ifadesi, özerklik, iyilik hali arama) hangi sıklıkla gözlenmektedir?
- 2- DM tanısı almış hastalarda, gözlenen duygusal yaşantı örüntüleri (Olumlu duygu boyutunda; mutluluk, hoşnutluk, dinçlik ve sevecenlik. Olumsuz duygu boyutunda; kaygı, depresyon, suçluluk ve saldırganlık.) hangileridir ve ne sıklıkta görülmektedir?
- 3- DM tanısı almış hastalarda genel iyilik hali ve fiziksel sağlıkla ilişkisi bağlamında diyabet yaşam kalitesi hangi düzeydedir?
- 4- DM tanısı almış hastalarda gözlenen duygusal yaşantı türleri ile kullandıkları kendini düzenleme stratejileri arasında nasıl bir ilişki vardır?
- 5- DM tanısı almış hastalarda gözlenen duygusal yaşantı türleri ile diyabet yaşam kalitesi arasında nasıl bir ilişki vardır?

6- DM tanısı almış hastaların kullandıkları kendini düzenleme stratejileri ile metabolik kontrol (HbA1c) sonuçları arasında nasıl bir ilişki vardır?

7- DM tanısı almış hastalarda gözlenen duygusal yaşantı türleri ile metabolik kontrol sonuçları arasında nasıl bir ilişki vardır?

8- DM tanısı almış hastalarda gözlenen duygusal yaşantı türleri ile metabolik kontrol sonuçları, diyabet yaşam kalitesi ve kendini düzenleme stratejileri arasında nasıl bir ilişki vardır?

BÖLÜM II

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmaya, Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Diyabet Merkezi, Denizli Devlet Hastanesi ve Diyabet Vakfı Denizli şubesine kayıtlı D.M. tanısı almış, araştırmaya girmeye gönüllü, tedavisi devam etmekte olan, toplam 127 erişkin hasta katılmıştır. Örneklem grubuna ilişkin demografik bilgiler, Tablo 2’de verilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde; katılımcılardan 74 (%58,3)’ünü kadınların, 53 (%41,7)’ünü de erkeklerin oluşturduğu görülecektir. Katılımcıların yaşları 18 ila 80 arasında değişirken, yaş ortalamaları; 49.82 ± 1.33 ’dür. Eğitim durumu açısından; 40 (%31.5) lise mezununa karşılık okul bitiremeyenlerin sayısı ve oranı, 35 (%27.5)’dir. Katılımcıların 97’si (%76.4) evli olup, 30’u (%23.6) dul ya da bekardır. Evli olanların evlilik sürelerine bakıldığında, 21 yıl ve daha uzun süredir evli olanlar 61 (%62.20) ile çoğunluğa sahiptir. Katılımcıların 94’ü (%74.1) eş, eş ve çocuklarıyla bir evi paylaşırken, 14’ü (%11) yalnız yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmaya katılanların, 113’ü (%90.4) sosyal güvenlik sistemine kayıtlı bireylerden oluşmaktadır. Bunların arasında 45 (%36) kişiyle en fazla SSK’lı katılımcılar yer almaktadır. Katılımcıların 89’u (%70) sigara, 118’i (93.7) de alkol kullanmamaktadır. 109 (%85.8) katılımcının arkadaşlarının hepsi kendisinde diyabet olduğu bilgisine sahiptir. Ankete katılanları yaklaşık yarısı, 56’ı (%44.1) ev hanımı iken, 23’ü (%18.1) emekli durumdadır. Hastaların 83’ünde (%69.7) 1. derece akrabalarında da

diyabet bulunmaktadır. Katılımcıların 42'si (%56) aylık 500- 1000 ytl arasında değişen aylık gelirleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 2. Katılımcılara İlişkin Bazı Sosyo-demografik Değişkenler

Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	74	58.30
Erkek	53	41.70
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	7	5.50
Okur yazar	28	22.00
İlkokul	25	19.70
Ortaokul	12	9.40
Lise	40	31.50
Yüksekokul	15	11.80
Sağlık Sigortası		
SSK	45	36
Bağ-Kur	35	28
Emekli Sandığı	33	26
Özel Sigorta	1	.8
Diğer	7	5.5
Yok	3	2.4
Sigara Kullanımı		
Evet	38	29.90
Hayır	68	53.50
Bırakmış	21	16.50
Alkol Kullanımı		
Evet	8	6.30
Hayır	111	88.10
Bırakmış	7	5.60

Tablo 3. Katılımcıların Hastalığa İlişkin Demografik Özellikleri.

Değişkenler	N	%
Diyabet Tipi		
Tip-I	23	18.10
Tip-II	104	81.90
Hastalık süresi		
0-60 ay	46	37.40
61-120 ay	32	26.00
121- 240 ay	28	22.80
241 ay üzeri	17	13.80
İlk bilgilendirme yeterli mi'		
Evet	66	52.00
Hayır	61	48.00
Tedavi şekli		
Şeker düşürücü hap	90	72.00
İnsülin	9	7.20
İnsülin+ağızdan hap	21	16.80
Şu anki tedaviye uyum		
Çok iyi-iyi	51	40.80
Orta	53	42.40
Zayıf – kötü	21	16.80
Diyete uyum		
Çok iyi- iyi	38	29.90
Orta	57	44.90
Zayıf- kötü	32	25.20
Diyabet eğitimi aldınız mı?		
Evet	24	19.70
Hayır	98	80.30
Psikolojik destek?		
Evet	3	2.4
Hayır	123	97.6

Örnekleme grubunda hastalığa ilişkin bilgiler Tablo 3’de verilmiştir. Hastalığa ilişkin demografik veriler incelendiğinde, örnekleme grubunun 23’ünün (%18.1) tip-1’den, 104 de (%81.9) Tip-II diyabetlilerden oluştuğu görülecektir. Araştırma kapsamına alınanların diyabet süreleri 1 ila 360 ay arasında değişmekle birlikte, ortalama diyabet süreleri; 84.00 ± 9.51 aydır. Çalışmaya katılanların 66’ı (%52.0) ilk tanı aldıklarında yeterince bilgilendiklerini ifade ederken, 61’i (%48.0) bu görüşe katılmadıklarını söylemişlerdir. Hastaların 90’ı (%72) ağızdan alınan şeker düşürücü ilaç kullanırken, 9’u (%7.2) sadece insülin, 21’i (%16.8) ise hem insülin hem de ağızdan alınan şeker düşürücü ilaç kullanmaktadır. Araştırma kapsamına alınanlardan 98’i (%78.4) şu anki tedaviye uyumlarını orta ve iyi olarak tanımlarken, 21’i (%16.8) tedaviye uyumlarını zayıf ve kötü görmektedir. Diyetle uyum sorusuna çok iyi, iyi ve orta yanıt verenlerin sayısı; 95 (%74.8), aynı soruyu zayıf ve kötü şeklinde yanıtlayanların sayısı ise; 32 (%25.2)’dir. Diyabetlerinin kontrolü için üç ayda bir ya da daha sık aralarla doktora başvurularının sayısı; 89 (%72.3), altı ay ve daha uzun sürede başvuruda bulunanlarınsa 34 (%27.6)’dür. Her gün şeker kontrolü yapanların sayısı, 14 (%11.3), gerek gördüğü zaman yani düzensiz ölçüm yapan ya da yaptıranların sayısı ise, 86 (%69.4) olarak tespit edilmiştir. Diyabet olduklarını öğrendikten sonra uygulayacakları diyetle ilgili bilgiyi 96 (%75.6) kişi doktordan aldığını ifade etmiş, 12 (%9.4) kişi ise herhangi bir bilgi almadığını söylemiştir. Katılımcılardan 98’i (%77.8) günlük almaları gereken kalori miktarı hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Diyabetes Mellitus’a ilişkin eğitim alıp almadıkları sorusuna olguların 98’i (%80.3) “hayır” yanıtı vermiştir. Çalışmaya katılanların 94’ü (%76.4) daha fazla diyabet eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların 115’i (%91.3) son bir

yıl itibariyle hastaneye yatmadan tedavilerini sürdürdüklerini ifade etmişlerdir. Diyabet bakımlarını sürdürmede kendilerine yardım edenin olmadığını açıklayanların sayısı; 26 (%20.6), eş ve ailelerinden destek gördüğünü ifade edenlerin sayısı beraberce; 94 (%74.6) olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanlardan 123'ü (%97.6) diyabet tanısı konduğundan bu yana her hangi bir psikolojik destek almadıkları belirtmişlerdir. Katılımcıların son bir yıl içindeki sağlık algılamaları ortalama; $5,72 \pm 1,55$ ile orta düzeylerde gerçekleşmiş, bu değerler son bir ay dikkate alındığında, $6,04 \pm 1,74$ ile daha iyi bir görünüm çizmiştir.

Çalışmaya katılanların metabolik kontrol sonuçlarının genel bir değerlendirmesi Tablo 4'de gösterilmiştir. Tabloya bakıldığında; katılımcıların 33'ünün (%26) iyi kontrollü kan şekeri düzeyine ($AK\dot{S} \leq 140$), 94'ünün (%74) ise, kötü kontrollü kan şekeri düzeyine ($AK\dot{S} \geq 141$) sahip oldukları görülecektir. Aynı katılımcılarda, uzun süreli kan şekeri takibinin göstergesi olarak kabul edilen HbA1c değerleri ise sırasıyla şu şekilde bulunmuştur; 51 (%40.2), ($HbA1c \leq 7$); 76(%59.8), ($HbA1c \geq 7,1$). Çalışmaya katılanların 78'i (%61.4) diyabete bağlı her hangi bir kronik komplikasyonları olmadığını belirtmişlerdir. En az bir komplikasyonu olduğunu belirten grup içinde en sık karşılaşılan komplikasyon türü ise, 67 (%52.8) ile tansiyon yüksekliği olmuştur. Katılımcıların, 73'ü (%58.4) diyabet dışında bir başka hastalıkları daha bulunduğunu belirtmişlerdir.

Tablo-4. Katılımcıların Metabolik Kontrol Sonuçları

Değişkenler	N	%
Kan şekeri kontrolü		
İyi	33	26.00
Kötü	94	74.00
HbA1c sonuçları		
İyi	51	40.20
Kötü	76	59.80
Komplikasyon varlığı		
Var	49	38.60
Yok	78	61.40

Veri Toplama Araçları

Katılımcılara uygulanan veri toplama araçları bir paket halinde hazırlanıp, araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Çalışmada katılımcılara uygulanan ölçeklerin, iç tutarlılık çalışması Cronbach's Alfa tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen alfa değerleri Tablo-5 (s. 62)'de verilmiştir.

Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeği (DYKÖ)

Jacobson tarafından, Diyabet Kontrol ve Komplikasyonları Deneme Araştırma Grubu (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, DCCT, 1986) çalışmalarında kullanılmak üzere geliştirilmiş diyabete özgü fiziksel, ruhsal iyilik halinin de için de yer aldığı yaşam kalitesi ölçeğidir ("Diabetes Quality of Life Measure", DQOL , 1986; Jacobson, 1994). Bu çalışmada kullanılan ölçek, tercüme çalışması yapılarak daha önce Türkiye'de ilk kez uygulanan bir çalışmada (Şengün, 1998) kullanılan ölçekten yararlanılarak oluşturulmuştur. Bu çalışmada DYKÖ'nin

seçilme nedeni; diyabete özel bir ölçek olmasının yanı sıra, uygulama, değerlendirme ve yorumlanmasında uygulayıcıya sağladığı kolaylıklardır. Geniş kapsamlı bir ölçek olmakla birlikte DYKÖ’de adı geçen yaşam alanları birbirleriyle etkileşim halindedir. Ölçek maddeleri diyabetin neden olabileceği problemlere ve tedaviye yönelik hazırlanmıştır. Toplam 46 sorudan ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler sırasıyla;

1- Tedavi memnuniyeti (satisfaction with treatment), “Şu anki diyabet tedaviniz sizi ne derece memnun ediyor?” şeklinde süregelen tedaviye ve aynı zamanda diyabet ve yol açtığı sorunlara yöneliktir. 15 sorudan oluşmaktadır.

2- Tedavinin etkisi (impact of treatment),diyabet hastası olmanın bireysel ve sosyal anlamda etkilerini (“ne sıklıkta kendinizi iyi hissediyorsunuz?”) betimleyen 20 soruluk bir alt ölçektir.

3- Diyabetin gelecekteki etkilerine ilişkin kaygı (worry about the future effects of diabetes) şu an ve geleceğe yönelik diyabetin açtığı (açabileceği) sorunlara ilişkin olarak hazırlanmış 4 sorudan oluşmaktadır, (“diyabetinizin oluşturacağı komplikasyonları düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?”).

4- Sosyal ve mesleksel kaygı (worry about social/vocational issues), diyabet nedeniyle sosyal alanda ve mesleksel anlamda doğabilecek sorunlara yönelik (“evlenip evlenemeyeceğiniz konusunda ne sıklıkla endişe duyuyorsunuz?”) bilgiler edinmek üzere hazırlanmış 7 soruluk bir alt ölçektir.

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması ($X=49.82\pm 1.33$) ve medeni durumları dikkate alındığında (%7.90 bekar) görüleceği üzere “sosyal ve mesleksel kaygı” sorularına katılımcıların tamamına yakını “uygun değil” yanıtı vermişlerdir. Bu yüzden bu alt ölçek değerlendirmelerde puanlamadan çıkartılmıştır. Tip-I ve Tip-II

diyabetlilerde yaşam kalitesi, hastalığa bağlı komplikasyonların etkileri ve değişik tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasında yoğun bir şekilde güvenle kullanılmıştır (Jacobson ve ark., 1994; Lloyd ve ark., 1992; Selam ve ark., 1992). Ölçek iki aşamada değerlendirilmektedir. İlk olarak 4 alt ölçeğin puanlamaları yapılmakta ikinci aşamada da ölçeğin genel toplam puanı hesaplanmaktadır. İlk alt ölçek olan tedavi memnuniyetinde puanlama, 1= çok memnun ediyorum, 2= orta derecede memnun ediyorum, 3= hiçbirini, 4= az derecede memnun ediyorum, 5= hiç memnun etmiyorum şeklinde yapılmaktadır. Diğer 3 alt ölçekte değerlendirme yine 1 ila 5 arasında ancak, cevap şıklarının düzenlenmesi; 1= hiçbir zaman, 2= çok nadir, 3= bazen, 4= sıklıkla, 5= her zaman şeklindedir. Diyabete bağlı gelecek kaygısı ile sosyal ve mesleki kaygı alt ölçekleri için ayrıca “uygun değil” cevabı da bulunmaktadır. Puanlama, maddelere verilen cevapların toplamının alt ölçekteki madde sayısı toplamına bölünmesiyle elde edilmektedir. Tedavi etkisi alt ölçeğindeki; “ne sıklıkta kendinizi iyi hissediyorsunuz?” sorusuyla, “başkalarıyla diyabetiniz hakkında ne sıklıkta konuşuyorsunuz?” sorusu ters cevaplamalı sorulardır. Alt ölçeklerin hesaplanan puanları 1’ e yakın olduğunda yüksek yaşam kalitesinden, 5’e yakın olduğunda düşük yaşam kalitesinden söz edilecektir.

Kendini Düzenleme Ölçeği Kısa Formu (KDÖ)

Grossart-Maticek ve Eysenck (1995) tarafından geliştirilen Kendini Düzenleme Ölçeğinin (“Self Regulation Inventory”, SRI) orijinal formu, 105 soru ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu çalışmada 25 soru ve 5 alt ölçekten oluşan kısa versiyonu kullanılmıştır. Kısa versiyon, orijinal versiyonundan esinlenerek oluşturulmuştur. Sonuçlar, kısa versiyonun, orijinal ölçekle yüksek korelasyon ve iç geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Marques ve ark. 2005). Kendini Düzenleme Ölçeği kısa

versiyonunun ölçek maddeleri ve yönergeleri çeviri-tekrar-çeviri tekniğiyle (Brislin, 1986) Türkçe'ye araştırmacı tarafından uyarlanmıştır.

Literatür incelemesinde, daha önce Türkiye bağlamında konuya ilişkin Kendini Düzenleme Ölçeği ile yapılan her hangi bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Her bir ölçek maddesi, (1 ile 6 ve 6 ile 1 puan arasında değişen) 6 puanlık Likert tipi yanıtlamadan oluşmaktadır. Yanıtlar madde anlatım biçimiyle uyumlu hale getirilmiş, ilgili bölümlerde evet- hayır, oldukça nadir- oldukça sık, nadiren- hemen her zaman şeklinde düzenlenmiştir. Özerklik alt boyutundaki, “kendim bir talepte bulunmaktan daha çok, diğerlerine uymayı tercih ederim.” sorusu ters yanıtlamalı bir sorudur. Yine aynı şekilde olumlu aktivite arama alt boyutundaki, “davranışlarım süresince sıklıkla duygusal vızıltı yaşarım” sorusu ters yanıtlamalı soru olup toplam puandan çıkartılarak hesaplanmıştır. Puanlama, maddelere verilen cevapların toplamının alt ölçekteki madde sayısı toplamına bölünmesiyle elde edilmektedir. 6 ve 6'ya yakın puanlar yüksek kendini düzenlemeyi gösterirken, 1 ve 1'e yakın puanlar düşük kendini düzenlemeyi ifade etmektedir.

Grossart- Maticek ve Eysenck, (1995), kendini düzenleme kavramında kişilik ve sağlıkla ilgili farklı çalışmalarda öne çıkan başa çıkma stratejilerinin ortak faktörlerinin sağlığa ilişkin boyutlarını tanımlamışlardır. Bu başa çıkma boyutu, fiziksel hastalığı olan kişilerde hastalığı iyileştirmek, sağlıklı olanlardaysa hastalık oluşmasıyla ilişkilidir. Kendini düzenleme kavramı, alt ölçeklerde tanımlanan; özerkliği, duygusal bağımsızlığı, yaşamı aktif olarak düzenleyebilmeyi, gereksinim ve duyguları ifade edebilmeyi ve sağlık için iyilik hali aramayı içerir. Bu bağlamda kendi kaynaklarına yönelme ve bunları kullanma becerisinden söz edilebilir. Daha önceki çalışmalar, KDÖ'nin sağlıklı yapıya ulaşmayı sağlayan başa çıkma stratejilerini belirlediğini göstermektedir

(Grossart- Maticek ve Eysenck, 1995; Grossart- Maticek ve ark., 2000). Orijinal çalışma, kanser, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar ve diğer ölüm nedeni olabilen hastalıklar arasındaki ilişkide yüksek güvenilirliğe sahip bulunmuştur.

KDÖ, her biri 5 sorudan oluşan 5 alt ölçeğe sahiptir.

1- Olumlu aktivite arama (Positive actions); Belli problemlerin çözümünde uygulanabilecek aktivitelerin belirlenmesini ifade eder, “Faaliyetlerim sonucunda çok hoş bir memnuniyet aşamasına ulaşmayı sıklıkla başarırım”. Coşku gibi insanın kendisini pozitif hissetmesini sağlayan duygularla mutsuzluk gibi, negatif duygulardan uzak durma eylemi örnek olarak verilebilir.

2- İçsel kontrol (Controllability); “Rahatsızlık verici bazı durumlar kişisel gelişimi zorlaştırabilir.” Örnek sorusunda görüldüğü gibi, dışsal yüklemelerin aksine, kişilik gelişimi ve duygu durumun içsel kontrol yüklemesini ifade etmektedir.

3- Gereksinim ve duyguların ifadesi (Expression of feelings and needs), “kişisel problemlerim olduğu zaman kendime ve diğer kişilere bu durumumu açıklarım”, gibi hem pozitif hem negatif duygu ve dileklerin ve gereksinimlerin ifadesi ile ilişkilendirilmiştir.

4- Özerklik (Assertiveness); bir kişinin kendi dilek ve isteklerinden yeterli şekilde hoşnut olmayı betimlemektedir. “Daima kendi hayatımı yaşıyorum” örnek sorusunda görüldüğü gibi, kişinin girişkenliği, kendine güven duygusu gibi eylemlerden oluşmaktadır. Bir başka deyişle otonomluğu ifade eder.

5- İyilik hali için çaba göstermek (Well-being seeking), bir kişinin öncelikle kendi dünyasında iyilik halini hissetmesi ve diğerleriyle hoşnutluk hissetmesine dair

davranış düzenlemelerini ifade eder, “kendim ya da diğer kişiler için iyi sonuçlar doğuracak davranış yollarının daima arayışı içindeyimdir”(Marques ve ark. 2005).

Derogatis Duyuş Denge Ölçeği (DDDÖ)

Derogatis (1995) tarafından geliştirilen, çok boyutlu duygu hali ve duyusu ölçmek için kullanılan ve 40 adet tek kelimelik sıfattan oluşan bir ölçektir (“Derogatis Affects Balance Scale”, DABS). Asılları İngilizce olan ölçek maddeleri ve yönergeleri çeviri-tekrar-çeviri tekniğiyle (Brislin, 1986) Türkçe’ye araştırmacı tarafından uyarlanmıştır. Türkiye’de bir başka çalışmada eş zamanlı olarak kullanılmıştır (Şarлак, 2008). Ölçekte kullanılan her bir sıfat ankete katılan kişinin son deneyimiyle ilgili 0’ dan 4’e kadar (0= asla, 4= her zaman) değişen puanlamaya sahiptir. DDDÖ, 5’li Likert tipi ölçektir. Puanlar; 0= asla, 1= nadiren, 2= bazen, 3= sık,sık, 4= her zaman şeklinde tanımlanmıştır. Elde edilen puanlar 4’e yakın oldukça o duygunun daha fazla yaşantılandığını, 0’a yakın oldukça daha az yaşantılandığını göstermektedir. DDDÖ, olumlu davranışların tanımlanmasında, etkili uygulamaların farkına varılmasında, psikososyal onkoloji, kayıpla başa çıkma, stres paradigmaları ve duygusal bozukluklar gibi çeşitli konularda yüksek geçerliliğe sahip bulunmuştur.

Bu ölçek, hastalık tanısı almış ya da sağlıklı kişilerin duygu hali veya duygusal yaşantılarının profilini çıkartmak için sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ölçekte, toplam 5 farklı ortalama puan üzerinden hesaplama yapılarak, duyusallık ve duyuş dengesi 8 temel duygu boyutuyla değerlendirilebilmektedir. Olumlu duygu (Positive emotion) boyutu; mutluluk, hoşnutluk, dinçlik ve sevecenlik parametrelerinden oluşurken, olumsuz duygu (Negative emotion) boyutu ise; kaygı, depresyon, suçluluk ve

saldırganlık duygulanımlarını ele alır. DDDÖ'nün temel boyutları olumlu ve olumsuz duygunun temel bileşenlerini yansıtmak için tasarlanmıştır.

Her bir boyut içerisindeki duyguların ortalaması olumlu ve olumsuz toplam puanları vermektedir. Ayrıca, duyuş, denge indeksi puanı da sağlanabilmektedir. Bu puan, toplam olumlu duygu boyutuyla, toplam negatif duygu boyutu arasındaki farkın belirlenmesiyle ortaya çıkar. Aynı ölçekte duyuş yansıma indeksine ulaşmak da mümkündür. Burada olumlu veya olumsuz özelliklere bakılmaksızın toplam yansıtma derecesi hesaplanabiliyor. Ayrıca, son toplam puan olarak olumlu duyuş oranı elde edilebilir. Bu oran, toplam duyuş yansımasının içerisinde olumlu duyuşun oranı olarak elde edilebilmektedir.

Fiziksel İyilik Hali

Diyabette metabolik durumun izlenmesi, tedavi sürecinin takibi ve hasta güvenliği açısından kritik öneme sahiptir. Son yıllardaki klinik gözlemlere göre, evde kan glikoz izlemi (EKGİ) ve glikozillenmiş hemoglobin ölçümleri (HbA1c) bu amaca yönelik girişimlerin başında yer almaktadır. Diyabet kontrolü ve komplikasyonları çalışması (DCCT), Tip-I diyabet hastalığında uygulanan yoğun tedavi şemalarının bir parçası olarak EKGİ ve periyodik HbA1c ölçümlerinin gerekliliğini kanıtlamıştır (DCCT 1993, 1995). İngiltere'de yapılan bir başka çalışmada Tip-II diyabet için benzer sonuçlar elde edilmiştir (UKPDS, 1998). Kan glikoz düzeyleri (EKGİ'den elde edilen ya da laboratuarda ölçülen) saatlik ve günlük tedavi değişikliklerini belirleyebilmek için başvurulan kaynakların başında yer alır. Ancak uzun süreli kan glukozu takibinde, 2-3 aylık dönemdeki glisemik kontrolü yansıtan HbA1c ölçümü yapılmalıdır (ADA, 2004). Bu çalışmada diyabet hastalarının fiziksel iyilik hallerinin takibi ve değerlendirilmesi,

hastaların takip dosyalarından elde edilen bilgiler doğrultusunda, HbA1c ölçümlerine bakılarak yapılmıştır.

Bilgi Formu

Gerek ülkemizde ve gerekse dış ülkelerde yapılan diyabetli hastaların yaşam kalitesi ve psiko-sosyal yönlerinin araştırıldığı benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan anket formu, bireye ve hastalığa özgü betimleyici bilgileri ve hastalığa uyum değişkenlerinin de içinde yer aldığı hastalık eğitimi soruları ve metabolik kontrol sonuçlarının (fiziksel iyilik hali) takip edildiği bölümlerden oluşmaktadır.

Bireye ilişkin sosyo-demografik değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki durum, medeni durum, diyabet tipi, diyabet süresi, aylık gelir durumu, birlikte yaşadıkları, sosyal güvencesi, sigara kullanımı, alkol alımı gibi soruları içermektedir. Hastalığa özgü değişkenler; hastalık ve aile ilişkisi, tedavi türü, tedaviye uyum, doktora başvurma sıklığı, diyabeti yönetme, diyetle uyum, diyabet eğitimi, diyabet kalori bilgisi, psikolojik destek, sağlık algılaması, metabolik kontrol sonuçları ve komplikasyon durumundan oluşmaktadır.

Metabolik kontrol sonuçlarından açlık kan şekeri (AKŞ) ölçümlerinin tayininde, çalışmanın yapıldığı merkezlerde rutin olarak incelenen, ortalama 8 saatlik açlık sonrası ölçülen sonuçlar değerlendirmeye alınmıştır. Yorumlamada ADA (1998) önerileri doğrultusunda 140 mg/dl üzeri AKŞ değerleri kötü kontrollü olarak kabul edilmiştir. Glikozillenmiş Hemoglobin (HbA1c), yine aynı merkezde son 6 aydaki hasta bilgilerinden elde edilmiş, ADA (1998) önerileri doğrultusunda %7 üzeri değerler kötü kontrollü diyabet olarak kabul edilmiştir. Fiziksel iyilik halinin betimlenmesinde tanı ve takipte önemli rol oynayan bu parametrelerin sonuçlarından yararlanılmıştır. Son altı

ay- bir yıl içinde katılımcıların her hangi bir komplikasyon deneyimleyip deneyimlemedikleri hasta bilgi dosyalarından ve kişilerin bireysel bilgilerine dayanarak derlenmiştir. Tedavi uyumuna ilişkin sorular; tedaviye uyum, diyetle uyum, günlük kalori miktarı bilgisi, kontrollerin dışında kan şekeri ölçüm sıklığı, kendi kendini izleyebilme (self- monitoring) ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurul Başkanlığı'na başvurulmuş ve “tıbbi etik açısından sakınca olmadığına” dair gerekli yasal izin alınmıştır (bkz.ek- 1). İl sağlık müdürlüğüne yapılan başvuru ile, Denizli Devlet Hastanesi Diyabet Merkezinde çalışma izinleri alınmış, çalışma süresince ilgili kuruluşun işleyişine mani olacak davranışlarda bulunmamaya özen gösterilmiştir. Çalışmaya katılan bireyler, herhangi bir ceza ve önyargılı davranışa maruz kalmadan araştırmaya katılıp katılmamakta serbest oldukları ve yine çalışmanın her hangi bir yerinde çalışmadan ayrılabilme hakkına sahip oldukları konusunda yazılı olarak bilgilendirilmişlerdir (bkz. Ek- 2).

Veri Toplama Süreci

Araştırma sorularımızın temellendiği değişkenler (diyabette duygusal örüntüler, kendini düzenleme stratejileri ve hastaların genel iyilik hali ve fiziksel sağlık durumları) bu alanda geliştirilen ölçekler yoluyla belirlenmiştir. Hastalar görüşmeye alınmadan önce yapılacak çalışmalar hakkında etraflıca bilgilendirilerek gönüllülük esası üzerinden katılımlarının sağlanmasına çalışılmış ve onamları alınmıştır (Ek-2; Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu). Halen Psikiyatrik tedavi görmekte olan hastalar ile, görüşmelerin ya da ölçeklerin sağlıklı doldurulmasını engelleyecek düzeyde bedensel ve bilişsel

yetersizlikte olan ve 18 yaşından küçük hastalar çalışmamıza dahil edilmemişlerdir. Hastaların ilk olarak öyküleri, poliklinik hasta kayıtları, son 6 ay içerisinde yapılmış tetkikleri ve DM'ye bağlı diğer organlarda meydana gelen hasarları (komplikasyonlar), ilgili sağlık kuruluşunun kayıtlarından yararlanılarak derlenmiştir. Hastalarla yapılan görüşmenin ilk bölümünde, yapılandırılmış görüşme çizelgesi kullanılmış sonrasında her bir değişken için karar verilen ölçekler bir araştırma paketi haline getirilerek araştırmacı tarafından diyabet polikliniklerinde uygulanmıştır. Görüşme çizelgesinden ve metabolik sonuçların elde edilmesinden sonra, uygulanacak ölçekler hakkında ön bilgi verilmiş, daha sonra ölçeklere geçilmiştir.

İstatistiksel Çözümleme

Araştırmada elde edilen veriler, önce istatistiksel analizlere olanak verecek şekilde kodlanmış, ölçeklerin alt boyutlarının puan hesaplamaları yapılmış, daha sonra Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS14, 16) istatistik paket programı yardımıyla istatistiksel analizlere geçilmiştir. Hastaların anket sorularına verdikleri yanıtlardan elde edilen puanlarla ortalamalar hesaplanmıştır. Çalışmada önce değişkenlerin betimsel istatistiği yapılmıştır. Grup ortalamalarının farklılığını saptamak için t- testi, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin incelenen değişkenler üzerine etkisini saptamak için de tek yönlü varyans analizi (anova) ve t- testi kullanılmıştır. Daha sonra ilgili değişkenlerin korelasyonları hesaplanmıştır. Bir sonraki adımda, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için basit lineer ve hiyerarşik regresyon uygulanmıştır.

Tablo-5. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Alfa Değerleri

Değişkenler	N	Alfa
Derogatis Duyuş Denge Boyutları (DDDB)		
Kaygı	127	.86
Depresyon	127	.92
Suçluluk	127	.86
Saldırganlık	127	.83
Toplam olumsuz duygu	127	.96
Mutluluk	127	.88
Hoşnutluk	127	.88
Dinçlik	127	.86
Şefkat	127	.79
Toplam olumlu duygu	127	.95
Duyuş denge boyutu	127	.85
Diyabet yaşam kalitesi ölçeği (DYKÖ)		
Tedavi memnuniyeti	112	.91
Tedavi etkisi	91	.89
Gelecek kaygısı	119	.86
Toplam yaşam kalitesi	83	.84
Kendini düzenleme ölçeği (KDÖ)		
Olumlu aktivitede bulunma	123	.81
İçsel kontrol	121	.85
Gereksinim ve duyguların ifadesi	124	.72
Özerklik	126	.51
İyilik hali arama	126	.79

BÖLÜM III

BULGULAR

Temel Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapmaları

Çalışmada katılımcıların duygusal yaşantı örüntülerini (Derogatis duyuş denge ölçeği), Kendini düzenleme stratejilerini (Kendini düzenleme ölçeği) ve genel iyilik hali ve fiziksel sağlıkla ilgili (Diyabet yaşam kalitesi ölçeği) değerlendirmelerini almak üzere uygulanan anketlerden elde edilen ortalamalar tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların Derogatis duyuş denge ölçeğinin alt boyutlarına göre ortalamaları incelendiğinde; 4 maddeden oluşan toplam olumlu duygu boyutunda ortalama ($X= 2.16$; $SS= .55$) iken, toplam olumsuz duygu boyutundaki ortalamanın ($X= 1.33$; $SS= .69$) olduğu görülecektir. Eşleştirilmiş t testi analizleri katılımcıların daha çok olumlu duygu yaşadığını göstermektedir, ($t = 8.75$, $p < .0001$). Aynı ölçekten elde edilen duyuş denge boyutu ortalamaları ise ($X= .16$ $SS= .21$) şeklinde gerçekleşmiştir.

Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinde, toplam yaşam kalitesi ortalamalarının ($X= 2.56$ $SS= .63$) olduğu görülmektedir. Hastalığa bağlı gelecek kaygısı ($X= 2.32$ $SS= .79$) şeklinde yansırken, tedavi memnuniyeti ortalamaları ($X= 2.67$ $SS= .82$) olarak ve tedavi etkisi ortalamaları ise; ($X= 2.56$ $SS= .50$) şeklinde gerçekleşmiştir. Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeğinin hesaplama sistemi dikkate alındığında, bu ortalama puanlar göstermektedir ki, katılımcılar diğer alt boyutlara oranla hastalığa ilişkin gelecek kaygısı bağlamında daha iyi diyabet yaşam kalitesine sahiptirler. Öte yandan ortalama puanın 5'e daha yakın olması nedeniyle, katılımcıların tedavi memnuniyetlerinin yeterli düzeyde gerçekleşmediği de söylenebilir. Kendini

düzenleme ölçeği alt boyutlarından olumlu aktivite skalasına ait ortalamalar ($X= 3.87$ $SS= .75$)'dir.

Tablo 6 Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Ortalamaları

Değişkenler	N	X	SS
Derogatis duyuş denge ölçeği (DDDÖ)			
Kaygı	127	1.70	.70
Depresyon	127	1.36	.90
Suçluluk	127	.91	.70
Saldırganlık	127	1.36	.67
Toplam olumsuz duyuş boyutu	127	1.33	.69
Mutluluk	127	2.13	.56
Hoşnutluk	127	2.17	.62
Dinçlik	127	2.09	.60
Sevecenlik	127	2.26	.57
Toplam olumlu duyuş boyutu	127	2.16	.55
Duyuş denge boyutu	127	.16	.21
Diyabet yaşam kalitesi ölçeği(DYKÖ)			
Tedavi memnuniyeti	112	2.67	.82
Tedavi etkisi	91	2.56	.50
Gelecek kaygısı	119	2.32	.79
Toplam yaşam kalitesi	83	2.56	.63
Kendini düzenleme ölçeği(KDÖ)			
Olumlu aktivite arama	123	3.87	.75
İçsel kontrol	121	3.70	1.16
Duyuş ve Gereksinimlerin ifadesi	124	3.97	.97
İyilik hali arama	126	4.31	.90
Özerklik	126	3.86	.73

Özerklik alt boyutundaki değerler bu ortalamalara çok yakın gerçekleşmiştir; ($X= 3.86$ $SS= .73$). Duyguları ve gereksinimleri ifade etme alt boyutundaki ortalamalar; ($X= 3.97$ $SS= .97$) şeklinde gerçekleşmiş, iyilik hali arama ve içsel kontrol alt boyutlarıysa sırasıyla şu ortalamaları vermiştir; ($X= 4.31$ $SS= .90$), ($X= 3.70$ $SS= 1.16$). Tabloya göre, katılımcılar en çok sırasıyla, iyilik hali arama, duygu ve gereksinimlerin ifadesi, olumlu aktivite arama, özerklik ve içsel kontrol stratejilerini kullanmaktadırlar.

Temel Değişkenlerin Bazı Demografik Değişkenlere Göre Farklılıkları

Araştırmaya konu edinilen temel değişkenlerin temel demografik özellikler (Cinsiyet, Diyabet tipi, Diyabet süresi, HbA1c düzeyi, Komplikasyon durumu) bağlamında nasıl farklılaştığını ortaya koymak için t-testleri ve korelasyonları hesaplanmıştır. Hesaplama sonuçlarına göre elde edilen çıktılar ilgili tablolarda gösterilmiştir.

Cinsiyete Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları

Cinsiyet bağımsız değişkenine göre yapılan t testi sonuçları tablo 7'de sunulmuştur. Sonuçlar göstermiştir ki; Derogatis Duyuş Denge Ölçeğine göre ölçülen duygular arasında kaygı ve saldırganlık dışındaki bütün alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunduğu görülecektir ($p < .05$). Olumsuz duygu alt boyutlarından; depresyon, suçluluk ve toplam negatif duygu alt boyutlarının ortalamalarına bakıldığında, alınan puanlar cinsiyete göre kadınların daha çok negatif duygu durum içerisinde olduklarını, depresyon ve suçluluk gibi duyguları erkeklerden daha sık yaşadıklarını göstermektedir. Olumlu duygu alt boyutlarını oluşturan; mutluluk, hoşnutluk ($p < .01$), dinçlik, sevecenlik ve bunların toplamından hesaplanan toplam

olumlu duygu alt boyutlarının her bireri ile cinsiyet arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < .05$).

Grubun ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin olumlu duygu puanlarının daha yüksek olduğu görülecektir. Erkekler kadınlara göre daha çok olumlu duygular içerisinde bulunmaktadır. Olumlu duygularla olumsuz duyguların farkından elde edilen duygu dengesi puanı bağlamında tablo incelendiğinde her iki cinsiyet arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülecektir ($p < .00$). Duygu dengesi ortalama puanına göre, erkekler olumlu duygu boyutundakine benzer şekilde daha dengeli olumlu duygusal yapıya sahiptirler.

Tablo 7’de görüldüğü gibi, kendini düzenleme stratejileri bakımından her iki cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > .05$). Aynı tabloda yer verilen Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeğinin bütün alt boyutlarında cinsiyet bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < .05$). Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinde hesaplama yöntemi nedeniyle düşük puanlar yüksek yaşam kalitesini ifade etmektedir.

Ortalamalara bakıldığında kadınların bütün alanlarda daha yüksek puanlara sahip oldukları görülecektir. Bu durumda, kadınların tedavi memnuniyeti, tedavi etkisi, hastalığa ilişkin gelecek kaygıları ve toplam yaşam kalitesi bakımından erkeklere oranla düşük yaşam kalitesi ölçütleri içinde olduğu, söylenebilir.

Diyabet Tipine Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları

Diyabet tipine göre Derogatis denge duygu ölçeğinin olumlu ve olumsuz alt boyutları ve denge duygu puanları arasında (Tablo 8) anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > .05$).

Tablo 7. Temel Değişkenlerin Cinsiyete Göre t-Testi Sonuçları.

DDDÖ	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Kaygı	Erkek	53	1.58	.61	-1.66	.10
	Kadın	74	1.78	.74		
Depresyon	Erkek	53	1.08	.76	-3.04	.00**
	Kadın	74	1.56	.95		
Suçluluk	Erkek	53	.73	.55	-2.43	.02*
	Kadın	74	1.04	.78		
Saldırganlık	Erkek	53	1.25	.59	-1.49	.14
	Kadın	74	1.43	.72		
Toplam olumsuz duygu	Erkek	53	4.65	2.29	-2.39	.02*
	Kadın	74	5.82	2.99		
Mutluluk	Erkek	53	2.29	.53	2.98	.00**
	Kadın	74	2.00	.55		
Hoşnutluk	Erkek	53	2.37	.59	3.14	.00**
	Kadın	74	2.03	.61		
Dinçlik	Erkek	53	2.24	.57	2.33	.02*
	Kadın	74	1.99	.61		
Sevecenlik	Erkek	53	2.38	.56	2.03	.04*
	Kadın	74	2.17	.56		
Toplam olumlu duygu	Erkek	53	9.28	2.09	2.83	.01*
	Kadın	74	8.20	2.16		
Denge duygusu	Erkek	53	.23	.17	3.02	.00**
	Kadın	74	.12	.23		
KDÖ	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Olumlu aktivite	Erkek	52	3.98	1.00	.27	.79
	Kadın	71	3.93	1.00		
İçsel kontrol	Erkek	53	3.83	.90	-.70	.49
	Kadın	73	3.94	.87		
Duy.- gerek. ifade etme	Erkek	51	4.04	1.00	.60	.55
	Kadın	73	3.94	.96		
Özerklik	Erkek	53	3.92	.75	.76	.45
	Kadın	73	3.82	.72		
İyilik hali arama	Erkek	53	4.35	.93	.48	.63
	Kadın	73	4.28	.89		
DYKÖ	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Tedavi memnuniyeti	Erkek	48	2.37	.72	-3.47	.00**
	Kadın	64	2.89	.82		
Tedavi etkisi	Erkek	40	2.41	.48	-2.69	.01*
	Kadın	51	2.69	.50		
Hastalık gelecek kaygısı	Erkek	49	2.05	.71	-3.27	.00**
	Kadın	70	2.51	.80		
Toplam yaşam kalitesi	Erkek	39	2.34	.59	-2.91	.01*
	Kadın	47	2.73	.61		

Tablo 8 incelendiğinde, diyabet tipi bakımından kendini düzenleme ölçeğinde sadece özerklik alt boyutunda her iki tip arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülecektir ($p < .05$). Ortalamalara bakıldığında, Tip-II diyabetlilerin kendini düzenleme stratejilerinden özerkliği Tip-I diyabetiklere göre daha sık kullandıkları söylenebilir. Kendini düzenleme ölçeğinin diğer alt boyutları arasında diyabet tipi bakımından anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$). Tablo 8’de gösterildiği gibi, diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyutları arasında diyabet tipine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > .05$).

Diyabet Süresine Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları

Diyabet süresi bağımsız değişkenine göre yapılan t-testi sonuçları tablo 9’da sunulmuştur. Diyabet süresinin hesaplanmasında katılımcıların diyabet hastası olarak geçirdikleri süreler dikkate alınmış, ortalaması hesaplanmış ve bu değer kesme işareti olarak kullanılmıştır. Hastaların diyabetli olarak geçirdikleri sürelerin ortalaması; 84 ± 9.51 ay olarak bulunmuştur. Bu değer ortalama 7 yıl olarak kabul edilmiş; 7 yıldan daha kısa süreli diyabet hastası olanlar kısa süreli hasta grubuna, 7 yıldan daha uzun süredir hasta olanlar da uzun süreli hasta grubuna dahil edilmişlerdir.

Tablo 9’da görüldüğü gibi, olumsuz duygu boyutundan sadece depresyonla diyabet süresi arasında anlamlı bir farklılık söz konusudur ($p < .05$). Diğer olumsuz duygu boyutlarıyla toplam olumsuz duygu boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > .05$). Ortalamalar, yedi yıldan daha uzun süredir diyabetli olan hastaların daha fazla depresif duygu durum yaşadıklarını göstermektedir.

Tablo 8. Temel Değişkenlerin Diyabet Tipine Göre t-Testi Sonuçları.

DDDÖ	Diyabet tipi	N	X	SS	t	p
Kaygı	Tip-I	23	1.52	.45	-1.34	.18
	Tip-II	104	1.73	.74		
Depresyon	Tip-I	23	1.22	.64	-.85	.40
	Tip-II	104	1.40	.96		
Suçluluk	Tip-I	23	.67	.50	-1.84	.07
	Tip-II	104	.97	.73		
Saldırganlık	Tip-I	23	1.21	.60	-1.17	.24
	Tip-II	104	1.39	.69		
Toplam olumsuz duygu	Tip-I	23	4.62	1.94	-1.37	.52
	Tip-II	104	5.49	2.90		
Mutluluk	Tip-I	23	1.96	.55	-1.65	.10
	Tip-II	104	2.17	.55		
Hoşnutluk	Tip-I	23	2.14	.62	-.28	.78
	Tip-II	104	2.18	.63		
Dinçlik	Tip-I	23	2.09	.55	-.05	.96
	Tip-II	104	2.09	.62		
Sevecenlik	Tip-I	23	2.28	.60	.19	.85
	Tip-II	104	2.25	.56		
Toplam olumlu duygu	Tip-I	23	8.46	2.12	-.46	.65
	Tip-II	104	8.69	2.21		
Denge duyusu	Tip-I	23	.19	.17	.65	.52
	Tip-II	104	.16	.22		
KDÖ	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Olumlu aktivite	Tip-I	22	3.89	.85	-.34	.74
	Tip-II	101	3.97	1.03		
İçsel kontrol	Tip-I	23	3.88	.89	-.02	.98
	Tip-II	103	3.89	.88		
Duy.- gerek. ifade etme	Tip-I	21	4.02	.88	.24	.81
	Tip-II	103	3.96	.99		
Özerklik	Tip-I	23	3.59	.76	-1.96	.05*
	Tip-II	103	3.92	.71		
İyilik hali arama	Tip-I	22	4.51	.91	1.14	.26
	Tip-II	104	4.27	.90		
DYKÖ	Cinsiyet	N	X	SS	t	p
Tedavi memnuniyeti	Tip-I	19	2.64	.88	-.14	.89
	Tip-II	93	2.67	.81		
Tedavi etkisi	Tip-I	18	2.41	.58	-1.40	.16
	Tip-II	73	2.60	.48		
Hastalık gelecek kaygısı	Tip-I	21	2.34	.91	.16	.87
	Tip-II	98	2.31	.77		
Toplam yaşam kalitesi	Tip-I	16	2.54	.70	-.17	.87
	Tip-II	67	2.57	.62		

Tablo 9. Temel Değişkenlerin Diyabet Süresine Göre t-Testi Sonuçları.

DDDÖ	Diyabet süresi	N	X	SS	t	p
Kaygı	Yedi yıldan az	78	1.64	.70	-1.28	.20
	Yedi yıl ve üstü	45	1.80	.68		
Depresyon	Yedi yıldan az	78	1.22	.80	-2.27	.03*
	Yedi yıl ve üstü	45	1.60	1.06		
Suçluluk	Yedi yıldan az	78	.84	.65	-1.28	.20
	Yedi yıl ve üstü	45	1.01	.80		
Saldırganlık	Yedi yıldan az	78	1.31	.67	-.88	.38
	Yedi yıl ve üstü	45	1.42	.66		
Toplam olumlu duygu	Yedi yıldan az	78	5.02	2.61	-1.60	.11
	Yedi yıl ve üstü	45	5.84	2.99		
Mutluluk	Yedi yıldan az	78	2.24	.50	2.67	.01*
	Yedi yıl ve üstü	45	1.96	.62		
Hoşnutluk	Yedi yıldan az	78	2.24	.54	1.60	.11
	Yedi yıl ve üstü	45	2.06	.69		
Dinçlik	Yedi yıldan az	78	2.16	.55	1.63	.11
	Yedi yıl ve üstü	45	1.98	.68		
Sevecenlik	Yedi yıldan az	78	2.34	.52	2.13	.04*
	Yedi yıl ve üstü	45	2.12	.64		
Toplam olumsuz duygu	Yedi yıldan az	78	8.98	1.90	2.14	.04*
	Yedi yıl ve üstü	45	8.11	2.54		
Denge duygusu	Yedi yıldan az	78	.20	.20	2.15	.03*
	Yedi yıl ve üstü	45	.11	.23		
KDÖ	Diyabet süresi	N	X	SS	t	p
Olumlu aktivite	Yedi yıldan az	74	3.99	.95	.13	.90
	Yedi yıl ve üstü	45	3.96	1.10		
İçsel kontrol	Yedi yıldan az	77	3.95	.84	.58	.56
	Yedi yıl ve üstü	45	3.85	.97		
Duy.- gerek. ifade etme	Yedi yıldan az	77	3.86	.90	-1.96	.05*
	Yedi yıl ve üstü	43	4.22	1.08		
Özerklik	Yedi yıldan az	77	3.75	.75	-2.09	.04*
	Yedi yıl ve üstü	45	4.04	.70		
İyilik hali arama	Yedi yıldan az	77	4.32	.94	-.04	.97
	Yedi yıl ve üstü	45	4.33	.84		
DYKÖ	Diyabet süresi	N	X	SS	t	p
Tedavi memnuniyeti	Yedi yıldan az	69	2.57	.78	-1.50	.14
	Yedi yıl ve üstü	39	2.82	.90		
Tedavi etkisi	Yedi yıldan az	50	2.53	.47	-.57	.57
	Yedi yıl ve üstü	39	2.59	.56		
Hastalık gelecek kaygısı	Yedi yıldan az	72	2.22	.79	-1.68	.10
	Yedi yıl ve üstü	43	2.48	.77		
Toplam yaşam kalitesi	Yedi yıldan az	45	2.49	.59	-.96	.34
	Yedi yıl ve üstü	36	2.63	.69		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tablo 10. Temel Değişkenlerin HbA1c Sonuçlarına Göre t- Testi Sonuçları.

DDDÖ	HbA1c	N	X	SS	t	p
Kaygı	Düşük	51	1.39	.53	-4.39	.00***
	Yüksek	76	1.90	.72		
Depresyon	Düşük	51	.87	.53	-5.63	.00***
	Yüksek	76	1.69	.96		
Suçluluk	Düşük	51	.65	.42	-3.52	.00***
	Yüksek	76	1.08	.80		
Saldırganlık	Düşük	51	1.05	.55	-4.50	.00***
	Yüksek	76	1.56	.68		
Toplam olumsuz	Düşük	51	3.96	1.75	-4.92	.00***
	Yüksek	76	6.25	2.25		
Mutluluk	Düşük	51	2.35	.46	3.75	.00***
	Yüksek	76	1.98	.57		
Hoşnutluk	Düşük	51	2.33	.49	4.36	.00***
	Yüksek	76	1.98	.64		
Dinçlik	Düşük	51	2.34	.49	3.95	.00***
	Yüksek	76	1.93	.62		
Sevecenlik	Düşük	51	2.42	.54	2.76	.01**
	Yüksek	76	2.14	.56		
Toplam olumlu	Düşük	51	9.55	1.75	4.03	.00***
	Yüksek	76	8.05	2.25		
Denge duygusu	Düşük	51	.28	.14	5.43	.00***
	Yüksek	76	.09	.22		
KDÖ	HbA1c	N	X	SS	t	p
Olumlu aktivite	Düşük	50	3.93	.99	-.26	.80
	Yüksek	73	3.98	1.01		
İçsel kontrol	Düşük	50	3.77	.92	-1.23	.22
	Yüksek	76	3.97	.85		
Duy.- gerek. ifade etme	Düşük	50	4.03	1.03	.52	.60
	Yüksek	74	3.94	.94		
Özerklik	Düşük	50	3.68	.74	-2.32	.02*
	Yüksek	76	3.98	.71		
İyilik hali arama	Düşük	50	4.42	.91	1.12	.27
	Yüksek	76	4.24	.90		
DYKÖ	HbA1c	N	X	SS	t	p
Tedavi memnuniyeti	Düşük	48	2.28	.72	-4.71	.00***
	Yüksek	64	2.96	.77		
Tedavi etkisi	Düşük	34	2.24	.40	-5.45	.00***
	Yüksek	57	2.76	.46		
Hastalık gelecek kaygısı	Düşük	47	1.79	.64	-6.91	.00***
	Yüksek	72	2.66	.69		
Toplam yaşam kalitesi	Düşük	32	2.13	.47	-5.78	.00***
	Yüksek	51	2.83	.57		

Olumlu duygu boyutlarından mutluluk ve sevecenlik alt boyutları ve toplam olumlu duygu puanıyla diyabet süresi arasında anlamlı farklılıklar vardır ($p < .05$). Ortalamalara bakıldığında, yedi yıldan daha kısa süreli diyabet hastası olanların daha olumlu duygulara sahip oldukları görülecektir. Diyabet süreleri bakımından anlamlı farklılık ($p < .05$) bulunan denge duyuş puanında da yedi yıldan daha kısa süreli diyabetli hastaların ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 9, kendini düzenleme stratejilerinin t-testi sonuçlarını da göstermektedir. Bu tablo incelendiğinde, kendini düzenleme stratejilerinden duygu ve gereksinimlerin ifade edilebilmesi ve özerklik stratejileri alt boyutlarında diyabet süresi bakımından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir ($p < .05$). Ortalamalara göre, yedi yıl ve daha uzun süredir diyabetli olan hastaların duygu ve gereksinimlerini ifade edebilme ve özerkliklerini kullanma oranları daha kısa süreli diyabet hastalarına göre daha fazladır.

Tablo 9'daki diyabet yaşam kalitesi sonuçlarına bakıldığında, diyabet süresi bakımından yaşam kalitesi anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p > .05$).

Glikozile Hemoglobin (HbA1c) Ölçümlerine Göre Ölçeklerin t-Testi Sonuçları

HbA1c bağımsız değişkenine göre yapılan t-testi sonuçları tablo 10'da sunulmuştur. Tablo 10 incelendiğinde, hastaların yaşadıkları olumlu ve olumsuz duygular ve denge duyuş puanlarının HbA1c düzeyleri bakımından anlamlı farklılıklar gösterdiği görülecektir ($p < .05$). Ortalamalara bakıldığında, HbA1c düzeyi yüksek olan kötü kontrollü hasta grubunda olumsuz duyguların daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

HbA1c düzeyi düşük olan iyi kontrollü grubun daha çok olumlu duygular içinde olduğu söylenebilir. Aynı şekilde denge duyusu puanında da, HbA1c düzeyi düşük olan grupta denge duyusu puan ortalaması daha yüksektir. Aynı tablo içinde yer alan, hastaların kullandıkları kendini düzenleme stratejilerine bakıldığında, sadece özerklik stratejisinde HbA1c düzeyleri bakımından anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p < .05$). Ortalamalar, yüksek HbA1c düzeylerine sahip hastaların diğer gruba göre bu stratejiyi daha fazla kullandıklarını göstermektedir.

Diyabet yaşam kalitesi, HbA1c düzeyleri bakımından incelendiğinde, her bir alt boyutta anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p < .05$). Ortalamalara bakıldığında HbA1c düzeyleri düşük olan grubun, kötü kontrollü gruba göre; hem tek tek her bir alt boyutta hem de toplam yaşam kalitesi bakımından daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu söylenebilir ($p < .05$).

Komplikasyon Durumuna Göre Değişkenlerin t-Testi Sonuçları

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının yaşadıkları olumlu, olumsuz duygularının komplikasyon durumları bakımından farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonuçları tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11 incelendiğinde, olumsuz duyguların her biri ve olumsuz duygu toplam puanında komplikasyon durumuna göre anlamlı farklılıklar görülmektedir ($p < .05$). Ortalamalara bakıldığında, kaygı, depresyon, suçluluk ve saldırganlık duygularının komplikasyon olan grupta daha sık deneyimlendiği görülecektir. Olumlu duygular bakımından komplikasyon durumu incelendiğinde, mutluluk ve hoşnutluk duygularıyla komplikasyon arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < .05$).

Tablo 11. Temel Değişkenlerin Komplikasyon Durumuna Göre t Testi Sonuçları.

DDDÖ	Komplikasyon	N	X	SS	t	p
Kaygı	Var	49	1.99	.70	3.93	.00***
	Yok	78	1.52	.63		
Depresyon	Var	49	1.79	1.02	4.52	.00***
	Yok	78	1.09	.72		
Suçluluk	Var	49	1.21	.76	4.04	.00***
	Yok	78	.72	.60		
Saldırganlık	Var	49	1.57	.70	2.86	.01**
	Yok	78	1.23	.63		
Toplam olumsuz	Var	49	6.56	2.93	4.22	.00***
	Yok	78	4.56	2.37		
Mutluluk	Var	49	2.01	.67	-1.96	.05*
	Yok	78	2.21	.46		
Hoşnutluk	Var	49	2.09	.73	-1.23	.05*
	Yok	78	2.23	.54		
Dinçlik	Var	49	2.00	.74	-1.38	.17
	Yok	78	2.15	.49		
Sevecenlik	Var	49	2.25	.69	-.08	.94
	Yok	78	2.26	.48		
Toplam olumlu	Var	49	8.35	2.72	-1.25	.21
	Yok	78	8.84	1.76		
Denge duygusu	Var	49	.09	.24	-3.33	.00***
	Yok	78	.21	.19		
KDÖ	Komplikasyon	N	X	SS	t	p
Olumlu aktivite	Var	46	1.04	.15	-.18	.85
	Yok	77	.98	.11		
İçsel kontrol	Var	49	.82	.12	-.21	.83
	Yok	77	.92	.10		
Duy.- gerek. ifade etme	Var	47	.98	.14	-.32	.75
	Yok	77	.98	.11		
Özerklik	Var	48	.73	.10	.75	.46
	Yok	78	.73	.08		
İyilik hali arama	Var	49	.94	.13	-1.54	.13
	Yok	77	.87	.10		
DYKÖ	Komplikasyon	N	X	SS	t	p
Tedavi memnuniyeti	Var	42	2.89	.89	2.24	.03*
	Yok	70	2.54	.75		
Tedavi etkisi	Var	35	2.66	.54	1.43	.16
	Yok	56	2.51	.48		
Hastalık gelecek kaygısı	Var	46	2.62	.77	3.42	.00***
	Yok	73	2.13	.75		
Toplam yaşam kalitesi	Var	33	2.72	.70	1.86	.07
	Yok	50	2.46	.56		

Ortalamalar, komplikasyon olmayan grupta daha fazla mutluluk ve hoşnutluk duygularının bulunduğunu göstermektedir. Denge duyusu puanı ile komplikasyon arasındaki anlamlı farklılığın ($p<.05$) ortalamaya yansımaları, komplikasyonsuz hastaların yüksek ortalama puana sahip olduğu yönündedir.

Hastaların kendini düzenleme stratejileri ve diyabet yaşam kalitelerinin komplikasyon durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t- testi sonuçları aynı tabloda verilmiştir. Kendini düzenleme stratejilerinin komplikasyon varlığı ya da yokluğu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>.05$). Aynı tabloda hastaların diyabet yaşam kaliteleri incelendiğinde, tedavi memnuniyeti ve hastalığa ilişkin gelecek kaygısı alt boyutlarında komplikasyon varlığı ve yokluğu arasında anlamlı farklılıklar bulunduğu görülecektir ($p<.05$). Ortalamalara bakıldığında, komplikasyonun var olduğu grupta, tedavi memnuniyeti ve hastalığa ilişkin gelecek kaygısı ortalama değerlerinin yüksek olduğu görülecektir. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplanma yöntemine göre, her iki alt boyut bağlamında yaşam kalitesinin düşük olduğu söylenebilir.

Temel Demografik Değişkenlerin Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkileri

Her bir olumlu- olumsuz duygu ve denge duyusu bağımlı değişkenleriyle, kendini düzenleme stratejileri ve diyabet yaşam kalitesi bağımlı değişkenleri için ANOVA yapılmış ve sadece manidar sonuçlar tablo 12, 13,14' de verilmiştir.

Tablo 12'de gösterildiği gibi, temel demografik değişkenlerin olumsuz duygu alt boyutlarından kaygı duygu boyutu üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütülen ANOVA sonuçlarında yalnızca HbA1c düzeylerinde fark manidar çıkmıştır, [$F(1-106)= 7.26; p<.05; \eta^2= .06$].

Tablo 12. Olumlu Olumsuz Duyguların Manidar Bulunan ANOVA Sonuçları.

Değişkenler	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Kaygı				
HbA1c	2.94	7.26	.00	.06
Depresyon				
HbA1c	4.56	8.37	.01	.07
HbA1c*Komplikasyon	2.20	4.03	.05	.04
Suçluluk				
HbA1c	1.95	5.06	.03	.05
Diyabet süresi* HbA1c	2.98	5.15	.03	.05
Saldırganlık				
HbA1c	2.49	6.36	.01	.06
Toplam Olumsuz Duygu				
HbA1c	46.57	8.13	.01	.04
Mutluluk				
Diyabet Süresi	1.18	4.50	.04	.04
Hoşnutluk				
HbA1c	1.34	4.19	.04	.04
Sevecenlik				
Diyabet Süresi	1.99	6.77	.01	.06
Diyabet Tipi*Diyabet Süresi	1.19	4.05	.05	.04
Denge Duyuş				
HbA1c	.27	7.98	.01	.07

Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi yüksek olan kötü kontrollü grupta ($X= 1.91$; $SS=.72$), iyi kontrollü düşük HbA1c düzeyine sahip olan gruba ($X= 1.39$; $SS=.53$) göre kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Depresyon duygusu üzerinde yapılan ANOVA çalışmalarında ana etki HbA1c [$F(1-107)= 8.37$; $p<.01$; $\eta^2 =.07$] ile, HbA1c ve komplikasyon değişkenleri arasındaki etkileşim etkisi manidar bulunmuştur [$F(1-107)= 4.03$; $p<.05$; $\eta^2 =.04$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi yüksek olan kötü kontrollü grupta ($X= 1.70$; $SS= .96$), iyi kontrollü düşük HbA1c düzeyine sahip olan gruba ($X=.87$; $SS=.53$) göre depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. HbA1c* Komplikasyon modelinde, komplikasyon değişkeni sabitlenerek yapılan ileri analizlerde, hem

komplifikasyon varlığında hem de komplifikasyonun olmadığı durumlarda anlamlı fark çıkmıştır. Komplifikasyon olan grupta ($t=-4,43$; $p<.00$) yüksek HbA1c düzeyine sahip olanlar ($X=2.10$; $SS=.93$), düşük HbA1c düzeyine sahip olanlara ($X=.83$; $SS=.59$) göre daha fazla depresyon duygusu içindedirler. Komplifikasyon olmayan gruptaki($t=-2.80$; $p<.01$) ortalama değerler de aynı şekilde, yüksek HbA1c düzeyine sahip olanların($X=1.31$; $SS=.83$), düşük düzeydekilere($X=.88$; $SS=.51$) göre daha fazla depresyon deneyimi yaşadıklarını göstermektedir. Suçluluk duygusu üzerinde yapılan ANOVA çalışmalarında, ana etki HbA1c düzeyi [$F(1-107)=5.06$; $p<.05$; $\eta^2=.05$] ile, diyabet süresi* HbA1c düzeyleri [$F(1-107)=5.15$; $p<.05$; $\eta^2=.05$] arasında etkileşim etkisi manidar çıkmıştır. Ortalamalara bakıldığında, yüksek HbA1c düzeyine sahip olanların ($X=1.08$; $SS=.80$), düşük HbA1c düzeyine sahip olanlara($X=.65$; $SS=.42$) göre daha fazla suçluluk duygusu deneyimi yaşadıkları görülecektir. Diyabet süresi sabitlenerek yapılan ileri analizlerde, yedi yılın altında olan grupta, HbA1c düzeyine göre suçluluk duygusunda anlamlı bir farklılık çıkmamıştır, ($t= -1.08$; $p>.05$). Diğer taraftan yedi yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olan grupta HbA1c düzeyine göre deneyimlenen suçluluk duygusunda anlamlı bir farklılık çıkmıştır, ($t=-4.26$; $p<.00$). Ortalamalara bakıldığında, yüksek HbA1c düzeyine sahip olanlarda ($X=1.32$; $SS=.81$), düşük HbA1c düzeyine sahip olanlara($X= .40$; $SS= .26$) göre daha çok suçluluk duygusu yaşandığı görülecektir. Olumsuz duygulardan saldırganlık alt boyutu üzerinde farklılık meydana gelip gelmediğini test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarında, ana etkilerden sadece, HbA1c düzeyleri üzerindeki etkileşim etkisi manidar bulunmuştur, [$F(1-107)= 6.36$; $p<.01$; $\eta^2 = .06$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi yüksek olanların ($X=1.56$; $SS= .68$), HbA1c

düzeyi düşük olanlara ($X=1.05$; $SS= .55$) göre daha çok saldırganlık duygusu içinde oldukları söylenebilir. Toplam olumsuz duygu alt boyutu ANOVA analiz çalışmalarında, yalnızca ana etki HbA1c düzeylerinde etkileşim etkisi manidar çıkmıştır, [$F(1-107)=8.13$; $p< .01$; $\eta^2 = .07$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi yüksek olanların ($X=6.25$; $SS=2.95$), HbA1c düzeyi düşük olanlara ($X=3.96$; $SS=1.75$) göre daha çok olumsuz duygu deneyimi yaşadıkları söylenebilir. Temel demografik değişkenlerin olumlu duygu örüntülerinden mutluluk duygusu alt boyutu üzerine farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarında, yalnızca diyabet süresi etkileşim etkisi manidar çıkmıştır, [$F(1-107)=4.50$; $p<.01$; $\eta^2= .04$]. Ortalama değerlere bakıldığında, yedi yıldan daha kısa süreli diyabet hastası olan grupta ($X=2.24$; $SS= .50$), yedi yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olan gruba($X=1.96$; $SS= .62$) göre mutluluk duygusu deneyimleme sıklığı daha fazla bulunmuştur. Hoşnutluk alt boyutu ile yapılan ANOVA çalışmasında, sadece ana etki HbA1c düzeyleri ile etkileşim manidar bulunmuştur, [$F(1-107)=4.19$; $p<.05$; $\eta^2= .04$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanların ($X=2.44$; $SS= .49$), HbA1c düzeyi yüksek olanlara ($X=1.98$; $SS= .64$) göre daha çok hoşnutluk duygusu içinde oldukları söylenebilir. Dinçlik alt boyutu üzerinde etkileşim etkisini test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sevecenlik alt boyutu üzerinde yapılan ANOVA çalışmalarında ana etki diyabet süresiyle etkileşim manidar bulunmuştur, [$F(1-107)=6.77$; $p<.01$; $\eta^2= .06$]. Ortalama değerlere bakıldığında, yedi yıldan daha kısa süredir diyabet hastası olan grupta ($X=2.34$; $SS= .52$), yedi yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olan gruba($X=2.11$; $SS= .64$) göre sevecenlik duygusu deneyimleme

sıklığı daha fazla bulunmuştur. Aynı zamanda diyabet tipiyle diyabet süresi arasındaki etkileşim etkisi de manidar çıkmıştır, $[F(1-107)=4.05; p<.05; \eta^2= .04]$. Bu etkileşim etkisini araştırmak için yapılan ileriki analizlerde diyabet tipi sabit tutulduğunda, Tip-II içinde diyabet süresine göre sevecenlik duygusunu deneyimlemede anlamlı bir farklılık çıkmamıştır, $(t=1.24; p> .22)$. Ancak, Tip-I diyabetli grupta, diyabet süresine göre sevecenlik duygusunu deneyimlemede anlamlı bir farklılık çıkmıştır, $(t=2.67; p< .01)$. Ortalama değerlere bakıldığında, yedi yıldan daha kısa süredir diyabet hastası olan grupta $(X=2.64; SS= .37)$, yedi yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olan gruba $(X=2.04; SS= .60)$ göre sevecenlik duygusu deneyimleme sıklığı daha fazla bulunmuştur. Toplam olumlu duygu alt boyutu üzerinde etkileşim etkisini test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Temel demografik değişkenlerin denge duyusu alt boyutu üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarında, yalnızca HbA1c düzeyi üzerinde etkileşim etkisi manidar çıkmıştır, $[F(1-107)=7.98; p<.01; \eta^2= .07]$. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanların $(X= .28; SS= .14)$, HbA1c düzeyi yüksek olanlara $(X= .09; SS= .22)$ göre daha yüksek denge duyusu ortalamasına sahip oldukları görülecektir.

Temel demografik değişkenlerin kendini düzenleme stratejileri üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarına ilişkin sonuçlar Tablo- 13'de sunulmuştur. Kendini düzenleme stratejilerinden olumlu aktivite arama alt boyutunda manidar bir fark bulunamamıştır. İçsel kontrol alt boyutu üzerinde etkileşim etkisini test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarında, sadece HbA1c düzeyi sonuçları manidar çıkmıştır, $[F(1-106)=5.13; p<.05; \eta^2= .05]$.

Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi yüksek olanlarda ($X=4.04$; $SS= .90$), HbA1c düzeyi düşük olanlara ($X=3.66$; $SS= .80$) göre içsel kontrolün daha yüksek olduğu görülecektir. Temel demografik değişkenlerin duygu ve gereksinimleri ifade etme alt boyutu üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütölen ANOVA çalışmalarında, yalnızca diyabet tipi*HbA1c düzeyi arasındaki etkileşim etkisi manidar bulunmuştur, [$F(1-104)=4.03$; $p<.05$; $\eta^2= .04$]. Diyabet tipi sabitlenerek yapılan ileri analizlerde, tip-I içinde HbA1c düzeyine göre duygu ve gereksinimlerini ifade etme stratejilerinde anlamlı bir farklılık çıkmamıştır, ($t= .04$; $p> .05$). Diğer taraftan tip-II içinde HbA1c düzeyine göre duygu ve gereksinimlerini ifade etme stratejisinde anlamlı bir farklılık çıkmıştır, ($t=2.84$; $p<.00$). Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanların ($X=4.29$; $SS= 1.03$), HbA1c düzeyi yüksek olanlara ($X=3.74$; $SS= .90$) göre daha sıklıkla bu stratejiyi kullandıkları görülecektir. Özerklik alt boyutu üzerinde etkileşim etkisini test etmek için yürütölen ANOVA çalışmalarında, yalnızca diyabet tipi sonuçları manidar çıkmıştır, [$F(1-106)=3.82$; $p<.05$; $\eta^2= .04$]. Ortalama değerlere bakıldığında, tip-II diyabet hastalarının ($X= 3.94$; $SS= .70$), tip-I diyabet hastalarına ($X=3.50$; $SS= .77$) göre daha sık özerklik stratejisi kullandıkları söylenebilir. Temel demografik değişkenlerin iyilik arama alt boyutu üzerinde etkileşim etkisini test etmek için yürütölen ANOVA çalışmalarında, ana etki HbA1c düzeyleri arasında manidar etkileşim etkisi bulunmuştur, [$F(1-106)=5.61$; $p<.05$; $\eta^2= .05$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanlarda ($X=4.66$; $SS= .76$), HbA1c düzeyi yüksek olanlara ($X=4.07$; $SS= .92$) göre iyilik arama stratejisi daha çok kullanıldığı görülecektir. Ayrıca, cinsiyetle diyabet süresi arasında etkileşim etkisinde manidar

sonuç çıkmıştır, $[F(1-106)=4.87; p<.05; \eta^2= .04]$. Cinsiyet sabitlenerek yapılan ileri analizlerde, erkeklerde diyabet süresine göre iyilik arama stratejisinde anlamlı bir fark yoktur, $(t= .04; p> .97)$. Kadınlarda ise, diyabet süresine göre iyilik arama stratejisinde anlamlı farklılık bulunmuştur, $(t=2.54; p< .01)$. Ortalama değerlere bakıldığında, yedi yıldan daha kısa süredir diyabet hastası olan grupta $(X=4.48; SS= .89)$, yedi yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olan gruba $(X=3.89; SS= .96)$ göre iyilik arama stratejisini kullanma sıklığı daha fazladır. İyilik arama stratejisi üzerinde etkileşim etkisi test çalışmalarında diyabet süresi HbA1c düzeyleri arasındaki etkileşim etkisi de manidar bulunmuştur, $[F(1-106)=4.30; p<.05; \eta^2= .04]$. HbA1c sabit tutulduğunda, Düşük HbA1c düzeyinde diyabet süresine göre iyilik arama stratejisinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $(t=-.95; p>.05)$. Diğer taraftan, yüksek HbA1c düzeyinde diyabet süresine göre iyilik arama stratejisinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur, $(t=2.60; p< .01)$. Ortalama değerlere bakıldığında, yedi yıldan daha kısa süredir diyabet hastası olan grupta $(X=4.30; SS= .75)$, yedi yıl ve daha uzun süredir diyabet hastası olan gruba $(X=3.76; SS= .89)$ göre iyilik arama stratejisini kullanma sıklığı daha fazladır.

Temel demografik değişkenlerin diyabet yaşam kalitesi, tedavi memnuniyeti alt boyutu üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarına ilişkin sonuçlar tablo 14'de verilmiştir. Sonuçlar, ana etki cinsiyet arasındaki etkileşim etkisinin manidar olduğunu göstermektedir $[F(1-92)=4.32; p<.05; \eta^2= .05]$.

Tablo 13. Kendini Düzenleme Stratejileri Manidar ANOVA Sonuçları.

Değişkenler	Kar.Ort.	F	p	η^2
İçsel Kontrol HbA1c	3.90	5.13	.03	.05
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi Diyabet Tipi* HbA1c	3.47	4.03	.05	.04
Özerklik Diyabet Tipi	2.07	3.82	.05	.04
İyilik Hali Arama HbA1c Cinsiyet*Diyabet Suresi Diyabet Suresi*HbA1c	3.78 3.28 2.90	5.61 4.87 4.30	.02 .03 .04	.05 .04 .04

Ortalama değerlere bakıldığında, erkeklerin ($X=2.37$; $SS=.72$), kadınlara ($X=2.89$; $SS=.82$) göre d şuk ortalamaya sahip oldukları görülecektir. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinde d şuk puanlar yüksek yaşam kalitesini ifade ettiğinden, erkeklerde tedavi memnuniyeti bağlamında yüksek bir yaşam kalitesinden söz edilebilir. HbA1c düzeyleri arasındaki etkileşim etkisi de manidar bulunmuştur, [$F(1-92)=11.20$; $p<.00$; $\eta^2=.11$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi d şuk olanlarda ($X=2.28$; $SS=.72$), HbA1c düzeyi yüksek olanlara ($X=2.29$; $SS=.77$) göre ortalama değerler daha d şuk ancak yaşam kalitesi daha yüksektir. Temel demografik değişkenlerin tedavi memnuniyeti alt boyutu  zerindeki ANOVA çalışmalarında, diyabet suresi HbA1c düzeyleri arasında etkileşim etkisinde manidar sonuç çıkmıştır, [$F(1-92)=6.93$; $p<.01$; $\eta^2=.07$]. Diyabet suresi sabitlenerek yapılan ileri analizlerde, yedi yıldan daha kısa süredir diyabet hastası olan grupta HbA1c düzeyine göre tedavi memnuniyeti alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, ($t=-1.71$; $p>.05$).

Diğer taraftan yedi yıldan daha uzun süredir diyabet hastası olan grup içinde, HbA1c düzeyine göre, tedavi memnuniyetinde anlamlı bir farklılık vardır ($t=-6.35$; $p<.00$). Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanlarda ($X=2.01$; $SS=.61$), HbA1c düzeyi yüksek olanlara ($X=3.33$; $SS=.64$) göre ortalama değerler daha düşük dolayısıyla yaşam kalitesi daha yüksektir.

Temel demografik değişkenlerin diyabet yaşam kalitesi, tedavi etkisi alt boyutu üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarında yalnızca ana etki HbA1c düzeyi arasındaki etkileşim etkisi manidar bulunmuştur, [$F(1-73)=13.34$; $p<.00$; $\eta^2=.16$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanlarda ($X=2.24$; $SS=.40$), HbA1c düzeyi yüksek olanlara ($X=2.76$; $SS=.46$) göre ortalama değerler daha düşük dolayısıyla yaşam kalitesi daha yüksektir.

Hastalığa ilişkin gelecek kaygısı alt boyutuyla temel değişkenler arasındaki ANOVA çalışmaları ana etki cinsiyetle manidar sonuçlar vermiştir, [$F(1-99)=3.91$; $p<.05$; $\eta^2=.04$]. Ortalama değerlere bakıldığında, erkeklerin ($X=2.05$; $SS=.71$), kadınlara ($X=2.51$; $SS=.80$) göre düşük ortalamaya sahip oldukları görülecektir. Bu durumda kadınların hastalığa ilişkin gelecek kaygıları daha yüksek, yaşam kaliteleri bu bağlamda daha düşüktür. Aynı çalışmada, ana etki HbA1c düzeyleriyle de manidar farklılıklar elde edilmiştir, [$F(1-99)=20.20$; $p<.00$; $\eta^2=.17$]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanlarda ($X=1.79$; $SS=.64$), HbA1c düzeyi yüksek olanlara ($X=2.66$; $SS=.69$) göre ortalama değerler daha düşük dolayısıyla yaşam kalitesi daha yüksektir.

Tablo 14’de görüldüğü gibi; temel demografik değişkenlerin diyabette toplam yaşam kalitesi alt boyutu üzerinde farklılık yaratıp yaratmadığını test etmek için yürütülen ANOVA çalışmalarında yalnızca ana etki HbA1c düzeyi arasındaki etkileşim etkisi manidar bulunmuştur, [F(1-65)=15.20; p<.00; η^2 = .19]. Ortalama değerlere bakıldığında, HbA1c düzeyi düşük olanlarda (X=2.14; SS= .47), HbA1c düzeyi yüksek olanlara (X=2.83; SS= .56) göre ortalama değerler daha düşük bu yüzden yaşam kalitesi daha yüksektir.

Tablo 14. Diyabet Yaşam Kalitesi Manidar ANOVA Sonuçları.

Değişkenler	Kareler Ortalaması	F	p	η^2
Tedavi Memnuniyeti				
Cinsiyet	2.15	4.32	.04	.05
HbA1c	5.56	11.20	.00	.11
Diyabet Süresi*HbA1c	3.44	6.93	.01	.07
Tedavi Etkisi				
HbA1c	2.41	13.34	.00	.16
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı				
Cinsiyet	1.46	3.91	.04	.04
HbA1c	7.52	20.20	.00	.17
Toplam Yaşam Kalitesi				
HbA1c	3.70	15.20	.00	.19

HbA1c Düzeyi ve Diyabet Süresiyle Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkiler

HbA1c düzeyi ve diyabet süreleriyle katılımcılara uygulanan ölçeklerin aralarındaki ilişki Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği ile incelenmiştir. HbA1c düzeyleri ve diyabet süresiyle olumlu olumsuz duygular ve denge duyusu arasındaki ilişkiler, topluca tablo 15'de verilmiştir. Tablo 15 incelendiğinde, HbA1c düzeyi ile olumlu duygular arasında hem tek tek hem de toplam olumlu duygu boyutunda ilişki olduğu görülecektir. HbA1c düzeyi ile mutluluk ($r = -.49$; $p < .00$), hoşnutluk ($r = -.46$; $p < .00$), dinçlik ($r = -.47$; $p < .00$), sevecenlik ($r = -.43$; $p < .00$) ve toplam olumlu duygu ($r = -.50$; $p < .00$) alt boyutlarında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda, HbA1c düzeyi arttıkça deneyimlenen olumlu duygu sıklığında azalma meydana gelecektir. Ayrıca, toplam olumlu duygu boyutundan olumsuz duygu boyutunun çıkartılmasıyla elde edilen denge duyusu puanı ile HbA1c düzeyleri arasında da yine negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır, ($r = -.54$; $p < .00$).

Diğer yandan, HbA1c düzeyi ile olumsuz duygular arasında da hem tek tek hem de toplam olumsuz duygu boyutunda ilişki söz konusudur. HbA1c düzeyi ile kaygı duygusu ($r = .39$; $p < .00$), depresyon ($r = .49$; $p < .00$), suçluluk duygusu ($r = .37$; $p < .00$), saldırganlık ($r = .36$; $p < .00$) ve toplam olumsuz duygu boyutunda ($r = .44$; $p < .00$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre, yüksek HbA1c düzeylerinde olumsuz duyguların deneyimlenme sıklığı da artacaktır

Tablo 15. Katılımcıların HbA1c Düzeyi ve Diyabet Süreleriyle Olumlu Olumsuz Duygular ve Denge Duyuş Arasındaki Korelasyon Sonuçları.

Olumlu Olumsuz Duygular ve Denge Duyuş	Mutluluk	Hoşnutluk	Dinçlik	Sevecenlik	Toplam olumlu	Kaygı	Depresyon	Suçluluk	Saldırganlık	Toplam olumsuz	Denge duyuş
HbA1c	-.49**	-.46**	-.47**	-.43**	-.50**	.39**	.49**	.37**	.36**	.44**	-.54**
Diyabet Süresi	-.09	-.01	-.07	-.05	-.05	.14	.22*	.14	.09	.16	-.13

* Korelasyonlar .05 seviyesinde, ** korelasyonlar .01 seviyesinde anlamlıdır.

Tablo 16. Katılımcıların HbA1c Düzeyi ve Diyabet Süreleriyle Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Sonuçları

Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesi	Olumlu aktivite arama	İçsel kontrol	Duygu ve gereksinimlerin ifadesi	Özerklik	İyilik hali arama	Tedavi memnuniyeti	Tedavi etkisi	Hastalığa bağlı gelecek kaygısı	Toplam yaşam kalitesi
HbA1c	.07	.14	-.33**	.04	-.46**	.53**	.61**	.58**	.63**
Diyabet Süresi	.10	-.05	.03	.02	-.08	.14	.08	.19*	.13

Diyabet süresi ile olumlu ve olumsuz duygular arasındaki ilişki Pearson's Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği ile incelenmiş, sonuçlar aynı tabloda verilmiştir. Tablo 15 incelendiğinde, diyabet süresi ile yalnızca depresyon duygusu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur, ($r = .22$; $p < .02$). Buna göre, diyabetli olarak geçirilen süre uzadıkça depresyon duygusunu deneyimleme sıklığı da artış gösterecektir. Öte yandan diğer olumlu ve olumsuz duygularla diyabet süresi arasında hem tek tek hem de toplamında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

HbA1c düzeyleri ve diyabet süreleriyle kendini düzenleme stratejileri ve diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmanın sonuçları Tablo 16' da verilmiştir. HbA1c düzeyi ile kendini düzenleme ölçeği alt boyutlarından olumlu aktivite arama, içsel kontrol ve özerklik stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, ($p > .05$). Ancak, diğer iki alt boyutla HbA1c düzeyleri arasında ilişki söz konusudur. Bunlardan, Duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisi ile ($r = -.33$; $p < .00$) ve iyilik hali arama alt boyutuyla ($r = -.46$; $p < .00$) şeklinde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu durumda, HbA1c düzeyleri arttıkça, kendini düzenleme stratejilerinden duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisi ile iyilik hali arama stratejilerinin kullanma sıklığı azalacaktır. DYKÖ'nin tüm alt boyutlarında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu aynı tabloda görülmektedir. Diyabet yaşam kalitesi ölçeği puanlama yöntemi dikkate alındığında pozitif yönde çıkan bu sonuç gerçekte düşük yaşam kalitesini ifade etmektedir. HbA1c düzeyleri arttıkça, bu alt boyutların ortalamalarını yükseltecek ancak bu durum hastaya düşük yaşam kalitesi olarak yansiyacaktır. Alt boyutlarla HbA1c düzeyleri arasındaki ilişkinin açılımı şu şekilde

gerçekleşmiştir; tedavi memnuniyeti ($r = .53$; $p < .00$), tedavi etkisi ($r = .61$; $p < .00$), hastalığa ilişkin gelecek kaygısı ($r = .58$; $p < .00$) ve toplam yaşam kalitesi ($r = .63$; $p < .00$).

Diyabet süresiyle kendini düzenleme stratejileri ve diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmanın sonuçları da tablo 16'da verilmiştir. Diyabet süresi ile kendini düzenleme stratejileri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Diyabet süresiyle diyabet yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere bakıldığında, sadece hastalığa ilişkin gelecek kaygısında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülecektir. Diyabet yaşam kalitesi ölçeği hesaplama yöntemi gereğince, pozitif yönde çıkan bu sonuç; diyabet süresi arttıkça, hastaların, hastalığa ilişkin gelecek kaygılarının da artmakta olduğunu göstermektedir. Artan kaygı düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır.

Kendini Düzenleme Stratejileri İle Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Kendini düzenleme stratejileriyle, olumlu olumsuz duygular, denge duyuş ve diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği Pearson's Korelasyon tekniği sonuçları tablo 17'de verilmiştir. Alt boyutlardan olumlu aktivite arama stratejisinin olumsuz duygulardan yalnızca suçluluk duygusu ile aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($r = .19$; $p < .05$). Diğer bütün duygu türlerinde ve toplam olumlu ve olumsuz duygu boyutlarıyla, olumlu aktivite arama stratejisi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Öte yandan, olumlu aktivite arama stratejisi ile diyabet yaşam kalitesi alt boyutları arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 17. Kendini Düzenleme Stratejileriyle Olumlu Olumsuz Duygular, Denge Duyuş ve Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyonlar

	Olumlu Aktivite Arama	İçsel Kontrol	Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi	Özerklik	İyilik Hali Arama
Mutluluk	-.11	-.19*	.55**	.11	.57**
Hoşnutluk	-.04	-.10	.53**	.09	.55**
Dinçlik	-.11	-.10	.58**	.07	.61**
Sevecenlik	-.15	-.12	.57**	.14	.60**
Toplam Olumlu D.	-.19	-.13	.60**	.11	.62**
Kaygı	.06	.13	-.33**	.09	-.36**
Depresyon	.11	.22*	-.41**	.07	-.37**
Suçluluk	.19*	.15	-.33**	.04	-.35**
Saldırganlık	.04	.10	-.34**	.13	-.34**
Toplam Olumsuz D.	.11	.17	-.38**	.09	-.38**
Denge Duyuş	-.12	-.18	.56**	.00	.56**
Tedavi Memnuniyeti	.12	.10	-.55**	-.13	-.60**
Tedavi Etkisi	.01	.14	-.59**	-.08	-.70**
Hastalığa Bağlı Gel. Kaygısı	.06	.20*	-.48**	-.13	-.58**
Toplam Yaşam Kalitesi	.10	.22*	-.64**	-.13	-.76**

Kendini düzenleme stratejilerinden içsel kontrol stratejisi ile olumlu, olumsuz duygular ve denge duyuş arasındaki korelasyon sonuçları aynı tabloda verilmiştir. Tabloda da görüleceği üzere, içsel kontrol düzenleme stratejisinin olumsuz duygulardan depresyonla pozitif yönde ($r = .22$; $p < .05$), olumlu duygulardan da sadece mutluluk ($r = -.19$; $p < .05$) ile negatif yönde olan ilişkileri anlamlı bulunmuş

diğer duygu boyutlarıyla anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Öte yandan, içsel kontrol düzenleme stratejisinin denge duyuş ile aralarındaki ilişki de negatif yönde anlamlı olarak bulunmuştur ($r = -.18$; $p < .05$).

Tablo 17 içsel kontrol stratejisi ile diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin korelasyon sonuçlarını da vermektedir. Tablo 17 incelendiğinde, diyabet yaşam kalitesi alt ölçeklerinden hastalığa bağı gelecek kaygısı ile içsel kontrol arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve anlamlı olduğı görülecektir ($r = .20$; $p > .05$). Toplam diyabet yaşam kalitesi ile içsel kontrol arasındaki ilişki de anlamlı olup yine pozitif yöndedir ($r = .22$; $p < .05$). Diyabet yaşam kalitesi puan hesaplama yöntemi dikkate alındığında, pozitif yöndeki bu ilişki düşük yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. Bu yüzden içsel kontrol kendini düzenleme stratejisini daha sık kullananlarda bu iki alt boyutta düşük yaşam kalitesi söz konusudur.

Kendini düzenleme stratejilerinden duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisi ile olumlu, olumsuz duygular arasındaki ilişkinin yer aldığı aynı tablo incelendiğinde, tüm duygu boyutlarında anlamlı bir ilişki olduğı görülecektir. Duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisi ile olumlu duygulardan mutluluk ($r = .55$; $p < .00$), hoşnutluk ($r = .53$; $p < .00$), dinçlik ($r = .58$; $p < .00$), sevecenlik ($r = .57$; $p < .00$) ve toplam olumlu duygu ($r = .60$; $p < .00$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu durumda, olumlu duygu deneyimleme sıklığı arttıkça, hastaların, duygu ve gereksinimleri ifade etme stratejisini kullanma sıklıkları da artış gösterecektir. Öte yandan denge duyuş puanı ile duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisi arasındaki ilişki aynı şekilde pozitif yönde ve anlamlıdır, ($r = .56$; $p < .00$).

Duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisiyle kaygı ($r = -.33$; $p < .00$), depresyon ($r = -.41$; $p < .00$), suçluluk ($r = -.33$; $p < .00$), saldırganlık ($r = -.34$; $p < .00$) ve toplam olumsuz duygu ($r = -.38$; $p < .00$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, olumsuz duygu durum arttıkça duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisini kullanma becerisi ve sıklığı azalmaktadır.

Tablo 17, duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisiyle diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin korelasyon sonuçlarını da vermektedir. Tablo 17 incelendiğinde, her bir diyabet yaşam kalitesi alt boyutunda ve toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkilerin olduğu görülecektir. Tedavi memnuniyeti ($r = -.55$; $p < .00$), tedavi etkisi ($r = -.59$; $p < .00$), hastalığa ilişkin gelecek kaygısı ($r = -.48$; $p < .00$) ve toplam yaşam kalitesi ($r = -.64$; $p < .00$) arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Hesaplama yöntemi dikkate alındığında, negatif yönde görülen bu ilişki aslında diyabet yaşam kalitesinin artması yönünde gerçekleşmektedir.

Kendini düzenleme stratejilerinden özerklik stratejisi ile olumlu, olumsuz duygular, denge duyusu ve diyabet yaşam kalitesi arasındaki korelasyon sonuçları aynı tabloda verilmektedir. Sonuçlar incelendiğinde tüm duygu boyutları ve diyabet yaşam kalitesiyle özerklik stratejisi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı görülecektir.

Kendini düzenleme stratejilerinden iyilik hali arama stratejisi ile olumlu, olumsuz duygular ve diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği Pearson's Korelasyon tekniği sonuçları Tablo 17'de verilmiştir. Tablo 17'de görüleceği üzere, Olumlu duygulardan mutluluk ($r = .57$; $p < .00$), hoşnutluk ($r = .55$; $p < .00$), dinçlik ($r = .61$; $p < .00$), sevecenlik ($r = .60$; $p < .00$) ve toplam olumlu duygu ($r = .62$; $p < .00$)

arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu durumda, olumlu duygu deneyimleme sıklığı arttıkça, hastaların, iyilik hali arama stratejisini kullanma oranlarının da buna paralel artacağı söylenebilir. Denge duyuş puanı ile iyilik hali arama stratejisi arasındaki ilişki aynı şekilde pozitif yönde ve anlamlıdır, ($r = .56$; $p < .00$). Öte yandan, iyilik hali arama stratejisiyle olumsuz duygulardan kaygı ($r = -.36$; $p < .00$), depresyon ($r = -.37$; $p < .00$), suçluluk ($r = -.35$; $p < .00$), saldırganlık ($r = -.34$; $p < .00$) ve toplam olumsuz duygu ($r = -.38$; $p < .00$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, olumsuz duygu durum arttıkça iyilik hali arama stratejisini kullanma becerisi ve sıklığı azalmaktadır. Aynı tabloda iyilik hali arama stratejisi ile diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin korelasyon sonuçları da bulunmaktadır. Sonuçlar göstermiştir ki, her bir diyabet yaşam kalitesi alt boyutunda ve toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler vardır. Tedavi memnuniyeti ($r = -.60$; $p < .00$), tedavi etkisi ($r = -.70$; $p < .00$), hastalığa ilişkin gelecek kaygısı ($r = -.58$; $p < .00$) ve toplam yaşam kalitesi ($r = -.76$; $p < .00$) arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplama yöntemi dikkate alındığında, diyabet yaşam kalitesi arttıkça iyilik hali arama stratejisini kullanma sıklığı da paralel bir şekilde artış göstermektedir.

Diyabet Yaşam Kalitesi ile Olumlu ve Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler

Diyabet yaşam kalitesiyle olumlu olumsuz duygular ve denge duyuş arasındaki ilişkinin incelendiği Pearson's Korelasyon Tekniği sonuçları tablo 18'de verilmiştir. Tedavi memnuniyeti ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde, olumlu duygu boyutlarının her bireri ve toplam olumlu duygu boyutuyla tedavi memnuniyeti arasında anlamlı ilişki olduğu görülecektir. Tedavi memnuniyeti ile

Mutluluk ($r = -.60$; $p < .00$), hoşnutluk ($r = -.61$; $p < .00$), dinçlik ($r = -.58$; $p < .00$), sevecenlik ($r = -.54$; $p < .00$) ve toplam olumlu duygu ($r = -.62$; $p < .00$) alt boyutunda negatif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Bu durumda, olumlu duygu deneyimlenme sıklığı arttıkça tedavi memnuniyeti puanı azalacak, bu durum hastanın yaşamına yüksek yaşam kalitesi olarak yansiyacaktır. Ayrıca, toplam olumlu duygu boyutundan olumsuz duygu boyutunun çıkartılmasıyla elde edilen denge duygu puanı ile tedavi memnuniyeti düzeyleri arasında da yine negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır, ($r = -.54$; $p < .00$). Bu yüzden denge duygu için de benzer bir sonuçtan söz edilebilir. Öte yandan, tedavi memnuniyeti ile olumsuz duygular arasında hem tek tek hem de toplam olumsuz duygu boyutunda ilişki söz konusudur.

Tablo 18. Diyabet Yaşam Kalitesiyle Olumlu Olumsuz Duygular ve Denge Duyuş Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Tedavi Memnuniyeti	Tedavi Etkisi	Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı	Toplam Diyabet Yaşam Kalitesi
Mutluluk	-.60**	-.59**	-.51**	-.66**
Hoşnutluk	-.61**	-.61**	-.52**	-.68**
Dinçlik	-.58**	-.57**	-.52**	-.63**
Sevecenlik	-.54**	-.52**	-.43**	-.61**
Toplam Olumlu D.	-.62**	-.61**	-.53**	-.69**
Kaygı	.52**	.48**	.43**	.53**
Depresyon	.64**	.61**	.50**	.68**
Suçluluk	.57**	.48**	.38**	.54**
Saldırganlık	.43**	.37**	.31**	.40**
Toplam Olumsuz D.	.58**	.53**	.44**	.58**
Denge Duyuş	-.67**	-.63**	-.54**	-.70**

Tedavi memnuniyeti ile kaygı duygusu ($r = .52$; $p < .00$), depresyon ($r = .64$; $p < .00$), suçluluk duygusu ($r = .57$; $p < .00$), saldırganlık ($r = .43$; $p < .00$) ve toplam olumsuz duygu boyutunda ($r = .58$; $p < .00$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplanma yöntemi gereğince artan değerler düşük yaşam kalitesi olarak kabul edilmektedir. Buna göre, olumsuz duygu deneyimleme sıklığı arttıkça, tedavi memnuniyetine yönelik diyabet yaşam kalitesi puanında artma meydana gelecek bu da düşük yaşam kalitesi olarak yansıyacaktır.

Tedavi etkisi ile olumlu-olumsuz duygular arasındaki ilişkinin incelendiği Pearson's Korelasyon tekniği sonuçları aynı tabloda verilmiştir. Tablo incelendiğinde, olumlu duygu boyutlarının her bireri ve toplam olumlu duygu boyutuyla tedavi etkisi arasında anlamlı ilişki olduğu görülecektir. Tedavi etkisi ile Mutluluk ($r = -.59$; $p < .00$), hoşnutluk ($r = -.61$; $p < .00$), dinçlik ($r = -.57$; $p < .00$), sevecenlik ($r = -.52$; $p < .00$) ve toplam olumlu duygu ($r = -.61$; $p < .00$) alt boyutunda negatif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Bu durumda, olumlu duygu boyutundaki hastaların bu duyguyu deneyimleme sıklığı arttıkça tedavi etkisine yönelik yaşam kalitesi puanları azalacak, ancak bu durum, hastaya yüksek yaşam kalitesi olarak yansıyacaktır. Ayrıca, denge duyusu puanı ile tedavi etkisi arasında da yine negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır, ($r = -.64$; $p < .00$). Bu yüzden denge duyusu için de benzer bir sonuçtan söz edilebilir.

Öte yandan, olumsuz duygularla tedavi etkisi arasında hem tek tek hem de toplam olumsuz duygu boyutunda ilişkinin olduğu görülecektir. Tedavi etkisi ile kaygı duygusu ($r = .48$; $p < .00$), depresyon ($r = .61$; $p < .00$), suçluluk duygusu ($r =$

.48; $p < .00$), saldırganlık ($r = .37$; $p < .00$) ve toplam olumsuz duygu boyutunda ($r = .53$; $p < .00$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplanma yöntemi gereğince olumlu yöndeki bu değerler düşük yaşam kalitesi olarak kabul edilmektedir.

Diyabet yaşam kalitesi alt ölçeklerinden hastalığa ilişkin gelecek kaygısı ile olumlu, olumsuz duygular arasındaki ilişkinin incelendiği Pearson's Korelasyon tekniği sonuçları aynı tabloda görülmektedir. Tablo 18 incelendiğinde, olumlu duygu boyutlarının her bireri ve toplam olumlu duygu boyutuyla hastalığa ilişkin gelecek kaygısı arasında anlamlı ilişki olduğu görülecektir. Hastalığa ilişkin gelecek kaygısı ile mutluluk ($r = -.51$; $p < .00$), hoşnutluk ($r = -.51$; $p < .00$), dinçlik ($r = -.52$; $p < .00$), sevecenlik ($r = -.43$; $p < .00$) ve toplam olumlu duygu ($r = -.53$; $p < .00$) alt boyutunda negatif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Bu durumda, olumlu duygu deneyimlenme sıklığı arttıkça hastalığa ilişkin gelecek kaygısı puanları azalacak, bu da yine yüksek yaşam kalitesi olarak hastanın yaşamına yansiyacaktır. Ayrıca, denge duygu puanı ile tedavi etkisi arasında da yine negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır, ($r = -.54$; $p < .00$). Bu yüzden denge duygu için de benzer bir sonuçtan söz edilebilir.

Diğer taraftan, hastalığa ilişkin gelecek kaygısı ile olumsuz duygular arasında hem tek tek hem de toplam olumsuz duygu boyutunda anlamlı ilişkinin olduğu görülecektir. Tedavi etkisi ile kaygı duygusu ($r = .43$; $p < .00$), depresyon ($r = .50$; $p < .00$), suçluluk duygusu ($r = .38$; $p < .00$), saldırganlık ($r = .31$; $p < .00$) ve toplam olumsuz duygu boyutunda ($r = .44$; $p < .00$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki

bulunmaktadır. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplanma yöntemi gereğince, olumsuz duygu deneyimleme sıklığı arttıkça, hastalığa ilişkin gelecek kaygısı puanında artma meydana gelecek bu da düşük yaşam kalitesi olarak yansiyacaktır.

Toplam diyabet yaşam kalitesi ile olumlu, olumsuz duygular arasındaki ilişkinin incelendiği Pearson's Korelasyon tekniği sonuçları yine tablo 18'de verilmiştir. Tablo 18'de görüldüğü gibi, olumlu duygu boyutlarının her bireri ve toplam olumlu duygu boyutuyla toplam diyabet yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki söz konusudur. Toplam diyabet yaşam kalitesi ile mutluluk ($r = -.66$; $p < .00$), hoşnutluk ($r = -.68$; $p < .00$), dinçlik ($r = -.63$; $p < .00$), sevecenlik ($r = -.61$; $p < .00$) ve toplam olumlu duygu ($r = -.69$; $p < .00$) alt boyutunda negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu durumda, olumlu duygu deneyimlenme sıklığı arttıkça, toplam diyabet yaşam kalitesi puanları azalacak, düşük puan yüksek yaşam kalitesi olduğu dikkate alındığında, bu da yüksek yaşam kalitesi olarak hastanın yaşamına yansiyacaktır. Ayrıca, denge duyusu puanı ile toplam diyabet yaşam kalitesi arasında da yine negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.70$; $p < .00$).

Öte taraftan, toplam diyabet yaşam kalitesiyle olumsuz duygular arasında hem tek tek hem de toplam olumsuz duygu boyutunda anlamlı ilişki söz konusudur. Toplam diyabet yaşam kalitesi ile kaygı duygusu ($r = .53$; $p < .00$), depresyon ($r = .68$; $p < .00$), suçluluk duygusu ($r = .54$; $p < .00$), saldırganlık ($r = .40$; $p < .00$) ve toplam olumsuz duygu boyutunda ($r = .58$; $p < .00$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplanma yöntemi gereğince,

olumsuz duygu deneyimleme sıklığı arttıkça, toplam diyabet yaşam kalitesi puanında artma meydana gelecek bu da hastaya düşük yaşam kalitesi olarak yansıtacaktır.

Duyguların HbA1c, Diyabet Yaşam Kalitesi ve Kendini Düzenleme Stratejileriyle İlişkileri

Daha önce yapılan korelasyon analizleri, HbA1c düzeylerinin katılımcıların yaşadıkları farklı duygusal örüntülerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Diyabet yaşam kalitesi ve kendini düzenleme stratejileriyle de katılımcıların yaşadıkları duygular arasında ilişkiler bulunmuştur. Kendini düzenleme stratejilerinin, HbA1c düzeyi ve diyabet yaşam kalitesinden bağımsız olarak duygularla ilişkisini test etmek için, hiyerarşik regresyon modeli uygulanmıştır. Bu regresyon modelinde; ilk adımda HbA1c düzeyi, ikinci adımda da diyabet yaşam kalitesi modele dahil edilmişlerdir. Sonraki uygulamada, birinci adımda yine HbA1c düzeyleri, ikinci adımda ise bu sefer kendini düzenleme stratejileri modele dahil edilmiştir. Bu model, her bir olumlu ve olumsuz duygularla, genel olumlu ve olumsuz duygular ve denge duyusu bağımlı değişkenleriyle ayrı ayrı çalışılmıştır. Her bir bağımlı değişken için regresyon sonuçları ve F değişim istatistikleri sırasıyla aşağıda rapor edilmiştir.

Olumlu Duygularda Regresyon Analiz Sonuçları

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumlu duygu boyutlarından toplam olumlu duygu boyutu üzerindeki etkisini sınamak için hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 19. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Toplam Olumlu Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.25	.25	38.69	.00	-.21	-2.73	.01*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.54	.29	14.13	.00			
Olumlu Aktivite					-.12	-1.58	.12
İçsel Kontrol					-.04	-.50	.62
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					.37	3.92	.00**
Özerklik					-.06	-.80	.43
İyilik Hali Arama					.30	2.92	.00**
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	B	t	p
HbA1c	.32	.32	38.47	.00	-.23	-2.22	.03*
Diyabet yaşam kalitesi	.50	.18	9.36	.00			
Tedavi Memnuniyeti					-.23	-1.84	.07
Tedavi Etkisi					-.13	-.96	.34
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					-.25	-2.19	.03*

* p< .05; ** p< .01

Tablo 19’da görüldüğü gibi, toplam olumlu duygu boyutunda yapılan regresyon modeli her bir adımda anlamlı çıkmıştır F(6-111)=21.87; R²= .54; p<.00). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin toplam olumlu duygu boyutu ile aralarında hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılırken; regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak dahil edilen HbA1c düzeyine [F(1-116)= 38.69; R²=.25; p<.00], ikinci adımda kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda R²=.29 ‘luk bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [F(5-111)= 14.13; R²=.29;

$p<.00$]. Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta= -.21$; $t =-2.74$; $p<.05$) toplam olumlu duygularla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı toplam olumlu duygular azalacaktır. Öte yandan, katılımcıların duygu ve gereksinimlerin ifadesi ($\beta=.37$; $t =3.92$; $p<.00$) ve iyilik hali arama ($\beta=.30$; $t =2.92$; $p<.00$) düzenleme stratejileriyle toplam olumlu duygu boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. Kendini düzenleme stratejilerinden bu iki boyutun artması beraberinde olumlu duygularda da artış sağlayacaktır. HbA1c düzeyi, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve iyilik hali arama değişkenlerinin toplam olumlu duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu söylenebilir.

Toplam olumlu duygu boyutu üzerinde yapılan bir başka hiyerarşik regresyon çalışmasında bağımsız değişken olarak HbA1c ve diyabet yaşam kalitesi kullanılmıştır.

Tablo 19 incelendiğinde, toplam olumlu duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, bu yüzden ikinci adımla ilgili değerler verilmiştir; [$F(4-78)=19.62$; $R^2= .50$; $p<.00$]. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atılan HbA1c düzeyine [$F(1-81)= 38.47$; $R^2=.32$; $p<.00$], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.18$ 'lik bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(3-78)= 9.36$; $R^2=.18$; $p<.00$].

Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta= -.23$; $t =-2.22$; $p<.05$) toplam olumlu duygularla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı toplam olumlu duygular azalacaktır. Aynı

zamanda, katılımcıların hastalığa ilişkin gelecek kaygısı yaşam kalitesiyle ($\beta = -.25$; $t = -2.19$; $p < .05$) toplam olumlu duygu boyutu arasında negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Hastalığa ilişkin gelecek kaygısının toplam olumlu duygu boyutu ile negatif yöndeki ilişkisi, diyabet yaşam kalitesinin değerlendirme yöntemine göre yaşam kalitesinde tam tersi durumu ifade eder; artan kaygı azalan kaliteyi göstermektedir. Böylece, HbA1c düzeyi ve hastalığa ilişkin gelecek kaygısı değişkenlerinin toplam olumlu duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu söylenebilir.

Tablo 20. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Mutluluk Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.25	.25	37.78	.00	-.23	-2.80	.01*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.50	.25	10.79	.00			
Olumlu Aktivite					-.09	-1.11	.27
İçsel Kontrol					-.11	-1.38	.17
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					.31	3.18	.00**
Özerklik					-.04	-.59	.56
İyilik Hali Arama					.28	2.59	.01*
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.34	.34	41.27	.00	-.28	-2.65	.01*
Diyabet Yaşam Kalitesi	.48	.14	7.19	.00			
Tedavi Memnuniyeti					-.18	-1.40	.17
Tedavi Etkisi					-.13	-.94	.35
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					-.24	-2.02	.04*

p < .05; ** p < .01

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumlu duygu boyutlarından mutluluk duygu boyutu üzerindeki etkisini incelemek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 20’de sunulmuştur.

Regresyon tablosu incelendiğinde, mutluluk duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $F(6-111)=17.94$; $R^2=.49$; $p<.00$). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin mutluluk duygu boyutu ile aralarında yapılan regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atılan HbA1c düzeyine [$F(1-116)= 37.78$; $R^2=.25$; $p<.00$], ikinci adımda kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.25$ ‘lik bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(5-111)= 10.79$; $R^2=.25$; $p<.00$]. Analiz sonuçlarına bakıldığında, HbA1c düzeyinin ($\beta= -.23$; $t =-2.80$; $p<.01$) mutluluk duygu boyutuyla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı mutluluk duygusu deneyimlenme sıklığında azalma olacaktır. Öte yandan, katılımcıların duygu ve gereksinimlerin ifadesi ($\beta=.31$; $t =3.18$; $p<.00$) ve iyilik hali arama ($\beta=.28$; $t =2.59$; $p<.01$) düzenleme stratejileriyle mutluluk duygu boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. HbA1c düzeyi, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve iyilik hali arama değişkenlerinin mutluluk duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu görülmektedir.

Olumlu duygulardan mutluluk duygu boyutu üzerinde yapılan bir başka hiyerarşik regresyon çalışmasında, bağımsız değişken olarak HbA1c ve diyabet yaşam kalitesi kullanılmış, bu çalışmanın analiz sonuçları tablo 20’de verilmiştir. Tablo 20 incelendiğinde, mutluluk duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her

bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, bu yüzden ikinci adımla ilgili değerler verilmiştir; [F(4-78)=18.08; R²= .48; p<.00]. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atılan HbA1c düzeyine [F(1-81)= 41.27; R²=.34; p<.00], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda R²=.14 'lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [F(3-78)= 7.19; R²=.14; p<.00]. Modele bakıldığında, ilk adımda mutluluk duygu boyutunun %34'ü (R²=.34) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle, mutluluk duygu boyutuyla diğer değişkenler arasında kurulan çoklu regresyon modelinin önemli olduğu ve bu modelin mutluluk duygu boyutunun %48'ni (R²= .48) açıkladığı görülecektir. Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin (β = -.28; t =-2.66; p<.01) mutluluk duygu boyutuyla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, hastaların mutluluk duygusu deneyimleme sıklığı azalacaktır. Aynı zamanda, katılımcıların hastalığa ilişkin gelecek kaygısı yaşam kalitesiyle (β = -.24; t = -2.02; p<.05) mutluluk duygu boyutu arasında negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Hastalığa ilişkin gelecek kaygısının mutluluk duygu boyutu ile negatif yöndeki ilişkisi, diyabet yaşam kalitesinin değerlendirme yöntemine göre yaşam kalitesinde tam tersi durumu ifade eder; artan kaygı azalan kaliteyi göstermektedir. Böylece, HbA1c düzeyi ve hastalığa ilişkin gelecek kaygısı değişkenlerinin mutluluk duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumlu duygu boyutlarından hoşnutluk duygu boyutu üzerindeki etkisini incelemek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21’de görüldüğü gibi hoşnutluk duygu boyutunda yapılan regresyon modeli her bir adımda anlamlı çıkmıştır, $F(6-111)=15.01$; $R^2=.45$; $p<.00$). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin hoşnutluk duygu boyutu ile aralarında yapılan regresyon denklemine ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine [$F(1-116)=36.11$; $R^2=.24$; $p<.00$], ikinci adımda kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.21$ ‘lik bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(5-111)=8.47$; $R^2=.21$; $p<.00$]. Analiz sonuçlarına bakıldığında, HbA1c düzeyinin ($\beta=-.24$; $t=-2.81$; $p<.01$) hoşnutluk duygu boyutuyla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı hoşnutluk duygusu deneyimlenme sıklığında azalma olacaktır. Öte yandan, katılımcıların duygu ve gereksinimlerin ifadesi ($\beta=.31$; $t=3.05$; $p<.00$) ve iyilik hali arama ($\beta=.27$; $t=2.33$; $p<.05$) düzenleme stratejileriyle hoşnutluk duygu boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. Hoşnutluk duygu durumunda olan diyabetlilerin bu iki kendini düzenleme stratejisini daha sık kullandıkları söylenebilir. HbA1c düzeyi, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve iyilik hali arama değişkenlerinin hoşnutluk duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu söylenebilir.

Olumlu duygulardan hoşnutluk duygu boyutu üzerinde yapılan bir başka hiyerarşik regresyon çalışmasında, bağımsız değişken olarak HbA1c ve diyabet yaşam kalitesi kullanılmış, bu çalışmanın analiz sonuçları da tablo 21’de verilmiştir. Tablo 21 incelendiğinde, hoşnutluk duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, bu yüzden ikinci adımla ilgili değerler verilmiştir; [$F(4-78)=18.77$; $R^2=.49$; $p<.00$]. F değişim istatistikleri incelendiğinde,

regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atılan HbA1c düzeyine [F(1-81)= 35.41; R²=.30; p<.00], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda R²=.19 'lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [F(3-78)= 9.51; R²=.19; p<.00].

Tablo 21. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Hoşnutluk Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.24	.24	36.11	.00	-.24	-2.81	.01*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.45	.21	8.47	.00			
Olumlu Aktivite					-.05	-.57	.57
İçsel Kontrol					-.04	-.47	.64
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					.31	3.05	.00**
Özerklik					-.06	-.80	.43
İyilik Hali Arama					.27	2.33	.02*
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.30	.30	35.41	.00	-.21	-2.01	.04*
Diyabet Yaşam Kalitesi	.49	.19	9.51	.00			
Tedavi Memnuniyeti					-.20	-1.57	.12
Tedavi Etkisi					-.13	-.95	.34
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					-.29	-2.50	.02*

p< .05; ** p< .01

Modele bakıldığında, ilk adımda hoşnutluk duygu boyutunun %30'u (R²=.30) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle, hoşnutluk duygu boyutuyla diğer değişkenler arasında kurulan çoklu regresyon modelinin önemli

olduğu ve bu modelin hoşnutluk duygu boyutunun %49'ni ($R^2 = .49$) açıkladığı görülecektir. Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta = -.21$; $t = -2.01$; $p < .05$) hoşnutluk duygu boyutuyla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıka, hastaların hoşnutluk yaşamaları azalacaktır. Aynı zamanda, katılımcıların hastalığa ilişkin gelecek kaygısı yaşam kalitesiyle ($\beta = -.29$; $t = -2.50$; $p < .05$) hoşnutluk duygu boyutu arasında negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Hastalığa ilişkin gelecek kaygısında artış yaşandığında hoşnutluk duygusu deneyimlenme sıklığı azalacaktır. Bu durum, diyabet yaşam kalitesinde azalmaya yol açacaktır. Böylece, HbA1c düzeyi ve hastalığa ilişkin gelecek kaygısı değişkenlerinin hoşnutluk duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumlu duygu boyutlarından dinçlik duygu boyutu üzerindeki etkisini incelemek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22 incelendiğinde, dinçlik duygu boyutunda yapılan regresyon modeli her bir adımda anlamlı çıkmıştır, $F(6-111) = 18.32$; $R^2 = .50$; $p < .00$). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin dinçlik duygu boyutu ile aralarında yapılan regresyon denkleminde bağımsız değişken olarak ilk adımda atanan HbA1c düzeyine [$F(1-116) = 30.95$; $R^2 = .21$; $p < .00$], ikinci adımda kendini düzenleme stratejileri eklenmiş ve toplam varyansda %29 ($R^2 = .29$) 'luk bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(5-111) = 12.68$; $R^2 = .29$; $p < .00$]. Analiz sonuçlarına bakıldığında, HbA1c düzeyinin ($\beta = -.17$; $t = -2.04$; $p < .05$) dinçlik duygu boyutuyla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre,

HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı dinçlik duygusu deneyimlenme sıklığında azalma olacaktır. Öte yandan, katılımcıların duygu ve gereksinimlerin ifadesi ($\beta=.36$; $t=3.73$; $p<.00$) ve iyilik hali arama ($\beta=.32$; $t=2.95$; $p<.05$) düzenleme stratejileriyle dinçlik duygu boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. Dinçlik duygu durumunda olan diyabetlilerin bu iki kendini düzenleme stratejisini daha sık kullandıkları söylenebilir. HbA1c düzeyi, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve iyilik hali arama değişkenlerinin dinçlik duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu söylenebilir.

Tablo 22. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Dinçlik Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.21	.21	30.95	.00	-.17	-2.04	.04*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.50	.29	12.68	.00			
Olumlu Aktivite					-.13	-1.67	.10
İçsel Kontrol					.00	.04	.97
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					.36	3.73	.00**
Özerklik					-.10	-1.40	.16
İyilik Hali Arama					.32	2.95	.00**
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.26	.26	27.92	.00	-.18	-1.62	.11
Diyabet Yaşam Kalitesi	.42	.16	7.28	.00			
Tedavi Memnuniyeti					-.23	-1.68	.10
Tedavi Etkisi					-.16	-1.06	.29
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					-.20	-1.62	.11

Olumlu duygulardan dinçlik duygu boyutu üzerinde yapılan bir başka hiyerarşik regresyon çalışmasında, bağımsız değişken olarak HbA1c düzeyleriyle diyabet yaşam kalitesi kullanılmış, bu çalışmanın analiz sonuçları da tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22 incelendiğinde, dinçlik duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, [F(4-78)=14.06; R²= .42; p<.00]. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine [F(1-81)= 27.92; R²=.26; p<.00], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda R²=.16 ‘lık bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [F(3-78)= 7.27; R²=.16; p<.00]. Modele bakıldığında, ilk adımda dinçlik duygu boyutunun %26’ı (R²=.26) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle, dinçlik duygu boyutuyla diğer değişkenler arasında kurulan çoklu regresyon modelinin dinçlik duygu boyutunun %42’ni (R²= .42) açıkladığı görülecektir. Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ve diyabet yaşam kalitesi her bir alt boyutlarının dinçlik duygu boyutu ile negatif yönde ilişkili olduğu ancak, regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğindeyse dinçlik duygu boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcının bulunmadığı görülecektir (p=>.05).

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumlu duygu boyutlarından sevecenlik duygu boyutu üzerindeki etkisini incelemek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 23’da gösterilmiştir. Tablo 23 incelendiğinde, sevecenlik duygu boyutunda yapılan regresyon modeli her bir adımda anlamlı çıkmıştır, F(6-111)=16.53; R²= .47; p<.00). F değişim istatistikleri

incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin sevecenlik duygu boyutu ile aralarında yapılan regresyon denkleminde bağımsız değişken olarak ilk adımda atanan HbA1c düzeyine [F(1-116)= 25.23; R²=.18; p<.00], ikinci adımda kendini düzenleme stratejileri eklenmiş ve toplam varyansda %29 (R²=.29) 'luk bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [F(5-111)= 12.33; R²=.29; p<.00].

Tablo 23. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Sevecenlik Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.18	.18	25.23	.00	-.16	-1.89	.06
Kendini Düzenleme Stratejileri	.47	.29	12.33	.00			
Olumlu Aktivite Arama					-.18	-2.24	.03*
İçsel Kontrol					.00	.03	.98
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					.38	3.77	.00**
Özerklik					.00	.04	.97
İyilik Hali Arama					.26	2.32	.02*
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.25	.25	26.85	.00	-.20	-1.75	.08
Diyabet yaşam kalitesi	.40	.15	6.25	.00			
Tedavi Memnuniyeti					-.26	-1.88	.05*
Tedavi Etkisi					-.07	-.47	.64
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					-.22	-1.70	.09

*p<.05; ** p<.01

Analiz sonuçlarına bakıldığında, sevecenlik duygu boyutuyla negatif yönde ilişkili bulunan HbA1c düzeyinin ($\beta = -.16$; $t = -1.89$; $p > .05$) anlamlı bir yordayıcı olmadığı görülecektir. Öte yandan, kendini düzenleme stratejilerinden olumlu aktivite

arama ($\beta=-.18$; $t=-2.24$; $p<.05$) ile negatif yönde ve anlamlı, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ($\beta=.38$; $t=3.77$; $p<.00$) ile pozitif yönde, ve iyilik hali arama ($\beta=.26$; $t=2.32$; $p<.05$) düzenleme stratejileriyle pozitif yönde ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Olumlu aktivite arama, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve iyilik hali arama değişkenlerinin sevecenlik duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu söylenebilir.

Olumlu duygulardan sevecenlik duygu boyutu üzerinde yapılan bir başka hiyerarşik regresyon çalışmasında, bağımsız değişken olarak HbA1c düzeyleriyle diyabet yaşam kalitesi kullanılmış, bu çalışmanın analiz sonuçları da tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23 incelendiğinde, sevecenlik duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, [$F(4-78)=12.71$; $R^2=.40$; $p<.00$]. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine [$F(1-81)=26.85$; $R^2=.25$; $p<.00$], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.15$ ‘lık bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(3-78)=6.25$; $R^2=.15$; $p<.00$]. Modele bakıldığında, ilk adımda sevecenlik duygu boyutunun %25’i ($R^2=.25$) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle kurulan çoklu regresyon modelinde sevecenlik duygu boyutunun %40’ni ($R^2=.40$) açıkladığı görülecektir. Analiz sonuçlarına göre sevecenlik duygu boyutu ile bütün değişkenler arasında negatif yönde, bunların içinden sadece tedavi memnuniyetiyle negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır, ($\beta=-.26$; $t=-1.88$; $p<.05$). Bu durumda, tedavi memnuniyeti

yaşam kalitesinin, olumlu duygulardan sevecenliğin önemli (anlamlı) bir yordayıcısı olduğu söylenebilir.

Olumsuz Duygularda Regresyon Analiz Sonuçları

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından toplam olumsuz duygu boyutu üzerindeki etkisini sınamak için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 24’de sunulmuştur.

Tablo 24. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Toplam Olumsuz Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.21	.21	30.56	.00	.26	2.75	.01*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.34	.13	4.24	.00			
Olumlu Aktivite					.05	.54	.59
İçsel Kontrol					.10	1.16	.25
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					-.24	-2.15	.03*
Özerklik					.23	2.64	.01*
İyilik Hali Arama					-.19	-1.50	.14
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.22	.22	22.51	.00	.16	1.40	.17
Diyabet Yaşam Kalitesi	.36	.14	5.82	.00			
Tedavi Memnuniyeti					.27	1.95	.05*
Tedavi Etkisi					.15	.97	.34
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					.11	.87	.39

*p< .05; ** p< .01

Tablo 24 incelendiğinde, toplam olumsuz duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, F(6-111)=9.34; R²= .34;

$p<.00$). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin toplam olumsuz duygu boyutu ile aralarında hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılırken; regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak dahil edilen HbA1c düzeyine $[F(1-116)= 38.56; R^2=.21; p<.00]$, ikinci adımda kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.13$ 'lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır $[F(5-111)= 4.24; R^2=.13; p<.00]$.

Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta= .26; t =2.75; p<.05$) toplam olumsuz duygularla pozitif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı toplam olumsuz duygular da buna paralel artış gösterecektir. Öte yandan, katılımcıların duygu ve gereksinimlerin ifadesi ($\beta=-.24; t =-2.15; p<.05$) ve özerklik ($\beta=-.23; t =-2.64; p<.05$) düzenleme stratejileriyle toplam olumsuz duygu boyutu arasında negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Kendini düzenleme stratejilerinden bu iki boyutun daha sık kullanıldığı hastalarda genel olumsuz duygu durumuyla daha az karşılaşılacaktır. HbA1c düzeyi, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve özerklik değişkenlerinin toplam olumsuz duygu boyutu üzerinde anlamlı (önemli) yordayıcılar olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından toplam olumsuz duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24 incelendiğinde, toplam olumsuz duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $[F(4-78)=11.00; R^2= .36; p<.00]$. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız

değişken olarak atanan HbA1c düzeyine [$F(1-81)= 22.51$; $R^2=.22$; $p<.00$], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.14$ 'lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(3-78)= 5.82$; $R^2=.14$; $p<.00$]. Modele bakıldığında, ilk adımda toplam olumsuz duygu boyutunun %22'ı ($R^2=.22$) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle kurulan çoklu regresyon modelinde toplam olumsuz duygu boyutunun %36'nı ($R^2= .36$) açıkladığı görülecektir. Analiz sonuçlarına göre toplam olumsuz duygu boyutu ile HbA1c ve diyabet yaşam kalitesi değişkenleri arasında pozitif yönde, ancak bunların içinden sadece tedavi memnuniyetiyle anlamlı bir ilişki vardır, ($\beta= .27$; $t=1.95$; $p<.05$). Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin puanlandırma sistemi gereği, tedavi memnuniyeti puanı arttıkça, yaşam kalitesi azalacak bu durum toplam olumsuz duygu deneyimleme sıklığının artmasına yol açacaktır. Bu durumda, tedavi memnuniyeti yaşam kalitesinin, toplam olumsuz duygu boyutunun önemli (anlamlı) bir yordayıcısı olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından kaygı duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 25'de gösterilmektedir.

Tablo 25 incelendiğinde, kaygı duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $F(6-111)=6.37$; $R^2= .26$; $p<.00$). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin toplam olumsuz duygu boyutu ile aralarında hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılırken; regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak dahil edilen HbA1c düzeyine [$F(1-116)= 21.94$; $R^2=.16$; $p<.00$], ikinci adımda kendini

düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.10$ 'luk bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(5-111)= 2.90$; $R^2=.10$; $p<.05$].

Tablo 25. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Kaygı Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R^2	Değiş. R^2	F	p	β	t	p
HbA1c	.16	.16	21.94	.00	.21	2.14	.04*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.26	.10	2.90	.00			
Olumlu Aktivite					.00	.01	.99
İçsel Kontrol					.10	1.04	.30
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					-.15	-1.28	.20
Özerklik					.21	2.38	.02*
İyilik Hali Arama					-.23	-1.72	.09
Bağımsız Değişkenler	R^2	Değiş. R^2	F	p	β	t	p
HbA1c	.14	.14	13.56	.00	.08	.65	.52
Diyabet Yaşam Kalitesi	.28	.14	5.01	.00			
Tedavi Memnuniyeti					.26	1.72	.05*
Tedavi Etkisi					.14	.86	.24
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					.13	.97	.09

* $p<.05$; ** $p<.01$

Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta= .21$; $t =2.14$; $p<.05$)

kaygı duygusuyla pozitif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı kaygı duygu durumunda da artış olacaktır. Öte yandan, katılımcıların özerklik ($\beta=.21$; $t =2.38$; $p<.05$) düzenleme stratejileriyle kaygı duygu boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusudur. Kendini düzenleme stratejilerinden özerklikte meydana gelecek bir artış, benzer bir etkiyle, kaygı

duygusunda da artışa neden olacaktır. HbA1c düzeyi ve özerklik değişkenlerinin kaygı duygu boyutu üzerinde anlamlı (önemli) yordayıcılar olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından kaygı duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için hiyerarşik çoklu regresyon analizi çalışılmış ve sonuçları tablo 25’de verilmiştir

Tablo 25 incelendiğinde, kaygı duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $[F(4-78)=7.65; R^2=.28; p<.00]$. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine $[F(1-81)= 13.56; R^2=.14; p<.00]$, ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.14$ ‘lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır $[F(3-78)= 5.01; R^2=.14; p<.00]$. Modele bakıldığında, ilk adımda kaygı duygu boyutunun %14’ü ($R^2=.14$) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle kurulan çoklu regresyon modelinde toplam olumsuz duygu boyutunun %28’ni ($R^2=.28$) açıkladığı görülecektir. Analiz sonuçlarına göre kaygı duygu boyutu ile HbA1c ve diyabet yaşam kalitesi değişkenleri arasında pozitif yönde, ancak bunların içinden sadece tedavi memnuniyetiyle anlamlı bir ilişki vardır, ($\beta= .26; t=1.72; p<.05$). Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin puanlandırma sistemi gereği, tedavi memnuniyeti puanı arttıkça, yaşam kalitesi azalacak bu durum kaygı duygusu deneyimleme sıklığının artmasına yol açacaktır. Bu durumda, tedavi memnuniyeti yaşam kalitesi için, diyabet hastalarındaki kaygı duygusunun önemli (anlamlı) bir yordayıcısı olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından depresyon duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 26’de gösterilmektedir.

Tablo 26. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Depresyon Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.27	.27	42.57	.00	.32	3.65	.00**
Kendini Düzenleme Stratejileri	.41	.14	5.12	.00			
Olumlu Aktivite					.04	.45	.65
İçsel Kontrol					.13	1.55	.12
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					-.29	-2.69	.01*
Özerklik					.22	2.71	.01*
İyilik Hali Arama					-.14	-1.21	.23
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.30	.30	34.76	.00	.20	1.93	.05*
Diyabet Yaşam Kalitesi	.49	.19	9.33	.00			
Tedavi Memnuniyeti					.29	2.26	.03*
Tedavi Etkisi					.17	1.20	.23
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					.17	1.40	.17

*p< .05; ** p< .01

Tablo 26 incelendiğinde, depresyon duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, F(6-111)=12.62; R²= .41; p<.00). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin depresyon duygu boyutu ile aralarında hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılırken; regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak dahil edilen HbA1c düzeyine [F(1-116)= 42.56; R²=.27; p<.00], ikinci adımda

kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.14$ 'lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(5-111)= 5.12$; $R^2=.14$; $p<.00$]. Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta= .32$; $t =3.65$; $p<.00$) depresyon duygusuyla pozitif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı depresyon duygu durumunda da artış olacaktır. Öte yandan, depresyon duygu boyutunun, katılımcıların duygu ve gereksinimleri ifade etme ($\beta= -.29$; $t=-2.69$; $p<.05$) düzenleme stratejisiyle negatif yönde ve özerklik ($\beta=.22$; $t =2.71$; $p<.05$) düzenleme stratejisiyle de pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır. HbA1c düzeyi, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve özerklik değişkenlerinin depresyon duygusu üzerinde anlamlı (önemli) yordayıcılar olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından depresyon duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için hiyerarşik çoklu regresyon analizi çalışılmış ve sonuçları tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26 incelendiğinde, depresyon duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, [$F(4-78)=18.37$; $R^2= .49$; $p<.00$]. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine [$F(1-81)= 34.76$; $R^2=.30$; $p<.00$], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.19$ 'lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(3-78)= 9.33$; $R^2=.19$; $p<.00$]. Modele bakıldığında, ilk adımda depresyon duygu boyutunun %30'u ($R^2=.30$) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle kurulan çoklu regresyon modelinde depresyon duygu boyutunun %49'ni ($R^2=.49$) açıkladığı görülecektir.

Analiz sonuçlarına göre HbA1c ($\beta = .20$; $t = 1.93$; $p < .05$) ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinden tedavi memnuniyeti ($\beta = .29$; $t = 2.26$; $p < .05$) ile depresyon duygu boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır, Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin puanlandırma sistemi gereği, tedavi memnuniyeti puanı arttıkça, yaşam kalitesi azalacak bu durum depresyon duygusu deneyimleme sıklığının artmasına yol açacaktır. Bu durumda, HbA1c ile birlikte, tedavi memnuniyeti yaşam kalitesi için, diyabet hastalarındaki depresyon duygusunun önemli (anlamlı) birer yordayıcısı oldukları söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından suçluluk duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 27’de gösterilmektedir. Tablo 27 incelendiğinde, suçluluk duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $F(6-111) = 6.23$; $R^2 = .25$; $p < .00$). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin suçluluk duygu boyutu ile aralarında hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılırken; regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak dahil edilen HbA1c düzeyine [$F(1-116) = 19.12$; $R^2 = .14$; $p < .00$], ikinci adımda kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2 = .11$ ‘lik bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(5-111) = 3.28$; $R^2 = .11$; $p < .05$].

Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta = .20$; $t = 1.97$; $p < .05$) suçluluk duygusuyla pozitif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı suçluluk duygu durumunda da artış olacaktır. Öte yandan, suçluluk duygu boyutunun, katılımcıların duygu ve gereksinimleri ifade etme

($\beta = -.18$; $t = -1.54$; $p > .05$) düzenleme stratejisiyle negatif yönde, diğer düzenleme stratejileriyle de pozitif yönde ancak anlamlı olmayan ilişkisi bulunmaktadır. Bu durumda, HbA1c düzeyinin, suçluluk duygusu üzerinde anlamlı (önemli) yordayıcı olduğu söylenebilir.

Tablo 27. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Suçluluk Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	P	B	t	p
HbA1c	.14	.14	19.12	.00	.20	1.97	.05*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.25	.11	3.28	.01			
Olumlu Aktivite					.16	1.69	.09
İçsel Kontrol					.06	.60	.55
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					-.18	-1.54	.13
Özerklik					.15	1.71	.09
İyilik Hali Arama					-.19	-1.45	.15
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.17	.17	16.61	.00	.13	1.04	.30
Diyabet Yaşam Kalitesi	.31	.14	5.29	.00			
Tedavi Memnuniyeti					.34	2.36	.02*
Tedavi Etkisi					.11	.69	.49
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					.05	.39	.70

* $p < .05$; ** $p < .01$

HbA1c düzeyleri ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından suçluluk duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için hiyerarşik çoklu regresyon analizi çalışılmış ve sonuçları tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27 incelendiğinde, suçluluk duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, [$F(4-78)=8.78$; $R^2 = .31$; $p < .00$].

F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine [$F(1-81)= 16.60$; $R^2=.17$; $p<.00$], ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.14$ 'lük bir artış sağlanmışır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [$F(3-78)= 5.29$; $R^2=.14$; $p<.00$].

Modele bakıldığında, ilk adımda suçluluk duygu boyutunun %17'u ($R^2=.17$) açıklanmaktayken, diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle kurulan çoklu regresyon modelinde suçluluk duygu boyutunun %31'ni ($R^2=.31$) açıkladığı görülecektir. Analiz sonuçlarına göre HbA1c ve diyabet yaşam kalitesi değişkenleriyle suçluluk duygu boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmakla birlikte, bu değişkenlerden sadece tedavi memnuniyeti yaşam kalitesinde anlamlılık söz konusudur ($\beta=.34$; $t=2.36$; $p<.05$). Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin puanlandırma sistemi gereği, tedavi memnuniyeti arttıkça, yaşam kalitesi azalacak bu durum suçluluk duygusu deneyimleme sıklığının artmasına yol açacaktır. Bu durumda, tedavi memnuniyeti yaşam kalitesi için, diyabet hastalarındaki suçluluk duygusunun önemli (anlamlı) bir yordayıcısı olduğu söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından saldırganlık duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 28'de gösterilmektedir. Tablo 28 incelendiğinde, saldırganlık duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $F(6-111)=6.74$; $R^2=.27$; $p<.00$). F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejilerinin saldırganlık duygu boyutu ile aralarında hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılırken; regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak dahil edilen

HbA1c düzeyine [F(1-116)=20.19; R²=.15; p<.00], ikinci adımda kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda R²=.12 'lik bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [F(5-111)= 3.28; R²=.11; p<.05].

Tablo 28. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Saldırganlık Duygu Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	P	β	t	p
HbA1c	.15	.15	20.19	.00	.21	2.10	.04*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.27	.12	3.59	.01			
Olumlu Aktivite					-.02	-.23	.82
İçsel Kontrol					.09	.97	.34
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					-.26	-2.24	.03*
Özerklik					.25	2.83	.01*
İyilik Hali Arama					-.14	-1.06	.29
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.14	.14	12.65	.00	.19	1.45	.15
Diyabet Yaşam Kalitesi	.18	.05	1.50	.22			
Tedavi Memnuniyeti					.12	.77	.45
Tedavi Etkisi					.13	.74	.46
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					.06	.39	.70

*p<.05; ** p<.01

Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta = .21$; $t = 2.10$; $p < .05$) saldırganlık duygusuyla pozitif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Buna göre, HbA1c düzeyi arttıkça, kişilerin yaşadığı saldırganlık duygu durumunda da artış olacaktır. Öte yandan, saldırganlık duygu boyutunun, katılımcıların duygu ve gereksinimleri ifade etme ($\beta = -.26$; $t = -2.24$; $p < .05$) düzenleme stratejisiyle negatif yönde ve özerklik düzenleme stratejisiyle ($\beta = .25$; $t = 2.83$; $p < .01$) pozitif yönde ve anlamlı ilişkisi

bulunmaktadır. Bu durumda, HbA1c düzeyi, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve özerklik stratejilerinin saldırganlık duygusu üzerinde anlamlı (önemli) yordayıcı oldukları söylenebilir.

HbA1c düzeyleri ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinin olumsuz duygu boyutlarından saldırganlık duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için hiyerarşik çoklu regresyon analizi çalışılmış ve sonuçları tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28 incelendiğinde, saldırganlık duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $[F(4-78)=4.34; R^2=.18; p<.00]$. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denkleminde ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine $[F(1-81)= 12.65; R^2=.14; p<.00]$, ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.05$ ‘lik bir artış sağlanmıştır, ancak bu artış istatistiksel anlamda manidar bulunmamıştır $[F(3-78)= 1.49; R^2=.05; p>.05]$. Analiz sonuçlarına göre HbA1c ve diyabet yaşam kalitesi değişkenleriyle saldırganlık duygu boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmakla birlikte, bu değişkenlerin hiçbirisiyle anlamlılık söz konusu değildir ($p>.05$).

HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme stratejileri değişkenlerinin denge duygu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için yapılan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçları tablo 29’da gösterilmektedir. Tablo 29 incelendiğinde, denge duygu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamlı çıktığı görülecektir, $F(6-111)=20.03; R^2=.52; p<.00)$. F değişim istatistikleri incelendiğinde, HbA1c düzeyleri ve kendini düzenleme örüntülerinin denge duygu boyutu ile aralarında hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılırken; regresyon denkleminde ilk bağımsız

değişken olarak atanan HbA1c düzeyine [F(1-116)=47.89; R²=.29; p<.00], ikinci adımda kendini düzenleme stratejilerinin eklenmesiyle toplam varyansda R²=.23 'lük bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidardır [F(5-111)= 10.52; R²=.23; p<.00].

Tablo 29. HbA1c Düzeyleri, Kendini Düzenleme Stratejileri ve Diyabet Yaşam Kalitesinin Denge Duyuş Boyutu Üzerindeki Etkisini İncelemek İçin Yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.29	.29	47.89	.00	-.27	-3.40	.00*
Kendini Düzenleme Stratejileri	.52	.23	10.52	.00			
Olumlu Aktivite					-.09	-1.17	.24
İçsel Kontrol					-.08	-1.11	.27
Duygu ve Gereksinimlerin İfadesi					.34	3.52	.00*
Özerklik					-.17	-2.38	.02*
İyilik Hali Arama					.27	2.54	.01*
Bağımsız Değişkenler	R ²	Değiş. R ²	F	p	β	t	p
HbA1c	.33	.33	39.63	.00	-.22	-2.15	.04*
Diyabet Yaşam Kalitesi	.53	.20	10.83	.00			
Tedavi Memnuniyeti					-.29	-2.36	.02*
Tedavi Etkisi					-.16	-2.19	.24
Hastalığa İlişkin Gelecek Kaygısı					-.19	-1.74	.09

Analiz sonuçları incelendiğinde, HbA1c düzeyinin ($\beta = -.27$; $t = -3.40$; $p < .00$) denge duyuş boyutuyla negatif yönde ilişkili olduğu görülecektir. Öte yandan, denge duyuş boyutunun, katılımcıların duygu ve gereksinimleri ifade etme ($\beta = .34$; $t = 3.52$; $p < .00$), iyilik hali arama ($\beta = .27$; $t = 2.54$; $p < .05$) düzenleme stratejileriyle pozitif yönde ve özerklik düzenleme stratejisiyle ($\beta = -.17$; $t = -2.38$; $p < .05$) negatif yönde ve

anlamli ilişkisi bulunmaktadır. Bu durumda, HbA1c düzeyi, duyu ve gereksinimlerin ifadesi, özerklik ve iyilik hali arama stratejilerinin denge duyu boyutu üzerinde anlamli ( nemli) yordayıcı oldukları söylenbilir.

HbA1c düzeyleri ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinin denge duyu boyutu üzerindeki etkisini test etmek için hiyerarşik çoklu regresyon analizi çalışılmış ve sonuçları tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29 incelendiğinde, denge duyu boyutunda yapılan regresyon modelinin her bir adımda anlamli çıktığı görülecektir, $[F(4-78)=21.64; R^2= .53; p<.00]$. F değişim istatistikleri incelendiğinde, regresyon denklemine ilk bağımsız değişken olarak atanan HbA1c düzeyine $[F(1-81)= 39.63; R^2=.33; p<.00]$, ikinci adımda diyabet yaşam kalitesinin eklenmesiyle toplam varyansda $R^2=.20$ ‘lik bir artış sağlanmıştır, bu artış istatistiksel anlamda manidar bulunmuştur $[F(3-78)= 10.83; R^2=.20; p<.00]$. Analiz sonuçlarına göre HbA1c ($\beta= -.22; t=-2.15; p<.05$) ve diyabet yaşam kalitesi değişkenlerinden tedavi memnuniyeti ($\beta= -.29; t=-2.36; p<.05$) ile denge duyu boyutu arasında negatif yönde anlamli bir ilişki vardır, diyabet yaşam kalitesi  leğinin puanlandırma sistemi gereği, tedavi memnuniyeti arttıķa, yaşam kalitesi azalacak bu durum denge duyu boyutunda artışa yol açacaktır. Buna göre, HbA1c ile birlikte, tedavi memnuniyeti yaşam kalitesi için, diyabet hastalarındaki denge duyu boyutunun önemli (anlamli) birer yordayıcısı oldukları söylenbilir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, diyabet hastalarının, hastalıkları süresince yaşadıkları duygusal süreçleri; metabolik sonuçlar, kendini düzenleme stratejileri ve diyabete özel yaşam kalitesi bağlamında değerlendirmeyi amaçladık. Bu çalışmanın benzerlerine, özellikle yaşam kalitesi ve buna etki eden faktörler bağlamında yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarda tanıklık ediyoruz. Ancak hemen tamamının tıp kökenli ya da hemşirelik bakış açısıyla ele alınıyor olması dikkatlerin daha çok psikopatolojiye kaymasına neden olmaktadır. Oysa bu çalışmada, psikopatoloji ve tedavi yansımalarından daha çok, kişilerin bu süreçte bizzat yaşadıklarına yönelme söz konusudur. Çalışmamızın sonuçlarını literatür düzleminde karşılaştırmak istediğimizde bazı noktalarda bu sınırlılıkla karşılaşmışır. Bu yüzden çalışmada çıkan bulgular ilgili literatür ve bu alanda yapılan psikiyatrik çalışmalar bağlamında tartışılmışır.

Bu çalışma, amacı dikkate alındığında, ülkemiz açısından ilk çalışma olarak değerlendirilebilir. Buradaki temel amaç, hastalık- sağlık durumlarına bakarak diyabet hastalarında yaşanan olumlu- olumsuz duygular, yaşananlara kişilerin verdikleri yanıtlar, yaşamlarını değerlendirme biçimleri, bu süreçte eğer uyguluyorlarsa, ortaya koydukları düzenleme stratejileri ve bütün bu değişkenlerin birbirlerine olabilecek olası etkilerine ulaşabilmektir. Bu amaçlar gerçekleştiğinde konsültasyon – liyazon, sağlık, klinik ve sosyal psikoloji alanlarına bu bağlamda bir katkı sağlanmış olacaktır.

Ortalamalara bakıldığında örneklem grubumuzda olumlu duygu durumda olan hastaların daha fazla olduğu görülecektir. Bu durum örneklemin nispeten dar olması ve

hastaların halen belli bir kurumun tedavi güvencesi altında olmaları ve hastalıklarına ilişkin bir başvuru noktası bulmalarıyla açıklanabilir. Diyabet süresinin de bu sonuçta etkili olduğu söylenebilir. Ortalama 7 yıllık diyabet süresi hastalıkla baş etmede hastalara belli bir deneyim kazandırmış olabilir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında, örneklem grubunun %61.40'ını 7 yıldan daha kısa süreli diyabet hastaları oluşturmaktadır ve bu grupta mutluluk duygusu daha fazla gözlenmektedir. Komplikasyonların daha sık görüldüğü 7 yıl ve daha uzun süreli hastalık durumundaysa daha çok olumsuz duygu yapısı gözlenmektedir. Kısacası, örneklem grubunun hastalık özellikleri bu sonucu açıklıyor olabilir.

Yaşam kalitesi kavramı farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Yaşamın niceliksel değerlendirilmesinin aksine, yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan bir kavramdır (Angermeyer ve Kilian 1997; Mendlowicz ve Stein, 2000). Son yıllarda diyabet hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesi genel iyilik halinin bir ölçütü olarak kabul edilmektedir (Eren ve ark. 2004). Çalışmamızda Diyabet Yaşam Kalitesi ölçeği bu anlayışın bir ürünü olarak kullanılmıştır. Bu çalışmada, diyabet yaşam kalitesi sonuçları da yukarıdaki verilere paralel bir şekilde ortalama yaşam kalitesi düzeylerinde çıkmıştır. Toplam yaşam kalitesi ortalaması bu çalışmada $X = 2.56$ olarak bulunmuştur. Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin hesaplama sistemi gereğince, 1'e yakın puanlar yüksek yaşam kalitesi olarak kabul edilmektedir. Bu yüzden katılımcıların diyabet yaşam kalitesi bağlamında orta grupta yer aldığı söylenebilir.

Yaşam kalitesinin her bir alt boyutu ve toplam yaşam kalitesi açısından duygular ele alındığında anlamlı ilişkilerin olduğu görülecektir. Bu ilişki, olumsuz duyguların her bireri ve yine toplam olumsuz duygu boyutunda pozitif yönde gerçekleşmiştir. Literatür bilgileriyle örtüşen bu bulguya göre diyabet yaşam kalitesi düşük olanlarda içinde depresyon ve kaygının da yer aldığı olumsuz duygu durumları daha fazla yaşantılanmaktadır. Jacobsen ve ark. (1997) çalışmalarında depresyon ve kaygı düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü bulmuşlardır. Bu çalışmaya özgü bir sonuç olarak; olumlu duygularla yapılan çalışmada beklendiği gibi, olumlu duygu durum içinde olan hastaların, yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Olumlu duygusal yapının diğer bir çok alanda olduğu gibi diyabet yaşam kalitesi bağlamında da kalitenin artması yönünde olumlu etkileri olduğu söylenebilir. Tedavi memnuniyeti alt boyutunun, regresyon analiz sonuçlarına göre, olumsuz duygu durumlarında önemli yordayıcı olduğu bulunmuştur. Pozitif yöndeki bu ilişki, olumsuz duyguların deneyimlenme sıklığının artmasına paralel olarak tedavi memnuniyeti puanını da arttırmaktadır. Çıkan puanlar ne kadar 5'e yakınsa yaşam kalitesi o kadar kötü demektir. Bu yüzden olumsuz duyguların yordayıcısı konumundaki tedavi memnuniyeti puanı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Hastalığa ilişkin gelecek kaygısı yaşam kalitesi içinde bir alt boyuttur. Hastalığa ilişkin gelecek kaygısı, olumsuz duygu durumunda olanlarda daha yüksek çıkmıştır. Regresyon analizlerinde de gelecek kaygısının negatif yöndeki ilişkisiyle olumlu duygu boyutu üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu bulunmuştur. Ölçeğe göre, yüksek kaygı kötü yaşam kalitesi anlamındadır. Yukarıda da değinildiği gibi, kaygı durumunda yaşam kalitesinin kötüleştiğini ileri süren literatür bulgularıyla uyumlu olan bu sonuç, diyabetin salt kendisinin ya da olası

komplasyonlarının gelecekte ne gibi organ kaybı ya da yeti yitimlerine yol açacağından belirsizliğinden kaynaklanıyor olabilir. Diğer taraftan hastalığa ilişkin gelecek kaygıları düşük olan diyabet hastalarında olumlu duygu durum deneyimlenmesi daha fazla ve yaşam kalitesi de daha yüksektir.

Kendini düzenleme kavramı, özerkliği (otonomi), duygusal bağımsızlığı, kişinin kendi hayatını aktif bir şekilde düzenleyerek, amaç ve gereksinimlerini kazanma yeteneğini ifade eder (Marques ve ark. 2005). Ancak ilgili bölümde de ifade edildiği üzere diyabet hastalarında da tam bu noktada duygusal sorunlar yaşanmaktadır. Hastalığın yapısı özerklik kaybı, gelecek kaygısı, bağımlılık hissi oluşturması gibi narsistik bütünlüğü bozan bazı sorunlara yol açmaktadır. Bu bağlamda kendini düzenleme stratejileri içinde yer alan parametrelerin ölçümünün yol gösterici olacağı düşünülebilir. Bu çalışma başladığında ilgili literatür incelenmiş, ancak kendini düzenleme ölçeği ile diyabet hastalarında yapılan bir çalışmaya ulaşamamıştır. Kendini düzenleme stratejileri Diyabet Bakım Profili gibi farklı ölçeklerle çalışılmış, buna karşılık Kendini Düzenleme Ölçeğinin kalp hastalıkları ve kanser gibi diyabet dışındaki diğer bazı kronik hastalıklardaki uygulamalarıyla karşılaştırılmıştır (Marques ve ark., 2005; Watkins ve ark., 2000).

Örnekleme grubumuzun kendini düzenleme stratejilerinden daha çok, iyilik hali arama ($X=4.31$) ve duygu ve gereksinimleri ifade etme ($X=3.97$) stratejisini kullandıklarını görmekteyiz. Hastalığın daha kontrollü ve duygusal anlamda olumlu geçtiği gruplarda da aynı düzenleme örüntülerinin daha sık kullanıldığı görülmektedir. Bu açıdan, genelinde olumlu duygusal bütünlüğü gösteren örneklem grubunda öncelik

bu iki strateji üzerinde yoğunlaşmış olabilir. Ayrıca, katılımcıların %85.80'nin arkadaşlarının hepsinin kendisinde diyabet olduğu bilgisine sahip olmaları, duygu ve gereksinimleri ifade etme stratejisinin daha fazla kullanılma nedeni adına ek bir açıklama olabilir. Diyabet hastaları hastalıklarının kontrolünde dikkatli davranmak zorundadırlar. Özellikle diyet açısından kendilerini zaman zaman dış ortamın etkisi altında hissedebilirler. Diyetin bozulmasına yönelik ısrarlı teklifler karşısında zor durumlarda kalabilirler. Bu yüzden, içinde buldukları ortamlarda hastalıklarını paylaşma, durumlarını ve gereksinimlerini ifade etme zorunluluğu yaşayabilirler. Olumlu aktivite arama stratejisinin suçluluk duygusu ile anlamlı ilişkisinin açıklamasını, içinde pişmanlık ve kusurun da yer aldığı suçluluk alt boyutunda bulmak mümkündür. Bu tür olumsuz duygu durum içinde olan hasta, bir çeşit telafi stratejisi gibi olumlu aktivite arayışlarına girerek bu yöndeki eksikliğini telafi etmeye çalışıyor olabilir. Kendini düzenleme stratejilerinden içsel kontrolün daha çok olumsuz yapıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Depresyon ile pozitif yönde, mutluluklarsa negatif yönde bir ilişki söz konusudur. Diğer değişkenlerle bu sonucun karşılaştırılması yapıldığında aynı yönde bulgulara ulaşılmaktadır. Çıkan sonuç, Rotter'in (1990) iç- dış kontrol odağı kuramındaki görüşlerine ters düşmektedir. Normal popülasyonda dış odaklılarda daha çok kaygı ve depresyon yaşandığı ileri sürülürken çalışmamızda, iç odaklılığı ifade eden içsel kontrol stratejisinin depresyon ve hastalığa ilişkin kaygının yanı sıra diğer negatif yapılanmaların da içinde yer aldığı görülmektedir. Burada kişiler, hastalığın nedeni olarak kendilerini görüyor olabilirler ve bu yüzden de bir yargılama sürecine giderek olumsuz tablo karşısında depresif duygu durum yaşıyor olabilirler. İç odaklılıkta sorunların çözümünde bireysel özellikler ön plandadır. Dolayısıyla hastalığa ilişkin

gelecek kaygılarını giderebilecek uygun bir iç yapılanma bulamayan hastalar bunun kaygısı içine düşmüş olabilirler, çaresizlik kaygıyı beraberinde getiriyor olabilir.

İçsel kontrolün tersine duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisi, hem duygular hem de yaşam kalitesi bağlamında daha çok olumlu yapılanma ile ilişkilidir. Olumlu duygu boyutundaki kişiler bunu dış çevreyle daha rahat paylaşabilmektedir. Diğer bir deyişle, kendilerini iyi ifade eden kişiler bunun rahatlığı içinde hastalıklarını ve onun getirdiklerini de paylaşabilmekte, uyguladıkları bu stratejiyle, diyet, insülin enjeksiyonu gibi yaşamları için zorunlu uygulamaları yerine getirmekten çekinmemektedirler. Diyabette iyi kontrol uygun metabolik sonuçların yaşanmasını sağlar. Takip ve denetim altına alınmış, istikrarlı seyreden normal metabolik sonuçların, olumlu yapılanmaya yardımcı olduğu bilinmektedir. İyi hali arama stratejisi kişinin olumlu yönlerini arttırmaya yönelik davranışsal bir stratejidir. Olumluluk temelli bu strateji regresyon bulgularımızla da örtüşen bir sonuç vermiştir. Olumlu duygularla pozitif bir ilişki içinde olup, olumsuz duygularla negatif bir etkileşim halindedir. Aynı şekilde yaşam kalitesi bağlamında da benzer olumluğun devam ettiği görülmektedir. İyi hali arama stratejisini kullanarak olumlu davranışlarını sürdürme ve artırma çabası içindeki hastaların doğal olarak yaşam kaliteleri de artmaktadır.

Katılımcıları cinsiyetlerine göre incelediğimizde, erkek hastaların kadınlara göre, daha olumlu duygusal boyutta olduklarını görmekteyiz. Depresyon, içinde pişmanlık algılamasının da yer aldığı suçluluk ve toplam olumsuz duygu alt boyutlarının kadın diyabetlilerde daha çok görüldüğü söylenebilir. Diyabetin yaşam üzerine etkilerinin incelendiği yaşam kalitesi ölçümlerinde depresif duygu durum ve kaygı bulgularının

kadınlarda daha çok görüldüğü ifade edilmektedir(Wikblad ve ark. 1997). Direkt duygu ölçümleri olarak çalışılmasa da bu sonuçlarla çalışmamız verileri paralellik göstermektedir. Diyabet üzerine yapılan çalışmaların çok büyük bir bölümünde yaşam kalitesi ölçütleri temel alındığından diyabetlilerin deneyimledikleri duygusal örüntülere ilişkin literatür bilgilerine ulaşmak mümkün olmamıştır. Ancak, Hastane Depresyon ve Hastane Anksiyete Ölçeklerinin kullanıldığı bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre kaygı ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır(Gülseren ve ark., 2001). Bu çalışmada da cinsiyetler arasında kaygı duygularını deneyimleme açısından anlamlı bir fark bulunmamışsa da depresyon, suçluluk ve toplam olumsuz duygu alt boyutlarında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Genel popülasyon üzerinde orijinal kendini düzenleme ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda cinsiyetler arası bir farklılığın bulunduğu ve kadınların erkeklere göre daha çok kendini düzenleme puanı aldıkları görülmüştür(Marques ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda kendini düzenleme stratejilerini kullanma bakımından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Cinsiyet ile diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler incelendiğinde, diyabet hastası kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görülecektir. Literatürde bu konuda farklı görüşlere rastlamak mümkündür. Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olmadığını ifade eden çalışmalar (Selam ve ark., 1992; Bott ve ark., 1998; Johnson ve ark, 1996) olduğu gibi, cinsiyetler arası farklılığın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Glasgow ve ark., 1977; Hibbard ve Pope, 1983; Kandrack ve ark., 1991). Bu çalışmaların bazılarında genel popülasyonda da kadınların erkelere göre daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları ileri sürülmektedir. Paralel sonuçlar elde ettiğimiz kendi çalışmamızda,

gözlenen bu farklılığın, kontrol grubu olmaması nedeniyle diyabet hastalarına özgü olduğunu söylemek mümkün değildir.

Diyabet tipine göre örneklem grubumuzu incelediğimizde, katılımcıların %18.10'unun tip-I diyabetten, %81.90'ının da tip-II diyabetten oluştuğu görülecektir. Tüm diyabet vakalarının yaklaşık %85'inin tip-II diyabetlilerden oluştuğu dikkate alındığında, örneklem grubunun sağlıklı bir dağılım gösterdiği söylenebilir(ADA, 1999; Jones, 1997; Pınar ve İpbüker, 1991). Çalışmamızda, diyabet tipiyle duygular arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Diyabetin psikososyal yönlerinin araştırıldığı yaşam kalitesi çalışmalarında da diyabet tipleri arasında farklılık bulunmaması elde ettiğimiz bu sonuca paralel bir izlenim sunmaktadır. Sonuç olarak, tip-I ve tip-II diyabetlilerin benzer duygusal durumlar sergiledikleri söylenebilir. Ancak, örneklem grubunun tip-I ve tip-II diyabetlileri eşit sayıda içermiyor olması sağlıklı bir yorumda bulunmayı da engelliyor olabilir. Bu bağlamda, farklılıkların meydana gelmesinde diyabet tipinden çok diğer değişkenlerin olası etkilerinden söz edilebilir. Diyabet tipiyle kendini düzenleme stratejileri arasındaki ilişkide sadece özerklik örüntüsüyle tip-II diyabet arasında anlamlılık tespit edilmiştir. Kendi kendini yönetebilme yetisi olarak ele alındığında en azından tip-I diyabetlilere göre daha bağımsız durumda olan bu grubun, özerklik örüntüsünü daha çok kullanmaları mümkün kabul edilebilir. Araştırmamızda diyabet tipiyle yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Aynı ölçeğin kullanıldığı bir başka Türkiye çalışmasında da benzer sonuç alınmıştır(Şengün, 1998).

Diyabet süresiyle duygular arasındaki ilişkide, literatür sonuçlarına uygun bulgular elde edilmiştir. Literatüre göre, diyabet süresi uzadıkça, olumsuz duygulardan

depresif duygu durumunda bir artış söz konusudur(Leedom ve ark.,1991; Petterson ve ark., 1998). Bizim bulgularımıza göre de, 7 yıldan daha uzun süredir diyabetli olanlarda depresif duygu durum daha fazla görülmektedir. Hastalık süresi uzadıkça, diyabetin yol açtığı kısıtlamaların, yeti yitimlerinin ve kan şekeri düzeylerindeki süregelen dalgalanmaların merkezi sinir sistemindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak depresyon belirgin hale geliyor olabilir. Tosun ve Alpar (1991) ve Gülseren ve ark. (2001) bulguları bizim bulgularımızı destekler biçimdedir. Ancak patolojik bulguları saptamaktan çok, diyabet hastalarının deneyimledikleri olumlu- olumsuz duyguları merkez alan çalışmamızda, 7 yıldan daha kısa süreli diyabet hastalarında olumsuz duygularla aralarındaki ilişkinin yanısıra, olumlu duygularda da bir anlamlılık söz konusudur. Bu durum komplikasyon varlığı ve kişilerin yaşlarıyla ilgili olabilir. Komplikasyonlar uzun yıllar sonra hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan patolojilerdir. Henüz ilk yıllarda komplikasyonların yaşanmadığı, hastalığın günlük yaşam üzerine somut olarak daha az etki ettiği bu dönemlerde olumlu duygular daha fazla yaşanıyor olabilir. Bu sonuçlara ANOVA çalışmalarında da ulaşılmış; diyabet süresi kısa olanlarda, mutluluk duygusunun daha fazla yaşandığı bulgulanmıştır. Uzun hastalık süresi ile kendini düzenleme stratejilerinden, duygu ve gereksinimlerin ifadesi ve özerklik arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bu kadar uzun süre, artık kişilerin kendileri gibi yaşamalarına, özerk hareket etmelerine, duygu ve gereksinimlerini dile getirmede herhangi bir kısıtlama olmadan özgür davranma cesareti göstermelerine yardımcı olabilir. Ancak bu durum zamanla, özerk davranmaktan çok belli prensipleri gerektiren tedavi protokollerinin bozulmasına ve metabolik kontrolün kaybedilmesine yol açabilir. Çalışmamızda, diyabet süresi ile diyabet yaşam kalitesi

arasında sadece hastalığa ilişkin gelecek kaygısı bağlamında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Pozitif yöndeki bu sonuç, diyabet süresi uzadıkça, hastaların geleceğe yönelik kaygılarının arttığı ve dolayısıyla yaşam kalitesinin azaldığı yönündedir. Literatür incelendiğinde bu bulgulara paralel çalışmaların olduğu görülecektir. Pınar (1995), Jacobson (1994), Bott ve ark.(1998), Polonsky ve ark.(1995) yaptıkları çalışmalarda diyabet süresine ters orantılı olarak yaşam kalitesinde azalma meydana geldiğini bulmuşlar ve bunu da kronik komplikasyonların varlığıyla açıklamışlardır. Komplikasyonların zamanla hastalığın belirtilerinin üzerine ekleniyor olması, geleceğe yönelik belirsizliğin artmasına neden olabilir. Belirsizlik de en önemli kaygı nedenlerinden biri olduğuna göre, gelecek kaygısının artış göstermesi doğal bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ancak tersi görüş ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır. Hanestad, (1993) ve Revicki(1990) 'nin çalışmalarında diyabet süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı yönünde sonuçlar alınmıştır . Bu durum, diyabetin getirdiklerine zamanla uyum sağlanması, güncel yaşamın daha az etkilenmesi ve bunun da bireysel olarak yeterli görülmesi şeklinde yorumlanabilir (Hanestad, 1993).

Diyabetik hastalarda, uzun süreli kan şekeri takibinde yaygın olarak kullanılan ve önemli kabul edilen gösterge HbA1c düzeyleridir. "Altın standart" olarak tanımlanan bu ölçümlerin, kan şekeri stabilize olan hastalarda 2-4 ayda bir kontrolleri yeterli görülmektedir(DeFrozo, 1998; Skyler, 1998). Çalışmamızda, HbA1c düzeyleriyle bütün duygu boyutlarında ilişkiler bulunmuştur. Regresyon analiz sonuçlarına göre, olumlu-olumsuz bütün duygu boyutlarında HbA1c, önemli yordayıcı olarak bulunmuştur. HbA1c düzeyi yüksek (>%7.10), kötü kontrollü hasta grubunda olumsuz duyguların

daha sık deneyimlendiği görülmektedir. Benzer bulgular ANOVA çalışmalarında ve çoklu regresyon uygulamalarında da elde edilmiştir. Depresyon, kaygı, suçluluk, saldırganlık ve toplam olumsuz duygu boyutları HbA1c değeri yüksek olan grupta daha fazla yaşanmaktadır. Grandinetti ve ark., (2000); Anderson ve ark., (2001) çalışma sonuçlarıyla bulgularımız paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmalarda, depresif semptomların diyabetlilerde metabolik kontrolü olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Hammond ve Aoki (1992) çalışmalarında, HbA1c değeri yüksek olan diyabetlilerin iyilik hallerinin daha kötü, moral düzeylerinin düşük olduğunu göstermişlerdir. Van Der Does ve ark. (1996) HbA1c değeri yüksek tip-II diyabetlilerde, depresyon, korku, gerilim gibi olumsuz duygulanımlarda artma gözlendiğini bulmuşlardır. Çalışmamızda HbA1c düzeyleri düşük ($< \%7$), iyi kontrollü grupta beklendiği gibi, olumlu duygu hakimiyeti söz konusudur. Literatür incelendiğinde, metabolik kontrolle psikolojik etkilenmeler ya da psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkilerde çelişkili sonuçlar olduğu görülecektir. Lane ve ark. (2000) 105 tip-II diyabet hastasıyla yaptıkları bir çalışmada olumsuz duygulara eğilimli, kaygı, öfke, saldırganlık, depresyon, utangaçlığın daha fazla yaşandığı (Nörotisizm skoru yüksek) insanlarda HbA1c düzeylerini yüksek bulmuşlardır. Kuloğlu ve ark. (2000) kötü kontrollü HbA1c düzeylerine sahip tip-II diyabetli hastaların daha fazla kaygı ve depresif belirtiler gösterdiklerini bulmuşlardır. Benzer şekilde, Lutsman ve ark. (1986) metabolik kontrolün yeterince sağlanamadığı diyabetik hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğunu ileri sürmektedirler. Bu sonuçları desteklemeyen çalışmalarda; Winocour ve ark. (1990), Gülseren ve ark. (2001) böyle bir bağlantının olmadığından söz edilmektedir. Metabolik kontrol sonuçlarıyla kendini düzenleme stratejileri

arasındaki ilişkilerde özerklik stratejisiyle anlamlı bir ilişki bulunmuştur. HbA1c düzeyi yüksek, kötü kontrollü grupta bu strateji daha fazla kullanılmaktadır. Çalışma bulgularımızın Ciechanowski ve ark.(2002) yaptığı bir araştırma ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Söz konusu araştırmada kendine aşırı güvenen insanların HbA1c düzeylerinin diğerlerine göre yüksek olduğu bulunmuştur. Otonomiye ifade eden özerklik örüntüsü içinde kendine güven duygusunun önceliği olduğu dikkate alındığında bunun aşırı kullanımı bir protokolü gerektiren diyabet tedavisinde sorunlar oluşturuyor olabilir. Yapılandırılmış zorlu tedavi protokollerinin zamanla meydana getireceği tedavi yararlılıklarından önce, günlük yaşam biçiminin bozulmasını istemeyen kişiler, diyet, egzersiz ve tedavi süreçlerine katılımda bulunmuyor olabilirler. Bu durumda metabolik yapının bozulması ve değerlerin yüksek olması kaçınılmazdır. Öte yandan, iyi kontrollü gruplarda, duygu ve gereksinimlerin ifadesiyle iyilik hali arama düzenleme stratejilerinin de sık kullanıldığı görülmektedir. Bu iki stratejinin diğer değişkenlerle ilişkisine bakıldığında her iki stratejinin olumlu yapı içinde yer aldığı görülecektir. Düşük HbA1c düzeyleri için beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Metabolik kontrol sonuçlarıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerde de çelişkili bulgularla karşılaşılmaktadır. Bizim çalışmamızda, HbA1c düzeyleri düşük, iyi kontrollü grubun daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. HbA1c değerleri düşük olan iyi kontrollü grubun tedavi protokolüne iyi bir uyum sergileyerek olası komplikasyonları önledikleri ve böylece en önemli kötü yaşam kalitesi nedeni ile karşılaşmadıkları söylenebilir. Bulgularımızı destekleyen çalışmalardan Larsson ve ark. (1999), Rubin ve Peyrot (1999), Van der Does ve ark. (1996) metabolik kontrolün

yetersiz olduğu hastalarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu rapor etmişlerdir. Ülkemizde SF-36 ile yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (Gülseren ve ark., 2001). Türkiye’de ilk kez DQOL’nin kullanıldığı bir başka çalışmada elde edilen bulgularla da bizim çalışma bulgularımız örtüşmektedir (Şengün, 1998). Bu bulguların tersine, yapılan bazı çalışmalarda yaşam kalitesiyle metabolik kontrol sonuçları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Hanestad, 1998; Johnson ve ark. 1996).

Kronik bir hastalık olarak diyabetin en önemli sorunlarından biri zamanla meydana gelen komplikasyonlardır. Diyabet hastalarında görme fonksiyonlarının bozulmasıyla meydana gelen retinopati, böbrek yetmezliğine yol açan nefropati, ağrılarla birlikte seyreden nöropati ve damar hastalıkları sık görülmektedir (Young ve ark., 1993; Tovi ve ark. 1998; Rubin ve Peyrot 1998; UKPDS Group 1999). Çalışmamızda olumlu ve olumsuz duygularla komplikasyon olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. Olumsuz duygulardan, kaygı, depresyon suçluluk, saldırganlık ve toplam olumsuz duygu yaşantılarının komplikasyonu olan hastalarda deneyimlenme sıklığı daha fazla bulunmuştur. Komplikasyonlar yeni yeti yitimlerine, organ kayıplarına ve geleceğe yönelik kaygılara yol açmaktadır (Rubin ve Peyrot, 1999; Hanninen ve ark., 1998; Wandell ve ark. 1998). Bu durumdaki bir hastanın olumsuz duygu durum içinde olması olasılık dahilindedir. Literatür incelemesinde de benzer bulgularla karşılaşılmaktadır. Tip-II diyabet hastalarında komplikasyon gelişenlerde, depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Leedom ve ark., 1991). Eren ve ark. (2004), çalışma sonuçları da bu yöndedir. Bulgularımız ve aynı yöndeki çalışmaların tersine komplikasyonlarla

yaşanan duygu ve psikiyatrik bozukluklar arasında bir ilişkinin olmadığını ifade eden çalışmalar da vardır. Gülseren ve ark.(2001), Bahar ve ark. (2006), Wilkinson ve ark. (1988), Popkin ve ark. (1988)'nin çalışmalarında komplikasyonlarla kaygı, depresyon ve psikiyatrik bozukluklar arasında bir ilişki bulunamamıştır. Öte yandan çalışma sonuçlarımıza göre komplikasyon olmayan grupta mutluluk ve hoşnutluk duygularının daha fazla deneyimlendiği görülmektedir. Komplikasyonlu grupta elde edilen veriler ve nedenlere bakarak bu sonucun beklenen bir durum olduğu söylenebilir. Komplikasyon durumuyla kendini düzenleme stratejileri arasında çalışmamızda herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Komplikasyon olan ve olmayan grupların benzer düzenleme stratejilerini kullandıkları söylenebilir. Yaşam kalitesiyle komplikasyonlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde, komplikasyonlu grupta hastalığa bağlı gelecek kaygı puanlarının yüksek bulunduğu görülecektir. Ölçeğin hesaplama yöntemine göre bu durum, düşük yaşam kalitesi demektir. Halen bir komplikasyon yaşamakta olan bir kişi, yeni bir komplikasyonun ne zaman gelişeceği kaygısı içinde olabilir. Ayrıca, komplikasyonun hangi yeni yeti yitimlerine ve organ kayıplarına yol açacağı endişesi geleceğe yönelik kaygının artmasına neden olabilir. Aynı ölçekle Türkiye'de yapılan bir başka araştırmada benzer sonuçlar alınmıştır (Şengün, 1998). Tip-II diyabet hastalarında komplikasyonların yaşam kalitesinin en önemli belirleyicisi olduğu ileri sürülmektedir (Rubin ve Peyrot 1999; Wandell ve ark., 1998; Klein ve Klein 1998; Redekop ve ark., 2002). Diyabetik retinopati hastaların görme fonksiyonlarını ileri derecede bozmaktadır. Nefropati böbrek yetmezliğine yol açarak hastayı diyalize bağımlı hale getirmekte, kişi ayrıca tansiyon problemleriyle de uğraşmak durumunda kalmaktadır. Nöropati yoğun ağrılı dönemlerin yaşanmasına yol açmaktadır. Komplikasyonların gelişmesiyle birlikte,

yeti yitimleri ve organ kayıpları yaşanmakta hastalar kontrol yeteneklerini kaybetmekte, daha fazla fiziksel kısıtlılık yaşamaktadırlar. Komplikasyon olan grupta bunlara ek olarak psikiyatrik sorunlar daha fazla yaşanmaktadır. Bu durumun da yaşam kalitesinin bozulmasına katkıda bulunması olasıdır.

Çalışma sonuçları olumlu ve olumsuz duygu boyutlarından ele alınacak olursa; diyabet hastalığının uzun dönem takibinde sık kullanılan HbA1c düzeylerinin bütün olumlu duygu alt boyutları ve toplam olumlu duygular arasında ters yönlü bir ilişkisinin olduğu görülecektir. İyi kontrollü, düşük HbA1c düzeyli hastalarda olumlu duygular daha sık yaşanmaktadır. Bu grup hastalar arasında daha çok, iyilik hali arama ve duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejilerinin kullanıldığı görülmektedir. Olumlu duygu boyutundaki diyabetlilerde gelecek kaygısının daha az yaşandığı ve bunun da diyabet yaşam kalitesine olumlu yönde katkıda bulunduğu tespit edilmiştir. Olumlu yapıyı ortaya çıkartan değişkenlerin birbirleri arasında da benzer etkileşimlerin olduğu görülmektedir. HbA1c düzeyleri, iyilik hali arama ve duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejilerini sık kullanan hastalarda da düşük seyretmektedir. Öte yandan duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisini kullanan olumlu grupta, yaşam kalitesi de yüksek bulunmuştur.

Olumsuz duygu boyutundan değerlendirildiğinde; yine metabolik kontrolün göstergesi olan HbA1c düzeylerinin her alt boyutta ilişkili olduğu görülecektir. HbA1c düzeyleri yükseldikçe, olumsuz duygu deneyimlenme sıklığı artmaktadır. Olumsuz duyguların daha sık yaşantılandığı hastalarda duygu ve gereksinimlerin ifadesi stratejisinin daha az, diğer stratejilere oranla özerkliğin daha fazla kullanıldığı

görülmektedir. Olumsuz duygu boyutundaki diyabet hastalarında diyabet yaşam kalitesi, tedavi memnuniyeti bakımından düşük yaşam kalitesi profili çizmektedir. Oysa yaşam kalitesi olumlu duygu boyutundakilerde daha çok gelecek kaygısı bağlamında farklılık göstermektedir. Yine bu gruptaki değişkenlerin kendi aralarındaki etkileşimlerinde, içsel kontrol stratejisinin sık kullanıldığı hastalarda gelecek kaygısının yüksek seyrettiği, HbA1c düzeylerinin kötü kontrollü grubun içinde yer aldığı görülmektedir. Olumlu duygularla olumsuz duyguların aynı çalışmada ele alınıyor olması bu çalışmayı özgün kılan yönlerden biri olarak değerlendirilebilir.

Çalışmanın sadece katılmayı kabul eden kişilerde yapılması bu çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Her ne kadar dağılımı literatür bağlamında sağlıklı görünse de diyabet tipi bakımından tip-I diyabetlilerin sayıca az olması genellenebilir yorumlamada bulunmayı zorlaştırmaktadır. Çalışmanın boylamsal bir anlayışla tekrarlanması zaman içinde ortaya çıkacak olası değişikliklerin tanınmasına yardımcı olacaktır. Çalışmada buna yer verilememiştir. Çalışma bulguları bağıntısal olup, neden- sonuç ilişkisi olarak ele alınamayacağı açıktır. Kişilik yapılarıyla kendini düzenleme stratejileri arasındaki ilişki dikkate alındığında, böyle bir çalışmada kişilik yapılarının da sınanması değerlendirmeleri güçlendirecektir. Çalışmamızda kişilik örgütlenmelerine, yanıtlanacak soru sayısında oluşacak fazlalık nedeniyle yer verilememiştir. Ayrıca, kimi çalışmalarda değinilen başa çıkma stratejilerinin (Lazarus, 1993), diyabet bağlamında kendini düzenlemeye etkileri de çalışılabilirdi, ancak aynı gerekçeyle çalışmamızda bu yöneme de yer verilememiştir.

Çalışmada kontrol grubu oluşturulmamış ve bu çalışma belli bir tedavi altında bulunan takipli hastalarda gerçekleştirilmiştir. Bu durum çıkan sonuçların genellenebilmesinde kısıtlamalar oluşturmuştur. Yaşanan bazı duyguların diyabetik hastalara özgü olup olmadığının belirlenmesinde kontrol grubunun gerekliliği açıktır. Kontrol grubu oluşturulan ve sağlık kuruluşlarına ulaşamayan ya da takiplerini yaptırmayan, yaptıramayan hastalardaki metabolik sonuçların da ele alındığı geniş saha çalışmalarının genellemeler bağlamında daha gerçekçi sonuçlar vereceği düşünülebilir. Bu kısıtlılıklar, aynı zamanda bundan sonraki alanda yapılacak çalışmalara birer öneri olarak da değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Akbay, P. Ş. (2003). *Dahiliye ve psikiyatri*. Diyabette depresyon ve anksiyete bozuklukları. İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Allik, J., Realo, A. (1987). Emotional Experince and its relation to the five-factor model Estonian. *Journal of Personality*, 65 (3), 625–647.
- American Diabetes Association. (1987). Self- monitoring of blood glucose (consensusu statement). *Diabetes Care*, 10, 95- 99.
- American Diabetes Association. (1998). National standarts and rewiew criteria for diabetes self management education programs. *Diabetes Care*, 21, 95-98.
- American Diabetes Association. (1999). Clinical Practice Recommendations 1999. *Diabetes Care*, 22, Supplement.1.
- American Diabetes Association. (2004). Tests of glycemia in diabetes. *Diabetes Care*. 27, 91–93.
- Amos, A.F., McCarty, D.C., ve Zimmet, P. (1997). The rising global burden of diabetes and it's complications: Estimates and projections to the year 2010. *Diabetic Medicine*, 14 (5), 7-85.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., ve Lustman, P. J. (2001). The Prevalance of comorbid depression in adults with diabetes: A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Angermeyer, M.C. ve Killian, R. (1997) Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman ve N. Sartorius, (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (19-54). New York: Wiley.

- Bacanlı, H. (1997). *Kendini ayarlamamanın psikolojisi*. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Bahar, A., Sertbaş, G. ve Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 18-26.
- Berterö, C. ve Christina, A. (1993). Quality of life of adults with acute leukemia. *J. Adv. Nurs.*, 18, 1346- 1353.
- Beck, A. T. (2005). *Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar.*(A.Türkcan.Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Bilgin, N. (2003). *Sosyal psikoloji sözlüğü*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Brislin, R. W. (1986). The Wording and translation of research instruments. In W. J. Lonner ve J. W. Berry (Eds.), *Field methods in cross-cultural research* (Vol. 8, sf. 137-164). Beverly Hills, CA: Sage.
- Bloom, B. L. (1988). *Health psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bott, U. et al.(1998). Validation of a diabetes spesific quality of life scale for patients with type-1 diabetes. *Diabetes Care*, 2 (5), 757- 769.
- Bottomley, A. (2002). The cancer patient and quality of life. *The Oncologist*, 7, 120-125.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. ve Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 631-637.
- Buck, R. (1983). Emotional development and emotional education. . In R. Plutchik ve H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol. 5, pp.259 293). New York: Academic Press.

- Buzlu, S. (2002). Diyabetin psikososyal yönü. *Diyabet hemşireliği temel bilgiler*. İstanbul: Yüce Yayım Dağıtım.
- Cabanac, M. (2002). What is emotion? *Behavioural Processes*, 60 (2), 69-83.
- Carr, J. A., Gibson, B. ve Robinson, P. G. (2001). Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. *Bri. Med. Jou.*, 322, 1240-1243.
- Carr, J.A. ve Higginson, I. J. (2001). Measuring quality of life are quality of life measures patient centered. *Bri. Med. Jou.*, 322, 1357-1360.
- Clark, L. A., Tellegen, A., ve Watson, D. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Close, H., Davies, A.G., Price, D.A. ve Goodyer, I.M. (1986). Emotional difficulties in diabetes mellitus. *Arch. Dis. Child.*, 61, 337- 340.
- Carter, V.R., Gonder- Frederick, L.A., Cox, D.J., Clarke, W.L. ve Scott, D. (1985). Effects of stress on blood glucose in IDDM. *Diabetes Care*, 8, 411-412.
- Carvey, C.S. ve Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative affects. A control process view. *Psychological Review*, 97 (1), 37-54.
- Ceyhan, A.A. (2000). Üniversite öğrencilerinin duygu ifade eden sözcük ve deyimlere yükledikleri duygu yoğunluklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi*, 2(13), 33-44.
- Ciechanowski, P.S., Hirsch, I.B. ve Katon, W.J. (2002). Interpersonal predictors of HbA1c in patients with type-I diabetes. *Diabetes Care*, 25(4), 731- 736.
- Cohen, C. (1982). On the quality of life: Some philosophical reflections. *Circulation*, 66, 1129- 1133.

- Cohen, S. ve Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S. ve Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cox, D.R., Fitzpatrick, R., Fletcher, A.E., Core, S.M. et. al. (1992). Quality of life assesment: Can we keep it simple? *J.R. Statist. Soc.*, 155, 353- 393.
- Cox, D.J., Taylor, A.G., Nowacek, G. et al. (1984). The relationship between psychological stres and insulin dependent diabetic blood glucose control. Preliminary investigations. *Healty Psychology*, 3, 63-75.
- Coyne, J. C. (1991). Social factors and psychopatology: stres, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401- 425.
- Cüceloğlu, D. (2003). *İnsan ve Davranışı*. 12. Basım, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Çeçen, A.R. (2002). *Duyguları yönetme eğitimi programının öğretmen adaylarının duyguları yönetme becerileri üzerindeki etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Çorakçı, A. (1996). *Endokrinology*. İstanbul: Medikal Network. 433- 499.
- Çukur, C.Ş. (2006). Kendini Düzenleme Stratejileri. *Sosyal Psikoloji ders notları*. Muğla Üniversitesi.
- Çukur, C.Ş., Şahin, Z. (2006). Duygusal işçilik bağlamında duygu ve kültür ilişkisi. R. Erdem ve C.Ş.Çukur (Der.), *Kültürel Bağlamda Yönetmel ve Örgütsel Davranış*. Ankara: TPD.
- Dale, A. K. ve Baumeister, R. F. (2000). Self- regulation and psychopathology. In R.M. Kowalski, ve M. R. Leary (Eds). *The social psychology of emotional and*

- behavioral problems* (pp.139-167). Washington, DC: American Psychological Association.
- DeFronzo, R.A.(1998). Goals of diabetes mellitus management. *Current Management of Diabetes Mellitus*. Cilt-1. DeFronzo (Ed). Philadelphia. Mosby A Times Mirror Company. 5-7.
- DeRivera, J. (1987). The Phenomen of emotion. *Psychological Issues*. In Schlesinger, J.H. (eds). USA- International Universities Pres. 11-38.
- Derogatis, L. R. (1975). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Devlet İstatistik Enstitüsü Yıllığı. (1999). Ankara.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993). The effect of intensive diabetes management on long term complications in insülin dependent diabetes mellitus. *New England Journal Medicine*, 329, 977-986.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1995). Implementation of treatment protocols in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 18, 361-365.
- Diener, E., Emmons, R. A. ve Larsen, R. J. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Dunn, S.M. (1986). Reactions to educational techniques: Coping strategies for diabetes and learning. *Diabetic Medicine*. 3: 419- 429.
- Dunn, S.M. ve Turtle, J.R. (1981). The myth of the diabetic personality. *Diabetes Care*, 4, 640- 646.
- Dökmen, Ü. (2000). *Yarına kim kalacak? Evrenle uyumlaşma sürecinde varolmak*

gelişmek uzlaşmak. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

- Ekman, P. (1994). All emotions are basic, P. Ekman ve J. R. Davidson, (Eds), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions.* New York: Oxford University Press, 15-20.
- Ellsworth, P.C. (1994). Sense, culture, sensibility. In S.Kitayama ve H.R. Markus (Eds.), *Emotion and Culture: Empirical studies of mutual influence (23-50).* Washington, DC: American Psychological Association.
- Eren, İ. ve Erdi, Ö. (2004). Tip-II diyabetes mellitusda komplikasyonların psikiyatrik komorbiditeye etkisi. *3P Dergisi*, 12, 209-216.
- Eren, İ., Erdi, Ö. ve Çivi İ. (2004). Tip-II Diabetes Mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7, 85-94.
- Eysenck, H.J. (1991). *Smoking, personality, and stress.* Psychosocial factors in the prevention of cancer and coronary heart disease. New York. Springer- Verlag.
- Ferrans, C.E., Powers, M.J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Adv. Nurs. Sci.*, 8, 15-25.
- Fisher, A. ve Adams, L.A.(1994). *Interpersonel Communication: Pragmatic of Human Relationships.* New York: McGraw-Hill, Inc.
- Foster, D.W.(1991). *Diabetes Mellitus. Harrison's principles of internal medicine.* Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS (Eds), Cilt.2. 12.Baskı. International Edition, New York: McGraw-Hill Book Company. 1778-1796.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.

- Frijda, N. H. (1994). Emotion require cognitions, even if simple one. In Ekman, P.ve Davidson, J. R. (Eds) *The Nature of Emotion: Fundamental Questions (197-203)*, New York: Oxford University Pres.
- Frijda, N.H., Mesquita, B.(1994). The social roles and functions emotions. In S.Kitayama ve H.R. Markus (Eds.), *Emotion and Culture: Empirical studies of mutual influence (23-50)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Folkman, S. ve Lazarus R. S. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 50, 571-579.
- Glasgow, R.E., Ruggiero, L., Eakin, E.G., Dryfoos, J., Chobanian, L. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20, 562- 567.
- Goldstein, DE., Little, RR., Lorenz, RA., Malone, JI., Nathan, D., Peterson, CM. (1995). Tests of glycemia in diabetes. *Diabetes Care*, 18, 896- 909.
- Goleman, D. (1995). *Duygusal zeka neden IQ dan daha önemlidir?* (B. Seçkin Yüksel Çev.). Varlık Yayınları. İstanbul.
- Grandinetti, A., Kaholokula, K.J., Crabbe, M.K., Kenui, K.C. ve ark. (2000). Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology*. 25, 239- 246.
- Gries, F.A. ve Alberti, K.G. (1987). Management of non-insulindependent diabetes mellitus in Europe: a consensus statement. *IDF Bull*, 32, 169–174.
- Grossarth – Maticek, R.ve Eysenck, H.J. (1995). Self- regulation and mortality from

cancer, coronary heart disease and other causes: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 19, 781- 795.

Gutmann- Bauman, I., Flaherty, B.P., Strugger, M., McEvoy, R.C. (1998). Metabolic control and Quality of life self assessment in adolescents with IDDM. *Diabetes Care*, 21, 915- 918.

Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L. (1993). Measuring health – related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622- 629.

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.

Güler, S. (2005). Diabetes mellitus. *Sağlık Bakanlığı Diyalog Dergisi*, 18,49-50.

Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş. ve ark. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 89-98.

Ha, T., Lean, M.(1997). Diet and lifestyle modification in the management of non-Diabetes. 2nd. Ed. Blackwell Science Ltd. Oxford.

Hanestad, B.R., Hörnquist J.O. ve Albreksten G. (1991). Self assessed quality of life and metabolic control in persons with insulin dependent Diabetes Mellitus. *ScandJ. Soc. Med*, 19, 57-65.

Hanestad, B.R., Albreksten, G. (1991). Quality of life, perceived difficulties in adherence to a diabetes regimen and blood glucose control. *Diabetic Medicine*, 8, 759-769.

Hanestad, B.R. (1993). Self reported quality of life and effect of different clinical and

- demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Dia. Res. Clin. Pract.*, 19, 139-149.
- Hammond, G.S., Aoki, T.T. (1992). Measurement of health status in diabetic patients. *Diabetes Care*, 15, 469- 477.
- Hampson, S.E., Glasgow, R.E., Toobert, T.J. (1990). Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. *Health Psychol.*, 9, 632- 646.
- Hanninen, J., Takala, J., Keinanen- Kiukaanniemi, S. (1998). Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, 42, 17- 27.
- Hargreaves, A. (2000) Mixed emotions: teachers' perceptions of their interactions with student. *Teaching and Teacher Education*, 16, 811–826.
- Helz, J.W. ve Templeton, B.(1990). Evidence of the role of psychological factors in diabetes mellitus: *A review. Am. J. Psychiatry*, 147, 1087- 1089.
- Hibbard, J.H., Pope, C.R. (1983). Gender roles illness orientation and use of medical services. *Soc. Sci. Med*, 17, 129- 137.
- Holahan, C. J. ve Moos, R. H. (1986). Personality, coping and family resources in stress resistance: A longitudinal analysis. *Journal of personality and Social Psychology*, 51, 389- 395.
- Holahan, C. J. ve Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources and depression: A 4- year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31- 38.
- Holmes, D. M. (1986). The person and diabetes in psychological context. *Diabetes Care*, 9, 194-206.

- Hörnquist, J.O. (1982). The concept of quality of life. *Scand. Jou. Soc. Med*, 10, 57-61.
- Izard, C. E. (1992). "Basic emotions, relations among emotions, and emotion cognition relations". *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Izard, C. E.(1993). Organizational and motivational functions of discrete emotions. In Lewis, M ve Haviland, M. J. (Eds.) *Handbook of Emotion*, (631-643). New York: Guilford Pres.
- Jacobson, A. M., Adler, A. G., Wolfsdorf, J. L. ve Anderson, B. J. (1990). Psychological characteristics of adults with IDDM. Comparison of patients in poor and good glycemic control. *Diabetes Care*, 13, 375- 381.
- Jacobson, A. M. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type1 and type2 diabetes. *Diabetes Care*, 4, 267-274.
- Jacobson, A. M., Hauser S. T., Anderson B. J. ve Polonsky W. (1994). Psychological aspects of diabetes. In C. Kahn, G. Weir, (Eds.). *Joslin's Diabetes Mellitus*, (13.th. ed.) (431-450). Philadelphia: Leo & Febiger.
- Jacobson, A. M., De Groot, M.,ve Samson, J. A. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*, 17, 268-274.
- Jacobson, A. M. (1996). The psychological care of patients with insulin dependent Diabetes Mellitus. *N. Eng. J.Med.*, 334, 1294- 1253.
- Jacobson, A. M., De Groot, M. ve Samson, J. A. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Quality Life Res.*, 6,11–20.

- Jacobs, L.A. (2000). An analysis of the concept of risk. *Canser Nurs*, 23 (1), 12-19.
- Jacobson M. A., Hauser S. T., Anderson, B. J. ve Polonsky, WH. Psychosocial impacts of diabetes. In C.R. Kahn, G.C. Weir, (Eds.) *Joslin's Diabetes Mellitus*. (439-441). New York: A Waverly Company, 13.Edition.
- Jenney, E. M. J. ve Campbell, S. (1997). Measuring quality of life. *Archives of Disease Childhood*, 77, 347-350.
- Johnson, J.A., Nowatzki, T.E., Coons, S.J. ve ark. (1996). Health related quality of life of diabetic pima indians. *Med. Care*, 34, 97- 102.
- Jones, R.H.(1997). Insulin dependent diabetes mellitus. Presentation and treatment. *Medicine*. Supplement.
- Kandrack, M., Grant, K.R., Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc. Sci. Med.*, 32, 579-590.
- Kfir, N. ve Slevin, M. (1992). *Challenging cancer*. From chaos to control. London: Routledge Press.
- Klein, R., Klein, B.E. (1998). Relation of glycemic control to diabetic complications and health outcomes. *Diabetes Care*. Supplement.3. (21), 39- 43.
- Kocatürk, U. (1984). *Açıklamalı tıp terimleri sözlüğü*. Ankara: Sevinç Matbaası.
- Koçak, R.(2002). Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35 (1-2).
- Konrad, S ve Hend, C.(2001). *Duygularla güçlenmek*. (M. Tatan, Çev.) İstanbul: Hayat Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 1997).
- Koptagel-İlal, G. (2001). *Tıpsal Psikoloji*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Kuloğlu, M., Karaoğlu, A., Atmaca, M. ve ark. (2000). Tip-II diabetik hastalarda

- psikiyatrik belirtiler ve kan şekeri kontrolü. *Düşünen Adam*, 13, 19- 23.
- Kübler- Ross, E. (1997). Ölüm ve ölmek üzerine. (B. Büyükkol, Çev.). İstanbul: BoynerHolding Yayınları.
- Labovitz, H. E. (2004). (Ed.) *Therapy for diabetes mellitus and related disorders*. Virginia: American Diabetes Association.
- Lane, J., McCaskill, C.C., Williams, P.G., Parekh, P.I. ve ark. (2000). Personality correlates of glycemic control in type- II diabetes. *Diabetes Care*, 23, 1321-1325.
- Larsson, D., Lager, I., Nilsson, P.M. ve ark. (1999). Socio- economic characteristics and quality of life in diabetes mellitus relation to metabolic control. *Scand. J. Public Health*, 27, 101- 105.
- Lazarus, R.S. (1976). *Patterns of Adjustment*. New Jersey: McGraw-Hill Book Company Third Edition.
- Lazarus, R . S. ve Launier, R. (1978). Stres- related transactions between person andenvironment. (Eds.) L.A. Pervin ve M.Lewis International and external determinants of behavior. New York, Plenum.
- Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on The Relation Between Emotion and Cognition. *American Psychologist*, 37, 1019- 1024.
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom Med.*, 55, 234-247.
- Leedom, L., Meehan, W.P., Procci, W. ve ark.(1991). Symptoms of depression in

- patients with type-II diabetes mellitus. *Psychosomatics*. 32, 280- 286.
- Leventhal, H. ve Scherer, K.(1987), “The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy”, *Cognition and Emotion*, 1 (1), 3-28.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton, R. T. Croyle, (Eds). *Mental Representation in Health and Illness*. (247-272). New York: Springer- Verlag.
- Learn How To Cope With Stress In Your Life. (1993). *Diabetes in The News*, December, 7-10.
- Lloyd C.E., Matthews K.A., Wing R.R. ve Orchard T.J. Psychosocial factors and complications of IDMM. *Diabetes Care*, 2 (15), 166-172.
- Lloyd, C. E. ve Brown, F. J. (2002). Depression and diabetes. *Curr Women's Health Rep.*, 2, 188-193.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E., Creyer, P.E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control. *J.Ner. Ment. Dis.* 174, 736- 742.
- Marques, J. M., Ibanez, M. Í., Ruiperez, M. A., Moya, J. ve Ortet, G. (2005). The self regulation inventory: Psychometric properties of a health related coping measure. *Personality and Individual Differences*, 39, 1043-1054.
- Marshall, SM., Barth, JH.(2000). Standardization of HbA1c measurements a consensus statement. *Ann Clin Biochem*, 37, 45-46.

- McGrady, A. ve Horner, J. (1999). Role of mood in outcome of biofeedback assisted relaxation therapy in insulin dependent diabetes mellitus. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 24, 79–88.
- Mendlowicz M.V., ve Stein M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 157, 669–682.
- Mesquita, B. (2000). *Cultural variations in emotions: a comparative study of Dutch, surinamese and Turkish people in Netherland*. New York: Oxford University Press.
- Mesquita, B. (2001). Culture and emotion: Different approaches to the question. In T. J. Mayne, ve G. A. Bonanno (Eds). *Emotions: current issues and future directions* (214 – 250). New York: London, The Guildford Press.
- Mesquita, B., Frijda, N.H., ve Scherer, K.R. (1997). Culture and emotion. In J.E. Berry, P.b. Dasen, T.S. Saraswathi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: (2) Basic Process and developmental psychology* (255-297). Boston: Allyn ve Bacon.
- Mesquita, B. ve Frijda, N. H. (1992). Cultural variations in emotions: a review. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainly in illness. *Imag.*, 20, 225-232.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J., ve Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling ve Development*, 78 (3), 251-266.
- Nuttall, F.Q., Chasuk, R.M.(1998). Nutrition and the management of type -2 diabetes. *J. Fam. Pract*, 47 (5), 45- 53.

- Okyayuz, H.Ü. (Ed.). (1999). *Sağlık Psikolojisi*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
Ankara.
- Olgun, N.(2003). Diyabette kendi kendine bakım ilkeleri. T.Yılmaz, M. Bahçeci, A. Büyükbeşe (Ed). *Diyabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*. İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı.
- Ortony, A. ve Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions?
Psychological Review., 97, 315-331.
- Oatley, K ve Jenkins, M. J. (1996). *Understanding Emotions*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Özcan, Ş. (1996). *Diyabet ve psikososyal faktörler*. Türk diyabet yıllığı. İstanbul: Türk Diyabet Cemiyeti Yıllık Yayını, s.17-20.
- Özkan, S. ve Turgay, M. (1994). TipI-II diabetik hastalarda psikiyatrik morbidite ve hastalıkla baş etme güçlükleri. *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi*. İstanbul.
- Özkan, S. (2001). Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet. Yenigün M, Altuntaş M. (Ed.) *Her yönüyle Diyabetes Mellitus*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 627-635.
- Özmen, M. (2001). Diyabette psikosoyal problemler. *Türk Diyabet Yıllığı*. İstanbul: Türk Diyabet Cemiyeti Yıllık Yayını, 112-118.
- Öztürk, M. O. (2002). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 9. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özyılkan, O. (1998). The impact of diagnosis and treatment on the quality of life in breast cancer patients. *Neoplasma*, 45-48.
- Parkinson, B. (1996). Emotions are social. *British Journal of Psychology*. 87, 663- 668.

- Palinhan L. A, Wingard, P.L., ve Barret-Connor, E. (1990). Chronic illness Perception. ED Cartarett, MD Freidman (ed), New York.
- Patrick, D. L. ve Erickson, P. (1993). *Health status and health policy. quality of life in Psychotherapy, and Change*. New York: The Guilford Press, 3-13.
- Petterson, T., Lee, P., Hollis, S., Young, B., Newton, P., Donran, T. (1998). Well- being and treatment satisfaction in older people with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 930-935.
- Peyrot, M., Rubin, R.R.(1994). Modeling the effect of diabetes education on glycemic control. *Diabetes. Education*, 20 (2), 148.
- Pınar, R. (1995). *Diabetes mellitus 'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Pınar, R., İpbüker, A.(1991). 80 diabetes mellituslu olguda angiopatik komplikasyonların incelenmesi. İstanbul: *Türk Diabet Yıllığı*. 9, 291- 303.
- Plutchik, R. (1990). Emotions and psychotherapy: A psychoevolutionary perspective. In R. Plutchik ve H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol. 5, pp. 3-41). New York: Academic Press.
- Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E., Schwartz, C.E. (1995). Assesment of diabetes related distress. *Diabetes Care*, 18, 754- 760.
- Popkin, M.K., Callies, A.L., Lentz, R.D. ve ark. (1988). Prevalance of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patient with long- standing type-I diabetes mellitus. *Arch.Gen. Psychiatry*, 45, 64- 68.

- Radley, A. (1994). *Making sense of illness*. The social psychology of health and disease. London: Sage Publication.
- Redekop, W.K., Koopmanschap, M.A., Stolk, R.P. ve ark. (2002). Health- related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type-2 diabetes. *Diabetes Care*, 25, 458- 463.
- Revicki, D.A. (1990). Quality of life and non insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Spec*, 3, 260- 266.
- Rohlfing, CL., Wiedmeyer, HM., Little, RR., England, DJ., Tennill, A., Goldstein, DE. (2002). Defining the relationship between plasma glucose and HbA1c: analysis of glucose profiles and HbA1c in Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 25, 275- 278.
- Roos, P. E. ve Cohen, L. H.(1987). Sex roles and social support as moderators of life stres adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 576- 585.
- Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. In P.Shaver (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology: Emotions, relationships and health* (Vol.5, 11-36). Beverly Hills, CA: Sage.
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*. 45: 489- 493.
- Rubin, R.R. ve ark.(1991). Differential effect of diabetes education on self – regulation and lifestyle behaviors. *Diabetes Care*, 14 (4), 335- 338.
- Rubin, R.R. ve Peyrot, M. (1992). Psychosocial problems and interventions in diabetes. *Diabetes Care*, 11 (15), 1640.
- Rubin, R.R. ve Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*.

15, 205-218.

- Rubin, R.R., Peyrot, M., Saudek, C.D.(1989). Effect of diabetes education on self care, metabolic control and emotional well- being. *Diabetes Care*, 12, 673- 678.
- Russell, J.A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Safran, D.J ve Greenberg, S.L.(1991) Emotion in human functioning: Theory and therapeutic implications, *S.L. Emotion*.
- Stanley, R. O. ve Burrows, G. D. (2001). Varieties and functions of human emotion. In R. L. Payne ve C. L. Cooper (Eds.). *Emotions at work: Theory, research and applications in management* (pp. 3-19). Chichester, England: Wiley.
- Stanley, S. M., Markman, H. K., ve Whitton, S. W. (2001). Communication, conflict, and commitment: Insights on the foundation of relationship success from a national survey. *Family Process*, 41, 659–675.
- Schafer, L.C., Glasgow, R.E., McCaul, K.D., Drener, M. (1983). Adherence to IDMM regimens. Relationship to psychosocial variables and metabolic control. *Diabetes Care*, 6, 493- 498.
- Schwartz, L.S., Coulson L.R., Toovy, D., Lyons, J.S. ve Flaherty, J.A. (1991). A biopsychosocial treatment approach to the management of diabetes mellitus. *General Hospital Psychiatry*, 13, 19–26.
- Schunk, D. H. (2001). Self-Regulation Through Goal Setting, *ERIC Digest*, (CG-01-08).
- Scherer, K.R. (1987a). On discrete emotions and social motives: A reexamination. *Social Psychology and the Emotions*, January, 5 – 9.

- Scherer, K. R. (1987b). Toward a dynamic theory of emotion: The component process model of affective states. *Geneva Studied in Emotion and Communication*,1, 1-98.
- Scherer, K. R. (1997). The role of culture in emotion- antecedent appraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 902-922.
- Scherer, K.R. (2003). Introduction: Cognitive components of emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, ve H. H. Goldsmith (Eds.) *Handbook of Affective Sciences* (563 – 571). Oxford: Oxford University Press.
- Selam, J. L., et al. (1992). Clinical trial of programmable implantable insulin pump for type -1. *Diabetes Care*, 15 (7), 877- 884.
- Shillitoe, R.W. (1988). *Psychology and Diabetes*. Chapman and Hall Company. London.
- Skyler, J.S.(1988). Monitoring of type-I Diabetes mellitus. DeFronzo, R.A. (Ed). *Current Management of Diabetes Mellitus*. Philedelphia. Mosby a Times Mirror Company, 50-54.
- Strube, M. J. (Ed). (1991). *Type A behaviour*. Newbury Park CA. Sage.
- Sullivan, M. (1982). Quality of life assessment in medicine: Concepts, definitions, purposes and basic tools. *Nord. J. Psychiatry*, 46, 79- 83.
- Şarlak, K. (2008). *Duygusal yaşantılarda ve duygusal düzenlemede gözlenen bireysel farklılıkların çok boyutlu olarak değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Şengül, A.M. (1998). *Tip-I Diabetes mellitus'ta yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini*

etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C. Şişli Etfal Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.

Tanyeri, F. (2002). Diabetes mellitus tanım ve sınıflandırma. *Aktüel Tıp Dergisi*, Diabet Forumu.

Taylor, S. E. (1991). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill inc.

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma ve J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-716). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tellegen, A.ve Watson, C. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235.

Testa, M. A. ve Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334 (13), 835-840.

Topkaya, Ş.Ö.(2003). *Tip-II diabetes mellituslu hastalarda öfkenin metabolik ve psikolojik değişkenlerle ilişkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. İzmir.

Tosun, H., Alpar, Ş. (1999). *19-25 yaş grubundaki genç erişkin diabetes mellituslu hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması*. XXXV. Ulusal Diyabet Kongresi ve Uluslar arası Obesite Sempozyumu Bildiri Kitabı, 123.

Tovi, J., Svanborg, E., Nilsson, B.Y. ve ark. (1998). Diabetic neuropathy in elderly type II diabetic patients: effects of insulin treatment. *Acta Neurol Scand.*, 98, 346-353.

Türetgen-Şimşek, Z.(2000). *Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kaliteleri ve toplum*

içinde bakım ve tedavilerine örgütsel bir yaklaşım. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

- U. K. Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998). Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type-2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352, 837-853.
- U. K. Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998). Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ*, 317, 703-713.
- U. K. Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1999). Quality of life in type-II diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control. *Diabetes Care*, 22, 1125- 1136.
- Van der Does, F.E., De Neeling, J.N., Snoek, F.J. ve ark. (1996). Symptoms and well-being in relation to glycemic control in type-II diabetes. *Diabetes Care*, 19, 204-210.
- Varni, J. W., Setoguchi, Y., Rappaport, L. R. ve Talbot, D. (1992). Psychological adjustment and perceived social support in children with congenital / acquired limb deficiencies. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 31-44.
- Wandell, P.E., Brorsson, B., Aberg, H. (1998). Quality of life among diabetic patients in Swedish primary health care and in the general population. Comparison between 1992 and 1995. *Qual. Life Res.*, 7, 751- 760.
- Watkins, KW., Connell, CM., Fitzgerald, JT., Klem, L., Hickey, T. and Ingersoll-

- Dayton, B.(2000). Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care*, 23 (10), 1511- 1515.
- Watson, D., Clark, L. A., McIntyre, C. W., ve Hamaker, S. (1994). Affect, personality, and social activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 1011–1025.
- Watson, D., ve Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.
- Watson, D., Clark, L. A., ve Tellegen, Auke (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 54(6) 1063-1070.
- Watson, D., ve Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234–251.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss, R. -Morris ve Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*, 11, 431–445.
- Williams, G. ve Pickup, J.C. (1997). Problems with metabolic control in insulin-dependent diabetes mellitus. In J.C. Pickup, G. Williams, (Eds). *Textbook of Diabetes*. 2nd. ed. Blackwell Science Ltd. Oxford.
- Wilkinson, D.G. (1981). Psychiatric aspects of Diabetes Mellitus. *Br.J. Psychiatry*, 13, 1–9.
- Wilkinson, G., Borse, D.Q., Leslie, P. ve ark. (1988). Psychiatric morbidity and social

- problems in patients with insulin- dependent diabetes mellitus. *Br.J. Psychiatry*, 153, 38- 43.
- Wikblad, K., Smide, B., Bergstrom, A. ve ark. (1997). Outcome of clinical foot examination in relation to self- perceived health and glysemic control in a group of urban Tanzanian diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract.*, 37, 185- 192.
- Wing, RR., Epstein, L. (1986). Behavioral self – regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 99, 78-79.
- Winocour, P.H., Main, C.J., Medlicott, G. ve ark. (1990). A psychometric evaluation of adult patients with type- I diabetes mellitus. Prevalence of psychological dysfunction and relationship to demographic variables metabolic control and complications. *Diabetes res.* 14: 171- 176.
- Witmer, J. M. ve Sweeney, T. J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over the life span. *Journal of Counseling and Development.* 71, 140-148.
- Witmer, J. M. (1994). An holistic model of wellness that mandates an integrated approach to psychotherapy. *Paper presented at the meeting of the 2. International Congress of Eclectic Psychotherapy Lyon.*
- Yenigün, M.(1995). *Her Yönü ile Diabetes Mellitus.* İstanbul: Haseki Hastanesi Vakfı Yayınları.
- Yılmaz, T.(2003). Diabetes mellitusun tanı kriterleri ve sınıflaması. T.Yılmaz, M. Bahçeci, ve A. Büyükbeşe (Ed.), *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi.* İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları.
- Young, J.E. (1982). *Cognitive therapy and lonelis.* New direction in cognitive therapy. New York. The Guilford Pres.

Young, M.J., Boulton, A.J.M., Macleod, A.F. ve ark. (1993). A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. *Diabetologia*, 36, 150- 154.

Zimmet, P. Z., McCarty, D. J., ve de Courten, M. P. (1997). The global epidemiology of non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome. *J. Diabetes Complicatio*, 11, 60-68.

Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. In K. R. Scherer ve P. Ekman (Eds). *Approaches to emotion* (259 - 270). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

EK- I

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi: 28.05..2007

Toplantı Sayısı 05

Karar-1: Muğla Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yüksel Lisans öğrencisi Haluk ALAN'ın "Diyabetes Mellitus'da gözlenen duygusal ve kendini düzenleme Örüntüleri ile bu Faktörlerin Genel İyilik Hali ve Fiziksel Sağlıkla ilişkisi" konulu tez çalışması görüşülmüş olup;

Çalışmanın yapılmasında **TIBBİ ETİK AÇISINDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurula bilgi verilmesine oy birliği ile karar verildi

Ash Gibidir.12.06.2007

Prof; Dr. Ali KESKİN	İMZA	Prof. Dr. Bünyamin KAPTANOĞLU	İMZA
Prof. Dr.S. Simay SERİN	İMZA	Prof. Dr. İlknur KALELİ	Mazeretli
Prof.DR. Kemalettin ACAR	İMZA	Doç. Dr. Neşe ÇALLI DEMİRKAN	İMZA
Yrd. Doç. Dr C.Nur SEMERCİ	İMZA	Doç. Dr. Hasan HERKEN	Mazeretli
Yrd.Doç. Dr. Mustafa KARATEPE	İMZA	Yrd.Doç. Dr. Selim KORTUNAY	İMZA
Ecz. Müjgan DEVRİK	İMZA		

Prof. Dr.S Simin ROTA
Başkan

EK II.**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Bu anket, diyabetli insanlar için düzenlenmiş bir araştırmadır. Çalışmada birbirinden farklı anketlere yer verilmiştir. Bu anketlere verilecek cevaplar toplu halde değerlendirilerek genel bir sonuca varılacaktır. Elde edilecek veriler, istatistiksel bir sonuca dayandırılıp, yorumlanarak bilim dünyasındaki yerini alacaktır.

Bu çalışmada, diyabet hastalarında gözlenmekte olan duygusal değişiklikler tespit edilecek, kişilerin hastalıkları nedeniyle yaşam süreçlerinde karşılaştıkları sorunlara karşı ne gibi kendini düzenleme stilleri geliştirdikleri incelenecektir. Diyabet hastalarında karşılaşılan duygusal durumlar ve kendini düzenleme stillerinin hastalığa ne şekilde etki ettikleri araştırılacaktır. Elde edilen her bir veri yorumlanarak, diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin artırılmasında yardımcı bir unsur olarak kullanılmak üzere bilim dünyasına sunulacaktır.

Bu çalışmada sizden istenilen; verilen anketleri doldurmanızdır.

İsminiz ve diğer bireysel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmadan elde edilen veriler, isim belirtilmeksizin bilimsel etkinliklerde kullanılabilir.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Katılmanız da tıbbi tedaviniz eksiksiz bir şekilde devam edecektir.

Araştırmanın Yürütücüleri:

Yrd. Doç. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Dr. Haluk ALAN

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Araştırma hakkında bana yeterli yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırma'ya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü katılımcı (Adı, S.adı, adres, tel. imza):

Rıza alma işleminde tanıklık eden kuruluş görevlisinin (Adı, s.adı, imza):

Açıklamayı yapan araştırmacının (Adı, s.adı, imza):

EK III.
ARAŞTIRMA PROJESİ
DİYABETLİ İNSANLARIN YAŞAM KALİTESİ

Bu çalışma, diyabetli insanların yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmada birbirinden farklı anketlere yer verilmiştir. Bu anketlere verilecek cevaplar toplu halde değerlendirilerek genel bir sonuca varılacaktır. Bu sonuç, istatistiksel bir sonuca dayandırılıp, yorumlanarak bilim dünyasında yerini alacaktır.

Anket soruları kimlik bilgilerinizin (ad, soyad vs) açıklanmayacağı güvenlikte hazırlanmıştır.

Çalışmanın genel amacı; Diyabetli insanların hayatları hakkındaki duygu ve düşüncelerini ölçmek ve mevcut diyabet hastalığının psikolojileri üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

ÇALIŞMA BOYUNCA GÖSTERECEĞİNİZ YARDIMLARINIZ, SABRINIZ VE
İÇTENLİĞİNİZDEN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.

Araştırma ile ilgili sorularınızda aşağıdaki adres ve telefonlardan irtibat kurabilirsiniz.

Yrd. Doç. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Dr. Haluk ALAN

Yrd. Doç. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

cscukur@mu.edu.tr

Tel: 0 (252) 223 8002 (dahili: 2053)

Dr. Haluk ALAN

Tel: 0 (505) 575 9872

DQOL

Lütfen her soruyu dikkatle okuyun. Aşağıdaki soruların doğru ya da yanlış şeklinde yanıtları yoktur. Bu ankette önemli olan, sizin görüşlerinizdir. Lütfen sorularda görüşlerinizi ve yaşam biçiminizi en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz.

Soruların başlangıcında sunulan ölçekler yardımıyla her ifadeye hangi oranda katıldığınızı içtenlikle belirtiniz. İfadeleri okuduktan sonra her ifadenin yanına **kendinize uygun cevaba karşılık gelen kutucuğa bir işaret koyunuz.**

	1	2	3	4	5
	Çok Memnun Ediyor	Orta Derecede Memnun Ediyor	Hiçbiri	Az Derecede Memnun Ediyor	Hiç Memnun Etmiyor
Diyabetinizin tedavisi için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
Diyabet kontrolleriniz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
Şu anki diyabet tedaviniz sizi ne derece memnun ediyor?					
Kan şekerinizi ölçmek için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
Diyetinizdeki esneklik sizi ne derece memnun ediyor?					
Diyabetle ilgili sıkıntılarınızın ailenize yansması sizi ne derece memnun ediyor?					
Diyabetiniz hakkındaki bilgileriniz sizi ne derece memnun ediyor?					
Uygunuzdan ne derecede memnunsunuz?					
Sosyal ilişkilerinizden ve arkadaşlarınızdan ne derece memnunsunuz?					
Cinsel hayatınız sizi memnun ediyor mu?					
İşiniz, okulunuz ve ev işleriyle ilgili aktivitelerinizden ne derecede memnunsunuz?					
Vücudunuzun görüntüsü sizi ne derece memnun ediyor?					
Egzersiz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
Boş zamanlarınız sizi ne derece memnun ediyor?					
Genel olarak yaşantınızdan ne derecede memnunsunuz?					

LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!

	1	2	3	4	5
	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
Diyabetinizin tedavisi nedeniyle ne sıklıkta ağrı hissediyorsunuz?					
Toplum içinde diyabetli olarak yaşıyor olmak sizi ne sıklıkta sıkıntıya sokuyor?					
Kan şekeriniz ne sıklıkta düşüyor?					
Kendinizi ne sıklıkta fiziksel olarak hasta hissediyorsunuz?					
Diyabetiniz aile yaşantınızda ne sıklıkta problem yaratıyor?					
Ne sıklıkta gece kabusu görüyorsunuz?					
Diyabetinizin sosyal ilişkileriniz ve arkadaşlıklarınızı ne sıklıkta sınırladığını hissediyorsunuz?					
Ne sıklıkta kendinizi iyi hissediyorsunuz?					
Ne sıklıkta diyetiniz nedeniyle sınırlandığınızı hissediyorsunuz?					
Diyabetiniz cinsel yaşantınıza ne sıklıkta engel oluyor?					
Diyabetiniz sizi araba veya herhangi bir makinede (daktilo vb.) kullanmaktan ne sıklıkla alıkoyuyor					
Diyabetiniz egzersiz yapmanıza ne sıklıkta engel oluyor?					
Diyabetiniz nedeniyle işinizi, okulunuzu veya ev işlerinizi ne sıklıkta aksatıyorsunuz?					
Diyabetli olmanın ne anlama geldiğini Hangi sıklıkta açıklamak zorunda kalıyorsunuz?					
Boş vakitlerinizdeki aktivitelerinize Diyabetiniz ne sıklıkta engel olmakta?					
Başkalarıyla diyabetiniz hakkında ne sıklıkta konuşuyorsunuz?					
Diyabetli olduğunuz ne sıklıkta ima ediyor?					
Diyabetiniz nedeniyle tuvalete diğerlerinden fazla gittiğinizi ne sıklıkta fark ediyorsunuz?					
Birine diyabetli olduğunuzu söylemek yerine yememeniz gereken bir yiyeceği ne sıklıkta yemek durumunda kalıyorsunuz?					
İnsülinin neden olabileceği problemleri (şeker düşmesi, insülini yaptığınız yerlerde meydana gelebilecek iğne izleri gibi) Başkalarından ne sıklıkta saklıyorsunuz?					

	1	2	3	4	5	6
	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman	Uygun Değil
Evlenip evlenemeyeceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Çocuğunuzun olup olmayacağı konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
İstedığınız gibi bir işe sahip olamayabileceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Sigorta talebinizin reddedebileceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Eğitiminizi tamamlayıp tamamlayamayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
İşinizi kaybedebileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Bir seyahate ya da tatile çıkıp çıkamayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Her an bayılabileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Vücudunuzun diyabetli olduğunuz için farklı görüldüğü konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Diyabetinizin oluşturabileceği komplikasyonları düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						
Diyabetiniz olduğu için başkalarının sizinle birlikte olmak istemeyeceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?						

LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!

SRI

Bu anket, günlük davranışlarla ilgili 25 anlatımı kapsar. Her bir anlatımdan sonra, şunu söyleyin; bu anket **duygularınız ve düşüncelerinizi** detaylarıyla ne derece anlatabiliyor.

Anketi cevaplarken sizin **davranışınızın derecesini en iyi tanımlayan rakamı** ifadelerin yanında bulunan **kutulardan bir tanesini işaretleyiniz.**

	Hayır	1	2	3	4	5	6	Evet
Kendim bir talepte bulunmaktan daha çok diğerlerine uymayı tercih ederim.								
Ben zamanla bana iyi gelmeyen davranış ve reaksiyonlara karşı tarzımı değiştiririm.								
Kendimi mutsuz ve memnuniyetsiz hissettiğim zaman, buna teslim olmam. Bu duygusal durumun üstesinden gelmeye çalışırım.								
Uzun vadede olumlu sonuçlara ulaşabilmek için çalışır.								
Uzun süreli iyilik halini başarmak için yaşamımın çeşitli alanları üzerinde (çalışmak, yemek, egzersiz ve kişiler arası ilişkiler gibi...) daima çalışırım.								
Davranışlarım yoluyla kesintisiz iyi hissetmek için idare ederim.								
Faaliyetlerim sonucunda çok hoş bir memnuniyet aşamasına ulaşmayı sıklıkla başarırım.								
Kişiler beni kızdırınca ya da sinirlendirince, ben de sinirli karşılık verebilirim.								
Bazı kişiler sebepsiz yere bana saldırdığında tepkim değişik olabilir. En sonunda ben başarılı bir savunma yapabilir.								
Kendim ya da diğer kişiler için iyi sonuçlar doğuracak davranış yollarımın daima arayışı içindeyimdir								

LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!

	Hemen	Hemen	Hiç	1	2	3	4	5	6	Daima
Davranışlarımı sonuçlarına göre ayarlarım. Olumsuz sonuçlara yol açan davranışlarımı terk eder, olumlu sonuçlara yol açan davranışlarımı sürdürürüm.										
Daima kendi hayatımı yaşıyorum.										
Kişisel problemlerim olduğu zaman, kendime ve diğer kişilere bu durumumu açıklarım										
Davranışlarım süresince sıklıkla duygusal vızıltı yaşarım.										
İçsel baskılanma olmaksızın duygusal ihtiyaçlarımı ifade ve tatmin edebilirim.										

	Evet	1	2	3	4	5	6	Hayır
Önemli duygularımı ve diğer insanlara karşı ihtiyaçlarımı dışa vurmada daima zorlanmışımdır.								
Rahatsızlık verici bazı durumlar kişisel gelişimimi zorlaştırabilir.								
Bazı durumlar daima benim mutsuzluğumun en önemli nedenlerinden olabilirler.								
Zararlı bulduğum durumlara karşı yıllardır itirazda bulundum. Fakat onları değiştiremedim.								
Zor çevre koşulları ya da saldırgan kişiler karşısında kendimi aciz hissedirim. Çünkü durumu değiştirmek için hiçbir şey yapamam.								
Değiştiremediğim bazı durumlar nedeniyle, oluşan sürekli gerginlik ve sıkıntılarımın nedenleri hakkında hiçbir şey yapamıyorum.								

LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!

	Çok Zayıf	1	2	3	4	5	6	Çok Güçlü
Genelde gelecekteki yaşamım;								
En önemli duygusal arzu ve ihtiyaçlarımın memnuniyet ve ifadesi genellikle;...								

	Gerçek Değil	1	2	3	4	5	6	Kesinlikle
Bir problemim olduğunda tereddüt etmeksizin diğer kişilerden yardım isterim.								

	Sıklıkla	1	2	3	4	5	6	Nadiren
Çok nadir olarak can sıkıcı, monoton ve heyecansız şeyler yaşarım.								

DABS

Bu ölçek, farklı duygu ve hisleri tanımlayan birçok kelime ve ifadeden oluşmaktadır. Her maddeyi okuyunuz ve sonra kelimenin yanındaki boşluklardan bir tanesini işaretleyiniz. **Şu an da dahil bundan önceki birkaç hafta içinde duygularınızı** ne derece bu şekilde hissettiğinizi belirtiniz. Cevaplarınız için aşağıdaki ölçeği kullanınız

	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
	Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Daima		Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Daima
Sinirli						Neşeli					
Üzüntülü						Tatminkar					
Pişman						Aktif					
Çabuk Kızan						Arkadaş (İçten)					
Mutlu						Tedirgin					
Memnun						Perişan					
Heyecanlı						Suçlu					
Hırslı						Öfkeden Çıldırılmış					
Çekingen						Zevk Duymak					
Umutsuz						Rahat					
Kusur Dolu						Güçlü					
Kırgın (Alıngan)						Sevecen					
Hoşnut						Korkmuş					
Sakin						Mutsuz					
Enerji Dolu						Kabahat Dolu					
Sevgi Dolu						Acılı (Kırgın)					
Gergin						Sevinç Dolu					
Değersiz						Doymuş (Hoşnut)					
Utanmış						Hayat Dolu					
Kızgın (Öfkeli)						Sıcak					

SOSYO-DEMOGRAFIK DEĞİŞKENLER

Prot.No.

1.Kaç Yaşındasınız? (Yıl olarak belirtiniz).....

2. Cinsiyetiniz:

___ Erkek ___ Kadın ___ Diğer (belirtiniz).....

3.Eğitim Durumunuz:

___ Okur-Yazar Değil ___ Okur- Yazar
 ___ Ortaokul Mezunu ___ Ortaokul Mezunu
 ___ Lise Mezunu ___ Yüksekokul/Üniversite Mezunu

4. Mesleğiniz nedir?

___ Ev Hanımı ___ Memur ___ İşçi ___ Serbest meslek
 ___ Gündelik İşçi ___ Emekli ___ Çiftçi ___ Diğer (belirtiniz).....

5 .Medeni durumunuz nedir?

___ Evli ___ Dul ___ Boşanmış ___ Bekar ___ Diğer.....

6-7-8-9. soruları evli olanlar cevaplayacaktır.

6. Eşinizin yaşı. (yıl olarak belirtiniz.).....

7. Eşinizin Eğitim durumu nedir?

___ Okur-Yazar Değil ___ Okur- Yazar
 ___ Ortaokul Mezunu ___ Ortaokul Mezunu
 ___ Lise Mezunu ___ Yüksekokul/Üniversite Mezunu

8. Eşinizin mesleği nedir?

___ Ev hanımı ___ Memur ___ İşçi ___ Serbest meslek
 ___ Gündelik işçi ___ Emekli ___ Çiftçi ___ Diğer (belirtiniz).....

LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!

9. Evlilik Süreniz.

___ 1 yıldan az ___ 1-5 yıl ___ 6-10 yıl
 ___ 1-15 yıl ___ 16-20 yıl ___ 21 yıl üzeri.

10. Diyabetinizin Tipini Biliyor musunuz?

___ Tip 1 Diyabet (İnsüline bağımlı diyabet)
 ___ Tip 2 Diyabet (İnsüline bağımlı olmayan diyabet)
 ___ Bozulmuş Şeker Toleransı (Gizli şeker)
 ___ Yavaş seyirli Tip 1 Diyabet (Genellikle 20-30 yaşlarında ortaya çıkan insüline bağımlı diyabet)
 ___ Gestasyonel diyabet (Hamilelikte ilk kez ortaya çıkan diyabet)
 Bilmiyorum

11. İlk kez diyabet tanısını ne zaman aldınız, belirtiniz. (Diyabet Yaşınız nedir?)

.....

12. Aylık gelir durumunuz nedir, belirtiniz.**13. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?**

___ Yalnız yaşıyorum
 ___ Eşimle
 ___ Eşim ve çocuklarımla
 ___ Eş, çocuk ve diğer akrabalarımla
 ___ Diğer (belirtiniz)

14. Sağlık güvenceniz:

___ SSK ___ Bağ-Kur ___ Emekli Sandığı ___ Özel Sigorta
 ___ Yok ___ Diğer (belirtiniz).....

15. Sigara kullanıyor musunuz?

___ Evet; Kaç yıldır..... Adet/gün:
 ___ Hayır;
 ___ Bırakmış ___ Hastalıktan önce ___ Hastalıktan sonra

LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!

16. Alkol kullanıyor musunuz? Evet; Kaç yıldır..... Hayır; Bırakmış; Hastalıktan önce Hastalıktan sonra**17. İlk diyabet tanısı aldığınızda hastalık hakkında yeterince bilgilendirildim.** Katılıyorum Katılmıyorum**18. Aynı evde yaşadığınız kişilerde diyabetli olan var mı ?** Hayır Evet (Kaç kişi belirtiniz).....**HASTALIK İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER****19. Ailenizde veya akrabalarınızdaki diyabetlilerin size olan yakınlığı?** 1 .derece akrabalarınızda (Ör. anne, baba, kardeş, çocuk) 2. derece akrabalarınızda (Ör. Teyze, dayı, hala, amca) 3. derece akrabalarınızda (Ör. Anneanne, babaanne, yeğen, kuzen)**20. Ailenizde diyabetli olduğunuzu kaç kişi biliyor?** Hiç biri Birkaçı Hepsi**21. Yaklaşık olarak kaç arkadaşınız diyabetli olduğunuzu biliyor?** Hiç biri 1-3 4-6 Hepsi**22. Halen hangi tür diyabet tedavisi görmektesiniz?** Sadece diyet tedavisi Ağızdan alınan şeker düşürücü hap (tatlandırıcı hariç) İnsülin Ağızdan alınan şeker düşürücü hap (tatlandırıcı hariç) + insülin Daha önce ağızdan alınan şeker düşürücü hap (tatlandırıcı hariç) tedavisindeyken, şu an insülin tedavisi Diğer (Alternatif tıp uygulamaları v.d.).....**23. Şu anki Diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?** Çok iyi İyi Orta Zayıf Kötü**LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!**

24, 25, 26 ve 27. soruları halen İNSÜLİN tedavisinde bulunan kişiler cevaplandıracaktır.

24. İnsülininizi nasıl uyguluyorsunuz?

Enjektör (İğne) Kalem İnsülin pompası

25. İnsülininizi kendiniz mi yapıyorsunuz?

Evet Hayır

26. Günde kaç kez insülin yapıyorsunuz?

1 kez 2 kez 3 kez 4 kez

27. Ne kadar zamandır insülin kullanıyorsunuz?

Diyabetimin başlangıcından bu yana

1 - 3 yıldır

4 - 6 yıldır

7-10 yıldır

10 yıldan daha fazla süredir

28. Diyabetiniz kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyorsunuz?

Ayda 1 kez

2 ayda bir kez

3 ayda bir kez

6 ayda bir kez

Yılda bir

29. Kontrolleriniz haricinde kan şekeri ölçümü yaptırıyor musunuz, nerede?

Yaptırmıyorum

Sağlık kuruluşlarında (Özel hastane, dispanser, sağlık ocağı ,vb.)

Evde kan şekeri ölçüm cihazı ile kendim yapıyorum

30. Kan şekeri ölçümünü ne sıklıkla yapıyor veya yaptırıyorsunuz?

- Her gün
 Haftada 4-8 kez
 On beş günde 4-8 kez
 Ayda 2-4 kez
 Gerek gördüğüm zaman

31. Düzenli kan şekeri ölçümü yapmıyor ya da yaptırmıyorsanız nedeni nedir?

- Test malzemelerinin pahalı olması
 Sağlık merkezinin uzak olması
 Faydalı olduğunu düşünmüyorum
 Parmağımı delmek canımı çok yaktığı için
 Vaktimin olmaması nedeniyle
 Bulduğum ortamlarda uygun zaman ve yerin olmaması

32. Diyabetli olduğunuzu öğrendikten sonra, izleyeceğiniz öğün planı ya da diyetle ilgili bilgi aldınız mı? Eğer aldıysanız kimden?

- Hayır, almadım Diyet uzmanından Diyabet hemşiresinden
 Doktorunuzdan Diğer diyabetlilerden

33. Bir günlük diyetinizin kaç kalori olduğunu biliyor musunuz?

- Bilmiyorum
 1400-1700 kalori
 1800-2100 kalori
 2100 kaloriden fazla

34. Evde sizin için ayrı yemek pişiyor mu?

- Evet Hayır

35. Sizce diyetinize uyumunuz nasıl?

- Çok iyi İyi Orta Zayıf Kötü

36. Diyabet teşhisi konduktan sonra hastalığınız hakkında ilk bilgileri kimden aldınız?

- Diğer diyabetlilerden
 Ailemdeki diyabetlilerden
 Gazete, dergi, mecmua, tv. vb.
 Takip edildiğiniz kurumdaki eğitim programından
 Diğer

37. Diyabete ilişkin herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?

- Evet Hayır

38. ve 39. sorular bir önceki soruya evet yanıtı veren kişilerce cevaplandırılacaktır.

38. Katılmış olduğunuz Diyabet eğitim programında hangi konularda bilgilendirildiniz?

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Diyet
 Egzersiz
 İlaç tedavisi (insülin / hap)
 Hipoglisemi (Kan şekeri düşmesi)
 Hiperglisemi (Kan şekeri yükselmesi)
 Kendi-kendini takip, düzenleme
 Diyabetin neden olduğu diğer organ bozuklukları (komplikasyonlar)
 Diyabetik ayak bakımı
 Diyabette özel durumlar (cinsellik, hamilelik, ameliyat...)

39. Diyabet eğitim programında işlenen konuları ne derece anladığınızı düşünüyorsunuz?

- Çok iyi İyi Orta Zayıf Kötü

40. Diyabet hakkında yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır

41. Daha fazla diyabet eğitimi almak ister misiniz?

- Evet Hayır

LÜTFEN DİĞER SAYFAYA GEÇİNİZ!

42. Diyabet ya da diyabetin başka organlara verdiği hasar nedeniyle (komplikasyonlar)

son 1 yıl içinde kaç kez hastaneye yattınız?

Hiç yatmadım Bir kez İki-üç kez

Dört- beş kez Altı kez ve daha fazla

43. Diyabet bakımınızı sürdürmede size en çok kimin yardım ettiğini düşünüyorsunuz?

Aileniz Eşiniz Arkadaşlarınız Doktorunuz

Hemşireniz Diyet Uzmanı Psikoloğunuz Yardım eden yok.

44. Diyabet tanısı konduğundan bu yana her hangi bir psikolojik destek aldınız mı?

Evet Hayır.

SAĞLIK ALGILAMASI

45. Geçmiş son bir yıl içinde sağlığını tanımlar mısınız?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok kötü

Çok iyi

46. Geçmiş son bir ay içinde sağlığını tanımlar mısınız?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Çok kötü

Çok iyi

EK- IV. METABOLİK KONTROL SONUÇLARI

1. Açlık Kan Şekeri: _____
2. Tokluk Kan Şekeri: _____
3. İdrar Testi: Şeker: _____
Aseton: _____
4. HbA1c: % _____
5. Fruktozamin: % _____
6. Kan Basıncı: _____ / _____ mmHg
7. Total Kolesterol: _____
8. Hdl Kolesterol: _____
9. Ldl Kolesterol: _____
10. Vldl Kolesterol: _____
11. Trigliserid: _____
12. Beden Kitle İndeksi: _____ kg/m²
13. Kronik Komplikasyon Var Mı? _____ Var _____ Yok
14. Diyabetik Retinopati: _____ Var _____ Yok
15. Diyabetik Nefropati: _____ Var _____ Yok
16. Diyabetik Nöropati: _____ Var _____ Yok
17. İKH, Geçirilmiş MI: _____ Var _____ Yok
18. Hipertansiyon: _____ Var _____ Yok
19. Ayak Yarası: _____ Var _____ Yok
20. Amputasyon: _____ Var _____ Yok
21. Diabet Dışında Başka Hastalık Öyküsü: _____
22. Tedavide Kullanılan Diğer İlaçlar: _____

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Haluk ALAN

Doğum Yeri : Sakarya

Doğum Yılı : 1965

Medeni Hali : Evli

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 1980- 1983 : SAKARYA– Ozanlar Lisesi

Lisans 1983- 1989 : Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yabancı Dil : İngilizce.

MESLEKİ BİLGİLER

1989- 1991 :Malatya il Sağlık Müdürlüğü Sağlık Müdür Yardımcılığı.

1991- 1993 :Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü.

1993- 1994 :Karaman Ermenek Sağlık Ocağı Hekimliği.

1994- 1998 :Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Müdür Yardımcılığı.

1998- :Denizli Çal – Serinhisar Devlet Hastaneleri Hekimliği.