



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞI KABUL
DÜZEYLERİ VE METABOLİK HEDEFLER ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özlem Sözeri ÖZDEM

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2019

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞI KABUL
DÜZEYLERİ VE METABOLİK HEDEFLER
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Özlem Sözeri ÖZDEM

Danışman
Doç. Dr. Esra OKSEL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

İzmir
2019

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç. Dr. Esra OKSEL

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Aynur TÜREYEN

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Dilek BÜYÜKKAYA BESEN

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 10 Temmuz 2019

Önsöz

Diyabet bireyin yaşamını değiştiren önemli bir hastalıktır. Bireyin önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmesi son derece önemlidir. Bunun için öncelikle bireyin hastalığını doğru algılaması ve hastalığıyla baş etme mekanizmalarını geliştirmesi gereklidir. Bireyin hastalığın getirdiği yükleri taşıyabilmesi ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi için yaşamında köklü değişimlere gitmesi gereklidir. Bu bağlamda ise bireyin tüm yaşam seçimlerini etkileyen kişilik özellikleri önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilik özellikleri hastalığın kabulünden baş etme mekanizmalarına, tedaviye uyumdan hastalığın prognozuna kadar birçok şeyi etkiler. Kronik hastalıklarda öncelikli olan hastalığı kabuldür. Birey hastalığı kabul ettikten sonra hastalığa uyum ve istendik yaşam tarzı değişiklikleri sağlandığında metabolik hedefler de olumlu yönde etkilenecektir.

Bu bilgi ve düşünceler ışığında planlanan ve gerçekleştirilen bu araştırma ile; tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ve metabolik hedefler üzerine etkisinin belirlenmesini, diyabet yönetiminin planlanması için kaynak oluşturacağı, alanda çalışan sağlık profesyonellerine ve araştırmacılara katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

İzmir, 16.07.2019

Özlem Sözeri ÖZDEM

Özet

Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bu araştırma; tip 2 diyabet tanısı olan bireylerde kişilik özelliklerinin, hastalığı kabul düzeyleri ve metabolik hedefler üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, analitik-kesitsel tipte yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı Diyabet Polikliniğine kayıtlı Tip 2 Diyabet tanısı almış bireyler oluşturmuştur. Araştırma örneklemini, en az 6 aydır Tip 2 diyabeti olan, iletişim problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 300 tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur. Araştırma verileri, bire bir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplamada Bireysel Tanıtım Formu, Metabolik Sonuçlar Listesi, Beş Faktör Kişilik Ölçeği ve Hastalığı Kabul Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı veriler için sayı-yüzde değerleri, Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testi, çoklu regresyon analizinde Ki Kare testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin dışadönüklük alt değişkeninin puan ortalaması $25,93 \pm 8,11$; duygusal dengesizlik alt değişkeninin puan ortalaması $27,18 \pm 6,78$; geçimlilik alt değişkeninin puan ortalaması $40,21 \pm 4,18$; sorumluluk alt değişkeninin puan ortalaması $31,90 \pm 6,41$; açıklık alt değişkeninin puan ortalaması ise $33,16 \pm 7,75$ olduğu saptanmıştır. Duygusal dengesizliğin hastalığı kabulü olumsuz yönde, sorumluluğun ise olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur. “Hastalığı Kabul Ölçeği” puan ortalaması $27,72 \pm 7,74$ bulunmuştur. Bireylerin açlık glisemi puan ortalaması $136,50 \pm 47,99$; tokluk glisemi puan ortalaması $185,68 \pm 67,99$; HbA1c puan ortalaması $7,49 \pm 1,83$ olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özellikleri, farklı hastalığı kabul düzeylerine ulaştırmıştır. Tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özelliklerinin farklı metabolik hedeflere ulaştırıp ulaştırmadığına yönelik sadece duygusal dengesizlik ile sistolik kan basıncı düzeyleri arasında pozitif yönde korelasyon vardır. Diğer hedefler için kesin bir şey söyleyebilmek için araştırma örnekleminin genişletilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler; Tip 2 diyabet; kişilik özellikleri; hastalığı kabul; metabolik hedefler.

Abstract

Examining of the Effects of the Personality Traits in the Individuals with Type 2 Diabetes over the Levels of the Illness Acceptance and Metabolic Targets

This study has been carried out in a way of descriptive and analytical-sectional in order to examine the effects of personality traits in the individuals with type 2 diabetes over the levels of the illness acceptance and metabolic targets. The universe of the study was formed by the individuals with Type 2 Diabetes who are registered in Ege University Faculty of Medicine Hospital, Department of Internal Medicine, Department of Endocrinology Diabetes Polyclinic. The sample of the study was formed by 300 individuals with type 2 diabetes who had Type 2 diabetes for at least 6 months, who had no communication problems and who voluntarily accepted to participate in the study. The data of the study were collected by one-to-one interview method. Individual Introduction Form, Metabolic Results List, Five Factor Personality Scale and Acceptance of Illness Scale were used in data collection. In the analysis of the data of the study; number-percentage values, Kruskal Wallis and Mann Whitney-U test were used for the descriptive data and Chi-square test was used in multiple regression analysis.

It was determined that the individuals who participated to the study have the average score of extraversion sub-variable $25,93 \pm 8,11$; the average score of emotional instability sub-variable $27,18 \pm 6,78$; the average score of agreeableness sub-variable $40,21 \pm 4,18$; the average score of responsibility sub-variable $31,90 \pm 6,41$; the average score of openness sub-variable $33,16 \pm 7,75$. It was determined that emotional instability affects the illness acceptance negatively and responsibility affects it positively. It was found that the average score of “Acceptance of Illness Scale” was $27,72 \pm 7,74$. It was determined that the individuals have the average score of fasting glycemia $136,50 \pm 47,99$; the average score of toughness glycemia $185,68 \pm 67,99$; the average score of HbA1c $7,49 \pm 1,83$.

In our study, different personality traits in individuals with type 2 diabetes have reached different illness acceptance levels. In individuals with type 2 diabetes, for the case of whether or not different personality characteristics lead to different metabolic targets, there is a positive correlation only between emotional instability

and systolic blood pressure levels. To be able to say something certain for the other targets, the sample of the study needs to be expanded.

Keywords; Type 2 diabetes; personality traits; acceptance of illness; metabolic targets.



İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	III
Abstract.....	IV
İçindekiler	VI
Tablolar Dizini.....	VIII
Kısaltma Listesi	IX
1. Giriş	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	1
1.2. Araştırmanın Sorusu	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.6. Araştırmanın Amacı	3
2. Genel Bilgiler	4
2.1. Diabetes Mellitus	4
2.1.1. Metabolik Hedefler	6
2.2. Diyabet Yönetiminde Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul	7
2.2.1. Kişilik Özellikleri	7
2.2.2. Hastalığı Kabul.....	10
3. Gereç ve Yöntem	13
3.1. Araştırmanın Tipi	13
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	13
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	13
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları	13
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi	15
3.7. Araştırmanın Süre ve Olanakları	15
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	15
4. Bulgular.....	16
4.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	16

4.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özelliklerine, Hastalığı Kabul Düzeylerine ve Metabolik Sonuçlarına İlişkin Bulgular.....	23
4.3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul Ölçeği ile Kişilik Özellikleri ve Metabolik Hedefler Arasındaki Korelasyon Verilerine İlişkin Bulgular.....	27
5. Tartışma.....	35
5.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri, Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Sonuçlarının Tartışması.....	35
5.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışması.....	37
5.3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Metabolik Hedefler Arasındaki İlişkinin Tartışması.....	39
6. Sonuç ve Öneriler.....	41
6.1. Sonuçlar	41
6.2. Öneriler	41
Kaynaklar	42
Ekler	49
EK I: Bireysel Tanıtım Formu.....	49
EK II: Metabolik Sonuçlar Listesi	53
EK III: Beş Faktör Kişilik Ölçeği.....	54
EK IV: Hastalığı Kabul Ölçeği	56
EK V: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	57
EK VI: Etik Kurul Onay Belgesi	59
EK VII: Ölçek Kullanım İzinleri.....	64
Teşekkür	65
Özgeçmiş	66

Tablolar Dizini

Tablo 1. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları (n=300).....	16
Tablo 2. Diyabetli Bireylerin Diyabet Özelliklerine İlişkin Verileri (n=300)	18
Tablo 3. Diyabetli Bireylerin Diyabetin Yaşam Kalitelerine Etkisine İlişkin Verileri (n=300).....	21
Tablo 4. Diyabetli Bireylerin Diyabet Eğitime İlişkin Verileri (n=300)	22
Tablo 5. Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyum Öz Değerlendirmelerine İlişkin Verileri (n=300)	22
Tablo 6. Diyabetli Bireylerin Beş Faktör Kişilik Ölçeği Puan Ortalamaları	23
Tablo 7. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamaları	23
Tablo 8. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerine Göre Dağılımı (n=300) ..	24
Tablo 9. Diyabetli Bireylerin Metabolik Sonuçlarına İlişkin Verileri ve Metabolik Hedefler Puan Ortalamaları.....	25
Tablo 10. Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ile Hastalığı Kabul Ölçeği Arasındaki Korelasyon Verileri	27
Tablo 11. Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ile Metabolik Hedefler Arasındaki Korelasyon Verileri.....	28
Tablo 12. Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ile Metabolik Hedefler Arasındaki İlişkiyi Değerlendirmek İçin Gerekli Örneklem Sayıları.....	32

Kısaltma Listesi

DM	: Diabetes Mellitus
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu)
DKA	: Diabetic Ketoacidosis (Diabetik Ketoasidoz)
HHNK	: Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome (Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma)
HbA1c	: Glycosylated Hemoglobin Test (Glikozile Hemoglobin)
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
BMI	: Body Mass Index (Beden Kütle İndeksi)
BFKÖ	: Beş Faktör Kişilik Ölçeği

1. Giriş

1.1. Araştırmanın Problemi

Diabetes Mellitus (DM) “İnsülin salınımında defekt, insülin azlığı ve yokluğu ile insülinin etkili kullanılmamasına ya da her ikisinden de kaynaklanan, hiperglisemi ile karakterize, karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasının bozulmasıyla oluşan akciğer, adipoz doku, iskelet kası ve hedef organlarda zarar oluşturan, kronik bir metabolizma hastalığıdır” (ADA, 2017; Besen ve Esen, 2011; Phipps, Monahan ve Sands, 2003). Akut-kronik komplikasyonları, yaşam boyu tedavi gereksinimi, tedaviye uyum ve öz bakım için yaşam tarzı değişikliği gerekliliği, eğitim ihtiyacı gibi getirileri nedeniyle önemli bir kronik hastalıktır (Esen, 2004; Esen, 2005; Yeşilbalkan, 2004).

Diyabet bir hastanın yaşamının her yönünü etkileyen en yaygın kronik hastalıklardan biridir. Diyabetin kronik doğası göz önüne alındığında, hastalık için tedavi hedeflerine ulaşmak, çoğunlukla hastanın tıbbi talimatlara ve öz bakım faaliyetlerine uyumuna bağlıdır (Esmailinasab ve diğerleri, 2016). Hastalığın istendik yönetimi için bireyin önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmesi önemlidir. Bireyin hastalığı doğru algılaması ve başa çıkma mekanizmaları geliştirmesi gerekmektedir. Bireyin bu hastalık ve hastalık yükü ile yaşayabilmesi için uzun vadeli değişimlere ihtiyacı vardır (Sutin ve diğerleri, 2013, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Sağlıklı bireyde, farkında olmadan fizyolojik bir süreç olarak gerçekleşen kan glikoz düzeyi düzenlenmesi, diyabetli bireyde yerini bilinçli bir çabaya bırakmıştır. Bu çabanın istendik sonuca ulaşması ise hastaların alıştıkları yaşam biçimindeki zorlu davranış değişimlerinin başarısına bağlıdır. Sağlıklı davranış değişimini uygun yöntemlerle desteklemek, diyabet yönetiminin hedeflerine ulaşmasında son derece önemlidir (Besen ve Esen, 2011; Pınar, 1995; Pınar, 1995-1996). Diyabetin yönetim amacı, kan glikoz düzeyi kontrolünün sağlanması ve diyabet komplikasyonlarının önlenmesidir (ADA, 2017). Başarılı diyabet yönetiminin en önemli kriteri etkili bir eğitim, bireyin tedaviye katılımı, kısacası tedavideki öz etkililik ve öz bakım gücüdür (Akyol, 2004; Dinççağ, 2001; Esen, 2005).

Tüm yaşam anlayışı ve uyumunu etkilediği gibi, önemli davranış değişikliklerini gerektiren diyabet yönetiminde kişilik özellikleri önemli bir faktördür. Kişilik özellikleri, kronik hastalıkların gelişme riskini, bireylerin sağlığı ve hastalık

semptomlarını algılamalarını, tedavi rejimlerini yönetme yollarını ve sonuçlarını etkileyen duygusal ve davranışsal fonksiyon kalıplarının temelini oluşturur (Erlen ve diğerleri, 2011). Dolayısı ile hastalık algısını, kabulünü, yönetimini, baş etme mekanizmalarını, tedaviye uyumunu ve hastalığın prognozunu etkilemektedir. Kişilik özellikleri, hastalık yönetiminde önemli bir faktör olan kişisel kaynakların temelini oluşturur. Kişisel kaynaklar içerisinde sosyal destek, stresle baş etme yöntemleri, öz saygı, öz yeterlik yer alır. Kişisel kaynakların tam fonksiyon görmesi, hastalık dahil stresli yaşam olaylarına uyumu, kabulü ve iyileşme dönemini olumlu yönde etkiler (Keogh ve diğerleri, 2005; Özcan, 1999; Richardson, Adner ve Nordström, 2001). Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde ciddi yaşam tarzı değişikliği gerekeceği için hemşire, hastayı bütüncül yaklaşımla değerlendirmelidir. Bu noktada, duygusal ve davranışsal fonksiyon kalıplarının temelini oluşturan kişiliği ve onun getirdiği zihin-beden ilişkisini anlamak bakım süreci planlanırken göz önüne alınması gereken bir bileşendir (Erlen ve diğerleri, 2011).

Diyabet yönetiminde başarının girdisi doğru tedavi ve etkin eğitim ilkeleri, çıktısı ise metabolik kontrol hedeflerine ulaşılmasıdır. Sağlık alanındaki gelişmeler ve bunun yanı sıra diyabet ekibini oluşturan bütün meslek üyelerinde çağdaş bilim ve teknolojiye ulaşan bilgiye sahip olması ve hastalık yönetimi için doğru tedavi-eğitim-bakım davranışlarının olmasına rağmen diyabet yönetiminde her bireyde aynı başarıya ulaşılamamaktadır. Bu boyuttan bakıldığında; kişilik özelliklerinin diyabete ilişkin etkilerinin ortaya konulmasının bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine farklı bir bakış açısı getireceği düşünülmektedir. Bu düşüncelerle planlanan bu araştırmada diyabet literatüründe pek dikkat çekmeyen bir potansiyel olarak karşımıza çıkan kişilik özelliklerinin hastalığı kabul ve metabolik hedefler üzerindeki etkisi incelenecektir.

1.2. Araştırmanın Sorusu

Tip 2 diyabetli bireylerde kişilik özellikleri, hastalığı kabul düzeyi ve metabolik hedefleri etkiler mi?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özellikleri, farklı hastalığı kabul düzeylerine ulaştırır.

H₂: Tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özellikleri, farklı metabolik hedeflere ulaştırır.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırmada, hasta ifadesi ile alınan verilerin doğru olduğu varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Literatürde yapılmış benzer bir çalışma olmadığından yeterli örneklem sayısını belirlemek amacı ile güç analizi araştırma sürecinde yapılmıştır. 3 aylık veri toplama sürecinde 18 yaş üstü toplamda tip 2 diyabetli 300 bireye ulaşılmıştır. Planlanan veri toplama aşamasında ulaşılan hasta sayısına göre; kişilik özellikleri ve hastalığı kabul düzeyleri karşılaştırıldığında örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu, kişilik özellikleri ve metabolik hedefler karşılaştırıldığında örneklem sayısının yeterli olmadığı görülmektedir. Metabolik hedefler ile ilgili konuşabilmek için çok daha fazla örnekleme ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir. Araştırma süresince hastanın eldeki laboratuvar bulgularını aldığımız için tüm hastalar için lipid ve mikroalbuminüri düzeylerine ilişkin bulgulara ulaşılamamıştır.

1.6. Araştırmanın Amacı

Tip 2 diyabetli bireylerde kişilik özelliklerinin, bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ve metabolik hedefler üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür.

2. Genel Bilgiler

2.1. Diabetes Mellitus

DM “İnsülin salınımında defekt, insülin azlığı ve yokluğu ile insülinin etkili kullanılmamasına ya da her ikisinden de kaynaklanan, hiperglisemi ile karakterize, karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasının bozulmasıyla oluşan akciğer, adipoz doku, iskelet kası ve hedef organlarda zarar oluşturan, kronik bir metabolizma hastalığıdır” (ADA, 2017; Besen, 2011; Phipps, Monahan ve Sands, 2003).

DM görülme sıklığı giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Diyabetin görülme sıklığı toplumlar arasında farklılık göstermekle birlikte, ortak nokta insidans ve prevalansındaki artış ve diyabetin ölüm nedenleri listesinin üst sıralarında yer almasına neden olmaktadır (International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 2017). DM, dünya nüfusunun %2,4’ünü, ülkemiz nüfusunun ise %7,2’sini etkilemektedir (ADA, 2017; Türk Diyabet Cemiyeti, 2016). Ülkemizde 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (“TURDEP-I”) çalışması sonuçlarına göre tip 2 diyabet prevalansı %7.2, bozulmuş glukoz toleransı (BGT) sıklığı ise %6.7 olarak bulunmuştur (Satman, 2002). Yakın zamanda yayımlanan “TURDEP-II” çalışmasında ise ülke genelinde 20 yaş üzerinde 26.499 kişi incelenmiş ve tip 2 diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %13.7’ye yükseldiği görülmüştür (Satman, 2013; Türk Diyabet Cemiyeti, 2016).

Diyabet dünyada ölüm nedenleri arasında “iskemik kalp hastalığı, inme, alt solunum yolu infeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyare ile ilişkili hastalıklar, Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS) ve solunum yolu kanserlerinden sonra 8. sırada” yer almaktadır (ADA, 2017; International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 2017).

Kan glikoz seviyelerinin kontrolsüz olarak olması gereken değerlerin dışına çıkması ile diyabetin akut komplikasyonları ortaya çıkar. Diyabetlilerde yaygın olarak dört akut komplikasyon görülür. Bunlar; “Hipoglisemi, Diyabetik Ketoasidoz (Diabetic Ketoacidosis-DKA), Hiperglisemi ve Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma (Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome-HHNC)’dır” (Olgun ve Eti Arslan, 2010; Özdoğan, 2007; Sivrikaya, 2006; Topçu, 2015).

Diyabetin sonraki zamanlarında kronik komplikasyonlar oluşmaya başlar. Diyabetin mikrovasküler komplikasyonları retinopati ve nefropati olarak ikiye ayrılır

(Fadıloğlu, 2002; Sivrikaya, 2006). Makrovasküler komplikasyonları ise “koroner arter hastalığı ve miyokard infarktüsü, periferik arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık” olarak görülmektedir (Fadıloğlu, 2002; Sivrikaya, 2006; Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği, 2017). Nöropati diyabetlilerde hiperglisemi nedeniyle en sık rastlanılan komplikasyondur. Otonom nöropatide semptomların sinsi ve yavaş ilerlemesi tanının konmasını güçleştirir. Periferiknöropati alt ekstremiteleri tutar ve önce ayak başparmağında başlar (Fadıloğlu, 2002; Özcan, 2002; Samuels ve diğerleri, 2006; Sivrikaya, 2006). Diyabetik ayak, en çok korkulan, ölüm oranını arttıran, hayatı olumsuz etkileyen, amputasyona neden olan, hastanede kalış süresinin uzamasıyla toplumsal ve ekonomik yükü fazla olan bir komplikasyondur (Sivrikaya, 2006; Törüner, 2011; Yüksel, 2002).

Diyabet yönetimi; eğitim, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, farmakolojik tedavi ve bireysel izleminden oluşur. Bu kapsamda bireyin yaşı, ekonomik durumu, mesleği, yaşam biçimi, fiziksel ve emosyonel durumu dikkate alınmalı ve bireye özgü tedavi planı ve hedefler belirlenmelidir (Ahmad ve diğerleri, 2013; Birol, 2011; Blumer ve diğerleri, 2013; Demirtaş ve Akbayrak, 2009).

Diyabet yönetimi etkin tedavi ve eğitim, bakım kriterleri, hastanın tedaviye uyumu, katılımı ve bununla birlikte amaçlanan metabolik hedeflere ulaşılması, yaşam tarzı değişiklikleri gerçekleştiği durumlarda etkin hala gelmektedir. Diyabetin yönetimi günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklara, bağımsızlığın kaybına, duygusal strese ve benlikte değişimlere yol açabilmektedir (Esen, 2004; Esen, 2005; Fadıloğlu, 2002; Kartal, 2006; Olgun ve Eti Arslan, 2010; Yeşilbalkan, 2004).

Diyabetli bireyler normal yaşamlarına devam ederken diyabetlerini yönetmek, planlanmış tedavi ve bakımı sürdürmek zorundadır. Bu sürecin iyi yönetilmesinde uzman yardımı ve eğitim gereksinimi önemlidir. Diyabet hemşiresinin bireyi/aileyi ve toplumu eğitmek, hastalık yönetimini koordine etmek, kaynak kişi olmak, politik kararlarda etkili olmak, bu alanda araştırmalar yapmak ve sağlıklı yaşam konusunda değişimin temsilcisi olmak gibi rolleri vardır. Bu roller kapsamında sağlık ekibinin becerilerinden maksimum yarar sağlayarak kişinin kendine güvenini arttırmak, günlük sorunlarda en erken ve en kolay yaklaşımı sağlamak, akut ve kronik komplikasyonlarda sağlık bakım hizmetini en iyi şekilde sunmak hemşirenin hedefleri kapsamında yer almaktadır. Bireyler hemşirenin bu desteği ile hastalıklarına ilişkin öz kontrollerini sağlayabilmekte, öz bakıma ilişkin etmenleri

geliştirmekte ve hastalıkları boyunca gelişen olumsuz durumları engileyebilmekte veya geciktirebilmektedir. Sonuç olarak diyabetli bireyde diyabet yönetimi ve davranış değişikliği için diyabet eğitimi gereklidir. Bu doğrultuda diyabet hemşiresi hastanın ihtiyaçlarını belirlemeli ve diyabeti günlük olarak etkin biçimde kontrol etme becerisini kazandırmalı ve öz yönetim sonuçlarını izlemelidir (Akyol, 2002; Besen ve Esen, 2011; Demirtaş ve Akbayrak, 2009; Dinççağ, 2001; Heisler ve diğerleri, 2005; Nahcivan, 1994; Özcan, 2001; Pınar, 1995; Pınar, 1995-1996; Sivrikaya, 2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Yeşilbalkan, 2004).

2.1.1. Metabolik Hedefler

Diyabette metabolik hedefler; *“açlık-tokluk kan şekeri, HbA1c değeri, total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid, kan basıncı, beden kütle indeksi ve mikroalbuminüri”* ölçümlerini içermektedir (Çıtık, Öztürk ve Günay, 2010).

Diyabette metabolik hedeflere ulaşmak komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Metabolik hedeflerin istendik düzeyde olması hastanın tedaviye uyumunun bir kanıtıdır (Akkuş, 2004; Janka, Plewe ve Riddle, 2005; Özcan, 2001; Sivrikaya, 2006).

Metabolik kontrolün kötü olması özellikle makrovasküler komplikasyonların ilerlemesine neden olur. Makrovasküler komplikasyonları erken tanılamak için öncelikle aile öyküsü, bireysel sağlık/hastalık öyküsü, sigara kullanımı, açlık-tokluk kan glikoz düzeyi, kan basıncı, plazma lipid değerleri, beden kütle indeksi (Body Mass Index-BMI), glikozile hemoglobin (Glycosylated Hemoglobin Test-HbA1c) değerlendirilir. Kan glikozu ve kan basıncının kontrol altına alınması ve hedeflenen aralıkta tutulması gerekir. Bir diğer önemli risk faktörü dislipidemi'dir. Tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz ile kontrol altına alınabilir. Düşük yoğunluklu lipoprotein (Low Density Lipoprotein-LDL) kolesterolün 130mg/dl'nin altında, yüksek yoğunluklu lipoprotein (High Density Lipoprotein-HDL) kolesterolün 65mg/dl'nin üstünde, trigliseridlerin 150 mg/dl'nin altında olması amaçlanır. Glisemik kontrolünün önemli bir belirteci olan HbA1c ve kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerin görülme sıklığı arasında önemli bir ilişki olduğu bilinmektedir. Tip 2 diyabetlilerde yapılan araştırmalarda hiperglisemi, BMI yüksekliği, dislipidemi ile kardiyovasküler hastalıklarına bağlı ölümler ilişkili bulunmuştur. Tip 2 diyabetli bir örnekte yapılan bir çalışmada ise %1'lik HbA1c artışının kalp yetmezliği

riskinde %8’lik bir artışa neden olduğu gösterilmiştir (Akkuş, 2004; Fadiloğlu, 2002; Janka, Plewe ve Riddle, 2005; Özcan, 2001; Sivrikaya, 2006; Zinmen, 1997).

2.2. Diyabet Yönetiminde Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul

2.2.1. Kişilik Özellikleri

Kişilik “*Bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, şahsiyet*” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2019). Farklı bir tanıma göre, kişilik “*bireyin farklı durumlarda ortaya koyduğu davranışları açıklayan, sürekliliği olan, kişilerarası, duygusal, motivasyonel, deneyime dayalı etkileşim tarzı*” şeklinde yer almaktadır (McCrae ve Costa, 1989)

Kişiliği anlamak için bir çok kavramsal yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bunlar, bilgi işleme, psikoanalitik ve özellik yaklaşımlarıdır. Bilgi işleme yaklaşımında kişilik özelliklerinin bilgi işlem sürecindeki farklılıklardan kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Psikoanalitik yaklaşımın en önemli kavramı yetkeciliktir (Doğan, 2013; Gümüş, 2009).

Özellik yaklaşımı gözlemsel ve deneysel olarak çok iyi araştırılmış bir yaklaşımdır. Yapılan çalışmalar değer öncelikleriyle ilişkilendirilebilen somut göstergeler sağlamıştır. Günümüzde, Beş Faktör Kişilik Modeline (BFKÖ) ile birlikte özellik yaklaşımı önemini tekrar kazanmıştır. “*Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarındaki değişmezlik*” şeklinde ifade edilen özellik kavramı kişiliğin “*çekirdeği*”, “*merkezi ve tanımlayıcı özelliği*” ile “*sistematik olarak anlayabilmek için bir gereklilik*” olarak tanımlanmaktadır. Kişilik özelliklerini sınıflandırmak üzere yapılmış olan çalışmalarda üzerinde en çok fikir birliği sağlanan özellikler “*dışadönüklük, duygusal dengesizlik, açıklık, geçimlilik ve sorumluluk*” olmuştur (Benet ve John, 1998; Doğan, 2013; Gümüş, 2009; Rassart ve diğerleri, 2014; Sutin ve diğerleri, 2013).

Kişiliğin tanımlanması ve ölçümünde farklı görüşler vardır. BFKÖ’nin değerlendirmede sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Özellik yaklaşımına dayanan bu modelde, kişiliğin değerlendirilmesinde, “*bireylerin kendilerini ve başkalarını tanımlarken kullandıkları sıfatlardan*” yararlanılmaktadır. BFKÖ; temelinin uzunlamasına ve deneysel araştırmalara dayanması, zaman sürekliliğinin olması, farklı yapılarda geçerliliğinin yapılmış olması ve kullanımının basit olması

nedenleriyle araştırmacılar tarafından yaygın kullanılmaktadır (Benet ve John, 1998; Doğan, 2013; Gümüş, 2009; Rassart ve diğerleri, 2014; Sutin ve diğerleri, 2013).

BFKÖ, “*dışadönüklük, duygusal dengesizlik, geçimlilik, açıklık ve sorumluluk*” alt değişkenlerden oluşmaktadır (Gümüş, 2009). Dışadönüklük; “enerjik, konuşkan, sıcakkanlı, heyecanlı, coşkulu ve sosyal yönden aktif olmak” gibi özellikleri, duygusal dengesizlik; “depresif, hüzünlü, gergin, kaygılı, tedirgin, huzursuz ve sabırsız olmak” gibi özellikleri, sorumluluk; “disiplin, görev bilinci, sorumluluk, düzenlilik, özenli ve dikkatli olmak” gibi özellikleri, açıklık; “ilgili olma, meraklılık, yeniliklere açıklık, bağımsızlık, yaratıcılık” gibi kişilik özelliklerini, geçimlilik; “yardımseverlik, bağışlayıcılık, nazik, hoşgörölü, saygılı ve esneklik” gibi özellikleri kapsamaktadır (Benet ve John, 1998; Doğan, 2013; Gümüş, 2009; Rassart ve diğerleri, 2014; Sutin ve diğerleri, 2013).

Literatürde kişilik özelliklerinin kronik hastalıkları nasıl etkilediği ile ilgili çalışmalar yer almaktadır. Kronik hastalığın gelişimi çoğu kez yaşamı değiştiren bir olaydır. Bunun için bireyin önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Şiddetli bir hastalık ve hastalık yükü ile yaşamak, kendini algılamada gelişime ve uzun vadede değişimlere neden olabilir. Bireyin hastalığı doğru algılaması ve başa çıkma mekanizmaları geliştirmesi gerekmektedir. Bireyin bu hastalık ve hastalık yükü ile yaşayabilmesi için uzun vadeli değişimlere ihtiyacı vardır (Sutin ve diğerleri, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Kişilik özellikleri aynı zamanda hastalık ilerlemesi ile ilişkilidir. Kişilik ve hastalık arasındaki boylamasına ilişki, tipik olarak hastalığın başlangıcının bir öngörüsü olarak düşünülür. Bununla birlikte, hastalığın benzer şekilde kişiliğin gelişiminde etkili olabileceğinden şüphelenmek için de kanıtlar vardır. Kişiliğin veya diğer psikolojik faktörlerin ani bir şekilde değişmesi akut hastalığın ilk göstergelerinden biri olabilir. Hastalığın akut fazı tedavi edildikten sonra, hastalıkla ilişkili psikolojik değişiklikler genellikle normale döner. Buna karşılık, kronik hastalıklardan muzdarip kişilerin kişiliklerinde kalıcı değişiklikler olabilir. Kronik hastalıkta ortaya çıkan fizyolojik değişikliklere ek olarak, hastalığa eşlik eden yaşam biçimi değişiklikleri, bireylerin kendilerini ve hastalıklarını nasıl algıladıklarından etkilenir. Kronik hastalık, bireyin yaşamının neredeyse her alanında geniş bir etki yapabilir. Şimdiye kadar, kişilik ve hastalık yükü üzerine yapılan araştırmalar neredeyse tamamen alan düzeyinde ilişkilere odaklanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerde (örneğin, astım,

kanser ve konjenital kalp hastalığı), kişilik özelliklerinin, yaşam kalitesi ve algılanan fiziksel ve psikolojik sağlık gibi çeşitli hastalık göstergeleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Benet ve John, 1998; Doğan, 2013; Gümüş, 2009; Rassart ve diğerleri, 2014; Sutin ve diğerleri, 2013).

Diyabet bir hastanın yaşamının her yönünü etkileyen en yaygın kronik hastalıklardan biridir. Diyabetin kronik doğası göz önüne alındığında, hastalık için tedavi hedeflerine ulaşmak, çoğunlukla hastanın tıbbi talimatlara ve öz bakım faaliyetlerine uyumuna bağlıdır (Esmailinasab ve diğerleri, 2016). Hastalığın istendik yönetimi için bireyin önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmesi önemlidir. Sağlıklı bireyde, farkında olmadan fizyolojik bir süreç olarak gerçekleşen kan glikoz düzeyi düzenlenmesi, diyabetli bireyde yerini bilinçli bir çabaya bırakmıştır. Bu çabanın istendik sonuca ulaşması ise hastaların alıştıkları yaşam biçimindeki zorlu davranış değişimlerinin başarısına bağlıdır. Sağlıklı davranış değişimini uygun yöntemlerle desteklemek, diyabet yönetiminin hedeflerine ulaşmasında son derece önemlidir (Besen ve Esen, 2011; Pınar, 1995; Pınar, 1995-1996).

Tüm yaşam anlayışı ve uyumunu etkilediği gibi, önemli davranış değişikliklerini gerektiren diyabet yönetiminde kişilik özellikleri önemli bir faktördür. Kişilik özellikleri, kronik hastalıkların gelişme riskini, bireylerin sağlığı ve hastalık semptomlarını algılamalarını, tedavi rejimlerini yönetme yollarını ve sonuçlarını etkileyen duygusal ve davranışsal fonksiyon kalıplarının temelini oluşturur (Erlen ve diğerleri, 2011). Dolayısı ile hastalık algısını, kabulünü, yönetimini, baş etme mekanizmalarını, tedaviye uyumunu ve hastalığın prognozunu etkilemektedir. Kişilik özellikleri, hastalık yönetiminde önemli bir faktör olan kişisel kaynakların temelini oluşturur. Kişisel kaynaklar içerisinde sosyal destek, stresle baş etme yöntemleri, öz saygı, öz yeterlik yer alır. Kişisel kaynakların tam fonksiyon görmesi, hastalık dahil stresli yaşam olaylarına uyumu, kabulü ve iyileşme dönemini olumlu yönde etkiler (Keogh ve diğerleri, 2005; Özcan, 1999; Richardson, Adner ve Nordström, 2001).

Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde ciddi yaşam tarzı değişikliği gerekeceği için hemşire, hastayı bütüncül yaklaşımla değerlendirmelidir. Bu noktada, duygusal ve davranışsal fonksiyon kalıplarının temelini oluşturan kişiliği ve onun getirdiği zihin-beden ilişkisini anlamak bakım süreci planlanırken göz önüne alınması gereken bir bileşendir (Erlen ve diğerleri, 2011).

Diyabette kişilik özellikleri ulusal diyabet literatüründe şimdiye kadar pek dikkat çekmeyen ve uluslararası literatürde; kişilik özellikleri diyabet gelişimini etkiler mi?, tedaviyi uyumu etkiler mi?, D tipi kişilik ile tip 2 diyabetin bağlantısı nedir? Kişiliğin glisemik kontrol ile ilişkisi nedir? Diyabet hastalarının kişilik özellikleri nedir? sorularına cevap arayan araştırmalar karşımıza çıkmaktadır. Örneklendirilecek olur ise tip 1 diyabette tedaviye uyumu değerlendiren bir çalışmada; kişilik özelliklerinin bireylerin tedaviye uyumunu etkilemekte olduğu saptanmıştır. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin tedaviye uyumu olumsuz biçimde etkilediği vurgulanmıştır. Diğer bir çalışmada özellikle tip 2 diyabetin sonradan gelişmesi nedeniyle biyolojik potansiyelin yanında psikososyokültürel faktörlerin daha önemli bir rol oynadığı savunulmuştur. D tipi kişiliğin sağlıksız davranışların benimsenmesine neden olduğu, sağlık personelinin eğitim ve danışmanlık hizmeti alma konusunda isteksizliğe neden olduğu, başka kardiyovasküler komplikasyonlar olmak üzere hastalığın olumsuz etkilerinin daha fazla olacağı saptanmış ve kişilik özelliklerinin etkilerinin belirlenmesinin diyabet yönetiminde ve prognozunda önemli olduğu vurgulanmıştır (Conti ve diğerleri, 2016; Esmailinasab ve diğerleri, 2016; Lane ve diğerleri, 2000; Rassart ve diğerleri, 2014; Sutin ve diğerleri, 2013; Van Dooren ve diğerleri, 2016).

2.2.2. Hastalığı Kabul

Hastalığı kabul kavramı *“Bireylerin yaşamlarında hastalığın doğru anlaşılması, kabul edilmesi, onaylanması. Hastalık tarafından dayatılan kayıp ve sınırlılıkların anlaşılması ve farkında olunması”* olarak tanımlanmaktadır (Besen ve Esen, 2011).

Kabul kavramı çeşitli disiplinlerde incelenmiş ve çok yönlü bir kavram olduğuna karar verilmiştir. Kabul kavramı özellikle adaptasyon ve uyarılma ile ilgili literatürde sıklıkla yer almaktadır. Kabul kavramı bireyin stresli durumu nasıl algıladığı ile ilişkili olarak hem pozitif hem de negatif olarak tanımlanabilir. Bazı araştırmacılar uyumun anlamını bireyin yaşamını yeni duruma göre yeniden organize etmesi ve kendi durumunu kabul etmesi şeklinde anlamış, kabulün ve uyumun anahtar faktörleri olarak tanımlanan, umutlu bakış açısı, öz saygının sağlanması, kişisel değer ve sosyal yaşam rollerinin yeniden tanımlanması kabulün öğeleri olarak tanımlamıştır (Besen ve Esen, 2011; Demirtaş ve Akbayrak, 2009; Özcan, 1999; Richardson, Adner ve Nordström, 2001).

Hastalığı kabul ise hasta birey tarafından durumunun farkında olmak olarak tanımlanır ve hasta ile hastalık arasında kabul edilen özel bir sözleşme gibidir. Bunun anlamı hastanın hastalığın yaşamına getireceği değişiklik ve kısıtlamalarla baş etmeye hazır hale gelmesidir. Kronik hastalığı olan bireylerin çoğu hastalığı kabul etmeyi büyük bir problem olarak görür. Bireylerin yaşamın dönüm noktalarında ve stresli olaylarla baş etmesinde etkili sosyal ve kişisel faktörler göreceli olarak değişmeyen kişisel kaynaklardır. Kişisel kaynaklar hastalığı kabul etmede önemli faktörler olarak kabul edilirler ve sosyal destek, stresle baş etme yöntemleri, öz saygı, öz yeterlik, kontrol duygusu, iyimserlik, atılğan davranış, sağlık odaklı öz kontrol olarak tanımlanır. (Besen ve Esen, 2011; Keogh ve diğerleri, 2005; Özcan, 1999; Richardson, Adner ve Nordström, 2001; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Kişilik özellikleri ise hastalık yönetiminde önemli bir faktör olan kişisel kaynakların temelini oluşturur. Kişilik özellikleri, kronik hastalıkların gelişme riskini, bireylerin sağlığı ve hastalık semptomlarını algılamalarını, tedavi rejimlerini yönetme yollarını ve sonuçlarını etkileyen duygusal ve davranışsal fonksiyon kalıplarının temelidir (Erlen ve diğerleri, 2011). Dolayısı ile hastalık algısını, kabulünü, yönetimini, baş etme mekanizmalarını, tedaviye uyumunu ve hastalığın prognozunu etkilemektedir. Kişisel kaynakların tam fonksiyon görmesi, hastalık dahil stresli yaşam olaylarına uyumu, kabulü ve iyileşme dönemini olumlu yönde etkiler (Keogh ve diğerleri, 2005; Özcan, 1999; Richardson, Adner ve Nordström, 2001).

Bireyin hastalığını kabul etmesi, gerekli öz bakım uygulamaları ve hastalık yönetiminde önemli olan yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmesinde ve bu bağlamda hastalığının kontrolünü sağlamasında önemlidir (Besen ve Esen, 2011; Richardson, Adner ve Nordström, 2001; Sivrikaya, 2006).

Hastalığı kabul, yaşam kalitesini arttıran, pozitif baş etme davranışları geliştiren, duygusal stresi azaltan, hastalığın kontrolünü sağlayan, yaşam tarzı düzenlemelerini yönetme isteğini oluşturan, tedavi rejimine uyumu ve hastalıkla baş etmeyi sağlayan önemli bir faktördür. Hastalığın kabulü, bireyin hastalık, tedavi rejimi ve kendini kontrol davranışları hakkında bilgi kazanma isteğini etkiler, farkındalık duygusu yaratır. Kronik hastalarla yapılan çalışmalar hastalığını kabul eden bireylerin daha iyi adaptasyon gösterdiğini vurgulamaktadır. Daha fazla emosyonel destek alan, daha az ayrılmalgılayan, öz saygısı yüksek olan ve yaşamdan memnun olduğunu ifade eden bireylerin hastalığı kabul sürecinin daha kolay olduğunu saptamıştır. Kronik

hastalığa sahip ve hastalığını kabul etmiş bir birey için yaşamın bir amacı ve anlamı vardır, hastalığın getirdiği sınırlılıklara rağmen yaşam kalitesi düzeyi daha yüksektir (Besen ve Esen, 2011; Özcan, 1999; Richardson, Adner ve Nordström, 2001).

Diyabetli bireyin hastalığını kabul edememesi, diyabet yönetimine engel olmaktadır ve hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmek güçleşmektedir. Diyabeti yönetmenin, metabolik hedeflere ulaşmanın ve kronik hastalıkla yaşamının ilk adımı tanıyı ve onun getirdiği bulguları kabul etmektir. Diyabetli birey ancak hastalığını kabul ettikten sonra yaşamına geri dönebilir. Bireyin diyabetle yaşamaya alışması ve yaşamı ile ilgili yeni yaklaşımlar belirlemesi için hastalığın kabulü temel kavramdır. Çünkü diyabet bireyin öz sorumluluğunu alması gereken bir hastalıktır (Besen ve Esen, 2011; Demirtaş ve Akbayrak, 2009; Özcan, 1999; Richardson, Adner ve Nordström, 2001; Sivrikaya, 2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; tip 2 diyabet tanısı olan bireylerde kişilik özelliklerinin, hastalığı kabul düzeyleri ve metabolik hedefler üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı, analitik-kesitsel tipte yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Anabilim Dalı ve Diyabet Polikliniği'nde Haziran - Kasım 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı Diyabet Polikliniğine kayıtlı Tip 2 Diyabet tanısı almış bireyler oluşturmuştur.

Araştırma örneklemini, en az 6 aydır Tip 2 diyabeti olan, iletişim problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 300 tip 2 diyabetli birey oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastalığı kabul düzeyleri ve metabolik hedeflerdir.

Bağımsız Değişkenler: Tip 2 diyabetli bireylerin kişilik özellikleridir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, bire bir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplamada Bireysel Tanıtım Formu, Metabolik Sonuçlar Listesi, Beş Faktör Kişilik Ölçeği ve Hastalığı Kabul Ölçeği kullanılmıştır.

Bireysel Tanıtım Formu (Ek I): Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ("yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gibi") ilişkin 9 soru, diyabete ilişkin (hastalığın süresi, tedavi şekli, komplikasyonların varlığı vb.) 6 soru, diyabet eğitimine ilişkin (eğitim alma durumu ve nereden aldığı) 2 soru, tıbbi tedaviye uyumunu değerlendiren (ilaç beslenme, egzersiz, kendi kendine izlem) 4 soru, önemli yaşam değişikliği varlığı ve yaşam kalitesi alt bileşenlerini (genel sağlık

durumu, fiziksel iyilik, sosyal fonksiyon, ekonomik durum, ruh hali ve aile içi ilişkiler ile ilgili sorular) içeren 6 soru olmak üzere toplam 27 sorudan oluşan bir formdur.

Metabolik Sonuçlar Listesi (Ek II): Diyabet yönetiminde hedeflenen metabolik sonuçlara ilişkin (glisemik düzeyi, HbA1c, lipid düzeyleri, mikroalbuminüri düzeyi, kan basıncı ve BMI'ni içeren) 6 değer yer almaktadır.

Beş Faktör Kişilik Ölçeği (Ek III): John, Donahue ve Kentle (1991) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir, 44 sorudan ve “Duygusal Dengesizlik, Dışadönüklük, Geçimlilik, Sorumluluk ve Açıklık” olmak üzere 5 alt nitelikten oluşmaktadır. Bireylerin kendilerini ve kişilik özelliklerini betimlemede kullandıkları bazı ifadeleri içermektedir. Katılımcılardan her bir ifade için kendilerine en uygun seçeneği işaretlemesi istenmektedir (John, Donahue ve Kentle, 1991; Benet ve John, 1998; Gümüş, 2009). Alkan (2007) tarafından dilimize uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .87 olarak bulunmuştur. Alt boyut iç tutarlılık katsayıları “*dışadönüklük, .89; geçimlilik, .67; sorumluluk, .79; duygusal dengesizlik, .79 ve açıklık, .79*” olarak bulunmuştur (Alkan, 2007; Gümüş, 2009). Ölçekte “dışadönüklük” 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31 ve 36. soruları kapsarken; 6, 21 ve 31. sorular toplam puanda ters madde olarak ele alınmıştır. “Duygusal dengesizlik” 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34 ve 39. soruları kapsarken; 9, 24 ve 34. sorular toplam puanda ters madde olarak ele alınmıştır. “Geçimlilik” 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37 ve 42. soruları kapsarken; 2, 12, 27 ve 37. sorular toplam puanda ters madde olarak ele alınmıştır. “Sorumluluk” 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38 ve 43. soruları kapsarken; 8, 18, 23 ve 43. sorular toplam puanda ters madde olarak ele alınmıştır. “Açıklık” 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41 ve 44. soruları kapsarken; 35 ve 41. sorular toplam puanda ters madde olarak ele alınmıştır (Benet ve John, 1998).

Hastalığı Kabul Ölçeği (Ek IV): Felton ve Revenson tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Geçerlik ve güvenilirliği, hipertansiyon, diyabet, romatoid artrit ve kanser hastalarında yapılan ölçeğin Chronbach alpha değeri= 0,83'tür. Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirlik çalışması tip 2 diyabetli bireylerde Esen ve Besen tarafından yapılmıştır. Chronbach alpha değeri= 0,79 bulunmuştur. Ölçek 8 maddeden ve her bir madde beş puandan oluşmaktadır. 5'li likert tipi olan ölçek puanlaması katılma-katılmama durumuna göre yapılır. Ölçekten alınan en düşük puan 8 ile en yüksek

puan 40'tır. Ölçek puanının yüksek olması hastalığı kabulü ifade etmektedir (Besen ve Esen, 2011; Felton ve Revenson, 1984).

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında kodlandıktan sonra verilerin analizinde araştırmanın hipotezlerini açıklamaya yönelik olarak uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak çözümlenmeler yapılmıştır. Verilerin değerlendirilme sürecinde “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı”ndan uzman görüşü alınmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı veriler için sayı-yüzde değerleri, Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testi, Ki Kare testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Süre ve Olanakları

Ekim 2016: Tez konusunun belirlenmesi

Eylül - Aralık 2017: Tez önerisinin hazırlanması

Şubat 2018: Tez öneri sınavı

Mart - Nisan - Mayıs - Haziran 2018: Tez konusu kabulü, etik kurul ve hastane izin yazıları

Haziran - Kasım 2018: Araştırmanın uygulanması ve veri toplama aşaması, verilerin kodlanması

Aralık 2018 - Ocak- Şubat 2019: Veri analizi

Mart - Nisan - Mayıs 2019: Tez yazımı

Haziran 2019: Tez savunma sınavı Enstitü onayı

Temmuz 2019: Tez savunma sınavı

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”ndan onay (Karar No: 18-5/85) ve “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi”nden yazılı izin alınmıştır (EK VI). Araştırmaya katılacak olan hastalardan yazılı onam alınmıştır (EK V). Araştırmada kullanılacak “Beş Faktör Kişilik Ölçeği” ve “Hastalığı Kabul Ölçeği”nin kullanılması için gerekli izin alınmıştır (EK VII).

4. Bulgular

Araştırma bulguları 3 ana başlık altında sunulmuştur.

1. Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular
2. Kişilik Özelliklerine, Hastalığı Kabul Düzeylerine ve Metabolik Sonuçlarına İlişkin Bulgular
3. Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul Ölçeği ile Kişilik Özellikleri ve Metabolik Hedefler Arasındaki Korelasyon Verilerine İlişkin Bulgular

4.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Diyabetli Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları (n=300)

Değişken	n	%
Yaş		
➤ 32-50	89	29,6
➤ 50-60	104	34,7
➤ 60 ve üzeri	107	35,7
Cinsiyet		
➤ Kadın	177	59,0
➤ Erkek	123	41,0
Eğitim Durumu		
➤ Okuryazar değil	22	7,3
➤ Okuryazar / İlköğretim	154	51,4
➤ Ortaöğretim	76	25,3
➤ Yükseköğretim	48	16,0
Yaşanılan Yer		
➤ Köy	9	3,0
➤ İlçe	75	25,0
➤ İl	216	72,0
Meslek		
➤ Ev hanımı	139	46,3
➤ Memur	10	3,4
➤ İşçi	4	1,3
➤ Emekli	128	42,7
➤ Serbest meslek	18	6,0
➤ Diğer	1	0,3
Mesleğin Sağlıkla İlgisi		
➤ Var	3	1,0
➤ Yok	297	99,0

Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı		
➤ Var	85	28,3
➤ Yok	215	71,7
Sosyal Güvence		
➤ Var	297	99,0
➤ Yok	3	1,0
Gelir Durumu		
➤ Gelir giderden az	42	14,0
➤ Gelir gidere denk	222	74,0
➤ Gelir giderden fazla	36	12,0

Tablo 1’de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin verileri görülmektedir. Sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireyler den 177’sinin kadın (%59), 123’ünün erkek (%41); 89’unun 32-50 yaş grubunda (%29,6), 104’ünün 50-60 yaş grubunda (%34,7) ve 107’sinin 60 ve üzeri yaş grubunda (%35,7) olduğu; 22’sinin okur yazar değil (%7,3), 154’ünün ilköğretim (%51,4), 76’sının ortaöğretim (%25,3) ve 48’inin yükseköğretim mezunu (%16) olduğu, 216’sının ilde (%72), 75’inin ilçede (%25), 9’unun köyde (%3) yaşadığı; 10’unun memur (%3,4), 128’inin emekli (%42,7), 139’unun ev hanımı (%46,3), 4’ünün işçi (%1,3), 18’inin serbest meslek (%6) sahibi olduğu; 3’ünün mesleğinin sağlıkla ilgisi olduğunu (%1), 297’sinin mesleğinin sağlıkla ilgisi olmadığını (%99); 85’inin ailesinde sağlık çalışanının olduğu (%28,3), 215’inin ailesinde sağlık çalışanının olmadığı (%71,7); 297’sinin sosyal güvencesinin olduğu (%99), 3’ünün olmadığı (%1); 42’sinin gelir durumunun giderden az olduğu (%14), 222’sinin gelirinin giderine denk (%74)ve 36’sının fazla (%12) olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Diyabetli Bireylerin Diyabet Özelliklerine İlişkin Verileri (n=300)

Değişken	n	%
Diyabet Tanı Süresi (yıl)		
➤ 1-3	84	28,0
➤ 4-10	107	35,7
➤ 11 ve üzeri	109	36,3
Ailede Başka Diyabetli Varlığı		
➤ Birinci derece akraba	111	37,0
➤ İkinci derece akraba	25	8,4
➤ Üçüncü derece akraba	19	6,3
➤ Birinci+ikinci+üçüncü derece akraba	4	1,3
➤ Birinci+ikinci derece akraba	18	6,0
➤ Birinci+üçüncü derece akraba	7	2,3
➤ Hayır	116	38,7
Tedavi Şekli		
➤ Oral Antidiyabetik+Diyet+Egzersiz	133	44,3
➤ Oral Antidiyabetik+İnsülin+Diyet+Egzersiz	163	54,4
➤ İnsülin+Diyet+Egzersiz	4	1,3
Başka Kronik Hastalık Varlığı		
➤ Hipertansiyon	113	37,7
➤ Hiperlipidemi	2	0,7
➤ Astım	6	2,0
➤ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	1	0,3
➤ Hipertansiyon+Epilepsi	1	0,3
➤ Hipertansiyon+Hiperlipidemi	17	5,7
➤ Çölyak+Demir Eksikliği Anemisi	1	0,3
➤ Kalp Hastalığı	5	1,7
➤ Hipertansiyon+Tiroid	17	5,6
➤ Hipertansiyon+Kalp Hastalığı	27	9,0
➤ Böbrek Hastalığı	6	2,0
➤ Kalp hastalığı+Hipertansiyon+Hiperlipidemi	11	3,7
➤ Romatoid Artrit	2	0,7
➤ Parkinson	1	0,3
➤ Yok	90	30,0
Akut Komplikasyon Öyküsü Varlığı		
➤ Hipoglisemi	31	10,3
➤ Hiperglisemi	106	35,3
➤ Hipoglisemi+Hiperglisemi	93	31,0
➤ Hiperglisemi+DKA+HHNK	2	0,7
➤ Hipoglisemi+Hiperglisemi+DKA+HHNK	5	1,7
➤ Hipoglisemi+Hiperglisemi+DKA	3	1,0
➤ Yok	60	20,0

Kronik Komplikasyon Öyküsü Varlığı		
➤ Retinopati	25	8,3
➤ Nefropati	17	5,7
➤ Nöropati	9	3,0
➤ Diyabetik ayak / amputasyon	5	1,7
➤ Retinopati+Nefropati	10	3,3
➤ Nefropati+Nöropati	1	0,3
➤ Retinopati+Nefropati+Nöropati	9	3,0
➤ Retinopati+Nefropati+Nöropati+Diyabetik ayak	7	2,4
➤ Retinopati+Nöropati	10	3,3
➤ Retinopati+Nöropati+Diyabetik ayak	8	2,7
➤ Retinopati+Nefropati+Diyabetik ayak	1	0,3
➤ Nöropati+Diyabetik ayak	4	1,3
➤ Yok	194	64,7
Son 6 Ayda Üzen veya Mutlu Eden Olay Varlığı		
➤ Ölüm	36	12,0
➤ Boşanma	4	1,3
➤ Hastalık	31	10,4
➤ Ailevi problemler	7	2,3
➤ Evlilik/düğün	6	2,0
➤ Sosyal sorunlar	2	0,7
➤ İş değişikliği	1	0,3
➤ Hayır	213	71,0

Tablo 2’de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin diyabet özelliklerine ilişkin verileri görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 84’ünün diyabet tanı süresi 1-3 yıl arası (%28), 107’sinin 4-10 yıl arası (%35,7), 109’unun 11 yıl ve üzeri olduğu (%36,3); ailede başka diyabetli varlığı sorgulandığında 111’inin birinci derece akrabalarında olduğu (%37), 25’inin ikinci derece akrabalarında (%8,4), 19’unun üçüncü derece akrabalarında (%6,3), 4’ünün hem birinci hem ikinci hem de üçüncü derece akrabalarında (%1,3), 18’inin birinci ve ikinci derece akrabalarında (%6), 7’sinin birinci ve üçüncü derece akrabalarında (%2,3), 116’sının ise ailede başka diyabetlinin olmadığı (%38,7); 133’ünün tedavi şeklinin oral antidiyabetik+diyet+egzersiz (%44,3), 163’ünün insülin+oral antidiyabetik+diyet+egzersiz (%54,4) ve 4’ünün insülin+diyet+egzersiz (%1,3) olduğu; 113’ünün hipertansiyonu (%37,7), 2’sinin hiperlipidemisi (%0,7), 6’sının astımı (%2), 1’inin kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%0,3), 1’inin hipertansiyon+epilepsisi (%0,3), 17’sinin hipertansiyon+hiperlipidemisi (%5,7), 1’inin çölyak+demir eksikliği anemisi (%0,3), 5’inin kalp hastalığını (%1,7),

17'sinin hipertansiyon+tiroidi (%5,6), 27'sinin hipertansiyon+kalp hastalığı (%9), 6'sının böbrek hastalığı (%2), 11'inin kalp hastalığı+hipertansiyon+hiperlipidemisi (%3,7), 2'sinin romatoid artriti (%0,7), 1'inin parkinsonu (%0,3) olduğu ve 90'ının kronik hastalığının olmadığı (%30); 31'i hipoglisemi (%10,3), 106'sı hiperglisemi (%35,3), 93'ünün hipoglisemi+hiperglisemi (%31), 2'sinin hiperglisemi+DKA+HHNK (%0,7), 5'inin hipoglisemi+hiperlipidemi+DKA+HHNK (%1,7), 3'ünün hipoglisemi+hiperlipidemi+DKA deneyimlediği, 60'ının ise akut komplikasyon öyküsünün olmadığı (%20); 25'inin retinopatisi (%8,3), 17'sinin nefropatisi (%5,7), 9'unun nöropatisi (%3), 5'inin diyabetik ayak/amputasyonu (%1,7), 10'unun retinopati+nefropatisi (%3,3), 1'inin nefropati+nöropati (%0,3), 9'unun retinopati+nefropatisi+nöropatisi (%3), 7'sinin retinopati+nefropatisi+nöropatisi+diyabetik ayağı (%2,4), 10'unun retinopati+nöropatisi (%3,3), 8'inin retinopati+nöropatisi+diyabetik ayağı (%2,7), 1'inin retinopati+nefropatisi+diyabetik ayağı (%0,3) olduğu ve 4'ünün kronik komplikasyon öyküsünün olmadığı (%1,3); son 6 ayda üzen ve mutlu eden olay varlığı sorgulandığında 36'sının ölüm (%12), 4'ünün boşanma (%1,3), 31'inin hastalık (%10,4), 7'sinin ailevi problemler (%2,3), 6'sının evlilik/düğün (%2), 2'sinin sosyal sorunları (%0,7), 1'inin iş değişikliği (%0,3) yaşadığı ve 213'ünün son 6 ayda üzen veya mutlu eden bir olay yaşamadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Diyabetli Bireylerin Diyabetin Yaşam Kalitelerine Etkisine İlişkin Verileri (n=300)

Değişken	n	%
Genel Sağlık		
➤ Değişmedi	55	18,3
➤ Olumlu değişti	3	1,0
➤ Olumsuz değişti	242	80,7
Fiziksel Durum		
➤ Değişmedi	68	22,7
➤ Olumlu değişti	126	42,0
➤ Olumsuz değişti	106	35,3
Sosyal İlişkiler		
➤ Değişmedi	223	74,4
➤ Olumlu değişti	4	1,3
➤ Olumsuz değişti	73	24,3
Ekonomi		
➤ Değişmedi	268	89,3
➤ Olumsuz değişti	32	10,7
Aile İçi İlişkiler		
➤ Değişmedi	261	87,0
➤ Olumlu değişti	4	1,3
➤ Olumsuz değişti	35	11,7
Ruh Hali		
➤ Değişmedi	63	21,0
➤ Olumlu değişti	2	0,7
➤ Olumsuz değişti	235	78,3

Tablo 3'te araştırmaya katılan diyabetli bireylerin diyabetin yaşam kalitelerine etkisine ilişkin verileri görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 55'inin diyabet sonrası genel sağlık durumlarının değişmediği (%18,3), 3'ünün olumlu değiştiği (%1), 242'sinin olumsuz değiştiği (%80,7); 68'inin fiziksel durumlarının değişmediği (%22,7), 126'sının olumlu değiştiği (%42), 106'sının olumsuz değiştiği (%35,3); 223'ünün sosyal ilişkilerinin değişmediği (%74,4), 4'ünün olumlu değiştiği (%1,3), 73'ünün olumsuz değiştiği (%24,3); 268'inin ekonomik durumlarının değişmediği (%89,3), 32'sinin olumsuz değiştiği (%10,7); 63'ünün ruhsal durumlarının değişmediği (%21), 2'sinin olumlu değiştiği (%0,7), 235'inin olumsuz değiştiği (%78,3) ve 261'inin aile içi ilişkilerinin değişmediği (%87), 4'ünün olumlu değiştiği (%1,3), 35'inin ise olumsuz değiştiği (%11,7) saptanmıştır.

Tablo 4. Diyabetli Bireylerin Diyabet Eğitime İlişkin Verileri (n=300)

Değişken	n	%
Diyabet Eğitimi Alma Durumu		
➤ Evet	283	94,3
➤ Hayır	17	5,7
Diyabet Eğitimi Nereden Aldığı		
➤ Hekim	44	14,7
➤ Diyabet Hemşiresi	190	63,3
➤ Diyetisyen	49	16,3

Tablo 4'te araştırmaya katılan diyabetli bireylerin diyabet eğitime ilişkin verileri görülmektedir. Sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 283'ünün diyabet eğitimi aldığı (%94,3), 17'sinin almadığı (%5,7); 44'ünün eğitimi hekimden (%14,7), 190'ının diyabet hemşiresinden (%63,3), 49'unun diyetisyenden (%16,3) aldığı saptanmıştır.

Tablo 5. Diyabetli Bireylerin Tedaviye Uyum Öz Değerlendirmelerine İlişkin Verileri (n=300)

Değişken	n	%
İlaçlarını Düzenli Kullanma		
➤ Düzenli kullanıyorum	245	81,7
➤ Kısmen düzenli kullanıyorum	37	12,3
➤ Düzenli kullanamıyorum	18	6,0
Diyetine Tam Uyma		
➤ Düzenli uygulayabiliyorum	84	28,0
➤ Kısmen uygulayabiliyorum	137	45,7
➤ Uygulayamıyorum	79	26,3
Önerilen Egzersiz Programına Uyma		
➤ Düzenli uygulayabiliyorum	59	19,6
➤ Kısmen uygulayabiliyorum	80	26,7
➤ Uygulayamıyorum	161	53,7
Düzenli Kan Şekeri Kontrolü Yapma		
➤ Düzenli yapabiliyorum	176	58,7
➤ Kısmen yapabiliyorum	75	25,0
➤ Yapamıyorum	49	16,3

Tablo 5'te araştırmaya katılan diyabetli bireylerin diyabette tedaviye uyum öz değerlendirmelerine ilişkin verileri görülmektedir. Sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 245'inin ilaçlarını düzenli kullandığı (%81,7), 37'sinin kısmen düzenli kullandığı (%12,3), 18'inin düzenli kullanamadığı (%6); 84'ünün

diyetini düzenli uygulayabildiği (%28), 137'sinin kısmen uygulayabildiği (%45,7), 79'unun uygulayamadığı (%26,3); 59'unun önerilen egzersiz programını düzenli uygulayabildiği (%19,6), 80'inin kısmen uygulayabildiği (%26,7), 161'inin uygulayamadığı (%53,7); 176'sının düzenli kan şekeri kontrolü yapabildiği (% 58,7), 75'inin kısmen yapabildiği (%25), 49'unun yapamadığı (%16,3) saptanmıştır.

4.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özelliklerine, Hastalığı Kabul Düzeylerine ve Metabolik Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6. Diyabetli Bireylerin Beş Faktör Kişilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Beş Faktör Kişilik Ölçeği	$\bar{x}$	SS	min	max
Dışadönüklük	25,9300	8,11076	9,00	40,00
Duygusal Dengesizlik	27,1800	6,78979	9,00	40,00
Geçimlilik	40,2133	4,18004	22,00	45,00
Sorumluluk	31,9067	6,41053	11,00	45,00
Açıklık	33,1633	7,75395	12,00	49,00

Tablo 6'da araştırmaya katılan diyabetli bireylerin BFKÖ Puan Ortalamalarına ilişkin verileri görülmektedir. Sonuçlarına göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin dışadönüklük alt değişkeninin puan ortalaması $25,93 \pm 8,11$; duygusal dengesizlik alt değişkeninin puan ortalaması $27,18 \pm 6,78$; geçimlilik alt değişkeninin puan ortalaması $40,21 \pm 4,18$; sorumluluk alt değişkeninin puan ortalaması $31,90 \pm 6,41$; açıklık alt değişkeninin puan ortalaması ise $33,16 \pm 7,75$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamaları

Değişken	$\bar{x}$	SS	min	max
Hastalığı Kabul Ölçeği	27,7233	7,74684	8,00	40,00

Tablo 7'de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin Hastalığı Kabul Ölçeği Puan Ortalamalarına ilişkin verileri görülmektedir. Sonuçlarına göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin "Hastalığı Kabul Ölçeği" puan ortalamasının $27,72 \pm 7,74$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Diyabetli Bireylerin Hastalığı Kabul Düzeylerine Göre Dağılımı (n=300)

Hastalığı Kabul Düzeyleri	n	%
Düşük Kabul Düzeyi Ortalama (27,72) Değerin Altında Puan Alanlar	125	41,67
Yüksek Kabul Düzeyi Ortalama (27,72) Değerin Üzerinde Puan Alanlar	175	58,33
Toplam	300	100,0

Tablo 8’de tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin dağılımı görülmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerin %41,67’sinin düşük kabul düzeyine sahip olduğu, %58,33’ünün ise yüksek kabul düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Hastalığı kabul ölçeğinden alınan ortalama puanın altında kalan grup düşük, üzerinde kalan grup ise yüksek kabul düzeyine sahip olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Diyabetli Bireylerin Metabolik Sonuçlarına İlişkin Verileri ve Metabolik Hedefler Puan Ortalamaları

Değişken	n	%	$\bar{x}$	SS	min	max
Açlık Glisemi						
➤ 60-110	102	34,0	136,5067	47,99969	50,00	332,00
➤ >110	198	66,0				
Tokluk Glisemi						
➤ <145	96	32,0	185,6800	67,99398	67,00	500,00
➤ ≥145	204	68,0				
HbA1c						
➤ <6	61	20,3	7,4910	1,83148	4,80	16,90
➤ ≥6	239	79,7				
Total Kolesterol						
➤ <200	132	66,0	190,0000	50,40898	88,00	543,00
➤ ≥200	68	34,0				
LDL Kolesterol						
➤ <130	131	72,4	108,6906	36,82320	26,00	217,00
➤ ≥130	50	27,6				
HDL Kolesterol						
➤ <65	185	93,9	45,9305	14,34408	14,00	150,00
➤ ≥65	12	6,1				
Trigliserid						
➤ <150	92	45,8	183,1015	156,2106	61,00	740,00
➤ ≥150	109	54,2				
Sistolik Kan Basıncı						
➤ 120	96	32,0	126,5567	16,68837	90,00	180,00
➤ <120	59	19,7				
➤ >120	145	48,3				
Diastolik Kan Basıncı						
➤ 80	121	40,3	76,7767	9,28948	50,00	110,00
➤ <80	127	42,3				
➤ >80	52	17,4				
BMI						
➤ 18,5-25 “Normal”	55	18,3	30,4089	7,79310	17,63	117,63
➤ 25-30 “Fazla Kilolu”	100	33,3				
➤ >30 “Obez”	145	48,4				
Mikroalbüminüri						
➤ <20	112	67,1	32,8365	72,31803	2,00	568,00
➤ ≥20	55	32,9				

Tablo 9’da araştırmaya katılan diyabetli bireylerin metabolik sonuçlarına ilişkin verileri görülmektedir. Sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin 102’sinin açlık glisemi oranı 60-110mg/dl (%34), 198’sinin >110mg/dl (%66); 96’sının tokluk glisemi oranı <145mg/dl (%32), 204’ünün ≥145mg/dl (%68); 61’inin HbA1c oranı <6mmol/mol (%20,3), 239’unun ≥6mmol/mol (%79,7); 132’sinin total kolesterol oranı <200mg/dl (%66), 68’inin ≥200mg/dl (%34); 131’inin LDL kolesterol oranının <130mg/dl (%72,4), 50’sinin ≥130mg/dl (%27,6); 185’inin HDL kolesterol oranının <65mg/dl (%93,9), 12’sinin ≥65mg/dl (%6,1); 92’sinin trigliserid oranının <150mg/dl (%45,8), 109’unun ≥150mg/dl (%54,2); 96’sının sistolik kan basıncı oranının 120mm/Hg (%32), 59’unun <120mm/Hg (%19,7), 145’inin >120mm/Hg (%48,3); 121’inin diastolik kan basıncı oranının 80mm/Hg (%40,3), 127’sinin <80mm/Hg (%42,3), 52’sinin >80mm/Hg (%17,4); 55’inin BMI oranının 18,5-25kg/m² Normal (%18,3), 100’ünün 25-30kg/m² Fazla Kilolu (%33,3), 145’inin >30kg/m²Obez (%48,4); 112’sinin mikroalbüminüri oranının <20 (%67,1), 55’inin ≥20 (%32,9) olduğu saptanmıştır.

Tablo 9’da araştırmaya katılan diyabetli bireylerin metabolik hedefler puan ortalamalarına ilişkin verileri görülmektedir. Sonuçlara göre; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin açlık glisemi puan ortalaması 136,50±47,99; tokluk glisemi puan ortalaması 185,68±67,99; HbA1c puan ortalaması 7,49±1,83; total kolesterol puan ortalaması 190,00±50,40; LDL kolesterol puan ortalaması 108,69±36,82; HDL kolesterol puan ortalaması 45,93±14,34; trigliserid puan ortalaması 183,10±156,21; sistolik kan basıncı puan ortalaması 126,55±16,68; diastolik kan basıncı puan ortalaması 76,77±9,28; BMI puan ortalaması 30,40±7,79; mikroalbüminüri puan ortalaması ise 32,83±72,31 olduğu saptanmıştır.

4.3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul Ölçeği ile Kişilik Özellikleri ve Metabolik Hedefler Arasındaki Korelasyon Verilerine İlişkin Bulgular

Tablo 10. Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ile Hastalığı Kabul Ölçeği Arasındaki Korelasyon Verileri

Kişilik Özellikleri	r	p
	Hastalığı Kabul Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,071	0,276
Duygusal Dengesizlik	-0,225	0,002*
Geçimlilik	0,076	0,424
Sorumluluk	0,223	0,004*
Açıklık	-0,025	0,715

***p<0,05**

Tablo 10’da araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile hastalığı kabul düzeyleri arasındaki korelasyon verileri görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre; duygusal dengesizlik ile hastalığı kabul arasında negatif yönde ve düşük düzeyde (r: -0,225; p<0,05), sorumluluk ile pozitif yönde ve düşük düzeyde (r: 0,223; p<0,05) korelasyon vardır.

Tablo 11. Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ile Metabolik Hedefler Arasındaki Korelasyon Verileri

Kişilik Özellikleri (n=300)	r	p
	Açlık Glisemi Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,012	0,667
Duygusal Dengesizlik	0,006	0,849
Geçimlilik	0,031	0,440
Sorumluluk	-0,023	0,467
Açıklık	-0,010	0,743
Kişilik Özellikleri (n=300)	Tokluk Glisemi Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	-0,019	0,503
Duygusal Dengesizlik	-0,045	0,156
Geçimlilik	0,014	0,736
Sorumluluk	-0,039	0,239
Açıklık	-0,005	0,863
Kişilik Özellikleri (n=300)	HbA1c Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	-0,001	0,977
Duygusal Dengesizlik	-0,020	0,596
Geçimlilik	0,013	0,788
Sorumluluk	0,010	0,805
Açıklık	-0,018	0,638
Kişilik Özellikleri (n=200)	Total Kolesterol Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	-0,003	0,932
Duygusal Dengesizlik	0,037	0,294
Geçimlilik	0,056	0,241
Sorumluluk	-0,068	0,077
Açıklık	0,020	0,552
Kişilik Özellikleri (n=181)	LDL Kolesterol Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,002	0,944
Duygusal Dengesizlik	0,023	0,549
Geçimlilik	0,076	0,176
Sorumluluk	-0,078	0,082
Açıklık	0,029	0,454

Kişilik Özellikleri (n=197)	HDL Kolesterol Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,488	0,521
Duygusal Dengesizlik	2,144	0,518
Geçimlilik	-2,147	0,484
Sorumluluk	2,071	0,564
Açıklık	-0,672	0,640
Kişilik Özellikleri (n=201)	Trigliserid Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	-0,026	0,380
Duygusal Dengesizlik	0,030	0,365
Geçimlilik	0,058	0,186
Sorumluluk	0,040	0,281
Açıklık	0,015	0,625
Kişilik Özellikleri (n=300)	Sistolik Kan Basıncı(=120, <120) Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,065	0,074
Duygusal Dengesizlik	0,065	0,110
Geçimlilik	0,003	0,955
Sorumluluk	0,011	0,802
Açıklık	-0,076	0,069
Kişilik Özellikleri (n=300)	Sistolik Kan Basıncı (=120, >120) Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,006	0,837
Duygusal Dengesizlik	0,062	0,040*
Geçimlilik	0,007	0,861
Sorumluluk	-0,002	0,961
Açıklık	0,026	0,362
Kişilik Özellikleri (n=300)	Diastolik Kan Basıncı (=80, <80) Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,056	0,036*
Duygusal Dengesizlik	0,004	0,893
Geçimlilik	0,020	0,615
Sorumluluk	0,074	0,024*
Açıklık	-0,093	0,001*
Kişilik Özellikleri (n=300)	Diastolik kan basıncı (=80, >80) Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,005	0,893

Duygusal Dengesizlik	0,072	0,080
Geçimlilik	-0,035	0,467
Sorumluluk	0,025	0,526
Açıklık	-0,034	0,391
Kişilik Özellikleri (n=300)	BMI (18,5 – 25 : normal / >25 : fazla kilolu) Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,020	0,512
Duygusal Dengesizlik	-0,064	0,070
Geçimlilik	0,021	0,635
Sorumluluk	0,060	0,112
Açıklık	-0,008	0,808
Kişilik Özellikleri (n=300)	BMI (18,5 – 25 : normal / >30 : obez) Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	0,028	0,410
Duygusal Dengesizlik	-0,062	0,140
Geçimlilik	-0,032	0,550
Sorumluluk	0,046	0,262
Açıklık	-0,024	0,501
Kişilik Özellikleri (n=167)	Mikroalbuminüri Düzeyi	Anlamlılık
Dışadönüklük	-0,031	0,368
Duygusal Dengesizlik	-0,044	0,264
Geçimlilik	-0,019	0,749
Sorumluluk	0,096	0,032*
Açıklık	-0,052	0,188

***p<0,05**

Tablo 11’de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile metabolik hedefler arasındaki korelasyon verileri görülmektedir. Sonuçlara göre; kişilik özellikleri ile açlık glisemi düzeyleri, tokluk glisemi düzeyleri, HbA1c düzeyleri, total kolesterol düzeyleri, LDL kolesterol düzeyleri, HDL kolesterol düzeyleri, trigliserid düzeyleri, sistolik kan basıncı (=120, <120) düzeyleri, diastolik kan basıncı (=80, >80), BMI (18,5 – 25 : normal / >25 : fazla kilolu) düzeyleri ve BMI (18,5 – 25 : normal / >30 : obez) düzeyleri arasında korelasyon ilişkisi yoktur ($p > 0,05$). Sonuçlara göre netlik olmamakla birlikte örneklem sayısı yetersizdir. Sadece sistolik kan basıncı düzeyi hakkında kesin bir sonuçtan bahsedilebilmektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile sistolik kan basıncı ($=120$, >120) düzeyleri arasındaki korelasyon verilerine bakıldığında; duygusal dengesizlik ile sistolik kan basıncı ($=120$, >120) düzeyleri arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r: 0,062$; $p<0,05$) korelasyon vardır. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile diastolik kan basıncı ($=80$, <80) düzeyleri arasındaki korelasyon verileri sonuçlarına göre; dışadönüklük ve sorumluluk ile diastolik kan basıncı ($=80$, <80) düzeyleri arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r: 0,056$; $p<0,05$) / ($r: 0,074$; $p<0,05$) korelasyon, açıklık ile negatif yönde ve düşük düzeyde ($r: -0,093$; $p<0,05$) korelasyon vardır. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile mikroalbüminüri düzeyleri arasındaki korelasyon verileri sonuçlarına göre ise; sorumluluk ile mikroalbüminüri düzeyleri arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde ($r: 0,096$; $p<0,05$) korelasyon ilişkisi vardır. Fakat tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özelliklerinin farklı metabolik hedeflere ulaştırıp ulaştırmadığına yönelik sadece sistolik kan basıncı düzeyine ilişkin konuşmak mümkündür, diğer hedefler için kesin bir şey söylemek mümkün değildir, araştırmanın örnekleminin genişletilmesi gerekmektedir.

Tablo 12. Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ile Metabolik Hedefler Arasındaki İlişkiyi Değerlendirmek İçin Gerekli Örneklem Sayıları

Kişilik Özellikleri	n→ power	Yeterli n→ power
Açlık Glisemi Düzeyleri		
Dışadönüklük	300→ 0,47	658→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	300→ 0,17	2330→ 0,80
Geçimlilik	300→ 0,10	5433→ 0,80
Sorumluluk	300→ 0,12	3550→ 0,80
Açıklık	300→ 0,25	1356→ 0,80
Tokluk Glisemi Düzeyleri		
Dışadönüklük	300→ 0,48	634→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	300→ 0,05	18545→ 0,80
Geçimlilik	300→ 0,10	4666→ 0,80
Sorumluluk	300→ 0,13	3404→ 0,80
Açıklık	300→ 0,45	696→ 0,80
HbA1c Düzeyleri		
Dışadönüklük	300→ 0,06	16212→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	300→ 0,05	27154→ 0,80
Geçimlilik	300→ 0,06	17793→ 0,80
Sorumluluk	300→ 0,34	966→ 0,80
Açıklık	300→ 0,06	16212→ 0,80
Total Kolesterol Düzeyleri		
Dışadönüklük	200→ 0,22	1084→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	200→ 0,25	925→ 0,80
Geçimlilik	200→ 0,23	1011→ 0,80
Sorumluluk	200→ 0,11	2791→ 0,80
Açıklık	200→ 0,06	12554→ 0,80
LDL Kolesterol Düzeyleri		
Dışadönüklük	181→ 0,05	21738→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	181→ 0,06	9330→ 0,80
Geçimlilik	181→ 0,64	259→ 0,80
Sorumluluk	181→ 0,05	16212→ 0,80
Açıklık	181→ 0,10	2900→ 0,80
HDL Kolesterol Düzeyleri		
Dışadönüklük	197→ 0,08	5158→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	197→ 0,23	1011→ 0,80
Geçimlilik	197→ 0,11	2900→ 0,80

Sorumluluk	197→ 0,05	64862→ 0,80
Açıklık	197→ 0,05	96895→ 0,80
Trigliserid Düzeyleri		
Dışadönüklük	201→ 0,16	1695→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	201→ 0,07	6404→ 0,80
Geçimlilik	201→ 0,06	11606→ 0,80
Sorumluluk	201→ 0,07	6787→ 0,80
Açıklık	201→ 0,05	64862→ 0,80
Sistolik Kan Basıncı(=120, <120,>120) Düzeyleri		
Dışadönüklük	300→ 0,67	403→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	300→ 0,84	266→ 0,80
Geçimlilik	300→ 1,00	240→ 0,80
Sorumluluk	300→ 0,87	242→ 0,80
Açıklık	300→0,18	2107→ 0,80
Diastolik Kan Basıncı (=80, <80,>80) Düzeyleri		
Dışadönüklük	300→ 0,52	581→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	300→ 0,60	469→ 0,80
Geçimlilik	300→ 0,28	1224→ 0,80
Sorumluluk	300→ 0,45	696→ 0,80
Açıklık	300→ 0,05	64862→ 0,80
BMI (18,5 – 25 : “normal” ,>25 : “fazla kilolu”, >30 : “obez”) Düzeyleri		
Dışadönüklük	300→ 0,05	64862→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	300→ 0,11	4051→ 0,80
Geçimlilik	300→ 0,10	5433→ 0,80
Sorumluluk	300→ 0,18	2107→ 0,80
Açıklık	300→ 0,28	1224→ 0,80
Mikroalbüminüri Düzeyleri		
Dışadönüklük	167→ 0,05	34879→ 0,80
Duygusal Dengesizlik	167→ 0,34	533→ 0,80
Geçimlilik	167→ 0,16	1356→ 0,80
Sorumluluk	167→ 0,05	19618→ 0,80
Açıklık	167→ 0,06	10007→ 0,80

Tablo 12’de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile metabolik hedefler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için gerekli örneklem sayısına ilişkin veriler görülmektedir. Literatürde yapılmış benzer bir çalışma olmadığından yeterli

örneklem sayısını belirlemek amacı ile güç analizi araştırma sürecinde yapılmıştır. Gerekli örneklem sayısı şu şekildedir; kişilik özellikleri ile açlık glisemi düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 658, en fazla 5433 hastaya ulaşılmalıdır. Kişilik özellikleri ile tokluk glisemi düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 634, en fazla 18545; kişilik özellikleri ile HbA1c düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 966, en fazla 27154; kişilik özellikleri ile total kolesterol düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 925, en fazla 12554; kişilik özellikleri ile LDL kolesterol düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 259, en fazla 21738; kişilik özellikleri ile HDL kolesterol düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 1011, en fazla 96895; kişilik özellikleri ile trigliserid düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 1695, en fazla 64862; kişilik özellikleri ile diastolik kan basıncı düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 469, en fazla 64862; kişilik özellikleri ile BMI düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 1224, en fazla 64862; kişilik özellikleri ile mikroadbünürü düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 533, en fazla 34879 hastaya ulaşılması gerekmektedir.

5. Tartışma

Araştırmada elde edilen bulgular 3 başlık altında tartışılmıştır.

1. Kişilik Özellikleri, Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Sonuçlarının Tartışması
2. Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışması
3. Kişilik Özellikleri ve Metabolik Hedefler Arasındaki İlişkinin Tartışması

5.1. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri, Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Sonuçlarının Tartışması

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri alt değişkelerinin puan ortalamasına bakıldığında en düşük puan ortalamasının dışadönüklük, en yüksek puan ortalamasının ise geçimlilik alt değişkeninin aldığı saptanmıştır. Gümüş' ün (2009) çalışmasında Türklerin ve Amerikalıların kişilik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı fakat duygusal dengesizlik, açıklık ve geçimlilik puan ortalamalarının Türklerde daha yüksek Amerikalılarda ise sorumluluk puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (Gümüş, 2009). Literatürde Van Dooren ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında diyabetli bireylerin geçimlilik puanlarının diğer alt değişkenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada en düşük puan ortalamasına sahip kişilik özelliğinin ise açıklık olduğu görülmüştür. Tip 2 diyabetli kişilerin depresif ve anksiyete semptomlarının yüksek olduğu ayrıca tip 2 diyabetli olmayanlara kıyasla farklı kişilik özelliklerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmaya göre tip 2 diyabet dışadönüklük, geçimlilik, duygusal dengesizlik ile ilişkili bulunmuş olup, sorumluluk ile daha güçlü bir ilişki saptanmıştır (Van Dooren ve diğerleri, 2016). Her birey kendini farklı kılan farklı özelliklere sahiptir. Kişilik özellikleri kalıtsal ve çevresel nedenlerden de etkilenmektedir (Özsoy ve Yıldız, 2013). Bu bağlamda, farklı örneklem gruplarında farklı kişilik özelliklerinin olması araştırmanın beklenen bir sonucudur.

Araştırmada Hastalığı Kabul Ölçeği puan ortalamasının ulusal literatürde yapılan diğer çalışmalarla benzer düzeyde olduğu görülmüştür (Besen, 2009; Şireci ve Yılmaz, 2017). Besen'in (2009) çalışmasında diyabetli bireylerin çoğunluğunun hastalığı kabul düzeyleri yüksek bulunmuştur. Felton ve arkadaşlarının (1984) kronik hastalığı olan bireyler ile yaptığı çalışmada, başa çıkma rolünü ve kronik hastalığa uyum sürecini araştırmış, diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyini 28,80

bulmuştur (Felton ve Revenson, 1984; Besen, 2009). Goustova'nın (2006) tip 1 diyabetli bireylere yaptığı çalışmada diyabetin psikososyal yükünü incelemiş, bireylerin, %37,1'inin diyabeti kabul etmedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Goustova, 2006; Besen, 2009). Skinner (2004)'in diyabete ilişkin psikolojik engeller ile ilgili yaptığı çalışmada, bireylerin %65'inin diyabeti geçici bir hastalık olarak gördüğü, sadece %35'inin diyabetin kronik bir hastalık olduğuna inandığı saptanmıştır (Skinner, 2004; Besen, 2009). Lewko ve arkadaşlarının (2007) toplam 59 diyabetli hastada yaptığı çalışmada, periferik diyabetik nöropatili hastaların (n:22), nöropatisi olmayan diyabetli hastalara (n:37) kıyasla hastalığı kabul seviyelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Nedeni ise, bu hastaların ailelerine ve arkadaşlarına daha fazla yük olma endişesi yaşadıkları tespit edilmiştir (Lewko, 2007). Starczewska ve arkadaşlarının (2018) 215 diyabetli hasta ile yapmış olduğu çalışmada, diyabetli hastaların hastalığı kabul düzeylerinin (31,80) yüksek olduğu saptanmıştır (Starczewska, 2018). Rogon ve arkadaşlarının (2017) tip 2 diyabetli 100 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre, 65 yaş altındaki diyabetlilerin hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rogon, 2017). Silva ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu diyabet tanısı ve kronik bir durumla yaşamayı inceleyen nitel bir çalışmaya göre, diyabet tanısı almış kişilerde hastalığı kabul etmeme bir tema olarak yer almıştır (Silva, 2018). Yapılan bir çalışmada ise bireylerin hastalıklarının yaşam tarzı değişikliği yapacak kadar ciddi olduğuna inanmadıklarını, gerçekten hasta olduklarını düşünmediklerini belirtmişlerdir (Besen, 2009; Ockleford, 2008). Bu çalışmada, örneklem grubunun çoğunluğunda Hastalığı Kabul Ölçeği puan ortalamalarının, ölçek toplam puan ortalamalarının üstünde olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin metabolik sonuçlarına ilişkin sonuçlarına bakıldığında; araştırmaya katılan diyabetli bireylerin açlık glisemi oranı, tokluk glisemi oranı, ortalama HbA1c düzeyi, trigliserid düzeyi, sistolik kan basıncı seviyeleri ve ortalama beden kütle indeksi düzeylerinin kötü kontrol, total kolesterol düzeyi, LDL kolesterol düzeyi, HDL kolesterol düzeyi, diastolik kan basıncı seviyeleri ve mikroalbumin düzeyi iyi kontrol sınırına daha yakın olduğu görülmektedir. Kara ve Çınar'ın (2011) çalışmasında, ortalama beden kütle indeksi, açlık kan şekeri, trigliserid ve HDL kolesterol düzeylerinin kötü kontrol düzeyinde, ortalama HbA1c ve total kolesterol düzeylerinin sınırda, ortalama kan basıncı

seviyelerinin iyi kontrol düzeyinde olduğu görülmektedir (Kara ve Çınar, 2011). Orhan ve Karabacak'ın (2016) çalışmasında araştırmaya katılan diyabetli bireylerin metabolik kontrol değişkenleri incelendiğinde; total kolesterol, BMI, LDL, trigliserid ve bel çevresinin yüksek, HbA1c, kan basıncı değerlerinin sınırda ve açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HDL seviyelerinin iyi durumda olduğu belirlenmiştir (Orhan ve Karabacak, 2016). Özcan'ın (1999) tez çalışmasında ise açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri ve HbA1c değerleri ortalamalarının yüksek olduğu ve kötü kontrol sınırlarına uyduğu, total kolesterol ve trigliserid düzeylerinin ise iyi kontrol sınırlarının üzerinde olduğu görülmüştür (Özcan, 1999). Çıtık ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hastaların %75'inin HbA1c değerinin %7'nin üzerinde olduğu, %54,9'unun metabolik kontrollerinin kötü, %29,3'ünün sınırda, %24,8'inin iyi olduğu belirtilmiştir (Çıtık, Öztürk ve Günay, 2010). Literatürde, bu araştırma ile ilgili benzer ve farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Metabolik hedeflerin iyi kontrolü çoklu faktörden etkilenmektedir. Farklı örneklem gruplarında farklı metabolik çıktılarının olması beklenen bir sonuçtur. Bu araştırmanın örneklem grubunun metabolik değerlerinin iyi kontrol sınırına daha yakın olmasının, araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun diyabet eğitimi almış olması, hastalık kabul düzeylerinin ve geçimlilik puan ortalamalarının yüksek olmasıyla ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

5.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Hastalığı Kabul Ölçeği

Arasındaki İlişkinin Tartışması

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile Hastalığı Kabul Ölçeği arasındaki korelasyon verilerine bakıldığında; araştırma sonuçlarına göre duygusal dengesizlik hastalığı kabulü olumsuz yönde, sorumluluk ise olumlu yönde etkilemektedir. Duygusal dengesizlik özellik olarak “endişeli olmak, bunalımda olmak, birçok olumsuz duygu karşısında strese kapılmak, kızgınlık ve güvensizlik” anlamlarını taşımaktadır. Duygusal dengesizlik yaşayan bireyler endişeli, güvensiz, öfkeli, alıngan bireyler olarak değerlendirilmektedir (Benet ve John, 1998; Doğan, 2013; Gümüş, 2009). Conti ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında D tipi kişilik özelliklerine sahip diyabetli bireylerde olumsuz klinik sonuçlar görüldüğü tespit edilmiştir. D tipi kişiliği, negatif duygulanım, sosyal engelleme ve olumsuz duygular yaşamaya kararlı kişi olarak ifade eden çalışma, bu tip kişiliğe sahip bireylerin

depresyon ve anksiyete gibi olumsuz klinik sonuçları sık yaşadıkları, ilaç kullanımlarının zayıf olduğu ve sağlıksız davranışlar sergilediklerini göstermektedir (Conti ve diğerleri, 2016). Bu çalışmada, duygusal dengesizlik özelliklerine sahip olan bireylerin hastalığı kabul düzeyleri açısından da olumsuz sonuçlara sahip olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Bunun nedeni kişilik özelliğine paralel olarak yorumlanacak olursa, bu olumsuz özelliklerin; bireylerin genel anlamda yaşama ve hastalıklarına bakış açılarını ve hastalığı kabul sürecini de olumsuz yönde etkileyebilecekleri düşünülmektedir.

Sorumluluk kişilik özelliği ise “dikkatlilik, doğrudanlık, düzenlilik, titizlik, disiplinli olma, görev bilinci, sorumluluk sahibi olma ve özenli gibi özelliklerden oluşmaktadır” (Benet ve John, 1998; Doğan, 2013; Gümüş, 2009). Yapılan bir çalışmada sorumluluk sahibi diyabetli bireylerin daha az psikolojik sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir (Van Dooren ve diğerleri, 2016). Hastalığı kabul, kronik hastalığı olan bireyler için büyük bir problemdir. Genelde yaşam tarzı değişikliği yapmak zordur, çünkü yapılacak değişiklik inanmayı ve sorumluluk almayı gerektirir. Bireyin istedik yaşam davranışları edinmesi yani tedavi yönetiminde etkin sorumluluk alabilmesi ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi, sorumluluk sahibi kişilik özelliğine sahip olması ile mümkündür.

Literatürde kişilik özellikleri ve hastalığı kabulü birlikte araştıran bir araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda, kişilik özelliklerinin hastalığa uyumu, hastalık riskini arttırıp arttırmadığına ilişkin araştırmalar yer almaktadır. Rassart ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada duygusal dengesizlik yaşayan hastaların hastalık uyumunun olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, hastalık ile baş etmenin, kişilik özellikleri ile hastalığa uyum arasındaki ilişkide önemli bir araç olduğu, duygusal dengesizlik yaşayanların hastalıkla baş ederken kaçınma ve pasif baş etme yöntemini kullandığı belirlenmiştir (Rassart ve diğerleri, 2014). Sutin ve ark. (2013) çalışmasında kişilik özelliklerinin hastalık riskini arttırıp arttırmadığı ve hastalığın kişilik değişkenleri ile ilişkili olup olmadığı test edilmiş, kişilik özellikleri ve kronik hastalıklar birbirleriyle ilişkilendirilmiştir. Konjestif kalp yetmezliği, periferik vasküler hastalık, demans, serebrovasküler hastalık, kronik pulmoner hastalık, bağı dokusu hastalığı, ülser, karaciğer hastalıkları, lenfoma, kısmi felç, böbrek hastalıkları, tümör, lösemi ve AIDS gibi hastalıkların görülme riskinin arttığı görülmüştür. Aynı araştırmada, duygusal dengesizlik ve sorumluluk hastalık

yükü ile ilişkili bulunmuş olup, duygusal dengesizlik olumsuz yönde, sorumluluk ise olumlu yönde etkilemektedir (Sutin ve diğerleri, 2013).

5.3. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kişilik Özellikleri ve Metabolik Hedefler Arasındaki İlişkinin Tartışması

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile metabolik hedefler arasındaki korelasyon verileri sonuçlarına göre; kişilik özellikleri ile açlık glisemi düzeyleri, tokluk glisemi düzeyleri, HbA1c düzeyleri, total kolesterol düzeyleri, LDL kolesterol düzeyleri, HDL kolesterol düzeyleri, trigliserid düzeyleri, sistolik kan basıncı (=120, <120) düzeyleri, diastolik kan basıncı (=80, >80, >80), BMI (18,5 – 25 : normal / >25 : fazla kilolu / >30 : obez) düzeyleri ve mikroalbuminüri düzeyleri arasında korelasyon saptanmamıştır. Sonuçlara göre netlik olmamakla birlikte örneklem sayısı yetersizdir. Sadece sistolik kan basıncı düzeyi hakkında kesin bir sonuçtan bahsedilebilmektedir.

Tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özelliklerinin farklı metabolik hedeflere ulaştırıp ulaştırmadığına yönelik sadece sistolik kan basıncı düzeyine ilişkin net bir sonuç söylenmesi mümkündür, diğer hedefler için kesin bir şey söylemek mümkün değildir, güvenilir sonuç için araştırmanın örneklemine genişletilmesi gerekmektedir. Araştırmanın örneklemine göre sistolik kan basıncının yanı sıra anlamlı çıkan sonuçlardan biri diastolik kan basıncı değeri mikroalbuminüridir. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile sistolik kan basıncı (=120, >120) düzeyleri arasındaki korelasyon verilerine bakıldığında; duygusal dengesizlik arttıkça sistolik kan basıncı (=120, >120) düzeyi de artmaktadır. Duygusal dengesizlik özellik olarak “endişeli olmak, bunalımda olmak, birçok olumsuz duygu karşısında strese kapılmak, kızgınlık ve güvensizlik” anlamlarını taşımaktadır (Benet ve John, 1998; Doğan, 2013; Gümüş, 2009; Rassart ve diğerleri, 2014; Sutin ve diğerleri, 2013). Endişe duygusunu sürekli yaşama, çabuk strese kapılma ve bunalımda olma gibi özelliklere sahip kişilerin kan basıncının artması beklenen bir sonuçtur. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile diastolik kan basıncı (=80, <80) düzeyleri arasındaki korelasyon sonuçlarına göre; dışadönüklük ve sorumluluk arttıkça diastolik kan basıncı (=80, <80) düzeyi artmakta, açıklık arttıkça diastolik kan basıncı (=80, <80) düzeyi azalmaktadır. Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin kişilik özellikleri ile mikroalbuminüri

düzeyleri arasındaki korelasyon sonuçlarına bakıldığında ise; sorumluluk arttıkça mikroalbüminüri düzeyi artmaktadır.

Lane ve arkadaşlarının (2000) 99 tip 2 diyabetli hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada duygusal dengesizlik yaşayan kişilerin kan şekeri düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Lane ve diğerleri, 2000). Bu çalışmada ise kişilik özellikleri ile kan şekeri düzeyleri arasında korelasyon bulunmamış olup, kişilik özellikleri ile açlık glisemi düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 658, en fazla 5433 hastaya, kişilik özellikleri ile tokluk glisemi düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 634, en fazla 18545 hastaya ulaşılması gerekmektedir. Esmailinasab ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise 400 tip 2 diyabetli hastada glisemik kontrol ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiş, nevrotik duyguların glisemik kontrol üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada dışadönüklük ve geçimlilik ile HbA1c düzeyleri arasında daha güçlü bir ilişki saptanmıştır (Esmailinasab ve diğerleri, 2016). Bu çalışmada ise kişilik özellikleri ile HbA1c düzeyleri arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için en az 966, en fazla 27154 hastaya ulaşılması gerekmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, kişilik özelliklerinin metabolik hedefler üzerindeki etkilerinden bahsedebilmek için daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

6. Sonuç ve Öneriler

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma tip 2 diyabetli bireylerde kişilik özelliklerinin, bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ve metabolik hedefler üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Buna göre;

- Tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özellikleri, farklı hastalığı kabul düzeylerine ulaştırmıştır. Duygusal dengesizlik arttıkça hastalığı kabulü azalmaktadır, sorumluluk arttıkça hastalığı kabulü artmaktadır. Bu sonuca göre H_1 hipotezi kabul edilmiştir.
- Tip 2 diyabetli bireylerde farklı kişilik özelliklerinin farklı metabolik hedeflere ulaştırıp ulaştırmadığına yönelik sadece sistolik kan basıncına ilişkin H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Diğer hedefler için kesin bir şey söyleyebilmenin araştırmanın örnekleminin genişletilmesi ile mümkün olacağı sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyini yükseltmek için bakım modellerinin planlanması ve geliştirilmesinde kişilik özelliklerinin dikkate alınması,
 - o Duygusal dengesizliğin hastalığı kabulü üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle, diyabetli bireylerin bununla baş etmeleri konusunda desteklenmeleri,
 - o Sorumluluğun hastalığı kabulü üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle diyabetli bireylerin bu açıdan geliştirilmesi,
- Olumlu kişilik özellikleri hastalığı kabulü olumlu yönde etkilediği için bu algı ile ilgili farkındalığın artırılması ve hastaların desteklenmesi,
- Sürekli hasta eğitimleri yapılarak hastaların güçlendirilmesi,
- Kişilik özellikleri ile metabolik hedefler arasında bir ilişkiden bahsedebilmek için araştırmanın daha büyük örneklem gruplarında yapılması

önerilmektedir.

Kaynaklar

- Ahmad, N.S., Ramli, A., Islahudin, F., Paraidathathu, T. (2013). Medication Adherence in Patients With Type 2 diabetes Mellitus Treated At Primary health Clinics In Malaysia. Patient Preference and Adherence. 7, (s. 525–530).
- Akkuş, S. (2004). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastalarda Öz Etkililik ile Metabolik Sonuçlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Akyol, A.D. (2002). Diyabette hemşirelik bakımı. Kronik Hastalıklarda Bakım. (s. 103-112). İzmir: İntertıp Tıbbi Yayıncılık.
- Akyol, A.D. (2004). Diyabet Eğitimi. Fadıloğlu Ç. (Ed.), Diyabet Hemşireliği içinde (s. 201-228). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Alkan, N. (2007). Beş Faktör Kişilik Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ankara: Yayınlanmamış Araştırma. [Gümüş Ö.D., (2009)'dan alıntı.]
- American Diabetes Association (ADA). (2017). Diabetes Mellitus. Erişim adresi: <http://www.diabetes.org>
- Benet, M.V., John, O.P. (1998). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multi method analysis of the big five in Spanish and English. Journal of Personality and Social Psychology. 75, (s. 729-750).
- Besen, B.D. (2009). Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Besen, B.D., Esen, A. (2011). Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetli Bireylere Uyarlanması. TAF Preventive Medicine Bulletin. 10(2), (s. 155-164).
- Birol, L. (2011). Hipofiz Fonksiyon Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N., Birol L. (Ed.), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı içinde (s. 679- 706). Ankara.
- Blumer, I., Hadar, E., Hadden, D.R., Jovanovič, L., Mestman, J.H., Murad, M.H. ve ark. (2013). Diabetes and pregnancy: an endocrine society clinical practice guideline. J. Clin Endocrinol Metab. 98(11), (s. 4227-4249).

- Conti, C., Carrozzino, D., Patierno, C., Vitacolonna, E., Fulcheri, M. (2016). The Clinical Link between Type D Personality and Diabetes. *Frontiers in Psychiatry*. 7, (s. 113).
- Çıtık, R., Öztürk, Y., Günay, O. (2010). Kayseri il merkezinde bir sağlık ocağına başvuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve eşlik eden faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 32, (s. 111-122).
- Demirtaş, A., Akbayrak, N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus’lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 3(1), (s. 10-18).
- Dinççağ, N. (2001). Diyabetes Mellitus’lu Hastanın Eğitimi. Yenigün M. (Ed.), Her Yönü ile Diyabetes Mellitus (2. Baskı) içinde (s. 997-1002). Nobel Tıp Kitabevi.
- Doğan, T. (2013). Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ve Öznel İyi Oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*. 14 (1), (s. 56-64).
- Erlen, A.J., Stilley, S.C., Bender, A., Lewis, P.M., Garand, L., Kim, Y., Pilkonis, A.P., Kitutu, J., Sereika, S. (2011). Personality Traits and Chronic Illness: A Comparison of Individuals with Psychiatric, Coronary Heart Disease, and HIV/AIDS Diagnoses. *Appl Nurs Res*. 24(2), (s. 74–81). doi:10.1016/j.apnr.2009.04.006
- Esen, A. (2004). Diyabetin Tanımı, Sınıflandırılması ve Risk Faktörleri. Fadıloğlu Ç. (Ed.), *Diyabet Hemşireliği* içinde (s. 21-34). İzmir: Meta Basım Matbaacılık.
- Esen, A. (2005). Diyabetes Mellitus’ta Eğitimin Önemi. III. Ege Diyabet Günleri Kursu Özet Kitabı. İzmir. (s. 16-19).
- Esmailinasab, M., Ebrahimi, M., Mokarrar, H.M., Rahmati, L., Mahjouri, Y.M., Arzaghi, M.S. ve ark. (2016). Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 15, (s. 54).
- Fadıloğlu, Ç. (2002). Diyabetin komplikasyonları ve hemşirelik yaklaşımları. Yılmaz C. (Ed.), *Diyabet Hemşiresi El Kitabı* içinde (s. 124-158). İzmir: Asya Tıp Yayıncılık.
- Felton, B.J., Revenson, T.S. (1984). Coping With Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological

- Adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 52(3), (s. 343-353).
- Goustova, E.V. (2006). Psychosocial Burden of Diabetes, Children's Point of View. Erişim adresi: <http://www.kenes.com/tpe2006/program/posters.asp>
- Gümüş, D.Ö. (2009). Kùltür, Deęerler, Kişilik ve Siyasal İdeoloji Arasındaki İlişkiler: Kùltürlerarası Bir Karşılaştırma (Tùrkiye-ABD). Doktora tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Heisler, M., Piette, J., Spencer, M. ve ark. (2005). The relationship knowledge of recent HbA1c values and diabetes care understanding and self management. Diabetes Care. 28, (s. 816-822).
- International Diabetes Federation Diabetes Atlas. (2017). Diabetes Mellitus. Erişim adresi: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Janka, H.U., Plewe, G., Riddle, M.C. (2005). Comparison of basal insulin added to oral agents versus twice dily premixed insulin as initial insulin therapy for type 2 diabetes. Diabetes Care. 28, (s. 254-259).
- John, O.P., Donahue, E.M. ve Kentle, R.L. (1991). The Big Five Inventory- Versions 4a and 54. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- Kara, K., Çınar, S. (2011). Diyabette Bakım Profili ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişi. Kafkas J Med Sci. 1(2), (s. 57-63).
- Kartal, A. (2006). Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yònetimine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. (s. 163).
- Keogh, E., Bond, F.W., Hanmer, R., Tilston, J. (2005). Comparing acceptance and control based coping instructions on the cold pressor pain experiences of healthy men and women. European Journal of Pain. 9, (s. 591-598).
- Lane, D.J., Mccaskill, C.C., Williams, G.P., Parekh, I.P., Feinglos, N.M., Surwit, S.R. ve ark. (2000). Personality Correlates of Glycemic Control in Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 23, (s. 1321).
- Lewko, J., Politynska, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M. ve ark. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. Advances in Medical Sciences. 52, (s. 1).

- McCrae, R.R., Costa, P.T., Jr. (1989). More reasons to adopt the five-factor model. *American Psychologist*. 44(2), (s. 451-452).
- Nahcivan, N.Ö. (1994). Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*. 7(33), (s. 109-119).
- Ockleford E., Shaw R.L., Willars J., Dixon-Woods M. (2008). Education and Self Management for People Newly Diagnosed with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study of Patients' Views, *Chronic Illness*. 4, (s. 28-37).
- Olgun, N., Eti, A.F. (2010). Endokrin Hastalıkları. Karadakovan A., Eti A.F. (Ed.), *Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım içinde* (s. 865-901). Adana: Nobel Kitapevi.
- Orhan, B., Karabacak, B.G. (2016). Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel ve Sosyal Faktörler ve Metabolik Kontrol Parametreleri Arasındaki İlişki. *Clin Exp Health Sci*. 6(1), (s. 1-8).
- Özcan, Ş. (1999). Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özcan, Ş. (2001). Diabetes mellituslu hastaların yönetimi ve hemşirelik. Yenigün M. (Ed.), *Her yönüyle diabetes mellitus* (2. Baskı) içinde (s. 967-1002). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özcan, Ş. (2002). Kronik komplikasyonlar. Erdoğan S. (Ed.), *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler içinde* (s. 141-154). İstanbul: Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş..
- Özdoğan, E. (2007). Tip 2 Diyabet Hastalarında Kan Lipid Düzeylerinin HgA1c ve Obezite İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Özsoy, E., Yıldız, G. (2013). Kişilik Kavramının Örgütler Açısından Önemi: Bir Literatür Taraması. Sakarya Üniversitesi.
- Phipps, W.J., Monahan, F.D., Sands, J.K. (2003). *Health and Illness Perspectives*. Seventh Edition. Mosby. Philadelphia. Medical Surgical Nursing.
- Pınar, R. (1995). Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD.
- Pınar, R. (1995-1996). Diabetes mellituslu hastalarda öz-bakım gücü, öz-bakım gücü ile sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişki. *Türk Diyabet Yıllığı*. 11, (s. 248-257).

- Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, A.T., Moons, P., Groven, C. (2014). Personality and Illness Adaptation in Adults with Type 1 Diabetes: The Intervening Role of Illness Coping and Perceptions. *J Clin Psychol Med Settings*. 21, (s. 41–55).
- Richardson, A., Adner, N., Nordström, G. (2001). Persons with Insulin Dependent Diabetes Mellitus: Acceptance and Coping Ability. *Journal of Advanced Nursing*. 33(6), (s. 758-763).
- Rogon, I., Kasprzak, Z., Szczesniak, T. (2017). Perceived quality of life and acceptance of illness in people with type 2 diabetes mellitus. *Menopause Rev*. 16(3), (s. 79-85).
- Samuels, T.A., Cohen, D., Brancati, F.L., Kao, W.H.L. (2006). Delayed Diagnosis of Incident Type 2 Diabetes Mellitus in the ARIC Study. *Am J Manag Care*. 12, (s. 717–724).
- Satman, I., Yılmaz, T., Şengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S. ve ark. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. 25 (9), (s. 1551-1556).
- Satman, I., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinççağ, N. ve ark. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *TURDEP-II Study Group*. 28(2), (s. 169-180).
- Silva, J.A., Souza, E.C.F., Böschmeier, A.G.E., Costa, C.C.M., Bezerra, H.S., Feitosa, E.E.L.C. (2018). Diagnosis of diabetes mellitus and living with a chronic condition: participatory study. *BMC Public Health*. 18, (s. 699).
- Sivrikaya, S.K. (2006). Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarına Verilen Planlı Eğitimin Hastaların Tutumlarına, İyilik Hallerine ve Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisi. Doktora Tezi. Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği AD.
- Starczewska, M., Kujawska, R., Stanislawska, M., Rybicka, A., Grochans, E. (2018). The analysis of health behaviors and illness acceptance in patients with diabetes. *Family Medicine & Primary Care Review*. 20(4), (s. 352-355).
- Sutin, A.R., Zonderman, A.B., Ferrucci, L., Terracciano, A. (2013). Personality traits and chronic disease: implications for adult personality development.

- Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 68(6), (s. 912–920).
- Skinner, T.C. (2004). Psychological Barriers. European Journal of Endocrinology, 151, (s. 13-17).
- Şireci, E., Yılmaz, K.E. (2017). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/ataunihem/issue/28475/303466>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı. Ankara. (s. 816).
- Topçu, K. (2015). Tip 2 Diabetes Mellituslu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği AD.
- Törüner, F.B. (2011). Diabetes Mellitus Tarama ve Tanıda Değişen Nedir? Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı. Erişim adresi: <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/10/10.37.pdf>
- Türk Dil Kurumu. (2019). Kişilik. Erişim adresi: www.tdk.gov.tr
- Türk Diyabet Cemiyeti. (2016). Diyabet İstatistikleri. Erişim adresi: <http://www.diabetcemiyeti.org/c/diyabet-istatistikleri>
- Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. (2017). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu. Erişim adresi: http://www.temd.org.tr/files/DIYABET2017_web.pdf
- Van Dooren, P.E.F., Denollet, J., Verhey, J.R.F., Stehouwer, A.D.C., Sep, S.J.S., Henry, A.M.R. ve ark. (2016). Psychological and personality factors in type 2 diabetes mellitus, presenting therationale and exploratory results from The Maastricht Study, a population based cohort study. BMC Psychiatry. 16, (s. 17).
- Yeşilbalkan, Ö.U. (2004). Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(2), (s. 11-29).

- Yüksel, A. (2002). Diyabette ayak bakımı. Erdoğan S. (Ed.), Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler içinde (s. 127-140). İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş..
- Zinmen, B. (1997). Translating the diabetes control and complication trialin to clinical practice: over coming the barriers. Diabetologia. 40(5), (s. 88-90).



Ekler

EK I: Bireysel Tanıtım Formu

Görüşme Tarihi:

I. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

Olgu No:

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek
3. Eğitim Durumu:
 1. Okur-yazar değil 2.Okur-yazar/İlköğretim 3.Ortaöğretim
 - 4.Yükseköğretim
4. Yaşanılan Yer: 1.Köy 2. İlçe 3. İl
5. Meslek: 1. Ev Hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Emekli 5.Serbest Meslek (belirtiniz)..... 6. Diğer
6. Mesleğin sağlıkla ilgisi var mı? 1. Var 2. Yok
7. Ailede Hemşire, Doktor gibi sağlık çalışanı var mı? 1. Var 2. Yok
8. Sosyal Güvence: 1. Var 2. Yok
9. Gelir Durumu: 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

II. Diyabete İlişkin Tanılama Formu:

10. Diyabet tanı süresi?
- Ailenizde sizden başka diyabetli birey var mı?
 1. Evet (belirtiniz) 2. Hayır
11. Tedavi şekli:
 1. OAD + Diyet + Egzersiz
 2. OAD + İnsülin + Diyet + Egzersiz
 3. İnsülin + Diyet + Egzersiz

4. Diğer

12. Başka kronik hastalık var mı? 1. Var (belirtiniz).....

2. Yok

13. Akut Komplikasyon Öyküsü:

Komplikasyonlar	Var	Yok	Kaç Kez
Hipoglisemi			
Hiperglisemi			
DKA			
HHNK			

14. Kronik Komplikasyon Öyküsü:

Komplikasyonlar	Var	Yok
Retinopati		
Nefropati		
Nöropati		
Diyabetik Ayak/Amputasyon		

15. Son altı ayda sizi çok üzen ya da çok mutlu eden önemli bir yaşam olayı oldu mu?

1. Evet (belirtiniz)..... 2. Hayır

III. Diyabetin Yaşam Kalitesine Etkilerine İlişkin Tanılama:

16. Diyabet sonrası genel sağlık durumunuz nasıl değişti?

1. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

17. Diyabet sonrası fiziksel durumunuz nasıl değişti?

1. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

18. Diyabet sonrası **sosyal ilişkileriniz** nasıl değişti?

1. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

19. Diyabet sonrası **ekonomik durumunuz** nasıl değişti?

1. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

20. Diyabet sonrası **aile içi ilişkileriniz** nasıl değişti?

1. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

21. Diyabet sonrası **ruh haliniz** nasıl değişti?

1. Değişmedi 2. Olumlu Değişti 3. Olumsuz Değişti

IV. Diyabet Eğitimine İlişkin Tanılama:

22. Diyabet eğitimi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

23. Diyabet eğitiminizi nereden aldınız?

1. Hekim 2. Diyabet Hemşiresi 3. Diyetisyen 4. Demek 5. Diğer

V. Diyabette Tedaviye Uyumu Öz Değerlendirmeye İlişkin Tanılama:

24. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1. Düzenli kullanıyorum
2. Kısmen düzenli kullanıyorum
3. Düzenli kullanamıyorum

25. Diyetinize tam uygulayabiliyor musunuz?

1. Düzenli uygulayabiliyorum
2. Kısmen uygulayabiliyorum
3. Uygulayamıyorum

26. Önerilen egzersiz programını uygulayabiliyor musunuz?

1. Düzenli uygulayabiliyorum
2. Kısmen uygulayabiliyorum

3.Uygulayamıyorum

27. Düzenli olarak kan şekeri kontrolünüzü yapıyor musunuz?

1.Düzenli yapabiliyorum

2.Kısmen yapabiliyorum

3.Yapamıyorum



EK II: Metabolik Sonuçlar Listesi

1. Glisemi Düzeyleri: Laboratuvar Tarihi:

Açlık: mg/dl

Tokluk: mg/dl

2. HbA1c: %.....

3.Lipid Düzeyleri:

Total kolesterol: mg/dl

LDL kolesterol: mg/dl

HDL kolesterol: mg/dl

Trigliserid: mg/dl

4. Kan Basıncı :/..... mm/Hg

5. Beden Kitle İndeksi (BMI):kg/m²

6.Mikroalbüminüri:

EK III: Beş Faktör Kişilik Ölçeği

Aşağıda, insanların kendilerini ve kişilik özelliklerini anlatmak için kullandıkları bazı ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuyarak, size ne kadar uyduğunu, uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz.

Örneğin;

“Yardımsever biriyim” ifadesi genel özelliklerinizi düşündüğünüzde size bütünüyle uyuyorsa 5’ i, oldukça yardımseverim diyorsanız 4’ ü, biraz yardımseverim diyorsanız 3’ ü, pek yardımsever biri değilim diyorsanız 2’ yi ve hiç yardımsever birisi değilim diyorsanız 1’ i işaretlemeniz gerekir.

Ben,	Hiç Katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Çok fazla katılıyorum
1. Konuşkan biriyim	1	2	3	4	5
2. Başkalarının hatasını bulmaya yatkınım	1	2	3	4	5
3. Bir işi tam yaparım	1	2	3	4	5
4. Karamsar, hüzünlü biriyim	1	2	3	4	5
5. Orjinal biriyim, yeni fikirler üretirim	1	2	3	4	5
6. İçine kapanık biriyim	1	2	3	4	5
7. Yardımseverim	1	2	3	4	5
8. Bazen dikkatsiz davranabiliyorum	1	2	3	4	5
9. Rahatım, strese girmem	1	2	3	4	5
10. Pek çok şeyi merak ederim	1	2	3	4	5
11. Enerji doluyum	1	2	3	4	5
12. Başkaları ile ağız dalaşı (sözlü kavga) başlatırım	1	2	3	4	5
13. Bir görevin (çalışma, ödev, iş) verilmesi için güvenilir biriyim	1	2	3	4	5
14. Gergin olabilirim	1	2	3	4	5

15. Zeki, derin düşünebilen biriyim	1	2	3	4	5
16. Diğer insanları heveslendiririm	1	2	3	4	5
17. Bağışlayıcıyım	1	2	3	4	5
18. Dağınık biriyim, çok derli toplu biri değilim	1	2	3	4	5
19. Endişeli biriyim	1	2	3	4	5
20. Hayal gücüm kuvvetlidir	1	2	3	4	5
21. Sessizim	1	2	3	4	5
22. Başka insanların güvendiği biriyim	1	2	3	4	5
23. Tembel olmaya eğilimliyim	1	2	3	4	5
24. Duygusal olarak dengeliyim, kolay kolay mutsuz olmam	1	2	3	4	5
25. Yaratıcıyım	1	2	3	4	5
26. Çekingen değilim, girişkenim	1	2	3	4	5
27. Başka insanlara karşı soğuk ve ilgisizim	1	2	3	4	5
28. Bir işi bitirmeden, yarıda bırakmam	1	2	3	4	5
29. Duygu durumum (modum) değişkendir	1	2	3	4	5
30. Sanatsal ve estetik şeyler benim için önemlidir	1	2	3	4	5

31. Bazen utangaç ve çekingenim	1	2	3	4	5
32. Herkese karşı düşünceli ve saygılıyım	1	2	3	4	5
33. Yaptığım şeyleri etkin, hakkını vererek, iyi yaparım	1	2	3	4	5
34. Gergin durumlarda, ortamlarda sakin kalabilirim	1	2	3	4	5
35. Rutin, tek düze şeyleri yapmayı tercih ederim	1	2	3	4	5
36. Dışa dönük, sosyal biriyim	1	2	3	4	5
37. Bazen diğer insanlara kaba davranırım	1	2	3	4	5
38. Plan yapar ve bu planları uygularım	1	2	3	4	5
39. Çabuk heyecanlanırım	1	2	3	4	5
40. Fikirlerle oynamayı, benim için ne anlama geldikleri üzerinde düşünmeyi severim	1	2	3	4	5
41. Sanata karşı pek ilgili değilim	1	2	3	4	5
42. Başkaları ile yardımlaşmayı severim	1	2	3	4	5
43. Dikkatim çabuk dağılır	1	2	3	4	5
44. Sanat, müzik ve edebiyatla ilgiliyimdir	1	2	3	4	5

EK IV: Hastalığı Kabul Ölçeği

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

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

EK V: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı : Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Tip 2 diyabetli bireylerde kişilik özelliklerinin, bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ve hastalık yönetiminin göstergesi olan beden kütlesi indeksinin, kan basıncının, laboratuvar bulgularının (kan şekeri, son 2-3 ay içinde ortalama kan şekeri seviyeniz (HbA1c), kan yağlarınız, ilgili idrar tetkikiniz) üzerindeki etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Bilim Dalı Diyabet Polikliniğine kayıtlı olmanız, en az 6 aydır Tip 2 diyabet tanısına sahip olmanız, iletişim probleminizin olmaması ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeniz yeterlidir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada veriler, bire bir görüşme yöntemi ve veri toplama araçlarındaki sorular (Bireysel Tanıtım Formu, Beş Faktör Kişilik Ölçeği ve Hastalığı Kabul Ölçeği ve hastalık yönetiminin göstergesi olan beden kütlesi indeksiniz, kan basıncınız, laboratuvar bulgularınız (kan şekeri, son 2-3 ay içinde ortalama kan şekeri seviyeniz (HbA1c), kan yağlarınız, ilgili idrar tetkikiniz) size sorulacaktır. Araştırmamız tarafından kan basıncınız tansiyon aleti ile ölçülecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size sorulan sorulara doğru (ya da tipine göre size en yakın) cevabı vermeniz gerekmektedir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırma verileri 1 Ağustos-30 Kasım 2018 tarihleri arasında toplanacaktır. Toplam katılımcı sayısının 300 kişi olması hedeflenmiştir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Araştırmaya katılmanız araştırma sorularını yanıtladığınız süre ile sınırlıdır (yaklaşık 20 dk).

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Araştırmanın tıbbi olarak bireye bir yarar sağlaması söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına olabileceği beklenmektedir. Bireyin doğrudan yarar görmesi ve tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemektedir. Bu çalışma sadece araştırma amaçlı yürütülmektedir. Bu çalışmanın bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine diyabet yönetiminde diyabetli bireye özgü yönetim becerilerinin geliştirilmesinde farklı bir bakış açısı getireceği düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Sizi bu araştırmada herhangi bir şekilde riske sokacak bir durum bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket formlarının uygun şekilde doldurulmaması durumunda araştırmacı sizi araştırma dışı bırakabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tanının tedavisinde uygulanabilecek, ancak şimdilik uygulanmayacak olan diğer tedaviler ya da işlemler de bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk araştırmacıya aittir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresince araştırma hakkında bilgi almak ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda 0(538) 686 5583 no.lu telefondan Özlem SÖZERİ ÖZDEM'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırmada yapılacak her tür masraf size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşu ödenecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız durumunda size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile size ait veriler garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Tarih/ Versiyon: 19/04/2018

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Hesap No/İmza	Araç, Tarih / Erişim	Sayı
Form 17	03.11.2018	10

Araştırmanın Adı : Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/ Versiyon: 19/04/2018

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bölge Kodu	Rev. Tarih / Reviziyon	Sayfa
Form 17	03.11.2018/Revizyon	2/2

EK VI: Etik Kurul Onay Belgesi

Ege Ünv. Evrak Tarih ve Sayısı: 11/05/2018-E.136115 / 59



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Klinik Araştırma Etik Kurulu



Sayı : 70198063-050.06.04
Konu : Kararlar 18-5/85

Sayın
Doç. Dr. Esra OKSEL
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kurulumuza başvurusunu yaptığımız "**Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri Ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi.**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmaktadır.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve Sonuç Raporunun Kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek (Etik Kurul Bilgilendirme Formu ekinde) yapılması gerekmektedir.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Varsa **Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun** imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "**yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir**" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile **ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile** <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayşe EROL
Kurul Başkanı

EKLER:

EK 1: İlgili Etik Kurul Kararı (1 adet)

Üniversitesi Cd. No: 9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 388 10 23 Faks No: +90 (232) 388 11 15
E-Posta: tipdekanozelkalem@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Sumru FESİCİOĞLU
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 0232 3902132 - 4219

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEA5KJ8SE adresinden yapılabilir.



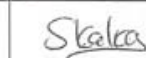
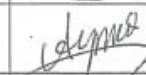
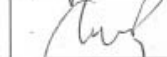
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri Ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi.				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Esra OKSEL				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel İlaç Çalışması ☐ Tıbbi Cihaz klinik Araştırması ☐ In Vitro Tıbbi Tanı Cihazları İle Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları ☐ İlaç Dışı Klinik Araştırma ☒ Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19.04.2014	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.04.2014	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ İmza tarihi: 19.04.2018				
KARAR BİLGİLERİ	DİĞER	☐				
	Karar Nu: 18-5/85	Tarih: 08.05.2018				
Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Ayşe EROL				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayşe EROL Başkan	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Mine HEKİMGİL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Patoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşe EROL	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa	
			22	17.10.2017/06	1/2	



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tıp 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri Ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi.
ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 18-5/85				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ayça Arzu SAYINER Üye	Mikrobiyoloji	D.E.Ü. Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Mikrobiyoloji AD. Tıbbi Viroloji BD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Şebnem PIRILDAR Üye	Ruh Sağlığı Ve Hastalıklardan	E.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıklardan AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Mine DÜNDAR ÇÖMLEKOĞLU Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Nevlin ORUÇ Üye	Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Sema KALKAN UÇAR Üye	Çocuk Metabolizma Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıklardan AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Candide ŞENTÜRK	Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku	Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
Sumru FESİCİOĞLU
EÜTF Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşe EROL		Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
			22	28.09.2011/05	2/2



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 54148036-044
Konu : Özlem Sözeri ÖZDEM'in Tez
Çalışması Hk.

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü; 13/06/2018 tarihli ve 170855 sayılı yazı.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencileri Özlem SÖZERİ ÖZDEM'in "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 18 Haziran 2018 – 30 Eylül 2018 tarihler arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalımıza bağlı, Endokrin Bilim Dalı Diyabet Polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Selahattin Fehmi AKÇİÇEK
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 69631334-100
Konu : Özlem SÖZERİ ÖZDEM

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/06/2018 tarihli ve 168064 sayılı yazı.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencileri Özlem SÖZERİ ÖZDEM'in "Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Hastalığı Kabul Düzeyleri ve Metabolik Hedefler Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 18 Haziran 2018 – 30 Eylül 2018 tarihler arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrin Bilim Dalı Diyabet Polikliniğinde yapması Başhekimliğimize uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim V.

Ek:İç Hastalıkları Anabilim Dalından gelen
172503 sayılı yazı.

EK VII: Ölçek Kullanım İzinleri

Sayın Özdem,
"Hastalığı Kabul Ölçeği"ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Dilek Büyükkaya BESEN

6 Eki 2016 00:16 tarihinde "Özlem Sözeri" <ozlemsozeri35@gmail.com> yazdı:
Merhaba Dilek Hocam,

Ben Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalılar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Esra Oksel ile yapacağımız yüksek lisans tez çalışmasında Geçerlilik ve Güvenilirliğini yapmış olduğunuz Hastalığa Kabul Ölçeğini izninizle kullanmak istiyoruz. Ölçek için kullanım izniniz olursa çok seviniriz.

Saygılarımla...
Özlem Sözeri ÖZDEM

--
Yrd. Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Mithatpaşa Cad. İnciraltı
Balçova İzmir
Tel: 0232 4126963

nese.alkan <nese.alkan@atilim.edu.tr>
to me ▾ Jul 25, 2015, 11:54 AM ☆

🌐 Turkish ▾ > English ▾ [Translate message](#) Turn off for: T

merhaba,
ölçeği kullanabilirsiniz kolaylıklar dilerim

On 24/07/2015 23:02, Özlem Sözeri wrote:
Merhaba Neşe Hocam,
Ben Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalılar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Esra Oksel ile yapacağımız yüksek lisans tez çalışmasında Geçerlilik ve Güvenilirliğini yapmış olduğunuz Beş Faktör Kişilik Ölçeğini izninizle kullanmak istiyoruz. Ölçek için kullanım izniniz olursa çok seviniriz.
Saygılarımla...
Teşekkürler, iyi çalışmalar.
Özlem Sözeri ÖZDEM

Teşekkür

Deneyim ve bilgilerinden çok şey öğrendiğim, desteğini sürekli olarak hissettiğim değerli hocam, tez danışmanım Doç.Dr. Esra OKSEL'e,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim ve deneyimlerinden faydalandığım Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği A.D. öğretim üyesi hocalarıma,

Tez aşamasında desteklerini eksik etmeyen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim Dalı Diyabet Polikliniği hemşire ve hekimlerine,

Tüm hayatım boyunca sevgilerini, her yönüyle desteklerini hissettiğim, bana attığım her adımda inanan ve güvenen başta çok sevgili eşim, annem, babam ve kardeşim olmak üzere tüm aileme, sonsuz teşekkürler. İyi ki varsınız.

İzmir, 16.07.2019

Özlem SÖZERİ ÖZDEM

Özgeçmiş

Özlem SÖZERİ ÖZDEM, 25.10.1990 tarihinde İzmir’de doğdu.

Lisans öğrenimine 2008 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nde başladı. 2012 yılında aynı bölümden mezun oldu.

2014 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği A.D. İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programına başladı.

2012-2013 yılları arasında Ege Üniversitesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde çalıştı. 2013 yılından itibaren Özel Yunus Emre Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi’nde Meslek Dersi Öğretmeni olarak çalışmaktadır.

Email: ozlemsozeri35@gmail.com