



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**TİP II DİYABET TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIKLA
YAŞAM DENEYİMLERİ AÇISINDAN İYİ OLUŞ
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Esra KABADAŞ

Danışman
Dr.Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

SAMSUN
2020

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**TİP II DİYABET TANISI ALMIŞ BİREYLERİN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIKLA
YAŞAM DENEYİMLERİ AÇISINDAN İYİ OLUŞ
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Esra KABADAŞ

Danışman

Dr.Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

**SAMSUN
2020**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Esra KABADAŞ tarafından Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında hazırlanan “Tip II Diyabet Tanısı Almış Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıkla Yaşam Deneyimleri Açısından İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından .././2020 tarihinde telekonferansla yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Oya SEVCAN ORAK
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÖK UĞUR
ORDU ÜNİVERSİTESİ

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

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

Prof. Dr. Ali BOLAT
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklarda gösterilenlerden oluştuğunu, enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığımı taahhüt ve beyan ederim.

21 / 09 / 2020

Esra KABADAŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca her zaman bilgi ve desteği ile yoluma ışık tutan tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK'a,

Eğitim sürecime ve tezime vermiş olduğu katkılardan dolayı Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÖK UĞUR'a,

Her konuda yanımda olan başta kardeşim Edanur BAYHAN'a, eşim Ersan KABADAŞ'a ve aileme,

Aynı zamanda tez sürecimde desteklerini benden esirgemeyen değerli arkadaşlarım Muhammed LOMANOV ve Halil İbrahim BİLKAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.

ÖZET

TİP II DİYABET TANISI ALMIŞ BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE HASTALIKLA YAŞAM DENEYİMLERİ AÇISINDAN İYİ OLUŞ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Esra KABADAŞ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Yüksek Lisans, Eylül/2020

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

Amaç: Bu çalışmada tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla yaşam deneyimleri açısından iyi oluş düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı olarak Eylül 2019-2020 tarihleri arasında Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan bir özel hastanenin dahiliye ve endokrinoloji polikliniklerine başvuran tip 2 diyabet tanısı almış bireyler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini dahiliye ve endokrinoloji polikliniklerine başvuran tip 2 diyabet tanısı almış bireyler, örnekleme ise araştırmanın dahil edilebilir kriterine uyan 254 kişi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Sosyodemografik Özellikler Formu”, “Tip 2 Diyabet Tanısıyla Yaşam Deneyimleri Formu” ve “PERMA Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, ANOVA ve pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin PERMA ölçeği alt boyut puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru sırasıyla başarı 8,49±0,99; ilişkiler 8,42±0,87; bağlanma 8,40±0,80; olumlu duygular 8,33±0,93; anlam 8,10±1,01; sağlık 7,56±1,56 ve olumsuz duygular 3,17±1,60 olarak bulunmuştur. Bireylerin yaşadıkları yere göre bağlanma, başarı, olumsuz duygular ve sağlık; eğitim durumlarına göre olumsuz duygular ve sağlık; çalışma durumlarına göre olumlu duygular, anlam, başarı, olumsuz duygular ve sağlık alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Ayrıca bireylerin tedavi şekilleri, hastalığa bağlı başka sağlık sorunu olma durumları, hastaneye yatış öyküleri, önerilen diyetle uyum sağlayabilme, önerilen aktivitelere uyum sağlayabilme, informal destek alma durumları açısından ölçek alt boyut puanlarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Sonuç: Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özelliklerinden yaşadıkları yer, eğitim durumu ve çalışma durumu; hastalıkla yaşam deneyimlerinden tedavi şekilleri, hastalığa bağlı başka sağlık sorunu olma durumları, hastaneye yatış öyküleri, önerilen diyetle uyum sağlayabilme, önerilen aktivitelere uyum sağlayabilme ve informal destek alma durumları açısından iyi oluş düzeylerinin değiştiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diyabet; İyi Oluş; Hemşirelik; Yaşam Deneyimi

ABSTRACT

INVESTIGATION OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES AND HEALTHINESS IN TERMS OF DISEASE EXPERIENCE

Esra KABADAŞ

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Master, September/2020

Supervisor: Dr. Lecturer Oya Sevcan ORAK

Aim: The aim of this study was to examine the sociodemographic characteristics of people who received Type 2 diabetes diagnosis and their level of well-being in terms of life experiences with the disease.

Material and Method: This research was conducted on individuals diagnosed with type 2 diabetes who applied to the internal medicine and endocrinology outpatient clinics of a private hospital in the Eastern Black Sea Region between September 2019-2020. The population of the study consisted of individuals who were diagnosed with type 2 diabetes who applied to internal medicine and endocrinology outpatient clinics, and the sample consisted of 254 people who met the inclusion criteria of the research. "Sociodemographic Characteristics Form", "Life Experiences Form with the Diagnosis of Type 2 Diabetes" and "PERMA Scale" were used to collect the data. Descriptive statistics, independent samples t test, ANOVA and Pearson correlation test were used in the analysis of the data.

Result: As a result of the analysis of the data, the PERMA scale sub-factors with their mean scores of individuals diagnosed with type 2 diabetes are listed from high to low as follows: success, 8.49 ± 0.99 ; relationship, 8.42 ± 0.87 ; attachment, 8.40 ± 0.80 ; positive emotions, 8.33 ± 0.93 ; meaning, 8.10 ± 1.01 ; health, 7.56 ± 1.56 and negative emotions, 3.17 ± 1.60 . The mean scores of the PERMA scale sub-factors were examined according to the sociodemographic characteristics of the individuals and the individual's relationship. Attachment, success, negative emotions and health scores were significantly different according to where they live, negative emotions and health according to education status, positive emotions, meaning, success, negative emotions and health according to working status ($p < 0,05$). In addition, sub-factors of the scale were significantly different according to type of treatment, existence of health problem related to disease, hospitalization stories, adaptation status to suggested diet, adaptation to suggested activities, and informal support status ($p < 0,05$).

Conclusions: The well-being levels of individuals diagnosed with type 2 diabetes vary in terms of the place they live in, their educational and working status, disease experience, type of treatment, existence of health problem related to the disease, hospitalization stories, adaptation to suggested diets and activities and informal support status.

Keywords: Type 2 Diabetes; Well-being; Nursing; Life Experience

SİMGELER VE KISALTMALAR

DM	: Diabetes Mellitus
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
IDF	: International Diabetes Federation
WHO	: World Health Organization
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması
YLD	: Years Lost with Disability
YYL	: Years Lost Life
DALY	: Disability Adjusted Life Year
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
HHD	: Hiperozmolar Hiperglisemik Durum
LA	: Laktik Asidoz
ÖİÖ	: Öznel İyi Oluş
TCSB	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
ADCES	: Association of Diabetes Care & Education Specialists
TEMED	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
ADA	: American Diabetes Association
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
TDP	: Türkiye Diyabet Programı
TDV	: Türkiye Diyabet Vakfı
TND	: Türk Nefroloji Derneği
DDG	: Deutsche Diabetes Gessellschaft

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Diyabetin Kısa Tarihçesi, Tanımı ve Önemi	4
2.2. Türkiye ve Dünyada Tip 2 Diyabetin Epidemiyolojisi.....	4
2.2.1. Dünyada Diyabetin Mevcut Durumu	4
2.3. Diyabetin Sınıflandırılması.....	7
2.3.1. Tip 1 Diabetes Mellitus (Tip 1 DM)	7
2.3.2. Tip 2 Diabetes Mellitus (Tip 2 DM)	8
2.3.3. Gestasyonel Diyabet (Gebelik Diyabeti).....	8
2.3.4. Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet Tipleri	8
2.4. Diyabetin Tanı Kriterleri	8
2.5. Diyabet Komplikasyonları.....	9
2.5.1. Akut Metabolik Komplikasyonlar	9
2.5.2. Kronik Metabolik Komplikasyonlar	9
2.6. İyi Oluş	10
2.6.1. İyi Oluş Kavramı	10
2.6.2. İyi Oluş ile İlgili Kuramlar.....	12
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Şekli.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.8. İstatistiksel Değerlendirme	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42

KAYNAKLAR	44
EKLER	63
ÖZ GEÇMİŞ.....	70



1. GİRİŞ

Diabetes mellitus, vücuttaki pankreasın yeterli ölçüde insülin hormonu üretmemesi veya ürettiği insülin hormonunun etkin bir şekilde kullanılmaması durumunda gelişen hayat boyu süren bir hastalıktır. Organik bir hastalık olan tip 2 diyabet aynı zamanda psikososyal ve psikiyatrik boyutlara da sahiptir (Shayeghian ve vd., 2015). Bireylerin bir uyum sağlama sürecine ihtiyaç duyduğu ömür boyu ya da uzun süreli hastalıklarda sıklıkla görüldüğü gibi bu hastalık da kişilerde davranışsal, bilişsel, sosyal ve duygusal alanlarda birtakım tepkiler meydana getirmektedir. Buna bağlı olarak bireylerde yüksek düzeyde ilaç uyumsuzluğu, düşük öz-etkililik, yetersiz egzersiz ve diyet davranışları görülebilmektedir (Aikens, 2012; Shayeghian ve vd., 2015; SB, 2016; ADA, 2016). Diyabet ile yaşayan bireylerde duygusal tepkiler sıklıkla sorun yaratmakta (Pearce ve vd., 2013); depresyon (Bahar ve vd., 2006; Robinson ve vd., 2013; Brown ve vd., 2004; Robinson ve vd., 2013), yaygın anksiyete bozukluğu ve yeme bozukluğu gibi ruhsal bozukluklar genel popülasyona göre daha yaygın ortaya çıkmaktadır (Brown ve vd., 2004; Robinson ve vd., 2013). Tüm bunlar diyabet tanısı alan bireyin hem hastalığın kendisine hem de bu hastalıkla birlikte gelen ve uyulması gerekli birçok yaşam tarzı değişikliğine bağlı ortaya çıkan kaygı ve strese verdiği tepkilerdir (Meriç, 2017). Diğer yandan literatürdeki çalışmalar psikososyal uyumun bireyin sağlıkla ilişkili sıkıntı hissetme durumuna ve fizyolojik kontrolüne bağlı olarak değiştiğini göstermektedir (Miller ve Rollnick, 2002; Peyrot ve vd., 2006; Martins ve McNeil, 2009; Lisbeth ve vd., 2011; Chen ve vd., 2012). Bu durum diyabetle birlikte iyi bir yaşam sürmek için bireyin iyi hissetmesini, etkili bir şekilde işlev görmesini, acı veren yaşantılar ve negatif duygulanımlarla mücadele edebilmesini (Huppert, 2009); zorluklarla karşı karşıya kalındığında kendini gerçekleştirebilmesini ve anlamlı bir yaşam sürmesini (Versluis ve vd., 2016) sağlayan iyi oluş düzeyinin önemine işaret etmektedir.

İyi oluş kavramı, yıllardan beri düşünürlerin dikkatini çekse de sistematik olarak ölçülmesi ve çalışılmasıyla son yıllarda ilgi çekici hale gelmiştir. Bu araştırmalar iyi oluş halinin üç boyutunu tanımlamaktadır. Bunlar; pozitif duygu, negatif duygu ve yaşam doyumudur. Pozitif duygu bireyin sevinç, heyecan, güven, ümit, ilgi, güçlü, gurur, heyecan, heves, neşe gibi hoş duygularını, negatif duygu stres, sıkıntı, öfke, nefret, suçluluk, tedirginlik, üzüntü gibi hoş olmayan duyguları yaşama eğilimini göstermektedir (Robinson ve vd., 2003; Myres ve Diener, 1995; Özgüleş ve

Arslanoğlu, 2020). Yaşam doyumu boyutu ise, genel olarak yaşamdan memnuniyeti belirtmekte ve iyi oluşun bilişsel bileşenini oluşturmaktadır. Bireyin çeşitli sosyal ve yaşam alanlarındaki doyumlarına ilişkin değerlendirmeleri yansıtır (Myres ve Diener, 1995; Özgüleş ve Arslanoğlu, 2020). Üç boyut birlikte ele alındığında, kişiler yaşamlarını ne kadar çok olumlu duygu ve düşünce ile değerlendirirse iyi oluş düzeyleri o kadar yüksek olmaktadır (Cihangir-Çankaya, 2005). İnsanların iyi oluş değerlendirmelerinde olumlu değerlendirmelerinin olumsuz değerlendirmelerine oranı oldukça önemlidir. Bir kişinin mutluluk düzeyi kişinin negatif duygularından ziyade pozitif duyguları yaşama sıklığı ile ilişkili olmakla beraber, insanların olumlu ve olumsuz duygu dengeleri, yaşam doyumu düşüncelerine de katkıda bulunmaktadır (Canbay, 2010). İyi oluş kavramının bütün bu unsurları ele alındığında iyi oluş hali yüksek olan birey; nadiren üzüntü hisseden, genellikle yaşamında mutlu ve neşeli olan bireydir. Farklı bir açıdan bakıldığında negatif duyguları görece düşük seviyede, pozitif duyguları ise yoğun ve sık hissettiklerinde ve yaşamlarındaki etkinlikler bireyi doyuma ulaştırmaya yaklaştığında, bireylerin iyi oluş düzeyleri artmaktadır (Canbay, 2010; Tatay, 2015; Akman, 2018).

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin tedavi, beslenme düzeni ve fiziksel aktivite programına uyum düzeyleri, aile ve sosyal çevreden aldıkları sosyal destek, hastalıkla baş etmede kullandıkları uygun yöntemler gibi değişkenleri pozitif duyguları etkileyebilmektedir (Akın, 2013; Chon ve vd., 2014; Küçük, 2015; Huffman ve vd., 2015). Diğer yandan yalnızlık, tedavi ve hastalıkla ilgili yaşam şekli değişimine uyumsuzluk, hastalığın ilerlemesi, komplikasyonların ortaya çıkması gibi değişkenler ise bireylerde olumsuz duyguların gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir (Warr, 2007; Blanchflower ve Oswald, 2009). Tip 2 diyabetli hastaların doktor kontrollerini düzenli hale getirmeleri, verilen diyet ve egzersiz programlarına düzenli uyum sağlamaları, ailelerinden ve sosyal çevrelerinden aldıkları olumlu destekler, diyabeti bir hastalık olarak değil de bir yaşam biçimi olarak görmeleri ve ona göre yaşamaları halinde hem psikolojik hem de bilişsel açıdan iyi oluş düzeylerini artırarak yaşam doyumlarını geliştirmektedir (Güven, 2007; Piciu ve vd., 2017). Hastalığa bağlı değişkenlerin yanında sosyo-demografik değişkenlerin de bireylerin iyi oluşlarında farklılıklara yol açabildiği bilinmektedir. Literatür taraması yapıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu gibi demografik değişkenlerin iyi oluşa etkisini

inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Tuzgöl, 2005; Warr, 2007; Diener ve Diener McGarvan, 2008, Blanchflower ve Oswald, 2009; Dinç, 2018).

Literatürde tip 2 diyabetle iyi oluş düzeylerinin incelendiği çalışma sınırlı bulunmuştur. Bu nedenle bu araştırma, tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla yaşam deneyimleri açısından iyi oluş düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

1. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri iyi oluş düzeylerini etkiler mi?
2. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin hastalıkla yaşam deneyimleri iyi oluş düzeylerini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Kısa Tarihçesi, Tanımı ve Önemi

Diyabet hastalığı, eski Mısır'da Ebers papirüslerinde poliüri olarak bilinmektedir. M. S. II. yüzyılda Kapadokyalı Aretaeus hastalığın etin, kolların ve bacakların eriyerek kana geçmesine yol açtığını belirterek akıp, boşalma anlamına gelen "diabetes" kelimesini kullanmıştır. Thomas Willis 1675'te hastaların kan ve idrarlarında tatlılığı tekrar keşfettiğinde "mellitus" (tatlı) kelimesini ilave etmiştir. Dobson 1776'da ilk kez kan ve idrarın tadının tatlı olmasının sebebinin idrardaki ve kandaki fazla şekerin varlığı olduğunu doğrulamıştır (Ahmed, 2012).

Diabetes mellitus; pankreas insülin sekresyonunun yetersizliği veya insülin etkisizliği sonucu gelişen, hiperglisemi yüksekliği ile karakterize; karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmalarının bozukluğu ile seyreden, akut metabolik ve kronik dejeneratif komplikasyonlara neden olan bir sendromdur (TDP, 2020).

Kontrolsüz diyabet, hiperglisemiye yol açarak zamanla başta göz, kalp damar sistemi, böbrek, sinir sistemi olmak üzere vücudun bütün sistemlerini etkileyen komplikasyonların gelişmesine sebep olur. Diyabetli bireylerde erken yaşta kalp hastalıkları veya inme gelişme ihtimali diyabetli olmayan bireylerden iki kat daha fazladır. Tüm dünyada böbrek yetmezliğinin ve travma-dışı amputasyon olgularının en yaygın nedeni diyabettir. Araştırmalara göre gelişmiş ülkelerde en sık görme kaybı ve körlük nedenlerinden biridir (TDP, 2020; CDC, 2020a).

Dünyada artık bir epidemi olarak nitelendirilen diyabet hem bireysel hem de toplumsal olarak insan sağlığını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini ciddi anlamda bozmakta ve ekonomik yük oluşturmaktadır (TDP, 2020).

2.2. Türkiye ve Dünyada Tip 2 Diyabetin Epidemiyolojisi

2.2.1. Dünyada Diyabetin Mevcut Durumu

IDF (International Diabetes Federation) tarafından yayınlanan diyabet verilerine göre 2015 yılı itibari ile dünyadaki diyabetli birey sayısı 415 milyon iken bu sayının 2040 yılında %55 oranında artarak 642 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (IDF, 2015). Dünya genelinde diyabetli bireylerin %46,5'ini henüz tanı konulmamış vakalar meydana getirmektedir. Türkiye ise 2035 yılı tahminlemelerine göre, diyabetli nüfusun dünyada en yüksek olacağı ilk 10 ülke arasına girecektir (TDP, 2020).

Bu artışın başlıca nedenleri nüfus artışı, yaşlanma ve kentleşmenin getirdiği yaşam tarzı değişimi sonucu, obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır. Diyabetin küresel yükünü orta ve düşük gelirli ülkeler taşımaktadır. Diyabetli bireylerin %80'i orta ya da düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşadığı görülmektedir. Bu ülkelerde diyabetli bireylerin üçte biri 65 yaş altında iken, gelişmiş ülkelerde ise diyabetli bireylerin yarısından çoğu 65 yaş üzerindedir (IDF, 2015).

2013 yılında tüm dünyada 5 milyon insanın diyabet ve komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybettiği rapor edilmiştir (IDF, 2015). Diyabet 2015 yılında tüm dünyada ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığı, inme, alt solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOA) ve solunum yolu kanserlerinden sonra 6. sırada yer almaktadır (WHO, 2020a). WHO'ya göre diyabet nedeniyle olan ölümlerin %80'i düşük ve orta gelir seviyesine sahip ülkelerde gerçekleşmiştir (WHO, 2020b).

Diyabetin bireye maliyeti yüksek olduğu gibi ülkelerin sağlık sistemleri için de maliyeti yüksektir. 2015 yılındaki resmi rakamlara göre diyabet ve ilişkili hastalıklar için harcanan para miktarı 673 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Çoğu ülke toplam sağlık harcamalarının %5-20'sini diyabete ayırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde toplam sağlık bütçesinin %10'u diyabet ve komplikasyon yönetimine ayrılmaktadır. Gelişmemiş ülkelere bakıldığında ise yapılan diyabet harcamaları dünya genelinde yapılan harcamaların sadece %20'sini oluşturmaktadır (IDF, 2015; TDP, 2020).

Diyabetle ilişkili sağlık hizmet maliyetlerinin büyük bölümü yetersiz kan glukozu kontrolünün neden olduğu ve hayat boyu devam eden komplikasyonların tedavisinden kaynaklanmaktadır (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi, 2013).

IDF Diyabet Atlası'na göre Avrupa bölgesinde en yüksek prevalansa sahip ülke %14,8 ile Türkiye olarak belirlenmiştir. Türkiye diyabetli nüfus ve diyabet yaygınlığı bakımından Avrupa'da ilk 5 ülke arasında gösterilmektedir. Özellikle son yıllardaki obezitenin artışı bu sonucun ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır (TDP, 2020).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF)'in 2009'da yayınlanan verilerine göre, Türkiye'de 35 yaş üzeri nüfusta diyabet prevalansı %11,3 (3,3 milyon kişi) olarak hesaplanmıştır (Onat, 2009).

Ülkemizde diyabet prevalansı ile ilgili son veriler TURDEP-I çalışmasının devamı niteliğinde olan TURDEP-II çalışması ile elde edilmiştir. Çalışma Ocak 2010 ile Haziran 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve Türkiye’de erişkin nüfusta diyabet, prediyabet ve ilişkili metabolik risk faktörlerinin 12 yıllık süreç içerisindeki trendinin belirlenmesi amaçlanmıştır. TURDEP-I’deki 540 merkezde yapılan ve çalışmaya davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26,499 kişinin incelendiği bu çalışmada, diyabet sıklığının %16,5’e ulaştığı görülmüştür. Bu rakam yaş dağılımına göre standardize edildiğinde %13,7 olarak belirlenmiştir. Genel olarak, toplumun %7,5’inde bilinen diyabet varken, %6,2’si diyabet hastası olduğunu bilmemektedir. Bir başka ifadeyle diyabetli bireylerin yaklaşık yarısı diyabetli olduğunun farkında değildir (Satman ve vd., 2013; TDP, 2020).

TURDEP-II sonuçlarına göre diyabet sıklığı kadınlarda (%17,2) erkeklerden (%16,0) daha yüksek bulunmuştur. Kentsel kesimlerde diyabet oranı (%17,0) kırsal kesimlerden (%15,5) daha yüksek olduğu saptanmıştır. TURDEP-II çalışmasında Türk toplumunda prediyabet prevalansının %28,7, obezite prevalansının %31,2, hipertansiyon prevalansının %25,6 olduğu ve hipertansif hastaların yalnızca %58,1’inin hipertansiyonlarının farkında olduğu saptanmıştır. TURDEP-II çalışmasında diyabet riskinin, yaş, yaşanılan bölge, bel çevresinde artış, VKİ’de artış, 8 yılın altında öğrenim görmüş olmak ve hipertansiyon varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. TURDEP-I ile karşılaştırıldığında, Türkiye’de 12 yıllık bir süreçte diyabet, prediyabet ve obezite prevalanslarında sırasıyla %90, %106 ve %40 oranında bir artış olmuştur (Satman ve vd., 2013; TDP, 2020)

Ulusal Hastalık Yüğü çalışmasının 2004 yılı verilerine göre diyabet, “Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında %2,2 ile 8. sırada yer almaktadır. Ulusal düzeyde ‘İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı’ (Disability Adjusted Life Year, DALY) sıralamasında ilk 20 hastalığın dağılımında tüm yaş gruplarında ilk sırada perinatal nedenler bulunurken diyabet 12. sırada yer almaktadır. Bu araştırmaya göre Yaşam Yılı Kaybı’na (YLL/1000 kişi) neden olan hastalıklar arasında iskemik kalp hastalığı ve perinatal nedenler ilk iki sıradadır. En fazla “Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları” (Years Lost with Disability, YLD) nedeni olan hastalık olarak ilk üç sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar, yaralanmalar ve kas-iskelet sistemi hastalıkları alırken diyabet 12. sırada” yer almaktadır (TCSB, 2004).

Diyabetin etiyolojisi bazı faktörlere göre farklılık göstermektedir.

Yaş: Tip 1 diyabet en fazla yaşamın ilk dokuzuncu ayı ile 12-14 yaş arasında görülmektedir. Tip 2 diyabet ise en fazla 40 yaşın üzerinde görülmektedir (Goday, 2002).

Cinsiyet: Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü saptanmıştır. Uzakdoğu ve özellikle Japonya'da erkeklerde daha sık görüldüğü gözlenmiştir (Bağrıaçık, 1997).

Kalıtım: Diyabet hastalığında ailesel geçişte bilinmesi gereken önemli bir konudur. Tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık %40'ının en az bir akrabasında diyabet öyküsünün olduğu yapılan çalışmalar ile belirlenmiştir (Kartal, 2006).

Obezite: Obezite tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. WHO'ya göre, dünyada 300 milyon yetişkin nüfusunun yaklaşık 100 milyonunun obez olduğu tahmin edilmektedir (Davidson ve Knafi, 2006). Tip 2 diyabet tanısı konan hastaların %67'si aşırı kilolu, %46'sı obezdir. Vücut Kütle İndeksi'nin 25'in üzeri olduğu durumlarda diyabetle ilgili risklerin görülme olasılığı %25 oranında artmaktadır.

Beslenme: Aşırı beslenme, yaşam koşullarının iyileşmesi ve aktivite azlığı diyabet için zemin oluşturmaktadır. Ekonomik durumun yetersiz olması, karbonhidrat ve yağ tüketiminin artması, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi faktörler ile diyabet gelişimi arasında da ilişki belirlenmiştir.

Fiziksel Aktivite: Hareketsiz yaşamın diyabet gelişme riskini artırdığını gösteren çalışmalar vardır. Aktivite azaldığında, vücudun tüketeceği enerji azalacağından kilo alma riski artacaktır. Bunun sonucunda gelişebilecek olan düzensiz kan basıncı ile kalp ve akciğer problemleri görülebileceği gibi glukozun etkin bir şekilde kullanımı da engellenecektir (Kartal, 2006).

2.3. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet dört sınıftan oluşmaktadır. Bunlar; primer diyabet (Tip 1 diyabet, Tip 2 diyabet ve Gestasyonel DM) ve diğer hastalıklara veya durumlara eşlik eden spesifik diyabet tipidir (sekonder diyabet).

2.3.1. Tip 1 Diabetes Mellitus (Tip 1 DM)

Otoimmün reaksiyon nedeniyle pankreasta insülin yapımının bozulmasına bağlı gelişmektedir. Diyabet hastalarının yaklaşık %5'i Tip 1 DM'lidir. Genellikle erken

yaşlarda başlar ve çocuklarda, gençlerde, genç yetişkinlerde teşhis edilir, tanıdan itibaren mutlaka insülin kullanılmalıdır (CDC, 2020a).

2.3.2. Tip 2 Diabetes Mellitus (Tip 2 DM)

Geçmişte “insüline bağımlı olmayan diyabet” veya “erişkin diyabet” olarak isimlendirilen tip 2 diabetes mellitus tüm diyabet olgularının %90’dan fazlasını oluşturan en yaygın görülen diyabet formudur (ADA, 2017). Hastalığın temelinde genetik olarak yatkın kişilerde, yaşam tarzı ile tetiklenen ve giderek artan insülin direnci ve zamanla azalan insülin salınımı söz konusudur. Tip 2 diyabet genellikle 30 yaşından sonra ortaya çıkar ve yaşlanma ile sıklığı artar. Bununla beraber, son yıllarda çocuk ve adolesan yaşlarda da tip 2 diyabet sıklığı artmaktadır (TDP, 2020). Ailede genetik yoğunluk arttıkça, sonraki nesillerde diyabet riski artar ve hastalık daha erken yaşlarda görülmeye başlar. Hastalar sıklıkla obez veya kiloludur [Vücut kitle indeksi (VKİ) >25 kg/m²] (TEMD, 2017; CDC, 2020a).

2.3.3. Gestasyonel Diyabet (Gebelik Diyabeti)

Gebelik diyabeti, ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkan glukoz tolerans bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Blumer ve vd., 2013). Gebelik diyabeti, gebelerin %2-8’inde görülür. Çoğu kez gebeliğin son 3 ayında ortaya çıkar. Genellikle doğumdan sonra düzelir (TCSB, 2017). Bu hastalarda ileriki yaşamlarında tip 2 diyabet gelişme riski %70-80’e kadar varmaktadır. Bu sebeple Gestasyonel diyabet tanısı almış kadınların doğum sonrasında diyabeti düzelse bile, prediyabetli olarak kabul edilip diyabetten korunma programlarına alınmaları gereklidir (Kim ve vd., 2002).

2.3.4. Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet Tipleri

Pankreası etkileyen çeşitli faktörler sonucu kan şekerinin yükselmesiyle oluşmaktadır.

2.4. Diyabetin Tanı Kriterleri

Diyabete özgü komplikasyonların ve semptomların varlığında diyabetin tanısı kolaylıkla konabilir. Hastalığın semptomları olmadığı durumlarda rastgele yapılan laboratuvar tetkiklerinde ortaya çıkmazsa yıllarca tanı konmadan kalabilir. Bir gecelik

açlığı takiben ölçülen açlık plazma glukozunun yüksek bulunması diyabet tanısında altın standarttır. En az iki farklı ölçümde bu değerin 126 mg/dL ve üzerinde olması diyabetik bireyi diyabetik olmayan bireylerden kesin olarak ayırt ettirir. Gün boyu herhangi bir saatte alınan plazma glukozu yani “Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)” 200 mg/dL ve üzerinde bulunursa o kişide diyabet var demektir (Kartal, 2006). Tip 2 diyabetin klinik bulguları; çok su içme (polidipsi), çok idrara çıkma (poliüri), gece çok idrara kalkmak (noktüri), çok yemek yeme (polifaji), ağız kuruluğu, açlık hissinin fazlalaşması, ciltteki yaraların yavaş iyileşmesi, bulanık görme, halsizlik, iştahsızlık, kadınlarda vajinal kaşıntı vb. bulgulardır (Bozkurt ve Yıldız, 2008).

2.5. Diyabet Komplikasyonları

2.5.1. Akut Metabolik Komplikasyonlar

Akut komplikasyonlar, hiperglisemik ve hipoglisemik olmak üzere, temelde iki büyük gruba ayrılır. Diyabetin acil durumları dört ana başlık altında incelenebilir. Bunlar; diyabetik ketoasidoz (DKA), hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD), laktik asidoz (LA), hipoglisemidir (TEMD, 2017).

Diyabetin en sık karşılaşılan akut komplikasyonu hipoglisemidir. Titreme, soğuk terleme, acıkma hissi, bulantı, baş ağrısı, konuşma bozukluğu ve halsizlik gibi klinik belirtilere sebep olur. Diyabetli bireylerde hipogliseminin en önemli nedenleri özellikle insülin salgılatıcı sulfonilüre/glinid grubu OAD’ler, insülinlerin fazla dozda alınması ve yetersiz beslenmedir. İnsülin kullanan tip 2 diyabetli bireyler OAD’lerle tedavi edilen bireylere göre hipoglisemi açısından daha fazla risk altındadır (TDP, 2020).

2.5.2. Kronik Metabolik Komplikasyonlar

Diyabetin kronik komplikasyonları üç başlık altında incelenebilir. Bunlar mikrovasküler komplikasyonlar (retinopati, nefropati, nöropati), makrovasküler komplikasyonlar (aterosklerotik kalp hastalıkları, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar) ve diğer komplikasyonlardan (diyabetik ayak, cinsel işlev bozuklukları, kemik ve mineral metabolizma bozuklukları, psikolojik sorunlar) oluşmaktadır (Özer, 2015).

Diyabet hastalarının önemli bir kısmında hipertansiyon ve lipid metabolizması bozuklukları da klinik tabloya eşlik eder. Tanı almamış prediyabetik bireylerde, mikro

ve makrovasküler komplikasyonların diyabet tanısı konmadan 10-12 yıl önceden başladığı gösterilmiştir. Yeni tanı almış tip 2 diyabetlilerin %20-50'sinde ve diyabetlilerin %80'inde mikrovasküler komplikasyonlar bulunmaktadır (TND, 2020). Komplikasyonların gelişim mekanizması tam olarak anlaşılammış, multifaktöriyel nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Uzamış hiperlisemi mikrovasküler komplikasyonlara yatkınlık kazandırmaktadır. Glisemik kontrolün iyileşmesi mikrovasküler komplikasyonların insidansını ve progresyonunu azaltmaktadır. Hipergliseminin tedavisi uzun dönemde mortaliteyi ve kardiyovasküler olayları azaltmaktadır (Lloyd ve vd., 2012).

2.6. İyi Oluş

2.6.1. İyi Oluş Kavramı

İnsanlar hayatları boyunca farklı amaçlar gütseler de farklı kültürler arasında yapılan araştırmalar insanların en çok ulaşmak istediği ve bunun için çabaladığı ortak amacın mutluluk olduğunu göstermiştir (Eryılmaz ve Doğan, 2012). Antik çağlardan günümüze kadar insanları neyin mutlu ettiği sorgulanmış ve araştırılmıştır. Bu araştırmalar, din ve felsefe başta olmak üzere birçok farklı alanda yapılmış ve mutluluk kavramına yanıt aranmıştır (Özbay ve İlhan, 2010).

İnsanlar yaşamlarında öfkeden neşeye, iyimserlikten kötülüğe birçok duygu yaşamaktadır. Yaşamlarının iyi ya da kötü gittiğini ruh hallerini etkileyen bu duygulardan yola çıkarak değerlendirirler. İşte, bireylerin yaşamlarıyla ilgili olan bu değerlendirmelerine iyi oluş adı verilmektedir (Diener ve Chan, 2011). Bu değerlendirmeler insanların hayatlarındaki bilişsel ve duygusal analizleri içermektedir (Diener, 2000). İyi oluş; üç boyutta incelenir ve bireylerin (1) olumlu duyguları sık (2) olumsuz duyguları ise daha az hissetmeleri ve (3) yaşamlarından yüksek doyum almaları şeklinde ifade edilir (Diener, 1984; Eryılmaz ve Ercan, 2016).

Bilişsel iyi oluş; hayat standartlarının uygunluğu ve yaşam doyumunu kapsamaktadır. Duygusal iyi oluş ise; olumlu duyguların sık yaşanması ve olumsuz duygularla nadiren karşılaşmayı içermektedir. Bilişsel ve duygusal iyi oluşun yüksekliği öznel iyi olma şeklinde ifade edilmektedir (Akın, 2013).

Olumlu duygulanım boyutu pozitif ruh halini yansıtır. Bu boyutta, bireyin olaylara karşı verdiği tepkiler her bireyin yaşamında sıklıkla görmek isteyeceği duyguları içermektedir (Atabey, 2017).

Olumsuz duygulanım boyutu ise negatif ruh halini yansıtır. Bu boyutta bireylerin yaşama ve olaylara bakış açıları olumsuzdur. Yalnızlık ve çaresizlik olumsuz duygulanımın önemli belirtileridir. Olumsuz duygulanımın hiç yaşanmaması söz konusu değildir. Her insan dönemsel olarak negatif duygu hissedebilir. Ancak bu duyguların sık yaşanması bireyin yaşam kalitesi açısından tehdit oluşturmaktadır (Atabey, 2017).

Yaşam doyumu, kavram olarak 1961 yılında Neugarten tarafından literatürdeki yerini almıştır. Yaşam doyumunu algılamak için öncelikle doyum kavramının bilinmesi gerekmektedir. Doyum; beklentilerin, ihtiyaçların, isteklerin karşılanması, giderilmesi şeklinde tanımlanabilir. Yaşam doyumu ise, bireyin istedikleriyle sahip olduklarının karşılaştırılmasıyla elde edilen sonuçtur (Özer ve Karabulut, 2003). Yaşam doyumu kesitsel dönemle alakalı bir kavram değildir. Bireyin geçmiş, şimdiki ve gelecek yaşamındaki doyumunu bütünsel olarak ele alınmaktadır (Sürücü, 2016).

Tablo 2.1. İyi oluşun boyutları (Diener ve vd. 1999)

Olumlu Duygularım	Olumsuz Duygularım	Yaşam Doyumu	Yaşam Alanları
Sevinç	Suçluluk	Yaşamı değiştirme arzusu	İş
Neşe	Utanç	Şimdiki yaşamdan alınan doyum	Aile
Memnuniyet	Üzüntü	Geçmiş yaşamdan alınan doyum	Boş zaman etkinlikleri
Gurur	Kaygı ve Kuruntu	Gelecek yaşamdan alınan doyum	Sağlık
Sevgi	Öfke	Diğer değişik bireylerin yaşamı hakkında görüşleri	Gelir
Mutluluk	Stres		Benlik
Coşku	Depresyon		Arkadaşlık
	Kıskançlık		

Tablo 2.1’de iyi oluşun boyutları, bu boyutların duygu durumları ve yaşam alanları belirtilmiştir. Olumlu duyguların sık ve olumsuz duyguların az yaşanması ile birlikte elde edilen yüksek yaşam doyumu bireyin iyi oluşunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

2.6.2. İyi Oluş ile İlgili Kuramlar

Literatür incelendiğinde iyi oluşu açıklamak için farklı kuramların kullanıldığı görülmektedir. Bu başlık altında iyi oluşu açıklamada en sık kullanılan erek kuramı, etkinlik kuramı, aşağıdan yukarıya-yukarıdan aşağıya kuramları, Ryff'ın psikolojik iyi oluş kuramı, yargı kuramları (sosyal karşılaştırma ve çok yönlü uyumsuzluk kuramları) ve uyum kuramına yer verilmiştir.

2.6.2.1. Erek (Telic) Kuramı

Erek kuramı ilk kez 1960 yılında Wilson tarafından literatüre kazandırılmıştır. Kurama göre mutluluk ihtiyaçların giderilmesi veya hedeflere ulaşılması durumunda elde edilmektedir (Dost, 2005). Doyurulan ihtiyaçların mutluluğa, doyurulmayan ihtiyaçların ise mutsuzluğa yol açtığı savunulmaktadır. İhtiyaçların doyurulması uyum ve istek derecesine bağlıdır. Bu dereceler bireyin geçmiş deneyimlerinden ve kişisel özelliklerinden etkilenmektedir. Bu faktörler değerlendirilirken başkaları ile kıyaslanmamalıdır (Osmanoğlu ve Kaya, 2013).

Bireyin doğuştan ya da sonradan edindiği belirli ihtiyaçlar bulunmaktadır. Bu ihtiyaçlar Maslow'un öne sürdüğü evrensel nitelikte olabileceği gibi bireyden bireye değişen öznel nitelikte de olabilir (Diener, 1984). Bu durum bireyin sahip olduğu motivasyon, duygusal eğilimler ve amaç farklılıklarından kaynaklanmaktadır (Brunstein ve vd., 1998). İster evrensel ister öznel nitelikte olsun buradaki ortak kanı ihtiyaçların ve hedeflerin yerine getirilmesinin mutlulukla ilişkilendirilmesidir (Diener, 1984).

Doğuştan kazanılan ihtiyaçlar içgüdüsel olarak giderilmek istenebilir. Buna karşılık hedefler ve arzular ihtiyaçlara göre daha bilinçli olarak düşünülür. Bu bilinçli davranışlar hedefe ulaşmada olduğundan daha fazla çaba gerektirmektedir. Bireyin bilinçli olarak yaptığı mücaadeleler zoraki değil gönüllülük temellidir (Diener, 1984). Bu durum akış kuramındaki ototelik kişiliğe benzemektedir. Ancak iki kuram arasında temel bir fark bulunmaktadır. Erek kuramında asıl amaç ulaşılacak istenen hedefin elde edilmesidir. Gerçek mutluluğun ihtiyaç ve hedeflere ulaşılarak elde edileceği savunulur. Ototelik kişilikte ise gösterilen gönüllü çabalar ve elde edilen deneyimler hedefe ulaşmaktan ziyade bireyi bir uç noktaya taşıdığı zaman gerçek mutluluğun

ortaya çıkacağını savunur. Burada esas olan bireyin kendi sınırlarını aşarak benliğinin genişlemesidir (Ormel ve vd., 1999).

Erek kuramında hedeflere ulaşmanın mutluluk getireceği bakış açısına Chekola (1975) gibi bazı teorisyenler farklı bir yaklaşım göstermektedir. Bu teorisyenler, hedeflerin yerine getirilmesinin oluşturduğu kısa süreli iyi hissettirmelerden ziyade bireyin yaşamını uzun vadede etkileyip etkilemediği ile ilgilenmişlerdir. Bu yaklaşıma göre birey hedeflerini yaşam planıyla bütünleştirip hayatına entegre ettiği takdirde ulaşılan hedefler mutluluk getirecektir (Diener, 1984).

2.6.2.2. Etkinlik Kuramı

Erek kuramına göre mutluluk, birey ihtiyaçlarını giderdiğinde ya da sahip olduğu hedeflere ulaştığında ortaya çıkmaktadır. Etkinlik kuramına göre ise bireyin mutluluğa erişmesi için amaçların gerçekleştirilmesine gerek yoktur. Etkinlik kuramı hedeflere ulaşmaktan ziyade bu süreçte gösterilen çabaların mutluluğu getireceğini savunur (Malkoç, 2011). Etkinlik kuramının en önemli öncülerinden biri Aristoteles'tir. Aristoteles mutluluğun erdemli etkinlikler sonucu oluştuğunu ileri sürmektedir. Aristoteles'e göre birey sahip olduğu yetenekleri en iyi şekilde kullanır ve yaptığı işi lâıykıyla gerçekleştirirse mutluluk ortaya çıkacaktır (Diener, 1984).

Etkinlik kuramı, akış kuramı ile daha anlaşılır bir şekilde açıklanabilir. Akış kuramında birey tamamen elindeki işe odaklanarak tüm yeteneklerini kullanır. Etkinlik anında birey için zaman kavramı yok olur. Bireyin tek düşüncesi yapmış olduğu işi en iyi şekilde gerçekleştirmektir. Akış deneyimi yaşayan birey için öz amaçlılık esastır. Yani birey yapmış olduğu iş sonunda elde edeceği ödüllerden dolayı değil, o işte olmaktan keyif aldığı için etkinlikte bulunur. Birey için etkinlikte bulunmak zaten bir ödül niteliği taşımaktadır (Nakamura ve Csikszentmihalyi, 2002, Tuzgöl-Dost, 2004).

Buradan anlaşılacağı üzere etkinlik kuramı sonuçlarla değil süreçlerle ilgilenir. Bir işin yapılıp yapılmadığı değil, nasıl yapıldığı sorusuna yanıt aramaya çalışır. Akış kuramında olduğu gibi etkinlik kuramında da ototelik kişilik esastır. Yani birey dışsal nedenlerle değil kendi isteğiyle bir işi yaparsa göstereceği performans ve bununla birlikte süreçten elde edeceği keyif de yüksek olacaktır (Asakawa, 2004).

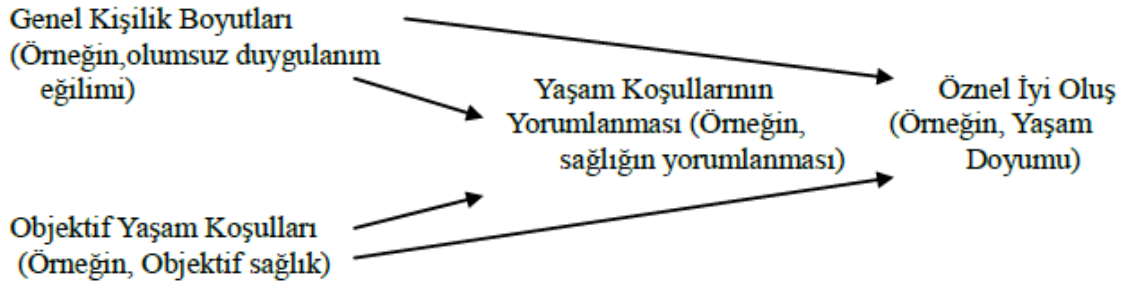
2.6.2.3. Aşağıdan Yukarıya – Yukarıdan Aşağıya Kuramları

İyi oluşun yukarıdan aşağıya veya aşağıdan yukarı kuramlarınca anlatılması hakkında tartışılan farklılık, “kişi kendini mutlu hissettiğinde mi hayatından haz duyar; yoksa kişi haz verici olaylar yaşadığında mı kendini mutlu hisseder” sorularıyla alakalıdır. Bu soruların ikinci cümlesinin doğru olduğunu savunan kişi aşağıdan yukarı yaklaşımı ile mutluluğu kendine haz verici olaylar yaşadığında ortaya çıkar görüşünü vurgular. Yani mutlu yaşam, mutlu anların birikimidir (Türkdoğan, 2010). Buna göre haz veren olayların sayısı algılanan doyumun derecesi için önemlidir. Aşağıdan yukarı kuramına göre, iyi oluş, kişilerin yaşadıkları küçük küçük iyi oluşların toplamıdır. Bireye bu kurama göre “öznel açıdan iyi misin?” sorusu yöneltildiğinde birey, yaşamış olduğu olumlu ve olumsuz duyguların bir hesabını yaparak yanıt verir (Reisoğlu, 2014).

Bu kurama göre yaşantılar insan aklının boş tahtasına yazılmaktadır. Felsefi açıdan bu model Jonh Locke’un “aklın içinde ilk duylardan önce hiçbir şey olmadığı” görüşünden ortaya çıkmıştır. Locke’a göre akıl yaşantılarca yönlendirilip şekil verilen bir “tabula rasa (boş levha)”dır. Duyular ise dış dünyanın objektif yansımalarıdır. Aşağıdan yukarı görüşüne göre bireyin mutluluğunun birincil nedeni objektif yaşam koşulları olabilir. Bundan dolayı, bu görüşte genetik faktörlerin iyi oluşa etki edeceği düşünülmemektedir (Tuzgöl-Dost, 2004).

Kişinin kendini mutlu hissettiği için yaşantılarından haz aldığı görüşü, yani yukarıdan aşağı yaklaşımı ise kişinin mutlu yaşam sürmeyle ilgili genel özelliğinden söz edilmektedir. Bu yaklaşıma göre kişilerin hayatlarını pozitif yürütme eğilimleri vardır ve bu eğilim kişinin sahip olduklarıyla ilgilidir (Türkdoğan, 2010). DeNeve ve Cooper (1998)’e göre yukarıdan aşağı görüşünde, kişilik iyi oluşu doğrudan etkileyen bir faktördür. Bireyler, kişilik özelliklerine bağlı olarak önceden belirlenmiş iyi oluş düzeylerine sahiptirler. Bu doğrultuda durum ve olaylara karşı pozitif veya negatif bir tepki gösterme eğilimindedir. Lykken ve Tellegen (1996) farklı ortamlarda yetiştirilen tek yumurta ikizlerinin birlikte ya da ayrı yetiştirilen çift yumurta ikizlerine göre yakın bir iyi oluş düzeyine sahip olduklarını ve sonuç olarak genetik faktörlerin iyi oluşun toplam varyansının %40-%50’sini açıkladığını bulmuşlar ve bu sonuçtan hareketle genlerin mutluluk üzerinde çok önemli bir yere sahip olduğunu belirtmişlerdir (Reisoğlu, 2014).

Brief ve vd. (1993), birbiriyle aynı olmayan bu iki kuramın anlamlı olarak iç içe geçirilebileceğini iddia etmişlerdir. Onlara göre kişilik özellikleri ve hayat şartları iyi oluşa etki etmektedir. Brief ve vd. (1993)'e göre kişinin objektif yaşam koşulları ile kişiliğinin genel boyutları bireyin hayat şartlarını zorlama şekli olarak iyi oluşlarını dolaylı yoldan etkilemektedir. Şekilde özetlenen durumda, olumsuz duygulanım gibi kişiliğin farklı yönleri, objektif sağlık durumu gibi belli nesnel yaşam koşulları ve kişinin sağlık durumunu yorumlayışı olarak yaşam koşullarının algılanışı, iyi oluşla ilişkili olarak gösterilmiştir.



Şekil 2.1. İyi oluş bütünlendirici bir yaklaşım (Tuzgöl-Dost, 2004)

Yazarlara göre “aşağıdan yukarı kuramı objektif yaşam koşullarının hem doğrudan hem de dolaylı yönden iyi oluşu etkilediği beklentisini yansıtmaktadır. Yukarıdan aşağıya kuramı ile kişiliğinin genel boyutlarının iyi oluşa doğrudan ve dolaylı olarak etkileri olarak yorumlanmaktadır. Şekilde hem kişilik özelliklerinin hem de objektif hayat koşullarının yorumlanması olarak görülmesine rağmen, iyi oluşu dolaylı yönden etkiledikleri” kabul edilmiştir.

2.6.2.4. Uyum Kuramı

Uyum kuramına göre iyi oluş, hayatta devamlı olarak farklılaşan durum ve olaylara uyum gösterme gücüyle doğru orantılıdır. Bu güçte insanlar acı çektikleri bir olaydan sonra uzun süre mutsuz kalamadıkları gibi, mutlu oldukları bir süreçten sonra da uzun süre mutlu olarak kalamazlar. Bundan dolayı bireyler olumlu ve olumsuz durumlara karşı dengeli olarak hayatlarına devam ederler (Tuzgöl-Dost, 2004).

Lucas (2007), insanların önemli olayları yaşamalarının ardından birçok başa çıkma stratejileri geliştirerek olaylara uyum sağlayıp, yaşamlarını devam ettirdiklerini söylemektedir. İnsan vücudunun soğuğa ve sıcağa uyum sağlaması gibi, psikososyal bir süreç olarak kişilik de iyi ve kötü olaylara uyum göstermektedir. Bu nedenle

insanlar ne kadar çok üzüntülü olurlarsa olsunlar ya da ne kadar çok mutlu olurlarsa olsunlar bu uzun süreli olmayacaktır (Reisoğlu, 2014).

Uyum kuramına göre, yakın zamanda ortaya çıkan değişiklikler, mutluluğu veya üzüntüyü oluşturur. Bu yüzden kuram değişiklikleri sisteme bir girdi olarak görür. Değişikliklerin, algılanan ortalama düzeyinden daha fazla mutluluk getirdiğini söyler. Sonuçta kişinin standardı herhangi bir düzeye göre yükselecek veya düşecektir. Bu düzeyden sapmalar duyguları ortaya çıkaracaktır (Yetim, 2001).

2.6.2.5. Ryff'in Psikolojik İyi Oluş Kuramı

Ryff (1995)'e göre, psikolojik iyi oluş hakkındaki bilgiler, psikolojik rahatsızlık konusunun arkasında kalmıştır. Kişiler kaygı, depresyon ya da diğer psikolojik belirtilerden şikayetçi değillerse o zaman ruhsal olarak sağlıklı kabul edilmektedir. Alışıldık olan bu tanımlama, iyilik hali ve diğer kavramları açıklamada hiçbir zaman yeterli olmamıştır. Ryff, bu tanımlamanın iyilik hali ve diğer kavramları açıklamak için hiçbir zaman yeterli olduğunu düşünmemiştir ve ruh sağlığının olumlu yönlerinin öne çıkarılarak tanımlanması gerektiğini düşünmektedir.

Ryff (1995)'e göre "psikolojik iyi olma, tedirgin olmamayı veya başka ruhsal sağlık sorunlarının olmamasından daha fazlasını ifade eder. Psikolojik iyi oluş kavramı, pozitif benlik saygısını, bireylerle olumlu diyalogları, çevreye hakim olmayı, özgürlüğü, hayatın amacını, amaçlılığını, sürekli büyüme ve gelişme duygularını barındırmaktadır. Büyük psikolojik rahatsızlıklardan rahatsız olanlar ile iyi oluşa sahip kişiler arasındaki fark şudur: psikolojik bir probleminden ötürü rahatsızlık duymayan fakat aynı zamanda hayatında pek çok güzelliklerden yoksun kalan insanlar vardır. Kişinin yaşamında böyle güzelliklerin yokluğu psikolojik sağlığa ilişkin bilimsel açıdan dikkatten kaçan kişinin sağlığıyla ilgili başka tanımların yapılmasına" yol açmıştır.

Ryff ve Keyes (1995)'e göre yirmi yılı aşkın bir süredir, psikolojik iyi oluş çalışmaları olumlu işlevselliğin iki ana kavramı tarafından yönlendirilmektedir. Schmutte ve Ryff (1995), pozitif-negatif duygulanım ve hayat doyumunu üç farklı öge olarak açıklayan klasik ölçümlerinin, iyi oluşu ölçmede yeterli olmalarına rağmen, kavramsal bağlamda ruh sağlığı konularında uygun olmadıkları görüşündedirler. Bu kavramın kişilerin kısa süreli memnuniyetine ilişkin katkıları olsa da insanların olumlu

işlevselliğinin vurgulanması gereken taraflarını geçerli ve geniş bir biçimde açıklamada yetersiz kalmıştır (Tuzgöl-Dost, 2004).

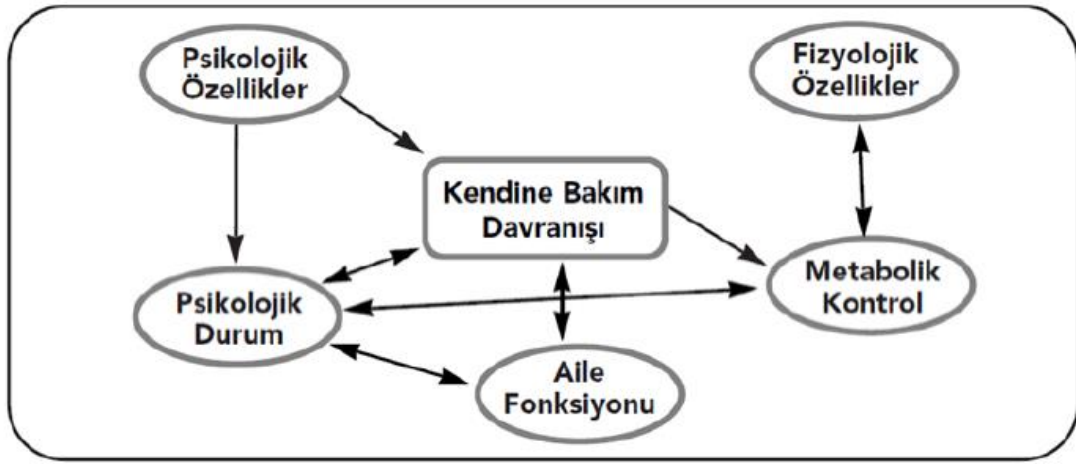
Ryff (1989), kendini kabul kavramına göre kişinin olumlu işlevde bulunabilmesi için bireyin kendine yönelik olumlu tutumları olması gerektiği görüşündedir. Ryff (1989)'a göre "iyi oluş için ölçüt bireyin kendini kabul etmesidir. Diğeriyile olumlu ilişkiler, insanlarla güvenilir ve açık bir iletişim oluşturma, yüksek empati ve sevgi duygusu olarak açıklanmıştır. Bu sebeple diğer insanlarla olumlu ilişkiler psikolojik iyi oluş kuramında önemi vurgulanan bir kavramdır. Otonomi içerisinde ise bağımsız olabilme, kendi kararlarını kendi verebilme, kendi davranışlarını düzenleme alanları bulunmaktadır. Birey değerlendirmelerini onay almak için yapmaz, kendi içsel değerlerine göre değerlendirmede bulunur. Otonomide davranışın kişinin içsel değerlendirmeleriyle ortaya çıktığı, baskılara karşı koyabildiği anlatılmaktadır. Çevre hakimiyeti içerisinde kişilerin yetenekleri doğrultusunda kendilerine uygun çevre oluşturmaları veya seçmeleri incelenir. Çevrelerine hakim olan bireyler, çevredeki karışıklıkları kontrol edebilen, çevrelerindeki olanakları kullanabilen, kendilerine uygun çevre yaratabilen insanlardır. Yaşam anlamı psikolojik iyi oluşun bir başka göstergesidir. Kişinin hedefler, amaçlarındaki gelişim, niyet, yönlendirme doyumunu yaşamdaki anlam duygusunu oluşturan etmenlerdir. Kişisel gelişim kişinin amaçları doğrultusunda gelişimini devam ettirmesidir. Deneyimlere açık olma kişisel gelişimde önemli bir yerdedir" (Kermen, 2013).

2.6.2.6. Diyabet Tanısı Almış Birey ve İyi Oluş

Kronik hastalıklar gibi diyabette uzun süre tedavi gerektiren ve çoğunlukla ilerleyen dönemlerde fiziksel, ruhsal ve duygusal sorunlar oluşturan hastalıklardandır. Kronik hastalıklarda ortaya çıkan her bir yeni durumda, bireyin yaşam kalitesini arttırması veya normal fizyolojik yaşamına dönmesi için yeni duruma yönelik uyum sürecini başlatması gerekir. Uyum süreci, bireyin yaşamsal faaliyetlerini tehdit eden soruna yönelik homeostatik dengenin korunması için geliştirilen fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel düzeydeki yeni rollerden oluşan davranışlardır (Türten, 2011).

Birçok kronik hastada olduğu gibi diyabetik hastalarda da psikolojik uyum süreci kişinin psikolojik özelliklerine, metabolik kontrolüne, ailenin hasta ile etkileşimine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ryan 1977 yılında hastanın

kendine bakım davranışlarını etkileyen bu faktörleri belirlemiştir. Bu faktörler Şekil 2.2’de gösterilmiştir.



Şekil 2.2. Diyabetli hastalarda psikolojik süreç (Buzlu, 2002)

Diyabetli bireylerin psikososyal yönüyle ilgili karşılaşılabilecek en yaygın uyum sorunları; bağımlılığın başlaması ve yaşam durumundaki değişime yönelik üzüntünün oluşması; diyabet ve komplikasyonlarının günlük yönetiminin zorluğu; yeni tedavi yöntemlerine ve gelecek hakkında belirsizliklere bağlı anksiyete oluşumu; kendi kendine bakıma yönelik öğrenme isteksizlikleriyle ilişkili ümitsizlikler; hastalığı kabul etmeme ve yaşam biçimi değiştirmeye yönelik uyumsuzluklar; meydana gelen değişikliklerin yaşam biçimini kısıtlaması nedeniyle hem diyabetlide hem de ailesinde oluşan kırgınlığa yönelik etkisiz bireysel ve ailesel baş etme mekanizmaları; fiziksel yetersizlikler ve beyni etkileyen metabolik değişikliklere yönelik düşünce değişimleridir (Buzlu, 2002).

Psikolojik uyum, hastanın yaşamı boyunca sağladığı kazançları, kayıpları, mücadelelere yönelik biyolojik ve psikolojik boyutlara sahip bir süreç olarak tanımlanabilir. Hastalığa karşı psikolojik uyum; hastalığın teşhis ve tedavi amacıyla hastanede yatma, hastalığın kötüleşmesi, tedavinin yetersizliği ve öz bakım kaybıyla ilişkili durumlarda mevcut durumla mücadele etme isteğinin yerine getirilmesidir. Hastalığın kötüleştiği durumlarda hem hasta hem de ailesi için stresli bir dönemin başlaması ve depresyon seviyelerinin yükselmesi mevcut rollerin, beklentilerin ve yaşam hedeflerinin yeniden tanımlanmasına neden olacaktır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Evans ve vd. (2010)’a göre diyabetli bireylerin %85,2’sinin diyabet tanısını aldıklarında hastalığa karşı stres yaşadıkları, bu kişilerde ortaya çıkan ilk duyguların

suçluluk, şok, depresyon, endişe, kızgınlık ve çaresizlik olduğu bildirilmektedir. Diyabet tanısından sonraki özellikle 15 yıl sonraki süreçte ise komplikasyon gelişimine yönelik korkular, sosyal yetersizlikler, sosyal ve psikososyal tükenmişlik duyguları ortaya çıkabilmektedir.

Diyabetin yönetiminde diyabet tanısı alınan yaş ve diyabetli geçirilen yıl sayısı psikososyal uyum üzerine etkili bir faktördür. Erken yaşlarda diyabet tanısı alanlarda diyetle uyuma ve insülin tedavisinin yönetiminde zorluklar yaşanırken, ilerleyen yaşlarda diyabetin ciddiyeti daha kolay anlaşılabilen ve yönetimi de daha kolay olabilmektedir. Bu nedenle diyabete yönelik endişe boyutu daha az yaşamakta psikososyal uyum seviyesi artmaktadır (Demirtaş ve Akbayrak, 2009).

Diyabetli bireylerin insülin kullanmaları iş bulmada ve buldukları işin devamlılığını sağlamada önemli sorunlar oluşturabilmektedir. Sosyal ortamlarda damgalanma ve ayrımcılık korkusu diyabetli bireyin hastalığını saklamasına neden olabilmekte ve iş ortamına uyumunu zorlaştırabilmektedir. İyimser, yüzleşmeci, özgüven ve destekleyici başa çıkma yöntemlerini kullanan diyabetli bireylerin iş yaşamına ve sosyal çevreye psikososyal uyumu daha kolay olabilmektedir (Lee ve vd., 2006).

Türten (2011), “Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyumun Belirlenmesi” isimli çalışmasında, diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumun orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Türten’e göre diyabetli hastaların psikososyal uyumunun en çok etkilendiği alanlar sağlık bakımına oryantasyon, cinsel yaşam, mesleki çevre ve psikolojik baskı alanı olduğu; hastanın mesleği, öğrenim durumu, diyet ve egzersiz, kontrole gelme sıklığının da psikososyal uyumu etkilediği ancak, yaş, diyabet yılı, insüline ek oral antidiyabetik kullanımının etkisiz olduğu belirtilmektedir.

Diyabetik hastalarda ruhsal durum ile kan şekeri ilişkisi Küçük (2015)’te belirtildiği üzere şu şekilde özetlenebilir:

- Hastalarda kan şekeri bozukluğunun olması beyin işlevlerinin bozulmasına neden olabilir.
- Psikososyal zorlanmalarda ve ruhsal çatışmalarda, kan şekeri regülasyonu değişebilir.

- Diyabetin şiddetine bağlı olarak ruhsal bozukluk gelişimi daha hızlı gelişebilir.
- Hastanın ruhsal-davranışsal durumu diyabet tedavisinin seyrini etkileyebilir.
- Diyabetin özellikle kronik komplikasyonlarının ortaya çıkmasına veya tedavi yöntemlerinde uygulananlara bağlı olarak stres, anksiyete ve depresif mizaçlı uyum bozukluğu meydana gelebilir.

Diyabetik hastaların iyi oluşlarını artırma stratejileri Eryılmaz (2010)'da belirtildiği üzere şu şekilde sıralanabilir:

- Öznel stresi azaltmak kan şekeri regülasyonunu iyileştirebilir.
- Sosyal çevreleri ile yakınlıklarının geliştirilmesi diyabet tedavisinin seyrini olumlu yönde etkileyebilir.
- Fiziksel davranışlarla öznel açıdan iyi olduğunu göstermek (gülme davranışı sergilemek gibi) depresyon düzeyini azaltarak diyabetle yaşama sürecini olumlu yönde etkileyebilir.
- Maneviyatı (dini inanç gibi) arttıracak etkinliklerde bulunmak depresyon düzeyini azaltarak diyabetle yaşama sürecini olumlu yönde etkileyebilir.
- Aktif ve pasif olarak faaliyetlerde bulunmak (egzersiz, yürüyüş, el sanatları, seyahat, film izlemek gibi) iyi oluş düzeylerini arttırarak diyabet tedavisinin seyrini etkileyebilir.

Bu nedenlerle, diyabetik hastalar bütüncül bir şekilde değerlendirilmeli, hastalığın bir yandan metabolik kontrolü yapılırken diğer yandan risk grubuna girebilen diyabetli bireylere psikiyatrik destek sağlanmalıdır. Diyabetik hastanın psikososyal uyumunu sağlaması için öncelikle kendi kendisini yönetmesi ve bakımını yapması sağlanmalı, benlik saygısı yükseltilmeli, bağımsızlığı artırılmalı, sorun çözme yöntemleri öğretilmeli, kan şekerini etkileyecek stres faktörleri ile baş etmeye yönelik yöntemleri geliştirerek hayatına uygulaması sağlanmalıdır (Küçük, 2015).

2.6.2.6.1. Tip 2 Diyabetle Yaşam

Tıbbi müdahalelerle tedavi edilemeyen kronik hastalıklarda hastalığın derecesinin azaltılması ve hastanın öz bakımında bireyin işlevinin ve sorumluluğunun

en üst seviyeye çıkartılması için periyodik olarak izlenmesi gerekir. Kronik hastalığı bulunan bireylerde ümitsizlik, sürekli ağlama, çaresizlik, üzüntü, öfke, endişe, içe kapanıklık, aile ve iş yaşantısına yönelik rollerde kayıp, bağımlı olma endişesi, öz güvende azalma, ölüm korkusunun oluşması, beden imajında ve yaşam tarzında değişiklikler, depresif belirtiler ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler meydana gelebilmektedir. Bu yüzden kronik hastalıkların yönetiminde hem fizyolojik sorunlar yönetilmeli hem de psikolojik ve sosyal sorunlar ele alınmalıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Psikolojik anlamda iyi oluş, bireyin yaşamını değerlendirmesi ve yargı bildirmesi anlamına gelmektedir. Olumlu duygulanım, olumsuz duygulanım ve yaşam doyumu olmak üzere üç alt boyutlu bir yapı göstermektedir (Diener, 1984). Olumlu duygulanım, güven, ümit, ilgi, güçlü, gurur, heyecan, heves, neşe gibi duyguları ifade ederken olumsuz duygulanım ise öfke, nefret, suçluluk, sinirli, tedirgin, üzüntü gibi olumsuz duyguları içerir. Yaşam doyumu boyutu ise, genel olarak yaşamdan memnuniyeti belirtmekte ve iyi oluşun bilişsel bileşenini oluşturmaktadır. Bireyin çeşitli sosyal ve yaşam alanlarındaki doyumlarına ilişkin değerlendirmeleri yansıtır (Myres ve Diener, 1995; Özgüleş ve Arslanoğlu, 2020).

Kronik bir hastalık olan diyabette de hem fiziksel hem de psikolojik ve psikososyal boyutlarda sorunlar yaşanabilmektedir. Bu nedenle diyabet tanısı alan bireylerde fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve cinsellikle ilgili bir dizi sorunlar ve çatışma meydana gelebilir. Bu tip hastalarda meydana gelen stres, depresyon, endişe ve sosyal destek kaybı diyabetin tedavi yönetimi üzerine olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Buzlu, 2002).

Diyabetli hastalarda duygusal tepkiler ve uyum güçlükleri en sık karşılaşılan sorunlardır. Hastalık belirtilerinin, komplikasyonlarının ve uygulanan tedavilerin yarattığı doğal sıkıntı dışında, geleceğe yönelik endişeler, bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını etkiler (Özkan, 1993; Pearce ve vd., 2013). Psikopatolojik tepkiler diyabetin görünümünü, şiddetini, ortaya çıkışını seyrini ve tedaviye yanıtını etkiler. Diyabetin kendisi, komplikasyonları, tedavinin gündeme getirdiği sınırlamalar kişinin homeostatik dengesini bozarak emosyonel tepkilere yol açar (Pearce ve vd., 2013). Hastada depresif belirtilerden şüpheleniliyorsa hastanın duygu-durumu, enerji seviyesi, sosyal aktiviteleri mutlaka değerlendirilmelidir. Diyabet tanısından sonra uyum güçlükleri ile sık karşılaşılır (Bahar, 2006). Hastalıkla ilgili tepkiler hastalığın özelliklerine, hastanın kişilik özelliklerine, çevresel özelliklere

göre değişir. Kronik bir hastalıkla karşılaşma kendine güven duygusunu bozabilir, öfke, inkâr, şaşkınlık, sevilme, beğenilme kaygısı günlük yaşamı sürdürmeyi güçleştirebilir (Kokoszka ve vd., 2009). Gerginlik ve anksiyete, nöroendokrin mekanizmalarla, beslenme, egzersiz programlarına uymayı güçleştirerek hastalığın gidişini olumsuz etkiler. Depresyon riski hastalık şiddeti ve hastalığın yol açtığı ek sorunlarla artar ve güçlülük duygusu bozulabilir. Depresyonu olan bir diyabet hastası diyetle uyma, egzersiz yapma gibi hastalığı ile ilgili önlemleri yerine getirmekte güçlük çekeceği için hastalığın gidişini kötü etkiler (Elbi Mete, 2008). Daha hafif ruhsal sorunların çok daha sık görülmesi ile birlikte, tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik bozukluklar diyabetli hastalarda yaklaşık %20 oranında görülür (Özkan, 1993; Bahar, 2006). Anderson ve vd. (2001) metaanaliz çalışmasında, komorbid olarak depresyonun en sık görülen ruhsal bozukluk olduğunu, Roy ve Loyd'un (2012) çalışmasında da diyabetik hastalarda normal popülasyona göre depresyon görülme olasılığının 2-3 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Kokoszka'nın (2009) çalışmasında ise depresyon yaygınlığı %35 oranında bulunmuş olup, %24'ünde de subklinik depresyon belirlenmiştir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Eylül 2019 – 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın verileri Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan bir özel hastanenin dahiliye ve endokrinoloji polikliniklerine gelen tip 2 diyabet tanısı almış bireylerden Ekim 2019 – Ocak 2020 tarihleri arasında elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı hastanenin dahiliye ve endokrinoloji polikliniğine gelen tip 2 diyabet tanısı almış hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme belirlenirken araştırmanın yapıldığı polikliniklere son 1 yılda gelen tip 2 diyabet tanısı almış hasta sayısı (1000 kişi) temel alınmıştır. Bu sayı kriter olarak alınıp power analiz yapılarak %5 hata payı, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ile örneklem büyüklüğü 215 kişi olarak belirlenmiştir (Süt, 2011). Bu doğrultuda araştırma veri toplama tarihleri içerisinde araştırmanın yapıldığı polikliniklere gelen ve dahil edilme kriterlerine uyan 253 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- 18 yaşından büyük olma
- En az 6 aydır tip 2 diyabet tanısı ile yaşıyor olma
- Ağır nörolojik ya da ruhsal bir bozukluğa sahip olmama
- İletişim engeli olmama

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişken; Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla yaşam deneyimleri

Bağımlı değişken; Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin iyi oluş düzeyleri

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler “Sosyodemografik Özellikler Formu”, “Tip 2 Diyabet Tanısıyla Yaşam Deneyimleri Formu” ve “PERMA Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür incelenerek (Khaw ve Kern, 2014; Butler ve Kern, 2016; Demirci ve vd., 2017, Goodman ve vd., 2017; Seligman, 2018; Boyacı, 2019) oluşturulmuştur. Formda sosyodografik bilgilerle ilgili 6 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu ve çalışma durumu) yer almaktadır.

Tip 2 Diyabet Tanısıyla Yaşam Deneyimleri Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür incelenerek (Erol, 2009; O’hea ve vd., 2009; Tekin-Yanık, 2011; Akpunar, 2012; Kılıç, 2016; Erkek, 2018) oluşturulmuştur. Formda Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin hastalıkla yaşam deneyimleriyle ilgili 8 soru (hastalık süresi, tedavi şekli, hastalığa bağlı başka sağlık sorunu, kontrollere gitme sıklığı, hastaneye yatış öyküsü, önerilen diyetle uyum sağlayabilme, önerilen aktivitelere uyum sağlayabilme ve tip 2 diyabetle yaşam deneyiminde informal destek alma durumu) yer almaktadır.

PERMA Ölçeği

Bireylerin iyi oluş düzeylerini değerlendirmek amacıyla Butler ve Kern (2015, 2016) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Demirci ve vd. (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek 15 madde ve 8 dolgu maddesinden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ismi alt boyutların İngilizce baş harflerinden oluşmaktadır. Her alt boyutu oluşturan 3 madde bulunmaktadır.

PERMA Ölçeği alt boyutları ve hesaplamaları aşağıda verildiği gibidir;

- (P) Olumlu duygular: Mutluluk, neşe, rahatlık gibi olumlu duygulara içermektedir. 5., 10. ve 22. maddeler bu alt boyutun maddeleridir.
- (E) Bağlanma: Belirli bir faaliyetle, etkinlikle, hedefle derinden bir bağlantı kurma, akış içinde olma, yapılan bir etkinlikte kendini ona

kaptırma durumudur. 3., 11. ve 21. maddeler bağlanma alt boyutunun maddeleridir.

- (R) Olumlu İlişkiler: Kişilerin yaşadıkları toplumla bütünleşmesine, sosyal ilişkilerinden memnun olmasına, sevdiklerinden destek ve ilgi görmesine işaret eder. 6., 15. ve 19. maddeler olumlu ilişkiler alt boyutunun maddeleridir.
- (M) Anlam: Kişilerin hayat amacının farkındalığına sahip olması, yaşamın değerli ve yaşanmaya değer olduğu hissini içerir. 1., 9. ve 17. maddeler anlam alt boyutunun maddeleridir.
- (A) Başarı: Hedeflere erişebilmek için çaba sarfetme ve günlük sorumluluklarını yerine getirme hissini değerlendirmektedir. 2., 8. ve 16. maddeler başarı alt boyutunun maddeleridir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde her bir boyutun maddelerinin kendi içinde puan ortalaması alınmaktadır. Ancak hiçbiri tek başına iyi oluşu düzeyini açıklamamaktadır; her bir boyut iyi oluş düzeyine katkı sağlamaktadır. Ayrıca iyi oluş boyutlarının dışında Butler ve Kern (2016) ölçeğe 8 dolgu maddesinin 6'sını H sağlık (4., 13. ve 18. madde) ve N olumsuz duygular (7., 14. ve 20. madde) olmak üzere iki ayrı boyut olarak eklemiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91'dir. Bu çalışmada Perma Ölçeğinin güvenilirliği 0.934 olarak bulunmuştur ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanma sürecinde araştırmanın yürütüldüğü polikliniklerde görevli uzman doktorlarla ve sekreterlerle işbirliği yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan bireylerle görüşme yapılmış ve veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formunun uygulanması yaklaşık 15-25 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/10/2020 tarihli ve OMU KAEK 2019/544 sayılı etik onay alınmıştır (EK-1). Araştırmanın yürütüldüğü hastanede veri toplama çalışmalarına başlamadan önce Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden 24/10/2019 tarihli 933771576-302.08.01-E-23636 sayılı izin

alınmıştır (EK-2). Ayrıca araştırma sürecinde görüşme yapılan tüm hastalara araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiş olup, katılmaya gönüllü olanlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır (EK-3).

3.8. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 25.00 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesiyle ilgili açıklamalar Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma veri türlerine göre istatistiksel değerlendirme

Veri türü	Analiz türü
Ölçeğin güvenilirliği	Cronbach’s Alpha hesaplaması
Sosyodemografik özelliklerin dağılımı	Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama)
Tip 2 diyabet tanısıyla yaşam deneyimlerinin dağılımı	Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama)
İyi oluş düzeyi (Perma Ölçeği Alt boyutları puanları)	Ortalama ve standart sapma
Sosyodemografik özellikler açısından iyi oluş düzeyi	Independent sample t testi, ANOVA ve pearson korelasyon analizi
Tip 2 diyabet tanısıyla yaşam deneyimleri açısından iyi oluş düzeyi	Independent sample t testi, ANOVA ve pearson korelasyon analizi

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Doğu Karadeniz Bölgesinde sadece bir özel hastanenin dahiliye ve endokrinoloji polikliniğine başvuran tip 2 diyabet tanılı bireylerle gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle araştırmadan elde edilen bulgular bu örneklem ile sınırlıdır ve genellenemez.

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen Tip 2 diyabet tanısına sahip bireylerden elde edilen bulgular bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=254)

Sosyodemografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	167	65,7
	Erkek	87	34,3
Medeni Durum	Evli	246	96,6
	Bekar	8	3,1
Yaşadığı Yer	İl	140	55,1
	İlçe	108	42,5
	Köy	6	2,4
Eğitim Durumu	İlkokul	166	65,4
	Ortaokul	58	22,8
	Lise	26	10,2
	Üniversite	4	1,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	79	31,1
	Çalışmıyor	175	68,9
Yaş	X ± SS	Min-Max	
	59,38±12,33	19-90	

Araştırmaya dahil edilen tip 2 diyabet tanısına sahip bireylerin yaş ortalamaları 59,38±12,33(19-90)'dır. Bireylerin %65,7'si kadın, %96,6'sı evli, %55,1'i ilde yaşamakta olup; %65,4'ü ilkokul düzeyinde eğitime sahiptir. Ayrıca katılımcıların %68,9'u herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların tip 2 diyabet tanısıyla ilgili yaşam deneyimlerinin dağılımı (n=254)

Tip 2 Diyabet Tanısıyla İlgili Yaşam Deneyimleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Tedavi Şekli	Oral Antidiyabetik	167	65,7
	İnsülin + Oral Antidiyabetik	87	34,3
Hastalığa Bağlı Başka Sağlık Sorunu	Evet	120	47,2
	Hayır	134	52,8
Kontrollere Gitme Sıklığı	Haftada bir	3	1,2
	Ayda bir	12	4,7
	Yılda bir	100	39,4
	Düzensiz (Sorun yaşadıkça)	139	54,7
Hastaneye Yatış Öyküsü	Evet	67	26,4
	Hayır	187	73,6
Önerilen Diyete Uyum Sağlayabilme	Her zaman	7	2,8
	Genellikle	51	20,1
	Ara sıra	89	35,0
Önerilen Aktivitelere Uyum Sağlayabilme	Nadiren	107	42,1
	Her zaman	2	0,8
	Genellikle	33	13,0
Tip 2 Diyabetle Yaşam Deneyiminde İnfomal Destek Alma Durumu	Ara sıra	96	37,8
	Nadiren	123	48,4
	Evet	244	96,1
	Hayır	10	3,9

Araştırmaya katılan bireylerin ortalama $8,29 \pm 6,72$ yıldan beri tip 2 diyabetle yaşadığı belirlenmiştir. Tablo 3’de belirtildiği gibi bireylerin %65,7’sinin oral antidiyabetik tedavi aldığı, %52,8’inin hastalığa bağlı başka sağlık sorun yaşamadığı, %54,7’sinin kontrollere düzensiz aralıklarla ve sorun yaşadıkça gittiği, %73,6’sının hastaneye yatış öyküsünün olmadığı, %42,1’inin önerilen diyetle nadiren uyum sağladığı, %48,4’ünün önerilen aktivitelere nadiren uyum sağladığı, %96,1’inin hastalıkla yaşam deneyiminde informal destek aldığı ve %94,1’inin hastalık deneyiminde hemşirelerden psikososyal destek aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Tip 2 diyabet tanısı almış hastaların PERMA Ölçeği alt boyut puan ortalamaları

	$\bar{X} + SS$
Olumlu Duygular	$8,33 \pm 0,93$
Bağlanma	$8,40 \pm 0,80$
İlişkiler	$8,42 \pm 0,87$
Anlam	$8,10 \pm 1,01$
Başarı	$8,49 \pm 0,99$
Olumsuz Duygular	$3,17 \pm 1,60$
Sağlık	$7,56 \pm 1,56$

Araştırmadaki tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin Perma Ölçeği alt boyut puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru sırasıyla başarı $8,49 \pm 0,99$; ilişkiler $8,42 \pm 0,87$; bağlanma $8,40 \pm 0,80$; olumlu duygular $8,33 \pm 0,93$; anlam $8,10 \pm 1,01$; sağlık $7,56 \pm 1,56$ ve olumsuz duygular $3,17 \pm 1,60$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre PERMA Ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Sosyodemografik özellikler		PERMA Ölçeği Alt Boyutları						
		Olumlu duygular	Bağlanma	İlişkiler	Anlam	Başarı	Olumsuz duygular	Sağlık
		$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$
Cinsiyet	Kadın	8,36±0,96	8,44±0,83	8,44±0,91	8,07±1,09	8,42±1,08	3,15±1,52	7,55±1,60
	Erkek	8,27±0,87	8,34±0,74	8,38±0,79	8,16±0,85	8,62±0,79	3,21±1,59	7,56±1,49
Test ve p değeri		t=0,72 p=0,47	t=0,92 p= 0,35	t= 0,53 p=0,59	t=-0,67 p= 0,50	t= -1,57 p=0,11	t= -0,28 p=0,77	t= -0,04 p=0,96
Medeni Durum	Evli	8,34±0,92	8,41±0,80	8,44±0,84	8,12±0,92	8,49±1,00	3,16±1,57	7,55±1,56
	Bekar	8,00±1,30	8,33±0,85	7,75±1,54	7,54±2,67	8,41±0,79	3,54±2,54	7,62±1,82
Test ve p değeri		t=1,02 p=0,30	t=0,27 p=0,78	t= 2,23 p=0,02	t=1,60 p= 0,11	t= 0,21 p=0,82	t= -0,65 p=0,51	t=-0,11 p= 0,90
Yaşadığı Yer	İl	8,43±0,87	8,52±0,72	8,47±0,78	8,21±0,77	8,57±0,81a	2,90±1,59a	7,92±1,28a
	İlçe	8,20±0,96	8,24±0,87	8,34±0,88	7,96±1,05	8,34±1,17b	3,44±1,44b	7,12±1,74b
	Köy	8,33±1,65	8,77±2,21	8,77±2,21	7,94±3,32	9,22±0,75c	4,51±3,13c	6,72±2,28c
Test ve p değeri		F=1,79 p=0,16	F= 4,54 p=0,01 a>b	F= 1,16 p=0,31	F= 1,93 p= 0,14	F= 3,23 p= 0,04 c>a	F= 6,03 p=0,003 c>a	F= 9,38 p=0,000 a>b
Eğitim Durumu	İlkokul	8,31±1,00	8,37±0,88	8,43±0,92	7,98±1,14	8,38±1,12	3,31±1,65a	7,28±1,66a
	Ortaokul	8,51±0,72	8,57±0,48	8,50±0,71	8,32±0,57	8,70±0,62	2,60±1,14b	8,35±0,96b
	Lise	8,16±0,86	8,33±0,82	8,32±0,95	8,33±0,78	8,73±0,64	3,28±1,44c	7,48±1,58c
	Üniversite	7,58±0,50	7,91±0,73	7,75±0,31	8,25±1,13	8,33±0,72	6,25±1,52d	7,83±0,83d
Test ve p değeri		F= 1,86 p=0,136	F= 1,50 p=0,215	F= 1,06 p=0,366	F= 2,12 p=0,098	F= 2,04 p=0,109	F= 9,55 p= 0,000 d>a,b,c	F=7,109 p=0,000 b>a
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8,59±0,75	8,50±0,74	8,53±0,64	8,32±0,70	8,75±0,66	2,64±1,41	8,16±1,07
	Çalışmıyor	8,21±0,98	8,36±0,82	8,37±0,96	8,00±1,11	8,37±1,09	3,41±1,64	7,28±1,67
Test ve p değeri		t=2,97 p=0,003	t=1,23 p=0,21	t=1,32 p=0,188	t=2,36 p=0,019	t= 2,82 p=0,005	t= -3,57 p=0,000	t=4,29 p=0,000
Yaş (59,38±12,33)		r=-0,16 p=0,007	r=-0,23 p=0,000	r=-0,16 p=0,01	r=-0,27 p=0,000	r=-0,30 p=0,000	r=0,194 p=0,002	r=-0,338 p=0,000

Tukey HSD testi sonuçları a,b,c,d değerleri kullanılarak gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Tip 2 diyabet tanısıyla ilgili yaşam deneyimlerine göre PERMA ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Yaşam Deneyimleri	PERMA Ölçeği Alt Boyutları						
	Olumlu duygular	Bağlanma	İlişkiler	Anlam	Başarı	Olumsuz duygular	Sağlık
	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$
Tedavi Şekli							
Oral Antidiyabetik	8,39±0,91	8,42±0,81	8,46±0,82	8,17±0,84	8,51±0,98	2,98±1,48	7,90±1,34
İnsülin + Oral Antidiyabetik	8,21±0,97	8,38±0,77	8,36±0,96	7,98±1,27	8,45±1,01	3,54±1,76	6,89±1,75
Test ve p değeri	t= 1,43 p=0,15	t=0,37 p=0,708	t=0,83 p=0,404	t= 1,38 p=0,167	t= 0,46 p= 0,645	t= 0,01 p=0,000	t=5,10 p=0,000
Hastalığa Bağlı Başka Sağlık Sorunu Olma Durumu							
Evet	8,20±1,02	8,34±0,81	8,24±1,01	7,92±1,16	8,41±1,12	3,66±1,73	6,85±1,71
Hayır	8,44±0,83	8,46±0,79	8,59±0,69	8,27±0,82	8,55±0,86	2,73±1,35	8,19±1,09
Test ve p değeri	t= -2,04 p=0,04	t= -1,16 p=0,24	t= -3,21 p= 0,001	t= -2,73 p=0,007	t= -1,10 p=0,27	t=4,77 p=0,000	t= -7,51 p=0,000
Kontrollere Gitme Sıklığı							
Haftada bir	7,77±0,76	8,11±0,50	8,66±0,33	8,00±0,57	8,77±0,69	3,88±1,26	6,00±2,51a
Ayda bir	8,61±0,76	8,66±0,61	8,75±0,76	8,58±0,71	8,69±0,67	2,88±1,55	8,52±0,77b
Yılda bir	8,38±0,87	8,43±0,89	8,50±0,81	8,08±0,90	8,57±0,93	3,06±1,53	7,75±1,33c
Düzensiz (Sorun yaşadıkça)	8,29±0,99	8,37±0,75	8,34±0,92	8,08±1,11	8,41±1,06	3,26±1,67	7,36±1,69d
Test ve p değeri	F=0,88 p=0,45	F= 0,67 p=0,57	F= 1,32 p= 0,26	F= 0,92 p= 0,42	F= 0,74 p=0,52	F=0,60 p=0,61	F= 3,85 p=0,01 b>a
Hastaneye Yatış Öyküsü							
Evet	8,17±10,07	8,23±0,94	8,33±0,97	7,93±1,32	8,19±1,38	3,32±1,74	7,11±1,86
Hayır	8,39±0,87	8,47±0,73	8,46±0,83	8,16±0,87	8,59±0,79	3,11±1,56	7,72±1,41
Test ve p değeri	t= -1,59 p=0,11	t=-2,09 p=0,03	t=-1,02 p=0,30	t= -1,61 p=0,10	t=-2,84 p=0,005	t=0,91 p=0,36	t=-2,74 p=0,006
Tip 2 Diyabet Tanısı ile Yaşama Süresi (8,29±6,72)	r=-0,09 p=0,134	r=-0,12 p=0,05	r=-0,11 p=0,06	r=-0,16 p=0,01	r=-0,21 p=0,001	r=0,23 p=0,000	r=-0,38 p=0,000

Tukey HSD testi sonuçları a,b,c,d değerleri kullanılarak gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların tip 2 diyabet tanısıyla ilgili yaşam deneyimlerine göre PERMA Ölçeği alt boyut puan ortalamaları (devam)

Yaşam Deneyimleri	PERMA Ölçeği Alt Boyutları						
	Olumlu duygular	Bağlanma	İlişkiler	Anlam	Başarı	Olumsuz duygular	Sağlık
	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$	$\bar{X} + SS$
Önerilen Diyete Uyum Sağlayabilme Durumu							
Her zaman	7,33±1,75a	8,61±1,06	7,76±1,92a	8,57±0,62a	9,23±0,78a	5,04±2,15a	7,33±1,21
Genellikle	8,33±0,71b	8,30±0,87	8,45±0,66b	8,40±0,78b	8,73±0,63b	3,49±1,63b	7,52±1,36
Ara sıra	8,38±0,88c	8,50±0,82	8,60±0,79c	8,09±1,01c	8,58±0,96c	2,96±1,46c	7,55±1,61
Nadiren	8,35±0,98d	8,36±0,73	8,31±0,90d	7,94±1,09d	8,24±1,10d	3,07±1,59d	7,59±1,65
Test ve p değeri	F=2,84 p=0,03 a<b,c,d	F= 1,01 p=0,38	F=3,21 p= 0,02 a<b,c,d	F= 2,97 p=0,03 b>d	F=5,02 p=0,002 a>d	F=4,64 p=0,004 a>b,c,d	F=0,073 p=0,97
Önerilen Aktivitelere Uyum Sağlayabilme Durumu							
Her zaman	7,66±3,29	8,00±1,88	7,83±2,12a	7,50±3,53a	8,00±2,82a	3,00±4,24	5,16±0,23a
Genellikle	8,50±0,61	8,49±0,85	8,69±0,69b	8,37±0,63b	8,64±0,78b	2,95±1,78	8,05±1,22b
Ara sıra	8,39±0,89	8,53±0,67	8,53±0,82c	8,31±0,66c	8,68±0,71c	2,96±1,47	7,87±1,23c
Nadiren	8,24±0,99	8,29±0,85	8,28±0,92d	7,88±1,21d	8,30±1,16d	3,39±1,61	7,21±1,77d
Test ve p değeri	F=1,20 p=0,31	F= 1,91 p=0,12	F=2,94 p=0,03 a<b,c,d	F=4,39 p=0,005 c>d	F=3,16 p=0,02 c>d	F=1,54 p=0,20	F= 6,25 p=0,000 a<b,c,d
Tip 2 Diyabetle Yaşam Deneyiminde İnfomal Destek Alma Durumu							
Evet	8,36±0,92	8,42±0,81	8,46±0,80	8,16±0,88	8,49±1,01	3,12±1,57	7,62±1,51
Hayır	7,63±1,07	8,03±0,48	7,56±1,85	6,70±2,34	8,43±0,44	4,36±2,12	6,10±2,23
Test ve p değeri	t= 2,44 p=0,01	t=1,51 p=0,13	t=3,22 p= 0,001	t=4,647 p=0,000	t=0,190 p=0,84	t=-2,41 p=0,01	t=3,05 p=0,002

Tukey HSD testi sonuçları a,b,c,d değerleri kullanılarak gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre PERMA ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.4'de verilmiştir. Yaşanılan yere göre bağlanma, başarı, olumsuz duygular ve sağlık alt boyut puan ortalamaları; eğitim durumuna göre olumsuz duygular ve sağlık alt boyut puan ortalamaları; çalışma durumuna göre ise olumlu duygular, anlam, başarı, olumsuz duygular ve sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4; $p<0,05$). Yaş ile PERMA ölçeğinin olumlu duygular, bağlanma, ilişkiler, anlam, başarı ve sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde; olumsuz duygular alt boyut puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4; $p<0,05$).

Katılımcıların tip 2 diyabet tanısıyla ilgili yaşam deneyimlerine göre PERMA Ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.5'de verilmiştir. Tedavi şekline göre olumsuz duygular ve sağlık alt boyut puan ortalamaları; hastalığa bağlı başka sağlık sorunu olma durumuna göre olumlu duygular, ilişkiler, anlam, olumsuz duygular ve sağlık; kontrollere gitme sıklığına göre ise sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p<0,05$). Bireylerin hastaneye yatış öyküsüne göre bağlanma, başarı ve sağlık alt boyut puan ortalamaları; önerilen diyetle uyum sağlayabilme durumuna göre olumlu duygular, ilişkiler, anlam, başarı ve olumsuz duygular alt boyut puan ortalamaları; önerilen aktivitelere uyum sağlayabilme durumuna göre ise ilişkiler anlam, başarı ve sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5; $p<0,05$). Katılımcıların Tip 2 diyabetle yaşam deneyiminde informal destek alma durumlarına göre olumlu duygular, ilişkiler, anlam, olumsuz duygular ve sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5; $p<0,05$). Ayrıca bireylerin tip 2 diyabetle yaşama süreleri ile PERMA ölçeğinin anlam, başarı, sağlık alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde; olumsuz duygular alt boyut puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5; $p<0,05$). Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin informal destek alanların iyi oluş düzeylerinin daha yüksek çıkması, çevresinden gördüğü destekle hastalıkla mücadelesini duygusal, psikolojik ve ruhsal açıdan olumlu yönde etkilemesinden kaynaklandığı söylenebilir.

5. TARTIŞMA

Tip II diyabet tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla yaşam deneyimleri açısından iyi oluş düzeylerinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgular bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırmada tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen tip 2 diyabet tanısı almış hastaların yarısından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalar incelendiğinde, diyabetli kadınların oranının erkeklerden fazla olduğu görülmektedir (Kartal, 2006; Kavak, 2006; Coşansu Kuzu, 2011). Ayrıca tip 2 diyabet tanısı almış hastaların yaş ortalamaları 50 yaş ve üstü olarak bulunmuştur. Bu durum bireylerde tip 2 diyabet görülme yaşının 40 yaş ve üzerinde olduğunu doğrular niteliktedir (Heile, 2004). Son yıllarda diyabet görülme sıklığında artış olması beklenmektedir. Bu artışın özellikle gelişmekte olan ülkelerde 45-64 yaş grubunda olan bireylerde büyük oranda olacağı belirtilmektedir (Türker ve Süzmeçelik, 2010). Akar ve arkadaşları (2014) tarafından diyabet tanısı olan bireylerle yapılan bir çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları 50 yaş üzeri olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta bireylerin büyük çoğunluğunun evli olduğu, ilde yaşadığı, ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu ve çalışmadığı belirlenmiştir. Diyabetik ve non-diyabetik kişilerle yapılan bir araştırmada diyabetik grubun çoğunluğunu evli ve ilköğretim mezunu bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir (Adakan ve vd., 2017). Başka bir çalışmada diyabet tanısı olan katılımcı bireylerin çoğunluğunun evli olduğu ve yaşamlarının çoğunu ilde yaşayarak geçirdikleri saptanmıştır (Akar ve vd., 2014). Şireci ve Kaabulutlu (2017) tarafından Tip 2 diyabet tanılı bireylerle yapılmış bir çalışmada katılımcıların çoğu çalışmadıklarını bildirmişlerdir. Araştırmamıza katılan diyabet tanılı bireylerin sosyodemografik özellikleri literatürdeki çalışmalarla uyumludur (Kartal, 2006; Kavak, 2006; Özkan ve Duma 2006, Brovvn ve ark 2007; Türker ve Süzmeçelik, 2010; Hamuleh ve vd. 2010; Dörtbudak ve vd. 2010; Coşansu Kuzu, 2011; Sevinç ve vd. 2012; Adakan ve vd., 2017; Şireci ve Kaabulutlu, 2017). Kadınların çoğunun ev hanımı olmasından dolayı, hareket kısıtlılığına bağlı kilo alımı daha fazla olduğundan erkeklere oranla tip 2 diyabet görülme sıklığı artmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin tip 2 diyabetle yaşam deneyimlerine ilişkin bulgular Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu oral antidiyabetik ilaç

kullandığını, yaklaşık yarısı hastalığa bağlı başka sağlık sorunu yaşadığını bildirmişlerdir. Kartal ve İnci (2011) yaptıkları çalışmalarında hastaların yarısının oral antidiyabetik kullandığını belirtmişlerdir. Şireci ve arkadaşları (2017) 156 tip 2 diyabet tanısı almış bireyle yaptıkları çalışmada 60 katılımcının oral antidiyabetik ilaç kullandığını bildirmişlerdir. Kaymaz ve Akdemir (2016) yaptıkları çalışmada diyabete bağlı başka sağlık sorunu olanların büyük çoğunlukta olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda tip 2 diyabet tanısı almış hastaların çoğunluğunun düzensiz (sorun yaşadıkça) olarak kontrollere gittiği ve hastaların çoğunun ise daha öncesinde hastaneye yatış öyküsünün olmadığı bulunmuştur. Baykal ve Kapucu (2015)'nin yaptığı çalışmada tip 2 diyabet tanısına sahip bireylerin çoğunluğu iki ayda bir kontrollere gittiklerini bildirmişlerdir. Literatürde hastaların sağlıkları ve bakımları konusunda önemli rollerinin olduğuna inandıkları, bu doğrultuda bilgi, beceri edindikleri ve istikrarlı davrandıkları zaman ortaya 4 aşamalı hasta aktifliği çıkmaktadır (Hibbard ve vd., 2004). 4 aşamalı hasta aktifliği konusunda Begüm ve vd. (2011) yaptıkları çalışmada birinci aşamada olan hastaların, dördüncü aşamadakilerle karşılaştırıldığında daha fazla hastaneye yatma ve daha fazla acil servise başvurma ihtimalinin olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamızdaki Tip 2 diyabet tanılı bireylerin çoğunluğunun hastaneye başvurma aralıklarının düzenli olmayışı ve daha önce hastaneye yatış öykülerinin bulunmaması aktiflik düzeyleri ile açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin çoğunluğunun önerilen diyetle nadiren uyduğu, büyük çoğunluğunun nadiren egzersiz yaptığı, çok az kısmının düzenli spor yaptığı ve çoğunluğunun tip 2 diyabetle yaşam deneyiminde informal destek aldığı bulunmuştur (Tablo 4.2). Surit (2001) ve Vincent ve arkadaşları (2006)'nın yaptıkları çalışmalara bakıldığında diyabetli hastaların diyet tedavisine uyumunun genellikle yetersiz olduğu belirtilmiştir. Sağlıklı yaşamın olmazsa olmazlarından biri olan egzersiz yapma durumu hem bireyin sağlığına verdiği önemin hem de diyabet tedavisi ve iyi oluş düzeyinin artmasının göstergesidir (Yanık, 2011). Diyabetli tanısı almış hastalarda fiziksel aktivitenin klinik komplikasyon ve mortalite riskini azalttığı bilinmektedir (Lamonte ve vd., 2005). Yapılan araştırmalarda diyabetin tedavisinde ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde, metabolik kontrolün sağlanmasında düzenli olarak yapılan egzersizin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (ADA, 2004; Kim ve vd., 2007, Çallı, 2014). Buna rağmen Kızıltaş

ve vd. (2016)'da yaptıkları çalışmada tip 2 diyabet tanısı olan bireylerin çoğunluğunun spor yapmadıklarını belirlemişlerdir. Ayrıca Sivrikaya (2006) tarafından yapılan çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun diyabete yönelik informal destek aldığı belirlenmiştir. Araştırmamızda tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin çoğunun önerilen diyetle nadiren uyması, nadiren egzersiz yapması, çok az bir kısmının düzenli spor yapması ve çoğunun diyabete yönelik informal destek alması sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Tip 2 diyabet tanısı almış hastalar hipoglisemi korkusundan dolayı sık sık beslenirler. Bu beslenme tarzı da gece geç saatlerde ve yüksek karbonhidratlı gıdalar olmaktadır. Bunun sebebinin uykuda şeker düşüklüğünden dolayı ölüm kaygısı olduğu söylenebilir. Benzer şekilde egzersiz yapmanın şeker düşüklüğüne neden olacağını düşüncelerinden kaynaklı, verilen egzersiz programlarını yerine getirmemelerine neden olduğu söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre PERMA Ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.4'de verilmiştir. Bireylerin cinsiyetlerine göre iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde bu konuya ilişkin farklı bulgular mevcuttur. İyi oluşun cinsiyete göre değişip değişmediğine ilişkin yapılan araştırma bulguları incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre iyi oluşlarının daha iyi olduğu (Gündoğdu ve Yavuzer 2012; Dost 2007; Reisoğlu, 2014); bazı çalışmalar da ise erkeklerin kadınlara göre iyi oluşlarının daha iyi olduğu (Bulut 2017; Güven 2007) bulguları elde edilmiştir. Ayrıca cinsiyete göre iyi oluş düzeyinde anlamlı bir fark olmadığını bildiren ve farklı örneklemeler üzerinde yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır (Katja ve vd., 2002; Dost, 2004; Mahon ve Yarcheski, 2005; Çelik, 2008; Saygın, 2008; Cihangir-Çankaya, 2009; Saatçi ve vd., 2010; Çevik, 2010; Canbay, 2010; Tuzgöl Dost, 2010; Şahin, 2011; Kartal, 2013; Kermen, 2013; Topuz, 2013; Tatay, 2015; Şenocak, 2016; Akman, 2018; Dinç, 2018). Araştırma bulgumuz literatürle benzerdir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin medeni durumlarına göre iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.4). Akman (2018) tarafından yapılan çalışmada da medeni durumun iyi oluş düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde diyabet tanısı olan bireylerden evlilerin yaşam kalitesinin bekarlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Yıldırım ve vd., 2007, Erdağı ve Yılmaz; 2014, Verma ve Dadarwal, 2017; Correa ve vd., 2017).

Araştırmada katılımcıların yaşadıkları yer ile iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.4). Yaşanılan yer değişkeni açısından iyi oluş alt boyutlarından “başarı”, “olumsuz duygular” ve “sağlık” arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Köyde yaşayan bireylerin “başarı” alt boyutu puanlarının ilde yaşayan bireylerden daha yüksek olduğu; köyde yaşayan bireylerin “olumsuz duygular” alt boyutu puan ortalamalarının ilde yaşayanlardan daha yüksek olduğu ve ilde yaşayan bireylerin “sağlık” alt boyutu puan ortalamalarının ise ilçede yaşayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Literatürde yaşanılan yere göre katılımcıların iyi oluş puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğunu (İşgör, 2011) ve anlamlı bir farkın olmadığını (Şahin, 2011; İşgör, 2017) gösteren farklı örneklerde yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin köyde yaşayanların iyi oluş düzeylerinin şehirde ve ilçede yaşayanlara göre daha fazla olmasının temiz hava, bahçe ile uğraşmaları, daha rahat hareket özgürlüklerinin olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Katılımcıların eğitim durumu değişkeni açısından iyi oluş alt boyutlarından “olumsuz duygular” ve “sağlık” puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4). Üniversite eğitim seviyesine sahip bireylerin “olumsuz duygular” alt boyutu puan ortalamalarının ilkokul, ortaokul ve lise eğitim seviyesine sahip bireylerden daha yüksek olduğu; ortaokul eğitim seviyesine sahip bireylerin “sağlık” alt boyutu puan ortalamalarının ilkokul eğitim seviyesine sahip bireylerden daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Literatürde eğitim durumunun iyi oluş düzeyine etki ettiğini gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Yurcu ve Atay, 2015; Akman, 2018). Diğer taraftan eğitim durumuna göre iyi oluş düzeyinin değişmediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Keser; 2005, Sıgı ve Basım, 2006; Aşık, 2010, Malkoç, 2011; Cunado 2011; Dinç, 2018). Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşam kaliteleri üzerine yapılan bir çalışmada Cruz ve vd. (2018) diyabetli hastalarda düşük eğitim seviyesinin yaşam kalitesini etkilediğini, düşük eğitim seviyesine sahip diyabetli bireylerin yaşam kalitesinin yüksek eğitim seviyesine sahip diyabetli bireylerden daha az olduğunu ve eğitim durumlarına göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farkın olduğunu belirtmişlerdir. Wandell (2005), Huang ve vd. (2008), Çıtıl ve vd. (2010), Lu ve vd. (2017) çalışmalarında benzer sonuçlar bulmuşlardır. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe yaş aralıklarının azalmasıyla iyi oluş

düzeylerinin düşmesinin sebebi, yaş aralığı düştükçe sorumlulukların artmasından kaynaklı stres faktörünün olduğu söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin çalışma durumlarına göre iyi oluş alt boyutları olan “olumlu duygular”, “anlam”, “başarı”, “olumsuz duygular” ve “sağlık” arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4). Çalışan bireylerin olumlu duygular, anlam, başarı ve sağlık alt boyutları puan ortalamalarının çalışmayan bireylerden daha yüksek olduğu; çalışan bireylerin olumsuz duygular alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan bireylerden daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Çallı (2014) tip 2 diyabet tanılı hastalarla yapmış olduğu çalışmasında hastaların çalışma durumlarına göre iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalıklar yapılan sağlık harcamaları bakımından son derece pahalıdır. Çoğu zaman ise yapılan harcamalar sonucunda bir iyileşme görülememekte ve psikososyal olumsuzluklarında eşlik ettiği zorlu bir yaşam süreci hastanın emosyonel boyutunu da etkilemektedir (Alan, 2008). Çalışmamızda çalışan bireylerin iyi oluş düzeylerinin çalışmayan bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Tip 2 diyabet tanısına sahip bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalar da çalışma durumunun etkileyen bir değişken olduğunu göstermektedir (Riviere ve vd., 2015; Wandell, 2005; Eljedi ve vd., 2006; Collins ve vd., 2009; Trikkalinou ve vd., 2017). Tip 2 diyabet tanısı almış çalışan bireylerin iyi oluşlarının yüksek olmasının, refah düzeyleri, yaşam ve beslenme kalitelerinin fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşlarına göre iyi oluş alt boyutlarından “olumlu duygular”, “bağlanma”, “ilişkiler”, “anlam”, “başarı” ve “sağlık” puan ortalamaları arasında negatif yönde, “olumsuz duygular” puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.4). Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşları arttıkça iyi oluş alt boyutlarından “olumlu duygular”, “bağlanma”, “ilişkiler”, “anlam”, “başarı” ve “sağlık” puan ortalamaları azalmakta, “olumsuz duygular” puan ortalamaları ise artmaktadır. Prajapati ve vd. (2017) yaptıkları çalışmada, tip 2 diyabet tanısı almış hastaların yaşlarının arttıkça iyi oluş düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin azaldığını ve tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşları ile iyi oluşları ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca literatürdeki çalışmalar tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşları arttıkça iyi oluş düzeyleri ve yaşam kalitelerinin azaldığını göstermektedir (Wandell, 2005; Eljedi ve vd., 2006; Akıncı ve vd., 2008; Huang ve vd., 2008;

Redekop ve vd., 2012; Pichon-Riviere ve vd., 2015; Cruz ve vd., 2018). Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşları arttıkça mevcut hastalığına bağlı komplikasyonlarının gelişmesi (diyabetik ayak, kalp ve göz rahatsızlıkları gibi), ölüm korkularının daha fazla olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin tedavi şekillerine göre PERMA ölçeği “olumsuz duygular” ve “sağlık” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5). Oral antidiyabetik ile tedavi gören bireylerin olumsuz duygular alt boyutu puan ortalamalarının insülin ve oral antidiyabetik ile tedavi gören bireylerden daha az olduğu; oral antidiyabetik ile tedavi gören bireylerin sağlık alt boyutu puan ortalamalarının insülin ve oral antidiyabetik ile tedavi gören bireylerden daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Davis ve vd. (1987), diyabet tanısı almış hastaların tedavi şekillerine göre psikososyal iyi oluşları arasında fark olduğunu belirtmişlerdir. Wong ve arkadaşları (2012)’nin insülin kullanan tip 2 diyabetli hastalar ile sadece ilaç tedavisi alan hastaların yaşam kaliteleri üzerine yaptıkları çalışmalarında, insülin kullanan hastaların yaşam kalitelerinin sadece ilaç kullanan hastalara göre daha az olduğunu ve tedavi şekillerine göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farkın olduğunu belirtmişlerdir. Şengül ve arkadaşları (2008), Cheah ve vd. (2012), Erdağı ve Yılmaz (2014), Bilgin ve vd. (2015), Kumar ve vd. (2016) çalışmalarında benzer sonuçlar bulmuşlardır. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin oral antidiyabetik kullanımlarının insüline göre daha fazla olması, sosyal çevrelerinden alabilecekleri tepkilerden dolayı psikolojik iyi oluşlarının azalmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin hastalığa bağlı başka bir sağlık sorunu olma durumlarına göre iyi oluş alt boyutlarından “olumlu duygular”, “ilişkiler”, “anlam”, “olumsuz duygular” ve “sağlık” arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5). Hastalığa bağlı başka sağlık sorunu olmayan bireylerin olumlu duygular, ilişkiler, anlam ve sağlık alt boyut puan ortalamalarının hastalığa bağlı başka sağlık sorunu olan bireylerden daha fazla olduğu; “olumsuz duygular” alt boyutu puan ortalamalarının ise daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Tellez-Zenteno ve Cardiel (2002) kronik komplikasyonların varlığının yaşam kalitesi için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. Eren ve Erdi (2004) yaptıkları çalışmada, kronik hastalıkları olan bireylerin kronik hastalıkları olmayan bireylere göre iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde

yapılan araştırmalarda İmayama ve vd. (2011) ise, diyabete bağlı başka sağlık sorunu olan bireylerin diyabet dışı sağlık sorunu olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu ve diyabete bağlı sağlık sorunu durumlarına göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farkın olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Gren ve vd. (2012) kronik hastalıkları olan tip 2 diyabetli bireyler ile kronik hastalıkları olmayan bireyler arasında yaptıkları çalışmalarında, kronik hastalığı olan tip 2 diyabetli bireylerin yaşam kalitelerinin kronik hastalıkları olmayan hastalara göre daha az olduğunu ve kronik hastalık durumlarına göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farkın olduğunu belirtmişlerdir. Sarı ve Pakyz (2016), Kumar ve vd. (2016), Trikkalinou ve vd. (2017), Mokhtari ve vd. (2018) alışmalarında benzer sonuçlar bulmuşlardır. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin diyabete bağlı kronik hastalıklarının olması, diyabetle yaşam süreçlerini olumsuz yönde etkilediğinden kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre iyi oluş düzeylerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin kontrollere gitme sıklıklarına göre iyi oluş alt boyutlarından “sağlık” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$; Tablo 4.5). Kontrollere ayda bir giden bireylerin sağlık alt boyutu puan ortalamalarının haftada bir gidenlerden daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Çallı (2014) yaptığı çalışmasında kontrole gitme sıklıklarına göre tip 2 diyabet tanısı almış hastaların iyi oluş düzeyleri arasında fark olduğunu belirtmiştir. Daya ve vd. (2016) yaptıkları çalışmada diyabet süresi arttıkça ve hastaların diyabet kontrol sıklıkları arttıkça yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. Redekop ve vd. (2012), Koh ve vd. (2014), Fu ve vd., (2017), Amelia ve vd., (2018) alışmalarında benzer sonuçlar bulmuşlardır.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin hastaneye yatış öykülerine göre iyi oluş alt boyutlarından “başarı” ve “sağlık” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$; Tablo 4.5). Hastaneye yatış öyküsü olmayan bireylerin başarı ve sağlık alt boyut puan ortalamalarının hastaneye yatış öyküsü olan bireylerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Literatürde tip 2 diyabet tanısı almış bireylerden daha önce hastaneye yatış öyküleri olmayanların, yatış öyküsü olanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını gösteren çalışmalar vardır (Akıncı ve arkadaşları, 2008; şengül ve vd., 2008; Javanbakht ve vd., 2012; Prajapati ve vd., 2017). Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin hastane yatış öyküleri olmayanların

olanlara göre iyi oluş düzeylerinin yüksek olması, yatış öyküsü olanların hastalıklarının ileri seviye olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin tip 2 diyabet tanısı ile yaşama sürelerine göre iyi oluş alt boyutlarından “anlam”, “başarı” ve “sağlık” puan ortalamaları arasında negatif yönde, “olumsuz duygular” puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5). Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin tip 2 diyabet tanısı ile yaşama süreleri arttıkça iyi oluş alt boyutlarından “anlam”, “başarı” ve “sağlık” puan ortalamaları azalmakta, “olumsuz duygular” puan ortalamaları ise artmaktadır. Correa ve vd., (2017) ve Verma ve Dadarwal (2017) yaptıkları çalışmalarında tip 2 diyabetli hastaların tip 2 diyabet tanı sürelerinin arttıkça iyi oluş düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin azaldığını ve tip 2 diyabetli hastaların tip 2 diyabetle yaşam süreleri ile iyi oluş düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca literatürdeki çalışmalar diyabet süresi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir (Huang ve vd., 2008; Çıtıl, 2010; Erdağı ve Yılmaz, 2014; Fu ve vd., 2017; Cruz ve vd., 2018; Erkek, 2018; Amelia ve vd., 2018). Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin hastalıkla yaşama süreleri arttıkça iyi oluş düzeylerinin azalması, hastalıkla yaşam süresinin artmasıyla hastalığın iyileşmemesi, yaşında getirdiği olumsuzluklarla beraber mücadele verilmesinin psikolojik ve mental anlamda da diyabetik hastaları zorlamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin önerilen diyetle uyum sağlayabilme durumlarına göre iyi oluş alt boyutlarından “olumlu duygular”, “ilişkiler”, “anlam”, “başarı” ve “olumsuz duygular” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Tablo 4.5). Önerilen diyetle her zaman uyan bireylerin önerilen diyetle genellikle, ara sıra ve nadiren uyan bireylere göre olumlu duygular ve ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının daha az ve olumsuz duygular alt boyut puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Önerilen diyetle genellikle uyan bireylerin anlam alt boyutu puan ortalamalarının nadiren uyan bireylerden daha fazla olduğu; her zaman uyan bireylerin başarı alt boyutu puan ortalamalarının nadiren uyan bireylerden daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde düzenli diyet yapan bireylerin iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu gözükmektedir. Tahmişçioğlu (2008) ve Saatçi ve vd., (2010) yaptıkları çalışmalarında diyabetli hastalarda düzenli diyet yapmanın genel iyi oluş düzeyini etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca literatürdeki çalışmalar düzenli diyet

yapma durumunun yaşam kalitesine olumlu etki ettiğini göstermektedir (Lee ve vd., 2005; Aucott, 2008; Sundaram ve vd., 2009; Imayama ve vd., 2011; Redekop ve vd., 2012; Eckert, 2012; Wong ve vd., 2012; Güzel, 2014).

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin önerilen aktivitelere uyum sağlayabilme durumlarına göre iyi oluş alt boyutlarından “ilişkiler”, “anlam”, “başarı” ve “sağlık” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5). Önerilen aktivitelere her zaman uyan bireylerin ilişkiler ve sağlık alt boyutu puan ortalamalarının genellikle, ara sıra ve nadiren uyan bireylerden daha az olduğu; aktivitelere ara sıra uyan bireylerin anlam ve başarı alt boyutları puan ortalamalarının nadiren uyan bireylerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Krousel-Wood ve vd. (2008) yaptıkları çalışmalarında diyabetli hastaların düzenli egzersiz yapanlarının iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğunu ve iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir. Diyabetli hastalarda fiziksel aktivite programlarına düzenli bir şekilde uymanın komplikasyon gelişimini ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir (ADA, 2004; Saatçi ve vd., 2010). Literatürde tip 2 diyabet hastalarının düzenli egzersiz yapmasının yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Quah ve vd., 2011; Daniele ve vd., 2013).

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin tip 2 diyabetle yaşam deneyiminde informal destek alma durumlarına göre iyi oluş alt boyutlarından “olumlu duygular”, “ilişkiler”, “anlam”, “olumsuz duygular” ve “sağlık” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 4.5). Tip 2 diyabetle yaşam deneyiminde informal destek alan bireylerin olumlu duygular, ilişkiler, anlam ve sağlık alt boyut puan ortalamalarının destek almayan bireylerden daha fazla olduğu ve olumsuz duygular alt boyutu puan ortalamalarının ise destek almayan bireylerden daha az olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Karlsen ve vd. (2007) yaptıkları çalışmalarında informal destek alan tip 2 diyabet tanısı almış hastaların iyi oluş düzeylerini yüksek bulmuşlar ve informal destek ile iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Huixia (2008), Peyrot ve vd. (2013), Shayeghian ve vd. (2015), Rotberg ve vd. (2016) ve Muslu ve vd. (2017) yaptıkları çalışmalarında sosyal desteğin hasta bireyler üzerinde iyi oluş düzeylerini olumlu yönde etkilediğini ve sosyal destek ile iyi oluş düzeyi arasında anlamlı fark olduğunu belirtmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla yaşam deneyimleri açısından iyi oluş düzeylerini inceleme amacı ile yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir;

- Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin iyi oluş düzeylerinin yüksek seviyede olduğu,
- Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre iyi oluş alt boyutları incelenmiş ve yaşadıkları yerlere göre bağlanma, başarı, olumsuz duygular ve sağlık, eğitim durumlarına göre olumsuz duygular ve sağlık, çalışma durumlarına göre olumlu duygular, anlam, başarı, olumsuz duygular ve sağlık arasında anlamlı bir farklılık olduğu, cinsiyet ve medeni durumlarına göre ise iyi oluş alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı, bireylerin yaş ortalamaları arttıkça olumlu duyguların, bağlanmanın, ilişkilerin, anlam ve başarının azaldığı; olumsuz duyguların arttığı,
- Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin yaşam deneyimlerine göre iyi oluş alt boyut ortalamaları incelenmiş ve tedavi şekillerine göre olumsuz duygular ve sağlık, hastalığa bağlı sağlık sorunu olma durumlarına göre olumlu duygular, ilişkiler, anlam, olumsuz duygular ve sağlık, kontrollere gitme sıklıklarına göre sağlık, hastaneye yatış öykülerine göre bağlanma, başarı ve sağlık, önerilen diyetle uyum sağlayabilme durumlarına göre olumlu duygular, ilişkiler, anlam, başarı ve olumsuz duygular, önerilen aktivitelere uyum sağlayabilme durumlarına göre ilişkiler, anlam, başarı ve sağlık, tip 2 diyabetle yaşam deneyiminde informal destek alma durumlarına göre ise olumlu duygular, ilişkiler, anlam, olumsuz duygular ve sağlık arasında anlamlı bir farklılık olduğu; tip 2 diyabetle yaşama süresi arttıkça anlam, başarı, sağlık düzeyinin azaldığı; olumsuz duyguların arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalıkla yaşam süresi, tedavi şekilleri, hastalığa bağlı başka sağlık sorunu olma

durumu, kontrollere gitme sıklığı, hastaneye yatış öyküsü, önerilen diyete uyum sağlama, önerilen aktivitelere uyum sağlama, tip 2 diyabetle yaşam deneyiminde informal destek alma durumlarına göre iyi oluş düzeylerinin değişebileceğinin göz önünde bulundurulması,

- Hemşireleri tarafından bireylerin tip 2 diyabetle yaşam deneyimlerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve bakıma iyi oluş düzeyini artırma stratejilerinin dahil edilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Adakan, F.Y., vd. (2017). Diyabetik ve Non-diyabetik Kişilerde Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*. 9(2).
- Ahmed, A.M. (2012). History of diabetes mellitus. *Saudi Medical Journal*. 23 (4). 373-378.
- Akar, Z., vd. (2014). Diyabetli Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sağlık İnançları Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 30 (3). 32-46.
- Akın, A.İ. (2013). *Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle başa çıkma ve depresyon*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 111, İstanbul.
- Akın, G. (2014). *İstanbul'daki 4-5 Yıldızlı Otel Personelinin Kurumsallaşma Algısının Öznel İyi Oluş ve Öz Uyum Düzeylerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, 111, Çanakkale.
- Akinci, F., vd. (2008). Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes research and clinical practice*. 79 (1). 117-123.
- Akkus, Y. (2008). *Multiple Sklerozlu Hastalarda Ev Ziyareti Yoluyla Verilen Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 85, Ankara.
- Akman, E. (2018). *Sağlık Profesyonellerinde Akış Deneyiminin Öznel İyi Oluş Üzerine Etkisi: Bir Kamu ve Özel Hastane Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü, 93, İstanbul.
- Akpınar, D. (2012). *Diyabet eğitiminin hastaların sağlık inancına, bilgi düzeyine ve diyabet yönetimine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 127, Erzurum.

- Alan, H. (2008). *Diyabetes Mellitusta Gözlenen Duygusal ve Kendini Düzenleme Stratejileri İle Bu Faktörlerin Genel İyilik Hali Ve Fiziksel Sağlıkla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 182, Muğla.
- Amelia, R., et.al. (2018). Quality of life and glyceimic profile of type 2 diabetes mellitus patients of Indonesian: a descriptive study. *IOP Conf. Ser.: Earth Environ. Sci.* 125 (1).
- American Diabetes Association (ADA). (2004). Physical Activity/Exercise and Diabetes. *Diabetes Care.* 27 (1). 58-62.
- American Diabetes Association (ADA). (2015). Standarts of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 38 (1). 8-16.
- American Diabetes Association (ADA). Erişim: 25. Ocak 2020, <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/mental-health/stress.html?referrer=https://www.google.com.tr/>
- Anderson, R.J., et.al. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care.* 24. 1069-1078.
- Arslan, S. (2016). *Üniversite Öğrencilerinin Duygularını İfade Etme, Öznel İyi Oluş ve Anne Babalarının Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 73, İstanbul.
- Asakawa, K. (2004). Flow Experience And Autotelic Personality in Japanese College Students: How Do They Experience Challenges in Daily Life? *Journal of Happiness Studies.* 5. 123-154.
- Aucott, L.S. (2008). Influences of weight loss on long term diabetes outcomes. *Proc Nutr Soc.* 67 (1). 54-59.
- Aşık, A.N. (2010). Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. *Türk İdare Dergisi.* 467. 31.
- Atabey, D. (2017). Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Problem Davranışları ile Ebeveynlerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Studies.* 12 (25). 131-148.

- Bağrıaçık, N. (1997). Diabetes Mellitus: Tanımı, tarihçesi, sınıflaması ve sıklığı. *Diabetes Mellitus Sempozyumu*, İstanbul.
- Bahar, A., vd. (2006). Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 7. 18-26.
- Baykal, A. ve Kapucu, S. (2015). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2 (2). 44-58.
- Begum N, et. al. (2011). Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 93. 260-267.
- Bilgin, M.S., vd. (2015). Diabet hastaların kaliteli yaşaması üzerine bir araştırma. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 6 (2). 159-163.
- Blanchflower, D.G. (2009). International evidence on well-being. In Measuring the subjective well-being of nations: National accounts of time use and well-being. *University of Chicago Press*. 155-226.
- Blanchflower, D.G. and Oswald, A.J. (2009). The U-shape without controls: A response to Glenn. *Social Science & Medicine*. 69 (4). 486-488.
- Blumer, I., et. al. (2013). Diabetes and pregnancy: an endocrine society clinical practice guideline. *Journal Clin Endocrinol Metab*. 98 (11). 4227-49.
- Boyaçlı, M. (2019). Üniversite Öğrencilerinin İyi Oluş Düzeylerinin Perma Modeline Göre Yordanması: Sosyal Destek ve Pozitifliğin Rolü. *Medeniyet Eğitim Araştırmaları Dergisi*. 3 (2). 109-116.
- Bozkurt, N. ve E. Yıldız. (2008). *Diabetes Mellitusda Beslenme Tedavisi, Diyet El Kitabı*. Hatiboğlu Yayınları, 257-288, Ankara.
- Brown, E.S., et. al. (2004). Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol Psychiatry*. 55 (1). 1-9.
- Brown, S.A., et. al. (2007). Health Beliefs of Mexican Americans with Type 2 Diabetes: The Starr County Border Health Initiative. *The Diabetes Educator*. 33 (2). 300-308.

- Bulut, E. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri Üzerinde Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 60, İstanbul.
- Butler, J. and Kern, M.L. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*. 6. 1–48.
- Buzlu, S. (2002). Diyabetin psikososyal yönü. Erdoğan, S. (Eds.). *Diyabet hemşireliği temel bilgiler içinde* (ss.195-203), İstanbul: Yüce Reklam Yayınları.
- Canbay, H. (2010). *Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri ile Sosyal Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 129, İzmir.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Erişim: 14 Ocak 2020, <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/diabetes.html>.
- Cheah, W.L., et.al. (2012). Perception of quality of life among people with diabetes. *Malaysian Family Physician*. 7 (2). 21-30.
- Chon, M.A., et.al. (2014). An online positive affect skills intervention reduces depression in adults with type 2 diabetes. *The Journal of Positive Psychology*. 9 (6). 523-534
- Cihangir-Çankaya, Z. (2005) *Öz Belirleme Modeli: Özerklik Desteği, İhtiyaç Doyumu ve İyi Olma*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 171, Ankara.
- Collins, M.M., et. al. (2009). Quality of life and quality of care in patients with diabetes experiencing different models of care. *Diabetes Care*. 32. 603–605.
- Correa, K., et. al. (2017). Quality of life and characteristics of diabetic patients. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22 (3). 921-930.
- Coşansu Kuzu, G. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 132, İstanbul.

- Cruz, Z.J.N., et. al. (2018). Health and Quality of Life Outcomes Impairment of Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 16 (1). 1-7.
- Cunado, J., et. al. (2011). Modeling international monthly tourist in Spain. *Estudios de Economía Aplicada*. 29 (3). 723.
- Çallı, D. (2014). *Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 114, Denizli.
- Çelik, Ş. (2008). *Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarının Duygusal Zeka Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 93, Konya.
- Çevik, N. (2010). *Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarını Yordayan Bazı Değişkenler*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 96, Ankara.
- Çıtıl, R., vd. (2010). Kayseri il Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 32 (2). 111-122.
- Daniele, T.M.C., et. al. (2013). Associations among physical activity, comorbidities, depressive symptoms and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 57 (1). 44-50.
- Davidson, M. and Knafi, K.A. (2006). Dimensional Analysis of the concept of obesity. *Journal of Advanced Nursing*. 54 (3). 342-350.
- Davis, W.K., et. al. (1987). Psychosocial adjustment to and control of diabetes mellitus: differences by disease type and treatment. *Health Psychology*. 6 (1). 1-14.
- Daya, R., et. al. (2016). Effects of diabetes mellitus on health-related quality of life at a tertiary hospital in South Africa: A cross-sectional study. *SMAJ*. 106 (9). 918-928.

- Demirci, İ., vd. (2017). Beş boyutlu iyi oluş modeli: PERMA Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenilirliği. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 5 (1). 60-77.
- Demirtaş, A. ve Akbayrak, N. (2009). Tip 2 diyabetes mellitus'lu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatolia Journal of Clinical Investigation*. 3 (1). 10-18.
- Diener, E. (1984) Subjective Well-Being. *American Psychological Association*. 95 (3). 542-575.
- Diener, E. and R.J. Larsen. (1993) The experience of emotional well-being. In: Lewis M, Haviland JM, editors. *Handbook of emotions*. (ss.405-415). Guilford; New York.
- Diener, E. and Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*. 68 (4). 653.
- Diener, E., et. al. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *American Psychological Association*. 125 (2). 276-302.
- Diener, E. (2000). The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychological Association*. 55 (1). 34-43.
- Diener, E. and Lucas, R.E. (2000). Subjective emotional well-being running head: Emotional well-being. In: Lewis M, Haviland JM. (ed.), *Handbook of emotions*, (ss. 325-334). New York: Guilford Press.
- Diener, E. and Chan, M.Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *International Association of Applied Psychology*. 3 (1). 1-43.
- Dinç, G. (2018). *Özel Eğitim Kurumlarında Çalışan Özel Eğitim Öğretmenlerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ile Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Bıruni Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 119, İstanbul.
- Dizmen, F. (2016). *Farklı Okul Programlarındaki Lise Öğrencilerinin Kendini Açma Davranışlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 165, Erzurum.

- Dost, M.T. (2004). *Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 166, Ankara.
- Dost, M. (2005). Ruh Sağlığı ve Öznel İyi Oluş. *Eurasian Journal of Educational Research*. 20. 223-231.
- Dost, M.T. (2007). Üniversite öğrencilerinin yaşam doyumunun bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 22 (22). 132-143.
- Dost, M.T. (2010). Güney Afrika ve Türkiye'deki üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre öznel iyi oluş ve yaşam doyumlarının incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*. 35 (158). 75-89.
- Dörtbudak, Z., vd. (2010). Diyabet Hastalarında Sosyo-Demografik Özellikler. Hastalıkla İlgili Bakım Davranışları ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 7 (2). 59-65.
- Eckert, K. (2012). Impact of physical activity and bodyweight on health-related quality of life in people with type 2 diabetes. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 5. 303-311.
- Elbi Mete, H. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 11 (3). 3-18.
- Eljedi, A., et. al. (2006). Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 6. 268.
- Erdağı, F. ve Yılmaz, D.S. (2014). Diyabetli Kadınların Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 30 (1). 60-74.
- Eren, İ. ve Erdi, Ö. (2004). Tip II diabetes mellitusta komplikasyonların psikiyatrik komorbiditeye etkisi. *3P Dergisi*. 12. 209-216.
- Erkek, Y. (2018). *Tip 2 Diyabetli Hastalarda Yaşam ve Uyku Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 144, Konya.

- Erol, Ö. (2009). *İnsülin kullanan diyabetlilerde hipoglisemi korkusu ve öz-etkililik*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 161, İstanbul.
- Eryılmaz, A. (2010). The Relationship Between Using of Subjective Well Being Increasing Strategies and Academic Motivation in Adolescence. *Clinical Psychology* 13. 77-84.
- Eryılmaz, A. ve Ercan, L. Investing of the Subjective Well-Being Based on Gender, Age and Personality Traits. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 4 (36). 139-151.
- Eryılmaz, A. ve Ercan L. (2016). İş Yerinde Kullanılan Öznel İyi Oluşu Artırma Stratejileri Ölçeğinin Geliştirilmesi. *International Journal Of Eurasia Social Sciences*. 7. 248-257.
- Eryılmaz, A. ve Doğan, T. (2012). Akademisyenlerde İşle İlgili Temel İhtiyaç Doyumu ve Öznel İyi Oluş. *Ege Akademik Bakış*. 12 (3). 383-389.
- Evans, M.L., et. al. (2010). Insulin usage in type 2 diabetes mellitus patients in uk clinical practice: A retrospective cohort-based analysis using the THIN database. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*. 10 (4). 178-182.
- Fu, T., et. al. (2017). Associated factors with functional disability and health-related quality of life in Chinese patients with gout: A case-control study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 18. 429
- Goday, A. (2002). Epidemiology of Diabetes and Its Non Coronary Complications. *Diabetes and Cardiovascular Diabetes II*. 55 (6). 657-670.
- Goodman, F., et. al. (2017). Measuring well-being: A comparison of subjective wellbeing and PERMA. *The Journal of Positive Psychology*. 1-12.
- Gündoğdu, R. ve Yavuzer, Y. (2012). Öğretmen adaylarının öznel iyi oluş ve psikolojik ihtiyaçlarının demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1 (23). 115-131.
- Gren, A.J., et. al. (2012). Quality of life, depression and healthcare resource utilization among adults with type 2 diabetes mellitus and concomitant hypertension and obesity: a prospective survey. *Cardiol Res Pract*. 1-5.

- Hibbard, J.H., et. al. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers, *HSR: Health Services Research*. 39 (4). 1005-1026.
- Hills, P. and Argyle, M. (2001). Emotional Stability as A Major Dimension of Happiness, *Personality and Individual Differences*. 31. 1357-1364.
- Huang, I.C., et. al. (2008). Diabetes-specific or generic measures for health-related quality of life? Evidence from psychometric validation of the D-39 and SF-36. *Value Health*. 11 (3). 450-461.
- Huffman, J.C., et. al. (2015). Positive Psychological Interventions for Patients with Type 2 Diabetes: Rationale, Theoretical Model, and Intervention Development. *Journal of Diabetes Research*. 18.
- Huixia, S. (2008). Effectiveness of a peer-led self-management program for older people with type 2 diabetes in China. Queensland, Australia; *Queensland University of Technology*.
- Huppert, F.A. (2009). A new approach to reducing disorder and improving well-being. In Diener E, ed. *Perspectives on Psychological Science*. 4. 108-11.
- Imayama, I., et. al. (2011). Determinants of quality of life in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Health Qual Life Outcomes*. 19 (9). 115.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015. Erişim: 17 Ocak 2020. <http://www.diabetesatlas.org>.
- İşgör, İ.Y. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Muhafazakar Yaşam Tarzları ile Psikolojik İyi Oluşlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 167, Erzurum.
- İşgör, İ.Y. (2017). Investing the Predictive Effect of Compassion on Subjective Well-Being. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*. 16 (2). 425-436.
- Javanbakht, M., et. al. (2012). Health related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Iran: a national survey. *Plos One*. 7 (8). 44526.

- Kahneman, D., et. al. (1999). Well-being: The foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation.
- Karsıdağ, K. (2001). *Hipoglisemi*. Nobel Tıp Kitabevleri. (ss. 305-306). İstanbul.
- Kartal, A. (2006). *Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 164, İzmir.
- Kartal, A. ve İnci, F.H. (2011). A Cross Survey of Self- Perceived Health Status and Metabolic Control Values in Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of Nursing Studies*. 48. 227-234.
- Kartal, M.A. (2013). *Ortaöğretim Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Öznel İyi Oluş ve İletişim Beceri Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 174, Samsun.
- Katja, R., et. al. (2002). Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior and school satisfaction, *Journal of School Health*. 72 (6). 243-249.
- Kavak, H. (2006). *Tip 2 Diabetes Mellitus ile Beslenme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkiler*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı, 53, Erzurum.
- Kaymaz, T.T. ve Akdemir, N. (2016). Psychosocial Adjustment of Diabetic Patients to Their Disease. *Journal of Psychiatric Nursing*. 7 (2). 61-67.
- Kermen, U. (2013). *Üniversite Öğrencilerinin İhtiyaç Doyumu ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, 91, Bolu.
- Keser, A. (2005). İş doyumu ve yaşam doyumu ilişkisi: otomotiv sektöründe bir uygulama. *Çalışma ve Toplum*. 4.
- Khaw, D. and Kern, M. (2014). A cross-cultural comparison of the PERMA model of well-being. *Undergraduate Journal of Psychology at Berkeley*, University of California. 8. 10-23.

- Kılıç, M. (2016). *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Etkinlik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı ile İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 68, Konya.
- Kızıлтаş, Ö., vd. (2016). Tip 2 Diyabet Hastalarında Psikolojik Belirtilerin İncelenmesi. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*. 8 (3).
- Kim, C., et. al. (2002). Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*. 25 (10). 1862-1868.
- Kim, J.C., et. al. (2007). The Impact of a Stage Matched Intervention to Promote Exercise Behavior in Participants With Type 2 Diabetes. *International Journal of Nursing Studies*. 41. 833-841.
- Koh, O., et. al. (2014). Establishing the Thematic Framework for a Diabetes-Specific Health-Related Quality of Life Item Bank for Use in an English-Speaking Asian Population. *PLoS ONE*. 9 (12). 115654.
- Kokoszka, A., et. al. (2009). Serious diabetes-specific emotional problems in patients with type 2 diabetes who have different levels of comorbid depression: a Polish study from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium Skłodowska European Psychiatry. 24. 425-430.
- Krousel-Wood, M.A., et. al.. (2008). Does home-based exercise improve body mass index in patients with type 2 diabetes?: Results of a feasibility trial. *Diabetes research and clinical practice*. 79 (2). 230-236.
- Kumar, S.A., et. al. (2016). Quality of life of type 2 diabetes patients in a tertiary care hospital in southern part of India, Shimoga, Karnataka: a cross-sectional study. *.Int Journal Community Med Public Health*. 3 (7). 1723-1728.
- Küçük, L. (2015). Diyabetin ruhsal boyutu. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 31. 52-56.
- Lamonte, M.J., et. al. (2005). Physical Activity and Diabetes Prevention. *Journal of Applied Physiology*. 99. 1205-1213.
- Lee, S., et. al. (2006). Treatment-related stresses and anxiety-depressive symptoms among chinese outpatients with type 2 diabetes mellitus in Hong Kong. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 74. 282-288.

- Lee, W.J., et. al. (2012). Health-related quality of life using the euroQol 5D questionnaire in Korean patients with type 2 diabetes. *J Korean Med Sci.* 27 (3). 255-260.
- Lloyd, C.E., et. al. (2012). Screening for depression and other psychological problems in diabetes: A practical guide. *Springer Science & Business Media.* London.
- Lu, Y., et. al. (2017). Health-related quality of life in type-2 diabetes patients: a cross-sectional study in East China. *BMC endocrine disorders*, 17 (1). 38.
- Mahon, N.E., et. al. (2005). Happiness as Related to Gender and Health in Early Adolescents. *Clinical Nursing Research.* 14 (2). 175-190.
- Malkoç, A. (2011). *Öznel iyi oluş müdahale programının üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeylerine etkisi.* Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 158, İstanbul.
- Meriç, M. (2017). Diyabetli Bireyin Mücadelesi: Gözden Kaçan Psikososyal Boyut. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği-Özel Konular.* 3 (1). 37-41.
- Mokhtari, Z., et. al. (2018). Health-related quality of life in Iranian patients with type 2 diabetes: an updated meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews.* 13 (1). 402-407.
- Muslu, L., et. al. (2017). Perceptions of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus on Psychosocial Adaptation Process: A Phenomenological Study. *Current Approaches in Psychiatry.* 9 (1). 75-100.
- Mutlu, G. (2018). *Kadın Sığınma Evinde Kalan Kadınların Öznel İyi Oluş Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 76, İstanbul.
- Myres, D. and Diener, E. (1995). Who is happy. *American Psychological Society.* 6 (1). 1-19.
- Nakamura, J. and Csikszentmihalyi, M. (2002). The Concept of Flow. *Handbook of Positive Psychology.* 89-105.

- O'hea, E., et. al. (2009). The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. *J Behav Med.* 32. 106-17.
- Onat, A. (2009). Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı. 140-148.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. and Verbrugge, L.M. (1999). *Social Indicators Research.* 46. 61-90.
- Osmanoğlu, D. ve Kaya, H.İ. (2013). Öğretmen Adaylarının Yükseköğretime Dair Memnuniyet Durumları İle Öznel İyi Oluş Durumlarının Değerlendirilmesi: Kafkas Üniversitesi Örneği. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 12. 45-70.
- Oynağanlı, S. (2015). *60 Yaş ve Üzeri Kişilerde Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeyleri.* Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 78, İstanbul.
- Özbay, Y. ve İlhan, T. (2010). Yaşam Amaçlarının ve Psikolojik İhtiyaç Doyumunun Öznel İyi Oluş Üzerindeki Yordayıcı Rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* 4 (34). 109-118.
- Özdemir, Ü. ve Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 1 (1). 57-72.
- Özer, M. ve Karabulut, Ö.Ö. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Turkish Journal of Geriatrics.* 6 (2). 72-74.
- Özer, E.E. (2015). *Hiperbarik Oksijen Tedavisi Gören Diyabetik Ayak Olgularında Tedavi Sonucunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.* Tıpta Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı, 56, Ankara.
- Özgüleş, B. ve Arslanoğlu, A. (2020). Sağlık Çalışanlarında Öznel İyi Oluşun Duyusal Emek Davranışı Üzerine Etkisi. *International Journal of Society Researches.* 15 (22). 1115-1133.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi.* Roche Yayınları, 1. Baskı, (ss. 94-99). İstanbul.

- Özkan, S. ve Durna, Z. (2006). İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.*, 22 (2). 121-135.
- Pearce, M.J., et. al. (2013). The psychological impact of diabetes: a practical guide for the nurse practitioner. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners.* 25. 578-583.
- Peyrot, M., et. al. (2006). Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabetes Care.* 29. 1256-1262.
- Peyrot, M., et. al. (2013). Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stake holder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 99 (2). 174-184.
- Piciu, A.M., et. al. (2017). Life satisfaction is a protective factor against the onset of Type 2 diabetes in men but not in women: findings from the MONICA/KORA cohort study. *Diabetic Medicine.* 35 (3). 323-331.
- Prajapati, V.B, et. al. (2017). Assessment of quality of life in type II diabetic patients using the modified diabetes quality of life (MDQoL)-17 questionnaire. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences.* 53 (4). 17144.
- Quah, J.H.M., et. al. (2011). Health-related quality of life is associated with diabetic complications, but not with short-term diabetic control in primary care. *Ann Acad Med Singapore.* 40 (6). 276-86.
- Redekop, W.K., et. al. (2012). Health related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 25 (3). 458-63
- Reisoğlu, S. (2014). *Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarını Yordamada Beş Faktör Kişilik Özellikleri, Mizah Tarzları ve Duygusal Zekânın Rolü.* Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 144, Trabzon.

- Riviere, P.A., et. al. (2015). Quality of life in type 2 Diabetes mellitus patients requiring insulin treatment in Buenos Aires, Argentina: a cross-sectional study. *Journal Health Policy Manag.* 4 (7). 475-480.
- Robinson, M.D., et. al. (2003). Trait as default: Extraversion, subjective well-being, and the distinction between neutral and positive events. *Journal of Personality and Social Psychology.* 85. 517-527.
- Robinson, D.J., et. al. (2013). Diabetes and mental health. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee *Can J Diabetes.* 37. 87-92.
- Rotberg, B., et. al. (2016). The importance of social support on glycemic control in low-income Latinos with type 2 diabetes. *Am J Health Educ.* 47. 279-286.
- Roy, T. and loyd, C.E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *Journal Affect Disord.* 142. 8-21.
- Saatçi, E., et. al. (2010). The Well-Being and Treatment Satisfaction of Diabetic Patients in Primary Care. *Healty and Quality of Life Outcomes.* 8. 67.
- Satman, I., et. al. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology.* 28 (2). 169-180.
- Saygın, Y. (2008). *Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 91, Konya.
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology.* 13 (4).
- Sevinç, S., vd. (2012). Diyabetli Bireylerde Sağlık İnancı Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi.* 4 (1). 1-7.
- Sezer, F. (2011). Ortaöğretim öğrencilerinin öznel iyi oluş durumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Millî Eğitim.* 192. 74-85.

- Sharon, H.S., et. al. (2013). Socioeconomic Status and Mortality Contribution of Health Care Access and Psychological Distress Among U.S. Adults with Diagnosed Diabetes. *Diabetes Care*. 36 (1). 49-55.
- Shayeghian, Z., et. al. (2015). Self-care activities and glycated haemoglobin in Iranian patients with type 2 diabetes: can coping styles and social support have a buffering role. *Psychol Health*. 30. 153-164.
- Sıgır, Ü. ve Basım, N. (2006). İşgörenlerin iş doyumunu ile örgütsel bağlılık düzeylerinin analizi: kamu ve özel sektörde karşılaştırmalı bir araştırma. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 12. 131-154.
- Stutzer, A. and Frey, B.S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married?. *The Journal of Socio-Economics*. 35 (2). 326-347.
- Sürücü, Ö. (2016). İş Yaşantısında İyimserlik, Yaşam Doyumu ve Mutluluk; Otel İşletmelerinde Çalışan İş Görenlere Yönelik Bir Uygulama. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 9 (43). 2017-2176.
- Şahin, G.N. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma, Öznel İyi Oluş ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 161, İzmir.
- Şahin, M., vd. (2015). Öznel İyi Oluş ve Spor. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 17 (1). 23-31.
- Şenocak, S.Ü. (2016). *Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres, Algılanan Sosyal Destek, Öznel İyi Oluş ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, 248, Aydın.
- Şengül, M., et. al. (2018). Evaluation of Life Quality Functions in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 12. 68-72.
- Şireci, E. ve Karabulutlu, E.Y. (2017). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20 (1). 48-55.

- Tahmişcioğlu, G. (2008). *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Takip Edilen Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Glisemik Kontrollerinin, Lipid Profillerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 128, Adana.
- Tatay, E. (2015). *Parçalanmış ve Parçalanmamış Aileye Sahip Ergenlerin Akademik Başarı, znel İyi Oluş ve Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 96, Tokat.
- Tekin-Yanık, Y. (2011). Tip 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 84, Edirne.
- Téllez-Zenteno, J.F. ve Cardiel, M.H. (2002). Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res.* 33. 53-60.
- Topuz, C. (2013). Üniversite ğrencilerinde özgeciliğin znel İyi Oluş ve Psikolojik İyi Oluş ile İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 132, İstanbul.
- Trikkalinou, A., et. al. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World J Diabetes.* 8 (4). 120-129.
- Tuzgöl-Dost, M. (2004). *niversite ğrencilerinin znel İyi Oluş Düzeyleri*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 166, Ankara.
- Türk Nefroloji Derneği (TND). Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler, 2010-2020 Ulusal Diyabet Stratejisi Sonuç Dökümanı. Erişim: 16 Ocak 2020. http://www.tsn.org.tr/folders/file/Diyabet_2020_Sonuc_Dokumani.pdf.
- Türkdoğan, T. (2010). *niversite ğrencilerinde Temel İhtiyaçların Karşılanma Düzeyinin znel İyi Oluş Düzeyine Yordamadaki Rolü*. Yüksek Lisan Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 156, Denizli.
- Türker, M. ve Süzmeçelik, E. (2010) Türkiye’de ve Dünyada Rakamlarla Diyabet. *Mised.* 23 (24). 62-66.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB). Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ankara, 2004. Erişim: 21 Ocak 2020. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara, 2013, Erişim: 8 Şubat 2020. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Erişkin Diyabetli Bireyler için Eğitimci Rehberi, Ankara, 2017, Erişim: 20 Ocak 2020. http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/bulasici-olmayan-by/obezite_diyabet_db/dokumanlar/Diyabet-Egitim-Seti/Eriskin-Diyabetli-Bireyler-Icin-Egitimci-Rehberi.pdf.

Türkiye Diyabet Programı (TDP). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Türkiye Diyabet Vakfı (TDV). Diyabet Hakkında Herşey. Diyabet Rehberi, Erişim: 22 Şubat 2020. <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=46>.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017, 9. Baskı, Miki Matbaacılık, Ankara, 2017:1-230. Erişim: 24 Ocak 2020. http://www.turkendokrin.org/files/DIYABET_2017_web.pdf.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı. Erişim: 18 Şubat 2020. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083.

Türten, T. (2011). *Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumun belirlenmesi*. Yüksek Tisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 134, Ankara.

Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi, Türkiye’de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu, Türkiye 2013, Erişim: 17 Ocak 2020. <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-de-ve-bolge-ulkelerinde-diyabet-sorunu>.

- Verma, K. and Dadarwal, M. (2017). Diabetes and quality of life: A theoretical perspective. *Journal Soc Health Diabetes*. 5. 5-8.
- Vincent, D., et. al. (2006). Using Focus Groups to Develop a Culturaly Compenent Diabetes Self Managenet Program for Mexican. *The Diabetes Educator*. 32 (1). 89-97.
- Warr, P. (2007). Searching for happiness at work. *The Psychologist*.
- WHO/IDF Europa. (1990). Diabetes care and research in Europa. the Saint Vincent declaration. *Diabet Med*. 7. 360.
- Wong, F.K.Y., et. al. (2005). Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (4). 391-402 .
- World Health Organization (WHO). The top ten causes of death. Erişim: 14 Ocak 2020. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
- World Health Organization (WHO). Erişim: 16 Ocak 2020. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
- Yanık, T.Y. (2011). *Tip 2 Diyabetlilerin Öz-yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 84, Edirne.
- Yetim, Ü. (2001). *Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri*, Bağlam Yayıncılık, İstanbul.
- Yıldırım, A., et. al. (2007). Translation, cultural adaptation, cross-validation of the Turkish Diabetes quality-of-life (DQOL) measure. *Quality of Life Research*. 16. 873–879.
- Yurcu, G. ve Atay, H. (2015). Çalışanların Öznel İyi Oluşunu Etkileyen Demografik Faktörlerin İncelenmesi: Antalya İli Konaklama İşletmeleri Örneği. *Manas Journal of Social Studies*. 2 (4). 17-35.

EKLER

Ek 1: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu Kararı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/596-653

22.10.2020


Sayın Dr. Öğr. Üye. Oya Sevcan ORAK

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Tip II Diyabet Tanısı Almış Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıkla Yaşam Deneyimleri Açısından İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi** başlıklı OMÜ KA EK 2019/544 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.07.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 2. Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı

 T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ				
ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI				
ARAŞTIRMA YAPACAK KİŞİ/KİŞİLER	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAKI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Esra KABADAŞ Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Ordu Medicalpark Hastanesi	30/10/2019 30/06/2020	Tip II Diyabet Tanısı Almış Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Göre İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi.

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **24/10/2019** tarih 93771576-302.08.01-E.23636 sayılı yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür..../12/2019

Yasemin GÜDÜK Uzman Uygundur/Uygun Değildir.	Doç.Dr. Hakan TİMUR Başhekim Uygundur/Uygun Değildir.	Uzm.Dr. Kerem DOSTBİTMEZ Başkan Yardımcısı Uygundur/Uygun Değildir.	Uzm.Dr. Muhammet ÖZBİLEN Başkan Yardımcısı Uygundur/Uygun Değildir.
--	---	---	---

.../12/2019
Uzm.Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Komisyon Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğretim Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla yaşam deneyimleri açısından iyi oluş düzeylerinin incelenmesi amacıyla yürütülen, Esra KABADAŞ'ın yüksek lisans tez çalışmasıdır ve bu çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Araştırmanın Amacı ve Araştırmacının Açıklaması:

Çalışmanın amacı tip 2 diyabet tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalıkla yaşam deneyimleri açısından iyi oluş düzeylerinin etkisini araştırmaktır. Çalışmaya katılmak tamamen ücretsizdir ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılım karşılığı size ücret ödemesi yapılmayacaktır. Cevaplarınız tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından bir bütün olarak değerlendirilecektir. Elde edilen bilgiler daha sonra bilimsel yayınlarda ve sunumlarda kullanılacaktır. Çalışmayla ilgili var ise sorularınız veri toplama aşamasından sonra araştırmacıya sorabilirsiniz. Bu çalışmaya katıldığımız için şimdiden teşekkür ederiz.

Detaylı bilgi için "e.bayhan@live.nl" adresinden bilgi alabilirsiniz.

Katılımcının Beyanı: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

	Katılımcı	Araştırmacı
Ad Soyad		
Telefon		
Tarih		
İmza		

Ek 4. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma Tip II Diyabet Tanısı Almış Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıkla Yaşam Deneyimleri Açısından İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya yönelik olarak dolduracağınız ankette kimliğinizi ortaya çıkartacak sorular bulunmamaktadır. Vereceğiniz yanıtlar bireysel olarak değil, diğer yanıtlar ile birlikte değerlendirilecek ve araştırmacı haricinde kimse tarafından bilinmeyecektir. Buna rağmen araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Bu anket sınav değildir. Önemli olan sizin her soruya yönelik kişisel düşüncenizdir.

Zaman ayırıp katıldığınız için içtenlikle teşekkür ederim.

Esra KABADAŞ
Yüksek Lisans Öğrencisi
e.bayhan@live.nl

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar

Yaşadığınız yer: 1. İl 2. İlçe 3. Köy

Eğitim durumunuz:

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite 5. Yüksek lisans 6. Doktora

Çalışma durumunuz: 1. Evet 2. Hayır

Ek 5. Tip 2 Diyabet Tanısı Almış Bireylerin Yaşam Şekilleri Formu

Şu anki tedavi şekliniz nedir?

1. İnsülin 2. Oral Antidiyabetik 3. İnsülin + Oral Antidiyabetik 4. Diğer

Hastalığa bağlı başka sağlık sorunu yaşadınız mı?

1. Evet 2. Hayır

Kontrollere ne sıklıkla gidiyorsunuz?

1. Haftada Bir 2. Ayda Bir 3. Yılda Bir 4. Diğer

Hastaneye yatış öyküsü? 1. Evet (...../kez) 2. Hayır

Önerilen diyetle uyum sağlama durumunuz:

1. Her zaman 2. Genellikle 3. Ara sıra 4. Nadiren

Önerilen aktivitelere (spor gibi) uyum sağlama durumunuz:

1. Her zaman 2. Genellikle 3. Ara sıra 4. Nadiren

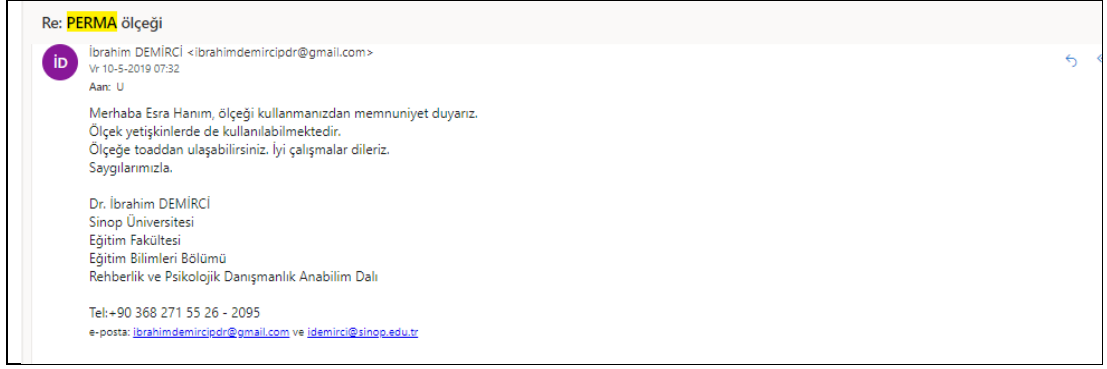
Bu süreçte size destek olan birileri var mı?

1. Evet 2. Hayır

Ek 6. PERMA Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra 0 ile 10 arasında size en uygun olan seçeneğin üzerine çarpı (X) işareti koyunuz.													
1	Genel olarak, ne ölçüde amaçlı ve anlamlı bir hayat sürdürmektesiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
2	Ne sıklıkla hedeflerinize ulaşmak için ilerleme kaydettiğinizi hissedersiniz? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
3	Ne sıklıkla yaptığınız işe kendinizi verirsiniz? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
4	Genel olarak, sağlık durumunuz nasıl? Çok Kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel
5	Genel olarak, ne sıklıkta neşeli hissedersiniz? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
6	İhtiyacınız olduğunda ne ölçüde başkalarından yardım ve destek alabilirsiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
7	Genel olarak, ne sıklıkta endişeli hissedersiniz? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
8	Kendiniz için belirlediğiniz önemli hedeflere ne sıklıkla ulaşırsınız? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
9	Genel olarak, hayatınızda yaptıklarınızın ne ölçüde değerli ve faydalı olduğunu hissedersiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
10	Genel olarak, ne sıklıkta olumlu hissedersiniz? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
11	Genel olarak, ne ölçüde olaylara karşı heyecanlı ve ilgili hissedersiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
12	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar yalnız hissedersiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
13	Mevcut fiziksel sağlık durumunuzdan ne kadar memnunsunuz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
14	Genel olarak, ne sıklıkta öfkeli hissedersiniz? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
15	Ne derecede sevildiğinizi hissedersiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
16	Sorumluluklarınızı ne sıklıkla yerine getirebilirsiniz? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
17	Genel olarak, ne ölçüde hayatınızın bir yönü olduğunu hissedersiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
18	Kendinizi sizinle aynı yaş ve cinsiyet grubuyla karşılaştırdığımızda sağlık durumunuz nasıl? Çok Kötü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel
19	Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
20	Genel olarak ne sıklıkla üzgün hissedersiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
21	Ne sıklıkla eğlenceli bir şeyler yaparken zamanın nasıl geçtiğini anlamazsınız? Hiçbir zaman	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Her zaman
22	Genel olarak ne ölçüde memnun hissedersiniz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen
23	Her şeyi birlikte değerlendirdiğinizde ne kadar mutlusunuz? Hiç	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen

Ek 7. PERMA Ölçeği İzni



ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Esra KABADAŞ

Doğum Yeri : Hollanda

Doğum Tarihi : 28.05.1988

Medeni Hali : Evli

Yabancı Dil : Hollandaca – İngilizce – Almanca

**Eğitim Durumu
(Kurum/Yıl)** : Ordu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
(Lisans) (2014)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri
Hemşireliği Yüksek Lisans (2017-...)

**Çalıştığı
Kurum/Kurumlar ve Yıl** : Ordu Medicalpark Hastanesi Diyabet Eğitim
Hemşiresi (2018-2019)

E-posta : e.bayhan@live.nl

ORCID No : 0000-0002-8030-878X