



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DİYABET HASTALARININ HASTALIĞA UYUMU VE POZİTİF
RUH SAĞLIĞININ HASTA AKTİFLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Gülçin URŞAN

MUĞLA-2025

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DİYABET HASTALARININ HASTALIĞA UYUMU VE POZİTİF
RUH SAĞLIĞININ HASTA AKTİFLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Gülçin URŞAN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK**

MUĞLA-2025

TEZ ONAYI

Gülçin URŞAN tarafından hazırlanan “Diyabet Hastalarının Hastalığa Uyumu ve Pozitif Ruh Sağlığının Hasta Aktivliği Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU DURMAZ Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi	(İmza)

Tez savunma tarihi: 14.05.2025

Bu tez Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

14.05.2025

(İmza)

Gülçin URŞAN

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Diyabet Hastalarının Hastalığa Uyumu ve Pozitif Ruh Sağlığının Hasta Aktivliği Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

14.05.2025

(İmza)

Gülçin URŞAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi aldığım süre içerisinde daima desteğini hissettiren, sabrını, zamanını, deneyim ve bilgilerini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Sayın Pınar ÇİÇEKOĞLU ÖZTÜRK'e,

Lisans eğitimim sırasında psikiyatri hemşireliği alanını bana sevdiren, yüksek lisans eğitimimde ise tecrübeleri ile bana yol gösteren, bilgilerini, desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen Prof. Dr. Sayın Nezihe BULUT UĞURLU ve Dr. Öğr. Üyesi Sayın Havva AKPINAR'a, tezimle ilgili görüş ve önerilerini sunan Dr. Öğr. Üyesi Sayın Ayşe KUZU DURMAZ'a,

Çalışmaya gönüllü katılan ve vaktini ayıran tüm Diyabet hastalarına,

Her daim bana destek ve yanımda olan sevgili dostlarıma,

Her zaman desteğini, sevgisini ve ilgisini hissettiren, bana güvenen, yol arkadaşım Ahmet GÜVEN'e,

Her zaman yanımda ve arkamda olan, eğitim hayatım süresince de bana destek olan, bu süreçte bana güç veren, vazgeçmemeyi öğreten, yoğun sürecimi hafifleten canım annem Mücella ÇEKEROL'a ve ablam Gülsüm URŞAN'a,

Gerek tez dönemimdeki gerek hayatımdaki stresten uzaklaşmamı sağlayan, bana iyi gelen kuşum Pamuk'a,

Sonsuz teşekkür eder, minnet, sevgi ve saygılarımı sunarım.

Tezimi hayatımdaki en büyük şansım olan sevgili anneme ithaf etmek istiyorum.

DİYABET HASTALARININ HASTALIĞA UYUMU VE POZİTİF RUH SAĞLIĞININ HASTA AKTİFLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

ÖZET

Diyabetüs Mellitus, hızla artan prevalansı ve karmaşık komplikasyonlarıyla yaşamı zorlayan kronik bir hastalıktır. Diyabet yönetiminde, bireyin hastalığıyla başedebilmesi, tedavisine aktif katılım sağlaması ve hastalıkla uyumlu yaşam biçimi geliştirebilmesi çok önemlidir. Bu çalışma, diyabet hastalarının hastalığa uyum düzeyleri ve pozitif ruh sağlığı durumlarının, hasta aktifliği üzerindeki etkilerini belirlemeyi amaçlayan kesitsel, tanımlayıcı ve ilişkisel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Yatağan devlet hastanesine Diyabetüs Mellitüs tanısı (ICD-10 kodlarına göre E13.9) ile başvuran, poliklinikte takibi yapılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 382 hasta oluşturmuştur. Veriler ‘‘Tanıtıcı Bilgi Formu’’, ‘‘Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği’’, ‘‘Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği’’, ‘‘Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı’’ ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 54.05 ± 11.76 , %51.83’ü erkektir. Hastaların ‘‘Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği’’ toplam puan ortalaması 86.53 ± 11.83 , ‘‘Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği’’ toplam puan ortalaması 79.76 ± 17.76 , ‘‘Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı’’ toplam puan ortalaması ise 31.35 ± 13.35 olarak bulunmuştur. Hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı ile pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.568$), hasta aktivite düzeyi ölçüm aracı puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.359$) ve hasta aktivite düzeyi ölçüm aracı puanı ile pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.289$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin fiziksel uyum ve sosyal uyum alt boyut değişkenlerinin; pozitif ruh sağlığı ölçeğinin öz denetim ile problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut değişkenlerinin hasta aktivite düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$).

Anahtar Kelimeler: Diyabetüs Mellitus, Hasta Aktivite, Kronik Hastalığa Uyum, Pozitif Ruh Sağlığı

DETERMINATION OF THE EFFECT OF DISEASE ADAPTATION AND POSITIVE MENTAL HEALTH ON PATIENT ACTIVITY IN DIABETIC PATIENTS

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease that significantly challenges daily life due to its rapidly increasing prevalence and complex complications. In diabetes management, individuals have to cope with the disease, actively participate in their treatment, and adopt a lifestyle compatible with the condition. This study was conducted as a cross-sectional, descriptive, and correlational research aiming to determine the effects of disease adaptation levels and positive mental health status on patient activity in individuals with diabetes. Its sample consisted of 382 patients diagnosed with diabetes mellitus (E13.9 according to ICD-10 codes), followed up in the outpatient clinic at Yatağan public hospital, and agreed to participate in the study. Data was collected using the descriptive information form, the Chronic Disease Adaptation Scale, the Positive Mental Health Scale, and the Patient Activation Measure. Data analysis was performed using the SPSS 22 package program. The mean age of the patients was 54.05 ± 11.76 , and 51.83% of them were male. The patients had a mean total score of 86.53 ± 11.83 on the Chronic Disease Adaptation Scale, 79.76 ± 17.76 on the Positive Mental Health Scale, and 31.35 ± 13.35 on the Patient Activation Measure. There was a significant moderate negative correlation between the total score of the Chronic Disease Adaptation Scale and the Positive Mental Health Scale ($r = -0.568$), as well as a moderate negative correlation with the Patient Activation Measure score ($r = -0.359$). Additionally, a low-level positive correlation was observed between the Patient Activation Measure score and the total score of the Positive Mental Health Scale ($r = 0.289$). The physical adaptation and social adaptation subscales of the Chronic Disease Adaptation Scale, and the self-regulation, problem-solving, and self-actualization subscales of the Positive Mental Health Scale, were significant predictors of patient activation levels ($p < 0.01$).

Keywords: Diabetes mellitus, patient activity, chronic disease adaptation, positive mental health

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Giriş	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Diabetes Mellitus	4
2.1.1. Tanımı	4
2.1.3. Etiyoloji.....	4
2.1.4. Epidemiyoloji	4
2.1.5. Belirti ve Bulguları	5
2.1.6. Komplikasyonları	5
2.1.7. Tanı Kriterleri.....	5
2.1.8. Sınıflandırılması	6
2.1.9. Diabetes Mellitus'ta Tedavi	6
2.2. Diyabette Hemşirenin Rolü	7
2.3. Diyabette Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	8
2.4. Hastalığa Uyum	10
2.4.1. Diyabetüs Mellitüs ve Hastalığa Uyum	11
2.5. Pozitif Ruh Sağlığı	13
2.5.1. Diyabetüs Mellitüs ve Pozitif Ruh Sağlığı.....	15
2.6. Hasta Aktifliği	16
2.6.1. Diyabetüs Mellitüs ve Hasta Aktifliği	19
3. YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırma Modeli	21
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali.....	21

3.3. Veri Toplama Araçları	22
3.3.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	22
3.3.2. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)	22
3.3.3. Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği (PRSÖ)	22
3.3.4. Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği (PAM)	23
3.4. Veri Toplama Süreci	24
3.5. Deneysel Kurgu	24
3.6. İstatistiksel Analiz.....	24
3.7. Etik Onay.....	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Demografik Özelliklere Ait Bulgular.....	26
4.2. Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği, Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	28
4.3. Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguları.....	28
4.4. Hastaların Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeğine İlişkin Bulguları.....	32
4.5. Hastaların Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracına İlişkin Bulguları	37
4.6. Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği ve Hasta Aktivlik Ölçüm Aracı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguları.....	39
4.7. Diyabet Hastalarının Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı Puan Ortalamasına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi.....	42
5. TARTIŞMA	47
5.1.Diyabet Hastalarının Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
5.2. Diyabet Hastalarının Kronik Hastalıklara Uyuma İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.3. Diyabet Hastalarının Pozitif Ruh Sağlığına İlişkin Bulguların Tartışılması	52
5.4. Diyabet Hastalarının Hasta Aktivlik Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	55
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	58
6.1. Sonuçlar.....	58
6.2. Öneriler.....	59
KAYNAKLAR	61
EKLER	76
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI.....	76
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI.....	77
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)	79
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ	88

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA: *American Diabetes Association* (Amerikan Diyabet Derneği)

DHD: Diyabet Hemşireleri Derneği

DM: *Diabetes Mellitus*

ICD: *International Classification of Diseases* (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)

IDF: *International Diabetes Federation* (Uluslararası Diyabet Federasyonu)

KHUÖ: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

PAM: *Patient Activation Measure* (Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği)

PMH: *Positive Mental Health* (Pozitif Ruh Sağlığı)

PRSÖ: Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences* (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TBF: Tanıtıcı Bilgiler Formu

TEMED: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TURDEP-I: Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması-I

TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II

WHO: *World Health Organization* (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı (n=382).	26
Tablo 4.2. Hastaların KHUÖ, PRSÖ ve PAM ölçek puan ortalamalarının incelenmesi.....	28
Tablo 4.3. Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre KHUÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.4. Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre PRSÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.5. Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre PAM puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 4.6. Hastaların KHUÖ, PRSÖ ve PAM arasındaki ilişkiye yönelik bulguları	40
Tablo 4.7. Diyabet hastalarının PAM ölçüm aracı puan ortalamasına etki eden faktörlerin regresyon analizi.....	43

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Giriş

Diabetes mellitus; insülin eksikliği ya da insülin direnci nedeniyle meydana gelen, vücuttaki birçok organı ve dokuları etkileyen, kan şekeri seviyesi yüksekliği ile karakterize olan, kronik ve geniş spektrumlu bir metabolizma hastalığıdır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022). Dünya çapında prevalansı hızlı artan kronik hastalıklardan biri olduğu bilinmektedir (Cole ve Florez, 2020). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nin 2021 yılında yayınlamış olduğu verilere göre tüm ülkelerdeki diyabet hastası sayısı 537 milyon olarak belirtilmiştir. Yine aynı yılda, Uluslararası Diyabet Federasyonu Diyabet Atlası, 20-79 yaş arası kişilerin %10.5'inin diyabet tanısına sahip olduğunu bildirmiştir. Tahminlere göre dünya çapında diyabet hastalığına sahip bireylerin 2030 yılında 643 milyona, 2045 yılında ise 783 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Türkiye'de ise 2021 yılında 9 milyon yetişkinin diyabet tanısına sahip olduğu bildirilmiştir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2021).

Diyabet, akut ve kronik komplikasyonlara yol açarak yaşam süresini ve kalitesini olumsuz etkileyen, sürekli tedavi ve bakım gerektirmesi nedeniyle birey, aile ve toplum üzerinde hem maddi hem de manevi yük oluşturan ve multidisipliner bir yaklaşımla yönetilmesi gereken kronik bir hastalıktır (Kılıç, 2022). Bireyin kan şekeri seviyesini normal düzeyde tutabilmesi ve biyopsikososyal açıdan iyi olma halini sürdürebilmesi için tıbbi beslenme tedavisine uyması, fiziksel aktiviteyi artırması, düzenli kan glukoz ölçümü yapması, insülin enjeksiyonlarını aksatmaması, özyeterliliğini geliştirmesi ve sağlık yönetiminde aktif bir rol üstlenmesi gerekmektedir (Çelik vd., 2015). Diyabet tanısı alan bireyin hastalığını etkin bir şekilde yönetebilmesi, diyabetin yaşamında neden olduğu değişikliklere uyum sağlamasına bağlıdır (Akdemir ve Türten Kaymaz, 2016). Bu uyumu etkileyen faktörler arasında yaş, etnik köken, kültürel yapı, cinsiyet, meslek, tanı konma yaşı, hastalık algısı, ruh sağlığı ve sosyal uyum gibi unsurlar yer almaktadır.

Hasta bireylerin, bakım sürecinde kendi rolünü kavramasına, kendi tedavi ve bakımına katılmasına ve sağlık sorumluluğunu üstlenmesine hasta aktifliği denilmektedir (Pelin, 2017). Hibbard ve arkadaşları hasta aktifliğini, kişinin özbakımında önemli rolü

olması, sağlık personelleri ve çevresi ile iş birliği içinde olması, sağlığını etkin sürdürmesi ve koruması, biyopsikososyal değişikliklerin bilincinde olması, bunlarla ilgili yeterli bilgi, inanç ve güvene sahip olması olarak tanımlanmışlardır (Hibbard vd., 2004). Hastalığı hakkında yeterli bilgi sahibi olan, kendine güveni ve inancı olan, özbakımını yapabilen bireyler için aktif hasta kavramı kullanılabilmektedir (Koşar Şahin vd., 2023).

Diabetes mellitus; kronik fiziksel bir hastalık olmanın yanında yaşam boyunca hastanın kendisine ve ailesine duygusal ve sosyal açılardan birçok yük getiren biyopsikososyal bir sağlık sorunudur (Çelik vd., 2015). Bireyler diyabet tanısı aldıktan sonra yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlamakta güçlük yaşamakta ve değişikliklere uyum sağlamaları zaman almaktadır (Meriç, 2017). Yaşam biçimindeki değişikliklere karşı hastanın uyumunu kolaylaştırmada konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin önemli bir yeri vardır. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi; bireyin diyabet tanısı sonrasında yaşadığı duygusal tepkileri tanıyarak uygun müdahalelerde bulunur, stresle baş etme, duygu düzenleme ve hastalıkla başa çıkma becerilerini destekleyici psikoeğitim ve danışmanlık hizmeti sunar. Aynı zamanda hasta yakınlarına yönelik psikososyal destek sağlayarak aile içi uyumu ve bakım sürecinin sürdürülebilirliğini kolaylaştırır. Hemşire, bireyin psikiyatrik eş tanı risklerini değerlendirip gerektiğinde ilgili uzmanlık alanlarına yönlendirme yaparken, sağlık ekibi ile koordineli çalışarak tedavi sürecinin bütüncül bir yaklaşımla yürütülmesine katkıda bulunur. Bu kapsamda, hem tanı ve tedavi aşamasında hem de hastalıkla yaşam sürecinde sunulan hemşirelik bakımı, bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta, aktif katılımlarını desteklemekte ve genel iyilik hallerini artırmaktadır. Böylece diyabetli bireylerin sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönlerden de güçlenmeleri sağlanmaktadır.

Yapılan literatür taraması sonucunda, diyabet hastaları ile gerçekleştirilen çeşitli çalışmaların bulunduğu görülmekle birlikte, psikiyatri hemşireliği alanında Diyabet hastaları gibi farklı fizyopatolojik özelliklere sahip hastalarda hastalığa uyum, pozitif ruh sağlığı ve hasta aktifliğini birlikte ele alan bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle akademik alana katkı sağlamak amacıyla bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, diyabet hastalarının hastalığa uyum düzeyleri, pozitif ruh sağlığı ve hasta aktifliği arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca, hastalığa uyum ve pozitif ruh sağlığının hasta aktifliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Diabetes Mellitus tanısı almış bireylerin hastalığa uyum düzeyi nedir?
2. Diabetes Mellitus tanısı almış bireylerin pozitif ruh sağlığı düzeyi nedir?
3. Diabetes Mellitus tanısı almış bireylerin hasta aktiflik düzeyi nedir?
4. Diabetes Mellitus tanısı almış bireylerin hastalığa uyum, pozitif ruh sağlığı ve hasta aktiflik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Diabetes Mellitus tanısı almış bireylerin hasta aktiflik düzeylerini yordayan değişkenler nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

2.1.1. Tanımı

Diabetes mellitus (DM); pankreastan salgılanan insülin hormonunun yetmezliği ya da vücut üzerindeki etkisizliği, insülindeki yapısal bozukluklar gibi nedenlerden dolayı meydana gelen, yüksek kan şekeri ve glukagon yüksekliği ile karakterize olan, akut metabolik ve kronik dejeneratif komplikasyonlara neden olan, dünyada ve ülkemizde prevalansı gün geçtikçe artan, iyi yönetilmediğinde yaşamı tehdit eden, aynı zamanda yaşam boyunca hastanın kendisine ve ailesine fiziksel, duygusal ve sosyal açılardan birçok yük getiren önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kocatepe, 2021).

2.1.3. Etiyoloji

Karbonhidratta (şeker), vücudumuzdaki organların kullanabileceği enerji bulunmaktadır. Bu şekerlerin arasında vücudumuz açısından en önemlisi glukozdur ve özellikle hareket halindeki kasların, kalbin, beynin temel enerji kaynağıdır. Kandaki glukoz seviyesinin normal düzeyde olabilmesi için ve karaciğerde glukoz üretimi ile glukozu organların kullanabilmesi için hormonlar bulunmaktadır. Bu hormonlardan biri pankreasın langerhans adacıklarının β hücrelerinden salgılanan insülin hormonudur. İnsülin hormonu, glukozun kandan hücre içine girmesini sağlamaktadır (Wilcox, 2005). Glukoz hücre içine alınamaz ve bu da kan dolaşımında birikerek hiperglisemiye neden olur.

2.1.4. Epidemiyoloji

Diabetes mellitus, 21. yüzyılda bireylerin sağlığını tehdit eden, küresel sağlık problemi haline gelen kronik bir hastalıktır (Öcal ve Önsüz, 2018). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nin 2021 yılındaki verilere göre, dünya çapında 20 ile 79 yaş arasında 537 milyon kişinin diyabet hastası olduğunu, iki yetişkin kişiden birinin hasta olduğunun bilincinde olmadığını, diyabet nedeniyle vefat sayılarının da 6,7 milyona çıktığını bildirmiştir. Aynı zamanda bu rapora göre, 2030 yılında diyabet hastası sayısının 643 milyona, 2045 yılındaysa 783 milyona çıkacağını varsaymaktadır (Kır Biçer vd., 2024). Türkiye de ise tip 2 diyabet görülme sıklığı, 1997-1998 senelerinde yapılan TURDEP-I

(Türkiye Diyabet Epidemiyoloji) araştırmasında %7.2 olarak bulunmuştur. TURDEP-II araştırmasında ise, toplumdaki 20 yaş ve üzerinde olan 26.499 kişi gözlemlenmiş ve tip 2 diyabetin görülme sıklığının önceki senelere göre arttığı ve %13.7'ye çıktığı belirlenmiştir (Türkiye Diyabet Programı, 2015-2020). Türkiye'de ise 2021 yılında 9 milyon yetişkinin diyabet tanısına sahip olduğu bildirilmiştir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2021). Bu verilerden yola çıkarak 2045 yılı için, dünyada en fazla diyabet tanısı almış bireylerin olacağı ilk 10 ülke arasında Türkiye'nin olacağı ve diyabet hastası sayısının 13,4 milyona çıkabileceği varsayılmaktadır (Kır Biçer vd., 2024; Mumcu ve Vardar İnkaya, 2020).

2.1.5. Belirti ve Bulguları

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin (TEMED) Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu'nda diyabet belirti ve bulguları ikiye ayrılmıştır. Klasik semptomlarda; sık idrara çıkma, aşırı susama/susuzluk hissi, acıkma sıklığında artma ya da azalma, yorgunluk, ağız kuruluğu, gece idrara çıkma vs. gibi semptomlar belirtilmiştir. Daha az görülen semptomlarda ise; görüşün bulanıklaşması, geçmeyen/yenilenen enfeksiyonlar, kaşıntı, nedeni belli olmadan kilo verme vs. olduğu belirtilmiştir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

2.1.6. Komplikasyonları

Diabetes Mellitus, kontrol altına alınmadığında hem akut hem de kronik komplikasyonlara yol açabilen bir hastalıktır. Akut komplikasyonlar arasında hipoglisemi ve diyabetin bağışıklık sistemini zayıflatmasıyla ortaya çıkabilen bakteriyel ve mantar enfeksiyonları yer almaktadır. Kronik komplikasyonlar ise kardiyovasküler hastalıklar (miyokard enfarktüsü, hipertansiyon), serebrovasküler hastalıklar (inme, iskemik atak), retinopati (görme kaybı), nefropati (böbrek yetmezliği), nöropati (periferik ve otonom sinir hasarı), diyabetik ayak (ülserler ve amputasyon riski) ve cinsel işlev bozuklukları (impotans) yer almaktadır (Uludağ, 2010).

2.1.7. Tanı Kriterleri

Amerikan Diyabet Derneği (ADA) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nun son 15 yılda yapmış olduğu araştırmalardaki tanı kriterleri üzerindeki değişiklikler ve revizyonlar, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED)'nin hazırlamış olduğu güncel kılavuz ile ülkemizde yayımlanmıştır. Bu klavuza göre;

1. Hiperglisemi semptomları olması ve rastgele ölçülen plazma glukoz seviyesi ≥ 200 mg/dl olarak gelmesi
2. Açlık plazma glukoz seviyesi ≥ 126 mg/dl olarak gelmesi (en az 8 saatlik tam açlık sonrası)
3. Oral glukoz testi sırasında, kişiye ağızdan suda erimiş 75 gr glikoz yüklemesi yapıp, 2. saatin sonunda plazma glukoz seviyesinin ≥ 200 mg/dl gelmesi
4. A1c $> 6,5$ olarak gelmesi (Eğer kişide klasik görülen semptomlar yoksa 2.3. ve 4. maddeler tekrar edilmelidir.) (Şeker, 2017).

2.1.8. Sınıflandırılması

Diyabet klinik olarak tip 1, tip 2, gestasyonel ve diğer spesifik diyabet tipleri olmak üzere dört grupta sınıflandırılmaktadır (Bozkaya, 2022). Tip 1 diyabet insülin üretimindeki yetersizlik ya da hiç salgılanmaması nedeniyle kan şekerinin yükselmesi ile karakterize olan kronik diyabet hastalığı türüdür (D'Meglio vd., 2018). Tip 2 diyabet giderek artan insülin direnci ve zamanla insülin sekresyonunun azalması ile karakterize olan kronik metabolik bir hastalıktır (Özbayer vd., 2018). Gestasyonel diyabet; ilk defa gebelikte ortaya çıkan ve gebelikten sonra düzelen, kandaki glukoz seviyesinin yüksek seyrettiği endokrinolojik bir hastalıktır (Dirar ve Doupis, 2017). Diğer spesifik diyabet tipleri, pankreası etkileyen çeşitli nedenler sonucu meydana gelen hiperglisemi olarak tanımlanmaktadır (Coşansu, 2015).

2.1.9. Diabetes Mellitus'ta Tedavi

Diabetes Mellitus tedavisi, hastalığın türüne, hastanın bireysel özelliklerine ve komplikasyon riskine bağlı olarak multidisipliner bir yaklaşımla yönetilmektedir. Tip 1 diyabet tedavisinde temel yöntem, eksik olan insülinin yerine konulması olup, bireyin ihtiyacına uygun olarak bazal-bolus insülin tedavisi veya insülin pompa tedavisi uygulanmaktadır. Tip 2 diyabet tedavisinde ise öncelikli olarak tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması ve yaşam tarzı değişiklikleri önerilmekte; bu önlemler yetersiz kaldığında oral antidiyabetik ilaçlar veya insülin tedavisi uygulanmaktadır (Amerikan Diyabet Derneği, 2023).

Diabetes Mellitus tedavisi, yalnızca farmakolojik müdahalelerle değil, aynı zamanda bireyin hastalığa uyumu, öz-yönetim becerileri ve psikososyal iyilik hali ile de doğrudan ilişkilidir. Diyabet yönetimi, bireyin yaşam tarzını değiştirmesini ve sürekli bir

öz bakım süreci yürütmesini gerektiren kronik bir hastalık yönetimi sürecidir. Bu bağlamda, bireyin hasta aktiflik düzeyi (Patient Activation Measure - PAM), yani sağlık yönetiminde ne derece bilinçli, sorumluluk sahibi ve aktif olduğu, tedaviye uyumunda ve hastalığın seyri üzerindeki kontrolünü belirleyici bir faktördür (Katı vd., 2024).

Daha yüksek hasta aktiflik düzeyine sahip bireylerin, kan şekeri kontrolünü sağlama, beslenme düzenine uyma, düzenli fiziksel aktivite yapma ve sağlık hizmetlerinden etkin faydalanma konusunda daha başarılı olduğu gösterilmektedir (Pala ve Altay, 2023). Bununla birlikte, diyabet yönetiminde pozitif ruh sağlığı ise hastaların motivasyon, öz-yeterlilik ve psikolojik dayanıklılığı artırarak hastalıkla başa çıkma becerilerini güçlendirmektedir. Depresyon, anksiyete ve stres gibi olumsuz psikolojik durumlar, diyabete uyumu zorlaştırarak kan şekeri kontrolünün bozulmasına ve komplikasyon riskinin artmasına neden olabilmektedir (Schmitt vd., 2016). Dolayısıyla, diyabet tedavisinde sadece glisemik kontrol değil, aynı zamanda bireyin hastalığına uyumunu artıran psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi de önemlidir.

Diyabet hastalarında hastalığa uyumun artırılması ve hasta aktifliğinin desteklenmesi, uzun vadede komplikasyon riskinin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, diyabet yönetiminde bireyselleştirilmiş hasta eğitimi, psikososyal destek ve öz-yönetim becerilerinin güçlendirilmesine yönelik müdahaleler ön plana çıkmaktadır. Söz konusu müdahalelerin etkin bir şekilde yürütülmesinde hem diyabet hemşirelerine hem de konsültasyon liyezon psikiyatri (KLP) hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Diyabet hemşireleri medikal süreçlerin yönetiminde aktif rol üstlenirken, KLP hemşireleri hastaların duygusal ve psikososyal gereksinimlerine odaklanarak bütüncül bakımın sağlanmasına katkı sunmaktadır.

2.2. Diyabette Hemşirenin Rolü

Diyabet, kişilerin yaşam kalitesini kaybetmesine, biyopsikososyal açıdan dengesinin bozulmasına neden olduğu için ciddi bir tedavi, bakım ve ilgi gerektirmektedir. Bu nedenle diyabetin tedavi ve bakımı alanında profesyonelleşmiş sağlık çalışanları tarafından yapılmalıdır. Tedavi ve bakımda yer alan sağlık çalışanları arasında hekim, diyabet hemşiresi ve diyetisyen bulunmaktadır (Kesim, 2018).

Diyabet Hemşireleri Derneği (DHD)'nin tanımına göre diyabet hemşiresi, “diyabet hakkında ileri düzeyde bilgi ve beceri sahibi, eğitim ve uygulayıcı, danışman, lider, araştırmacı, işler arasında uyum sağlayan, yenilikçi ve mesleki çalışmalardan sorumlu profesyonel üyedir” şeklinde tanımlanmıştır (Paklacı, 2019). Aynı zamanda diyabet hemşireleri, kişilerin bakımında, eğitiminde, yönetiminde ve yaşam standartlarının iyileştirilmesinde rol oynamaktadırlar (Aalaa vd., 2012). Hasta ile sağlık profesyonellerinin arasındaki ilişkinin artmasına da destek vermektedirler (Yanmış, 2018).

Hemşirelere düşen en önemli rollerden biri, kişilere verilen iyi bir eğitim ile kişilerin kendi tedavi ve bakımlarını üstlenebilmesidir. Karaca Sivrikaya ve Ergün'ün yapmış oldukları bir çalışmada, Tip 2 diyabet hastalarına planlı bir eğitim verildikten sonra, kişilerin tutumlarında ve iyilik hallerinde anlamlı düzeyde iyileşmeler olduğunu gözlemlemişlerdir (Sivrikaya ve Ergün, 2018). Al-Qazaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, kişilerin diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri arttıkça, hastalığa uyumlarında da artış olduğunu belirtmişlerdir (Al-Qazaz vd., 2011). Yine Nam ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, kişilere hastalık hakkında yeterli bilgi verildiğinde, diyabete uyumlarının olumlu yönde etkilendiğini açıklamışlardır (Nam vd., 2011).

Hemşirenin diyabetteki rollerinden bazıları; bireyin diyabet hakkında bilgi sahibi olması, çevresi ve tedavi ekibi ile iş birliği içinde olması, kendi tedavi ve bakımlarını sürdürebilmesi, hastalığa, tedaviye, diyet ve egzersiz programlarına uyumunun sağlanabilmesi, olabilecek komplikasyonlara karşı önlem alınması ve hastalığın getirdiği psikolojik problemlere karşı iyilik halini koruyabilmesi bulunmaktadır (Sönmez Sarı ve Kırbaş, 2022). Aynı zamanda hemşire, kişiyle ve ailesiyle terapötik etkileşime girerek biyopsikososyal açıdan bireyin iyilik halinin ve hastalığa uyumunun artmasına, problemlerinin çözülmesine yardımcı olmaktadır (Çalık ve Kapucu, 2017).

2.3. Diyabette Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Sağlık; fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bir bütündür. Bu boyutlar arasında uyumsuzluk olduğu zaman, bireylerin hayatını olumsuz yönde etkileyen hastalıklar oluşabilmektedir (Arslan ve Yazıcı, 2021). Hastalık sonucu genelde bireylerde hüznün, sıkıntı, öfkelenme ve korku gibi duygusal reaksiyonlar görülmektedir. Kronik

hastalıklar bireylerde uyumu etkileyen bir stresör kaynağıyken, aynı zamanda hastalığı saklama, başkasına bağımlı kalma endişesi, yalnız kalma, aile ve meslek hayatına yönelik rol kaybı, tedaviyi istememe, toplumdan izole olma ve ölüm korkusu gibi kişiden kişiye değişen duygusal ve davranışlar sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Demiray vd., 2025; Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu tür duygudurumlar, birçok kronik hastalığa sahip bireylerde görüldüğü gibi özellikle diyabet hastalarında da görülebilmektedir.

Çoğunlukla hastaların ciddi duygusal tepkileriyle, hastalığa ve tedaviye uyumda zorluk çıkartanlarla, hastanede yatmak istemeyenlerle, ruhsal bozukluğu olan hastalarla ve aileleriyle iletişim halinde olan sağlık ekiplerinden biri de hemşirelerdir (Kocaman, 2006). Hastalarla uzun süre birlikte olan ve takip eden, bireylere biyopsikososyal açıdan bakım verme eğitimi alan hemşireler, bireylerin hastalığına uyumuna, hastanın tedavisine, diyetine, kontrollerine vs. kendisinin katılmasına, hastaların hissettiği duygu ve düşünceleri fark etmesine yardımcı olabilmektedir.

Diyabet, bireyin yaşamını yalnızca fizyolojik düzeyde değil; aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlarda da etkileyen, süregelen bir sağlık sorunudur. Kronik hastalıklarla yaşamak, bireylerde zamanla stres, anksiyete, depresyon ve hastalıkla baş etmede yetersizlik gibi çeşitli ruhsal zorluklara neden olabilmektedir (Kocaman, 2006). Bu nedenle diyabetin etkili yönetimi, yalnızca glisemik kontrolle sınırlı kalmamalı; hastaların duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Bu noktada, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi, hemşirelik hizmetlerinin psikososyal boyutunu destekleyen uzman bir meslek üyesi olarak öne çıkmaktadır (Arslan ve Yazıcı, 2022; Yıldırım vd., 2019). Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi fizyolojik rahatsızlığı olan bireylerin durumunu bütüncül olarak ele alarak; hasta ve aile üyelerini hastalığa, tedaviye ve bakım sürecine göre psikolojik uyumu olumlu yönde yükseltmektedir (Alyanak vd., 2024). Ayrıca, hastanın ve ailesinin olumsuz duygularını fark etme ve azaltma, hastanın duygu ve davranışlarını gözlemlleme, hastalığa uyumunu artırma ve hastaya psikolojik ve sosyal açıdan destek sağlama gibi rolleri bulunmaktadır (Dakdevir ve Altundar Duru, 2024). Diyabetli bireylerin hastalığa uyum sürecinde yaşadıkları ruhsal sorunların tanınması, yönetimi ve önlenmesinde KLP hemşiresi önemli bir rol üstlenmekte; aynı zamanda hasta aktifliğini ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimlerde bulunmaktadır (Alaca, 2021; Dağdelen Güleyyupoğlu vd., 2022).

2.4. Hastalığa Uyum

Uyum, bireyin çevresiyle olan etkileşimini konu alan dinamik bir süreç olup, aynı zamanda bireylerin yaşamın getirdiği talepler ve zorluklarla başa çıkmaya çalıştığı durumu ifade eder (Özkan ve Yılmaz, 2010; Tezcan, 2023). Her birey yaşamı boyunca çeşitli sorunlarla karşılaşmakta ve bu sorunlara karşı uyum sağlama kapasitesine sahiptir. Ancak hastalık durumu, bu uyum sürecini bozabilmektedir; çünkü hastalık yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal boyutlarda da bireyin yaşamını etkileyerek beden bütünlüğünü tehdit eder (Kara, 2007). Bu bağlamda, bireylerin hastalıkla birlikte ortaya çıkan biyopsikososyal değişimlere adapte olma süreci, literatürde "hastalığa uyum" olarak tanımlanmaktadır. Hastalığa uyum; bireyin sağlık durumundaki değişikliklere verdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri içeren, sürekli gelişen bir süreçtir ve genellikle üç temel kategori altında incelenmektedir. Bunlar:

1. Fizyolojik uyum: Kişinin temel gereksinimlerindeki değişikliğe uyumuna, belirtilerinin kontrolüne uyumuna, tedaviye düzenli katılımındaki uyumuna ve hastalığın getirdiği dış görünüş değişikliğine uyum sağlamasına fizyolojik uyum denmektedir.

2. Psikolojik uyum: Hastalık ve tıbbi girişimlere karşı korku, geleceğe dair belirsizlik, kaygı, stres, öfke, kontrolünü yitirme korkusu, iş ya da ilişki gibi kişi için önemli olan bir durumu kaybetme korkusu gibi hastalıkla ve getirileriyle baş etme çabası ile ilgili uyuma psikolojik uyum denmektedir.

3. Sosyal uyum: Hastalığın sosyal roller, kişilerarası ilişkiler ve günlük yaşam üzerindeki etkilerine karşı bireyin geliştirdiği başa çıkma mekanizmalarını kapsamaktadır (Fırıncık, 2019).

Kişilerin hastalığa uyumu; kişilik yapısına, biyopsikososyal gücüne, olumsuz duygu ve düşünce yapısına, başa çıkabilme stratejilerine, deneyimlerine, yaşam tarzına, çevresinden gelen desteğe ve stres faktörlerine, kalıtsal özelliklerine, hastalığın derecesine, sağlık profesyonellerinin tutumuna göre değişiklik gösterebilmektedir (Erşan vd., 2013; Nehir ve Çam, 2010). Hastalığa uyum için kişinin hastalığını kabullenmesi, kendi tedavi ve bakımına aktif olarak katılması, sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde olması gerekmektedir (Akgüllü, 2022). Aynı zamanda hastanın düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve tepkilerini gözlemlemek gerekmektedir (Türkmen ve Çam, 2013).

Hastalıkla beraber beden imgesinde değişiklik, iş ve aile ilişkilerinin bozulması, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmama ve öğrenmek istememe, ömür boyu tedavi ve bakım devamlılığı, ölüm ya da uzuv kaybı korkusu gibi durumlar bireyin hastalığa uyumunu güçleştirmektedir (Çakmak vd., 2022). Hastalığının türü, prognozu, şiddeti, süresi ve başka bir hastalığın varlığı da hastalığa uyumu etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır (Kavuran ve Camcı, 2022).

Uyum bozuklukları, bireyin hastalıkla karşı karşıya kaldığı çeşitli kritik dönemlerde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle hastalığın ilk kez tanındığı an, yaşamı tehdit eden bir evreye gelinmesi, hastalığın ilerlemesi, zorlu ya da kontrendikasyonların olabileceği bir tedaviye başlanması, tedavi sürecinde önemli değişiklikler yapılması ya da majör cerrahi bir müdahalenin planlanması gibi durumlar bireyde uyum güçlüklerine yol açabilir (Çam vd., 2009). Bu tür uyum bozukluklarını azaltmaya veya ortadan kaldırmaya yönelik müdahaleler; bireyin hastalığını kabullenmesini sağlama, tedavi ve bakım sürecine aktif katılımını artırma, iş, aile ve sosyal rollerini sürdürebilmesine destek olma ve psikolojik iyilik halini güçlendirme gibi alanlarda önemli katkılar sunmaktadır (Parlak, 2021).

Kronik hastalıklarda hastalığa uyumun en önemli unsurlarından biri sağlık profesyonellerinin desteği olup, özellikle hemşireler, bireylerin uyum düzeylerini ve uyum süreçlerinde karşılaştıkları zorlukları belirleyerek, bu sorunlara yönelik bireyselleştirilmiş müdahaleler planlamalı, uygulamalı ve süreci değerlendirmelidir (Coşkun Türkmen, 2022).

2.4.1. Diyabetüs Mellitüs ve Hastalığa Uyum

Diyabet, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve dünya genelinde yaygın görülen kronik hastalıklar arasında yer almakta olup, küresel ölçekte ciddi bir sağlık sorunu oluşturmaktadır (Reyes Saname vd., 2016). Bu hastalığın birey üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasında hastalığa uyum süreci kritik bir rol oynamaktadır. Kronik bir hastalık olarak diyabet, bireyin yaşamında yeni bir deneyim olup, bu duruma uyum sağlamak için hem bilişsel hem de davranışsal düzeyde çaba gerektirmektedir (Demir, 2016).

Bireylerin hastalığı algılama biçimi, hastalığa yüklediği anlam, duygusal ve bilişsel tepkileri, hastalık sürecine olan uyumlarını doğrudan etkilemektedir. Ayrıca, bireyin yaşı, hastalığı kabullenme düzeyi, öz-yeterlilik algısı, psikolojik dayanıklılığı, sosyal destek mekanizmaları ve kişilerarası ilişkileri, hastalık yönetiminde önemli değişkenler arasında yer almaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014). Bu bağlamda, diyabet yönetiminde yalnızca tıbbi tedavi değil, aynı zamanda bireyin psikososyal desteğinin artırılması ve hastalıkla başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesi, uzun vadeli sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Diyabet tanısı almış bireylerin hastalığa ve tedaviye uyum düzeylerinde farklılıklar olduğu saptanmıştır. Kartal'ın (2006) diyabet tanısı almış bireyler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, bireylerin tedaviye uyum oranı %44 olarak bulunmuştur (Kartal, 2006). Çelik ve arkadaşlarının (2015) Tip 1 diyabet tanılı bireyler üzerinde yaptıkları araştırmada ise, katılımcıların %99.2'sinin hastalığa uyumunun düşük olduğu tespit edilmiştir (Çelik, 2015). Benzer şekilde, Mollaoğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, diyabet tanısı almış bireylerin tedaviye uyum oranı %71.7 belirlenmiştir (Mollaoğlu, 2010). Bilgiç ve Pehlivan'ın yapmış oldukları çalışmada, düzenli kontrollerine giden, diyet ve egzersizlerini düzenli uygulayan bireylerin hastalığa uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bilgiç ve Pehlivan, 2023). Türten Kaymaz ve Akdemir'in (2016) yaptığı bir çalışmada, diyabet hastalarının hastalığa psikososyal açıdan uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Türten Kaymaz ve Akdemir, 2016). Literatürdeki bu farklı bulgular, diyabet yönetiminde bireysel ve çevresel faktörlerin etkisini ortaya koymakta olup, hastalığa uyum sürecinde bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

Diyabet hastalarında uyumu etkileyenler değişkenler arasında diyet programı, egzersiz ve bilgi ve beceri eksikliği gibi durumlar bulunmaktadır. Diyet programında; yiyecek alışkanlığını değiştirmedeki zorluklar, yiyecek miktarı, yeme sıklığı gibi konular uyumu etkilemektedir. Egzersizde, kişide kas ve eklem ağrısı, yorgunluk, halsizlik olması ile uyumda zorluklar yaşanabilmektedir (Canbolat vd., 2022). Bilgi ve beceri eksikliğinde ise kişinin hastalığın getirdiği sorunlar ile başa çıkamama, metabolik kontrolün sağlanamaması, tedaviye yönelik olumsuz tutum geliştirme, yanlış olan inançlar gibi durumlar meydana gelebilmektedir. Bu nedenle diyabet hastaları; hastalıkları, hastalığın

komplikasyonları, yönetimi, tedavi ve bakımı, kan şekeri ölçümü, insülin uygulama vs. hakkında bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekmektedir (Rashıdı ve Genç, 2020). Bu nedenle diyabet hastalarına düzenli aralıklarla donanımlı sağlık profesyonelleri (diyabet hemşiresi, eğitim hemşiresi, KLP hemşiresi) tarafından eğitim verilmelidir (Keleş, 2021).

Diyabet hastalığa uyum sürecinde aile desteği önemli bir belirleyici faktör olarak öne çıkmaktadır. Ailenin hastaya yardımcı olması, bireyin hastalığa uyumunu artırırken aynı zamanda psikolojik iyi oluşunu da desteklemektedir. Aile desteği, bireyin stres düzeyini azaltarak kaygı ve depresyon riskini düşürmekte, böylece pozitif ruh sağlığını güçlendirmektedir. Aileler; hastalarının tedavi süreçlerini gözeterek, stres yönetimine katkıda bulunarak, günlük yaşam aktivitelerine destek sağlayarak ve sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak hastalığa uyumu teşvik etmektedirler (Cezik, 2020). Bu süreç, bireyin duygusal dayanıklılığını artırarak daha olumlu bir bakış açısı geliştirmesine, hastalıkla başa çıkma becerilerini güçlendirmesine ve yaşam kalitesini iyileştirmesine katkıda bulunmaktadır.

2.5. Pozitif Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı, bireyin potansiyelini gerçekleştirme kapasitesini ifade etmekte olup, ruh sağlığının iyi olması bireyin yaşamın stresleriyle başa çıkmasını, üretken bir şekilde çalışmasını ve topluma katkıda bulunmasını sağlamaktadır. Bu kavramın temelini, literatürde pozitif ruh sağlığı (Positive Mental Health - PMH) olarak adlandırılan yapı oluşturmaktadır (Vaingankar vd., 2020). Pozitif ruh sağlığı, bireyin doğumdan ölüme kadar olan yaşam sürecinde karşılaştığı olumlu deneyimlerin ve sağlıklı psikososyal işleyişin bilimsel olarak incelenmesini kapsamaktadır (Huebner vd., 2009). Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam iyilik hali içinde olmasını ifade etmektedir (Wood vd., 2017). Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2005) ruh sağlığını bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın olağan stresleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve toplumuna katkıda bulunabildiği bir iyi olma hali olarak tanımlayan bakış açısıyla örtüşmektedir (Lamers, 2012). Bununla birlikte, pozitif ruh sağlığı, bireysel refah ile tamamen işlevselliğin birleşimi olarak da ele alınmakta olup, bireylerin en uygun sağlık, mutluluk ve refah düzeylerine ulaşmalarına katkıda bulunan olumlu niteliklerin ve içsel güçlerin varlığını içermektedir (Hasan vd., 2023; Huppert, 2005).

Tarihsel açıdan pozitif ruh sağlığı, İnsancıl Psikoloji'nin temel değerlerine dayanmaktadır. Pozitif ruh sağlığının ilk örneklerini, Rogers'ın insanların gerçek benliklerini ifade ettikçe iyileştikleri düşüncesi ile Maslow'un kendini gerçekleştiren insanların özelliklerine ilişkin düşünceleri oluşturmaktadır. Jahoda (1958) pozitif ruh sağlığını, kişilerin sorunlarını açıklayabilme, sorunlarına çözüm sağlayabilme ve başa çıkabilme yeteneğine sahip olma olarak tanımlamıştır (Jahoda, 1958). Keyes (2002), yüksek düzeyde pozitif ruh sağlığına sahip olan kişilerin kendini olduğu gibi kabul etme, hayatlarındaki olumlu etkilerin sonucunda hayatın bir amacı olduğunun farkına varma eğiliminde olduğunu açıklamıştır (Keyes, 2002). Barry'nin (2009), pozitif ruh sağlığı biyopsikososyal ve maneviyat gibi birçok yönü içerdiğini belirtmiştir (Barry, 2009). Aynı zamanda psikolojinin geleneksel olarak daha çok olumsuzluklara odaklanması, yani ruh sağlığı alanında genellikle hastalıklar, bozukluklar ve sorunlar üzerine çalışılması, psikolojik müdahalelerin önleyici olmaktan çok tedavi edici bir yaklaşım benimsemesi, yani sorun ortaya çıkmadan önce önlem almak yerine, ortaya çıktıktan sonra tedavi etmeye yönelik olması ve bireyin bütüncül olarak ele alınmaması pozitif ruh sağlığı yaklaşımının gelişmesine neden olan faktörler olarak görülmektedir (Bulut ve Subaşı, 2020).

Pozitif ruh sağlığı, bireylerin doğuştan sahip oldukları olumlu yönlerini keşfetmelerine ve geliştirmelerine odaklanan bir kavramdır. Bu yaklaşım, bireylerin yalnızca olumsuz özelliklerine değil, aynı zamanda güçlü ve olumlu yanlarına da dikkat edilmesi gerektiğini savunmakta ve insan doğasına dair daha bütüncül bir anlayış geliştirmeyi amaçlamaktadır (Filiztekin, 2019; Teke ve Baysan Arabacı, 2018).

Pozitif ruh sağlığına yönelik müdahaleler üç boyutta ele alınmaktadır. Birinci boyutta, bireyin pozitif yönleri üzerine yoğunlaşmakta; ikinci boyutta, müdahaleler sonucunda bireyin yaşayacağı olumlu değişimler desteklenmekte; üçüncü boyutta ise bireyin güçlü taraflarının ön plana çıkmasını sağlayan uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Bu müdahalelerin temel amacı, bireyin güçlü yönlerini fark etmesini ve olumlu özelliklerini artırmasını sağlamaktır (Özen ve Türkmen, 2023). Yapılan araştırmalar, yüksek düzeyde pozitif ruh sağlığına sahip bireylerin, ruhsal hastalıklara karşı daha dirençli olduklarını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, pozitif ruh sağlığının değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, çeşitli ruhsal bozuklukların önlenmesinde etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir (Hasan vd., 2023). Ayrıca pozitif ruh sağlığı,

bireylerin kendilerini gerçekleştirme süreçlerine katkıda bulunarak, daha anlamlı ve doyum sağlayıcı bir yaşam sürmelerini desteklemektedir (Lopez ve Snyder, 2011).

2.5.1. Diyabetüs Mellitüs ve Pozitif Ruh Sağlığı

Diyabet, fiziksel hastalık olmanın yanı sıra biyopsikososyal, seksüel ve manevi boyutları da olan kronik bir hastalıktır (Demir, 2016). Hastalığın belirtileri, komplikasyonları ve tedaviden kaynaklanan stres, geleceğe dair endişe, bağımsız hayat sürdürme yeteneğini kaybetme ya da başkalarına bağımlı hale gelme düşüncesi, beden imajında olabilecek değişikliklerden kaynaklı endişe ve korkular gibi nedenler kişiyi biyopsikososyal alanlarda olumsuz etkilemektedir (Tav vd., 2010). Kandaki glukoz seviyesinin beyin ve ruhsal durum üzerinde etkisi olduğu gibi, duygusal ve ruhsal durumdaki değişikliklerinde kan glukoz seviyesi üzerinde etkisi olmaktadır (Bahar ve Tanrıverdi, 2017). En küçük bir stres ya da psikolojik çatışmada kandaki glukoz seviyesinde oynama meydana gelebilmektedir. Kan glukoz seviyesindeki bozukluk beyin fonksiyonlarını bozarak organik beyin sendromuna zemin hazırlamaktadır. Ruh sağlığı ve davranışlar diyabetin seyrinde, gidişatında ve tedavisinde etkili olabilmektedir. Eğer ki tıbbi tedaviye rağmen kan glukoz seviyesinde düzelme olmamışsa, hastalara insülin doz arttırımı yapılmadan önce psikolojik değerlendirme yapılması önem arz etmektedir (Kavak ve Aktürk, 2019).

Aynı zamanda diyabet, birçok ruhsal hastalığa da zemin hazırlayabilmektedir. Bunlar arasında; depresyon, anksiyete, uyum bozuklukları, yeme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları vs. bulunmaktadır (Türk Diyabet Cemiyeti, 2021). Diyabet tanısı almış bireylerde görülen ruhsal bozukluklar diyabet komplikasyonlarının ortaya çıkma ve erken ölüm riskinin meydana gelmesini arttırmaktadır (Robinson vd., 2018).

Smith ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada, diyabet ile artan anksiyete riski arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Smith, 2013). Amiri ve Behnezhad tarafından yapılan başka bir çalışmada, diyabetin artmış anksiyete belirtileri ve anksiyete bozukluğuna yakalanma riski arasında ilişki olduğunu gözlemlemişlerdir (Amiri ve Behnezhad, 2019). Tav ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, diyabet ve obez olan kişilerin depresyona yatkınlıklarının yüksek olduğunu bulmuşlardır (Tav vd., 2010). Bahar ve arkadaşları diyabet hastalarının %30.8'inde anksiyete, %51.1'inde depresyon

olduğunu bulmuşlardır (Bahar vd., 2006). Eren ve arkadaşları ise kan şekeri kontrolünü düzensiz olan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığının, kan şekeri kontrolü düzenli olan hastalara göre daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (Eren vd., 2003). Diğer çalışmalarda da hastalığa uyum sağlamada ve hastalığı yönetmede zorluk yaşayan bireylerde anksiyete, depresyon vb. gibi ruhsal hastalıklarında daha sık rastlandığı tespit edilmiştir (Collins vd., 2009; Gendelman vd., 2009).

Diyabet tanısı alan bireylerde, hastalığın getirdiği yaşam tarzı değişiklikleri, sürekli tedavi gereksinimi ve komplikasyon riski, psikolojik stresin artmasına neden olabilmektedir. Bu süreçte pozitif ruh sağlığı, bireyin hastalığa uyum sağlamasında, tedavi sürecine aktif katılım göstermesinde ve diyabet yönetimini daha etkin bir şekilde gerçekleştirmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Yüksek pozitif ruh sağlığı düzeyine sahip bireylerin, hastalık sürecini daha olumlu bir bakış açısıyla ele aldıkları, öz yeterliliklerinin arttığı ve kendi sağlıklarını yönetme konusunda daha bilinçli davrandıkları gösterilmiştir (Hasan vd., 2023). Ayrıca, pozitif ruh sağlığının yüksek olması, diyabetle ilişkili psikolojik problemlerin (örneğin anksiyete ve depresyon) görülme sıklığını azaltarak bireyin genel yaşam kalitesini artırmaktadır. Bu doğrultuda, diyabet yönetiminde sadece tıbbi müdahalelere odaklanmak yerine, bireyin psikososyal iyilik halini destekleyen yaklaşımlar geliştirilmesi hastalığa uyumu güçlendirebilir ve diyabete bağlı komplikasyon riskini azaltabilir.

2.6. Hasta Aktifliği

Kronik hasta popülasyonları için etkili öz yönetim izlemlerinin kaynağında, bireyin kendi sağlığını ve bakımını kendi kendine yönetmede rol üstlenme bilgisi, güveni ve yeteneğine hasta aktifliği denmektedir (Kinney vd., 2015). Hasta aktifliği, tedavi ve bakım sürecini iyileştirmek için, sağlık profesyonelleri ile hasta birey arasında iş birliği ve iyi bir iletişim olması ile hasta bireyin tedavi ve bakım sürecindeki katılımını artırma anlamına da gelmektedir (Bayın Donar, 2019).

Hibbard ve arkadaşları (2004), hasta aktifliği üzerinde araştırmalar yapmışlar ve hasta aktifliğinin bileşenlerini “bilgi, beceri, inanç, güven ve istek” olarak belirtmişlerdir. Aktif hastalar; kendi bakımını üstlenme, kendisine yardımcı olacak kişilerle ve sağlık ekibiyle iş birliği içinde olma, sağlığını koruma ve devam ettirme,

hastalığının seyrinin kötüleşmesini engelleme, kendisi için en iyi seviyede bakıma ulaşma yeteneğine ve davranışa sahip olmaktadır (Hibbard vd., 2004).

Hasta aktifliğinin bileşenlerinden olan bilgi; bireyin hastalığının seyri, gidişatı, tedavisi, hastalığın getirdiği problemler ve problemlerle başa çıkma yolları, biyopsikososyal değişiklikler, sağlık kurumuna müracaat etmesi gereken durumlar gibi konuları kapsamaktadır. Hasta aktifliğinin önemli bir diğer boyutu beceri unsurudur. Bireyin kendi bakımını üstlenmesi, tedavi planına uyum sağlaması, diyet programına uyması ve fiziksel aktivitelere katılım göstermesi gibi gereksinimleri kapsamaktadır. İnanç ise; bireyin hastalığının tedavisinde ve bakımında kendisinin aktif rolü olduğuna ve belirtileri doğru müdahalelerle kontrol edebileceğine inanmasıdır. Güven; bireyin kendi sağlığını koruma ve geliştirme için yaptıklarını, stresli ve kaygılı zamanlarda da yapabilmesine dair kendine güvenmesidir. Son olarak, hasta aktifliğinin bir diğer temel unsuru istek bileşenidir. Bireyin, hastalığının yönetimi ve tedavi sürecinde yapması gerekenleri uygulama konusunda yeterli istekliliğe sahip olması durumudur (Tek, 2019).

Hasta aktiflik düzeyi yüksek olan kişilerde, sağlık kurumlarına başvurma sayısının az olduğu ve bakımı ve tedavisi konusunda yapması gereken davranışlarda artma olduğu gözlemlenmiştir (Ay ve Çıray, 2023). Yine hasta aktiflik düzeyi yüksek olan hastalar kendi tedavi ve bakımlarını kendi kendilerine yönetme, biyolojik işlevselliğin sağlıklı şekilde devamı için harekette bulunma, sağlığın kötüleşmesini engelleyici davranışlarda bulunma gibi konularda başarılı olmaktadır. Hasta aktiflik düzeyi düşük hastalar ise, çevreden yardım isteme, sağlık profesyonellerinin söylediklerini yerine getirme, sağlıklarını doğru şekilde yönetme gibi konularda da az başarılı olmaktadır (Radha, 2021).

Greene ve arkadaşları (2005), aktiflik düzeyi yüksek olan kişilerin hastalıkla baş edebilme düzeylerinin, biyolojik ve psikolojik sağlıklarının ve yaşam doyumlarının daha iyi olduğunun, tedavi ve bakımlarından memnun olduğunun, Hendriks ve Rademakers'in (2014) çalışmasında da hasta aktiflik düzeyi ile hastalığı hakkında bilgisi olma durumu arasında ciddi bir ilişki olduğunun, Khan ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) ise hasta aktifliğinin tedaviye uyumu etkilediğinin, Mitchell ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında aktiflik düzeyi düşük olan hastaların, yüksek olan hastalara göre sağlık kurumuna

başvurma durumlarının yaklaşık iki kat daha yüksek olduğunun sonucuna varmışlardır (Greene vd., 2005; Hendriks ve Rademakers, 2014; Khan vd., 2012; Mitchell vd., 2014).

Hasta aktiflik düzeyini etkileyen; kronik hastalıklar, diyet programı, aktiviteler, tedavi ve bakıma uyum, tedaviye bağlı gelişebilecek kontrendikasyonlar, hastalığın semptomları, sosyal iletişim, sağlığını sürdürebilme becerisi gibi faktörler bulunmaktadır (Aksoy ve Durgun, 2023). Yorgunluk, anksiyete ve stres gibi eşlik eden belirtilerden hasta aktiflik düzeyi olumsuz etkilenebilmektedir (Newland, 2021).

Hasta aktiflik düzeyinin artması ile hastalığa ve tedaviye uyumda artma, kendi bakım ve tedavisine katılma, koruyucu sağlık hizmetlerini etkili kullanma, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme, sağlığını etkin sürdürme, sağlık kurumlarına ya da acil servise başvuruda azalma, komplikasyonlarda ve maliyette azalma olabilmektedir (Çelik, 2023).

Hasta aktifliğinin dört aşaması bulunmaktadır (Kulak, 2020):

Birinci aşama: Birey henüz kendi sağlığını sürdürmede aktif rol oynayacağını anlamamıştır. Sağlık profesyonellerini karar verici olarak görmektedir. Bilgi ve beceri eksiklikleri, inanç ve güven eksiklikleri, sağlığı konusunda sorumluluk almama gibi durumlar bu aşamada görülebilmektedir.

İkinci aşama: Güven ve inanç eksikliği devam etmekle birlikte, sağlığı ve hastalığı hakkında biraz bilgiye sahiptirler. Sağlık durumunda sorumluluk ve kontrolü ele almamaktadırlar. Kendilerine kolay ve kısa zamanlı amaçlar edinebilirler.

Üçüncü aşama: Sağlığı ve hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahiptirler. Yardıma ve desteğe açık durumdadırlar. Sağlık durumunun sorumluluklarını ele alırlar ve özyönetimini geliştirmeyi amaçlamaktadırlar.

Dördüncü aşama: Sağlığı ve özyönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmakla birlikte daha fazla bilgi aramaktadırlar. Kendisi için kararları ve amaçları sağlık profesyonelleri ile birlikte belirlerler. Yüksek güven ve inanç sahibidirler. Stres, kaygı gibi durumlarda desteğe ihtiyaç duyabilirler.

Aktif bir hasta, sağlığını yönetme, biyopsikososyal işlevselliğini sürdürme, sağlığının k t le tiğini fark etme durumunda ne yapacağını bilme, sağlık kurumları ile i  birliği içerisinde olma, tedavi ve bakımı hakkında bilgi sahibi olma, kendi tedavi ve bakımına katılma, bağımsızlığını devam ettirebilme isteği gibi faktörlere sahip bireylerden oluşmaktadır. Sağlık profesyonellerinden tedavi ve bakımda beklenen, hasta aktiflik seviyesinin yükseltilmesi ve korunmasıdır (Zaimoğlu ve  zer, 2023).

2.6.1. Diyabetüs Mellitüs ve Hasta Aktifliği

Diyabet, yavaş ve ilerleyici olmakla birlikte, geri d n    olmayan değişikliklere neden olduğu ve devamlı tedavi ve bakım gerektirdiği için bireylerin ömürleri boyunca kendi tedavi ve bakımlarını yapmaları ve devam ettirmeleri gerekmektedir. Diyabetin etkili yönetilebilmesi için hastanın kendi bakım ve tedavisine aktif olarak katılması gerektiği bilinmektedir. Hastalar çoğunlukla tıbbi bakımda ve kararda yer almayarak pasif durumda kalmaktadırlar. Bu hastaların, hastalıklarının yönetiminde ve tedavi ve bakımını günlük yaşantısı içerisine entegre etmekte zorlandıkları g r lm   t r (Ko ar ve Büyükkaya Besen, 2015).

Diyabet tanısı almış aktif hasta; yaşamında olan değişikliklere uyum göstermeli, tedaviyi ve riskleri öğrenmeli ve y netebilmeli, kan şekerinin normal aralığını öğrenmeli, kan  ekeri ölçümünü kendi yapabilmeli, diyet ve aktivite programına uymalı, stres ve kaygılı durumlarda psikolojik destek alabilmeli, vücudundaki değişiklikleri gözlemlemeli, hastalığa bağlı çıkabilecek sorunlara kar   çözüm üretebilmeli ve bunları yapabileceğine dair inancı ve güveni olması gerekmektedir (Ko ar  ahin ve Büyükkaya Besen, 2019).

Sacks ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları araştırmada, yüksek hasta aktiflik düzeyine sahip diyabet hastalarının sağlık durumlarının daha iyi ve sağlık kurumlarına yatı larının daha düşük olduğunu, gizli diyabet gelişimini de yava lattığını tespit etmişlerdir (Sacks vd., 2017). Rask ve arkadaşları diyabet hastaları üzerinde altı aylık bir süreçte yaptıkları araştırmada, bireylerin hasta aktiflik düzeyi ile  zbakım davranışı arasındaki ilişkide, aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin  zbakım davranışlarını gerçekleştirirken daha az zorlandıklarını gözlemlemişlerdir (Rask, 2009). Parchman ve arkadaşları (2010) diyabet hastalarının tedavi ve bakımı hakkında karar verme durumu ile hasta aktiflik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemişler ve hasta aktiflik

düzeyi yüksek olanların, kendi bakım ve tedavisi hakkında kararlara katıldığını gözlemlemişlerdir (Parchman vd., 2010). Diyabet tanısı almış kişiler üzerinde yapılan geriye dönük bir çalışmada, Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM) kullanılarak, iki yıllık zamanda diyabet sonuçları ve aktivlik seviyeleri incelenmiş olup, PAM'a göre aktivlik düzeyi yüksek olan kişilerin HbA1c seviyelerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015).

Diyabet yönetiminde komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmak için bireylerin öz-yönetim becerilerini geliştirecek eğitim ve destek programları büyük önem taşır (Buzlu, 1999). Hemşirelik uygulamalarında hasta aktifliğini yükseltmeye odaklanan müdahaleler, diyabetli bireylerin hastalık sürecine etkin katılımını sağlayarak uzun vadeli sağlık çıktılarının iyileştirilmesine katkıda bulunur.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma diyabet tanısı almış bireylerin hastalığa uyumu ve pozitif ruh sağlığının hasta aktifliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, ilişkisel ve kesitsel tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali

Araştırmanın evrenini, araştırmanın planlama aşamasından önceki 10 ayda Yatağan Devlet Hastanesi Dâhiliye Polikliniğine 01.01.2023-01.10.2023 tarihleri arasında ICD-10 kriterlerine göre; E13.9-Diyabetes Mellitüs tanısı ile başvuran hastalar oluşturmuştur (N=3.420). Dâhiliye polikliniğinde 2023 yılı içerisinde takip ve tedavisi yürütülen 3.420 yetişkin hastanın araştırmanın evrenini oluşturduğu varsayılmıştır. Örneklem hesabında, hastaların aynı süre zarfında birden fazla kez polikliniğe başvurusu düşünüldüğünde evreni bilinen örneklem hesabı kullanılmış, %95 güvenilirlik, %5 güven aralığı baz alındığında en az 346 hastaya gereksinim olduğu belirlenmiş, araştırmanın gücünü artırmak için 382 hastaya ulaşılmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

1. Türkçe okuyup yazabilen,
2. Yatağan Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine E13.9-Diyabetes Mellitüs tanısı ile başvuran hasta olmak,
3. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri:

1. Türkçe okuma yazma bilmeyen,
2. Çalışmaya katılmayı reddeden,
3. Anket formunu eksik dolduranlar araştırmadan dışlanmıştır.

Araştırmanın temel amacı için bağımlı değişkenler; hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeği, pozitif ruh sağlığı ve hasta aktiflik düzeyi ölçeği puan ortalamalarıdır.

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ise bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgiler formu, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumu, gelir ve çalışma durumu, diyabet tanısı aldığı zaman, ruhsal durumu, diyabet tanısı aldıktan sonraki ruhsal durumu, diyabet dışında başka bir hastalığın eşlik edip etmediği düzenli ilaç alımı ve doktor kontrolü gibi konuları kapsamakta ve toplamda 18 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)

Bireylerin kronik hastalıklarına uyumunu belirlemek için Derya Atik ve Hilal Karatepe (2016) tarafından geliştirilen beşli likert (hiç katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) tipinde bir ölçektir. Toplam 25 sorudan oluşan ölçeğin fiziksel uyum (1, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24. maddeler), psikolojik uyum (4, 6, 8, 11, 12, 20, 21. maddeler) ve sosyal uyum (2, 3, 5, 7, 17, 19, 25. maddeler) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23. maddeler normal (1, 2, 3, 4, 5 şeklinde), 5, 6, 12, 17, 19, 20, 24, 25. maddeler ters (5, 4, 3, 2, 1 şeklinde) puanlanmaktadır. Fiziksel uyum puanı (maksimum 55, minimum 11 puan), sosyal uyum puanı (maksimum 35, minimum 7 puan), psikolojik uyum puanı (maksimum 35, minimum 7 puan) olmak üzere ölçekten alınan minimum puan 25, maksimum puan 125'tir. Ölçeğin alt boyutlarından ve/veya tümünden alınan puanlar ile kişilerin hastalığa uyum dereceleri arasında doğru orantı bulunmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.88 (Atik ve Karatepe, 2016), yapılan araştırmada ise cronbach alfa değeri 0.76 olarak tespit edilmiştir.

3.3.3. Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği (PRSÖ)

Ölçek, Lluch tarafından pozitif ruh sağlığının kavramsal modelini tanımlamak ve pozitif ruh sağlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Teke ve Baysan Arabacı (2018) tarafından yapılmıştır. Otuz dokuz ifade ve altı alt gruptan oluşan dördümlü Likert biçimindeki ölçekte ters ve düz maddeler vardır. Ölçeğin alt boyutlarını; kişisel memnuniyet (benlik saygısı, geleceğe olumlu bakış) (4, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39), prososyal tutum (özgeci sosyal tutum, farklı sosyal özellikleri kabul

etme) (1, 3, 23, 25, 37), öz denetim (kriz ve stres durumlarıyla etkili baş etme becerileri) (2, 5, 21, 22, 26), özerklik (kişinin davranışlarını kontrol edebilmesi) (10, 13, 19, 33, 34), problem çözme ve kendini gerçekleştirme (karar verme yeteneklerinin gelişmiş olması), (15, 16, 17, 27, 28, 29, 32, 35, 36), kişiler arası ilişki becerileri (empati, duyguları anlama) (8, 9, 11, 18, 20, 24, 30) oluşturmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi, "her zaman ya da neredeyse her zaman", "sık sık" "bazen" ve "hiç ya da nadiren" şeklinde olmak üzere sırasıyla "4" ile "1" arasında değişen bir puan alır. 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 19, 24, 30, 31, 33, 34, 38, 39'uncu ifadeler ters ifadelerdir ve bu ifadelerin puanlamaları ters yapılmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 39 ile 156 aralığındadır. Ölçeğin bir kesme puanı olmayıp, ölçekten alınan yüksek puanlar, pozitif ruh sağlığı düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasının Cronbach Alfa'sı 0.93 (Teke ve Baysan Arabacı, 2018), yapılan araştırmada ise cronbach alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Hasta Aktivite Düzeyi Ölçeği (PAM)

PAM (Patient Activation Measure) Hibbard ve arkadaşları tarafından hasta aktivite düzeyini saptayıp değerlendirebilmek amacıyla 2004'de kronik hastalığı olan bir popülasyonda (diyabet, kalp problemi, artrit, hipertansiyon, akciğer hastalığı, kanser, yüksek kolesterol) geliştirilmiş olup, 2005'de yine Hibbard ve arkadaşları tarafından kronik hastalığı olan bir popülasyonda (diyabet, kalp problemi, artrit, hipertansiyon, akciğer hastalığı, kanser, yüksek kolesterol) kısa formu çalışılmıştır. PAM, geçerli, yüksek düzeyde güvenilir, tek boyutlu, Guttman tipi bir ölçektir. Ölçek 22 madde olup, çalışılmış olan kısa formu 13 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenirliği Koşar ve Büyükkaya Besen tarafından yapılan Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (PAM) Türkçe versiyonunun cronbach alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısı 0.81 olup (Koşar, 2015), bu araştırmada ise cronbach alfa kat sayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin cevapları: 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum, 5= Bilemiyorum/değerlendiremiyorum şeklindedir. Bir bireyin 13 maddeye verdiği puanlar sırayla özel puanlama tablosuna girildiğinde, o bireyin aktivite puanı ve hangi aşamada yer aldığı ortaya çıkmaktadır. (Ölçek puanlaması yalnızca bu tablo kullanılarak yapılabilmektedir. Ölçek kullanılmadan önce yazardan istenmiştir). Ölçüm aracından alınan Aktivite puanları 0-100 arasında değişmektedir.

Aşama 1: en düşük aktivlik: < 47

Aşama 2: 47 – 55

Aşama 3: 55 – 72

Aşama 4: en yüksek aktivlik: > 72.5

Ölçek maddeleri SPSS programı için Kesinlikle katılıyorum: 4 puan, Katılıyorum: 3 puan, Katılmıyorum: 2 puan, Kesinlikle katılmıyorum: 1 puan, Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum: 0 puan şeklinde puanlanmaktadır.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veriler 04.12.2023-26.03.2024 tarihleri arasında, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra, Yatağan Devlet Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran ICD-10 kriterlerine göre; E13.9-Diyabetes Mellitüs tanısı alan hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacı ve aynı zamanda klinik hemşiresi olan Gülçin URŞAN tarafından yüz yüze toplanmıştır. Anketlerin yanıtlanma süresi yaklaşık 10-15 dakika olup, verilerin doğru şekilde toplanabilmesi için uygun zaman, ortam ve koşullar hazırlanmıştır. Ölçek sorularına doğru cevap vermenin araştırma açısından önemli olduğu, ölçeği yanıtlamak için zamanlarının olduğu hastalara açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırmadan ayrılmak isteyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bütün hastalara Tanııcı Bilgiler Formu (TBF), Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ), Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği (PRSÖ), Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçeği (PAM) uygulanmıştır.

3.5. Deneysel Kurgu

Araştırma tanımlayıcı, ilişkisel ve kesitsel tipte olduğu için deneysel kurgu yapılmamıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences for Windows 22) programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Demografik veriler frekans ve yüzdelik değerlerle açıklanmıştır. Verilerin analizinde ilk olarak hangi testlerin (parametrik/nonparametrik testler) uygulanacağına karar vermek için karşılanması gereken varsayımlar test edilmiştir. Dağılımın normalliğine karar vermek için Kolmogorov-Smirnov, normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık

değerleri ve histogram grafiğinden yararlanılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t-testi (Independent sample t-testi) ilişkisiz iki ya da daha fazla grupların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan ileri analizlerde Bonferroni testi kullanılmıştır. Nümerik değişkenler arası ilişkiye Pearson korelasyon analizi ile bakılmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini incelemek için Hiyerarşik Regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanılmıştır.

3.7. Etik Onay

Araştırma için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (31.10.23 tarihinde 130 sayılı karar) etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Muğla Valiliği İl Sağlık Müdürlüğüne başvuru yapılmış, 30.11.2023 tarihinde araştırma uygulanabilmesi için uygunluk alınmıştır (Ek-2). Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin çalışmaya dahil edilmesi ile “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilerek aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan kullanım izni alınmıştır. Araştırma süresince İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi'ne sadık kalınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Yatağan Devlet Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran Diyabetes mellitus tanılı hastalardan seçilen örneklem ve uygulanan ölçme araçlarına hastaların verdiği öznel yanıtlar ile sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları tüm Diyabetes mellitus hastalarına genellenemez.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları hastaların sosyodemografik özellikleri ve genel sağlık algısına ilişkin bulgular, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği'ne (KHUÖ) ilişkin bulgular, Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği'ne (PRSÖ) ilişkin bulgular, Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracına (PAM) ilişkin bulgular, hastaların kronik hastalıklara uyum, pozitif ruh sağlığı ve hasta aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguları olmak üzere beş başlık altında incelenmiştir.

4.1. Demografik Özelliklere Ait Bulgular

Hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı (n=382).

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş	X±Ss: 54.05±11.76	Min.:18 Max.:86
Dişabet tanı süresi	X±Ss: 13.33±12.39	Min.:1 Max.:63
Cinsiyet	Kadın	184
	Erkek	198
Eğitim durumu	Okuryazar değil	44
	İlkokul	158
	Ortaokul	54
	Lise	76
	Üniversite	50
Medeni durum	Evli	301
	Bekar	81
Çocuk sahibi olma	Evet	320
	Hayır	62
Çalışma durumu	Çalışmıyorum /işsizim	84
	Çalışıyorum	182
	Emekli	116
Algılanan gelir durumu	Gelir gidere denk	186
	Gelir gidere fazla	71
	Gelir giderden düşük	125
Algılanan fiziksel sağlık durumu	İyi	194
	Orta/kötü	188
Dişabet dışında başka bir hastalık varlığı	Yok	202
	Var	180
Hastalığın sosyal yaşamı olumsuz etkilemesi	Evet	98
	Hayır	152
	Kısmen	132
Çevreden sosyal destek alma	Evet	256
	Hayır	126

Ss: Standart sapma, X: Ortalama, Min: Minimum, Max: Maksimum.

Tablo 4.1. (Devam) Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin dağılımı (n=382).

Tanımlayıcı Özellikler		n	%
Diyabet tanısı sonrası ruhsal bir sağlık sorunu yaşama	Evet	74	19.37
	Hayır	308	80.63
Algılanan ruhsal sağlık durumu	İyi	173	45.29
	Orta/kötü	209	54.71
Diyabet tedavi planı	Sadece diyet tedavisi	67	17.54
	Oral antidiyabetikler (OA)	156	40.84
	İnsülin	80	20.94
	OA + insülin	56	14.66
	Diğer	23	6.02
Düzenli doktor kontrolüne gitme	Evet	314	82.20
	Hayır	68	17.80
İlaçları düzenli olarak kullanma	Evet	311	81.41
	Hayır	71	18.59
Planlanmış olan diyetle uyma	Evet	245	64.30
	Hayır	136	35.70
Toplam		382	100

X±Ss =Ortalama±Standart sapma; Min: Minimum; Max: Maksimum.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 54.05 ± 14.76 ve %48.17'si kadın, %51.83'ü ise erkektir. Hastaların %41.36'sının ilkokul mezunu olduğu, büyük bir çoğunluğunun evli olduğu (%78.80), %83.77'sinin çocuk sahibi olduğu, %47.64'ünün aktif olarak bir işte çalıştığı, %48.69'unun gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların algılanan fiziksel ve ruhsal sağlık durumları değerlendirildiğinde, hastaların %50.79'unun fiziksel sağlıklarını iyi; %45.29'u ruhsal sağlıklarını iyi olarak değerlendirmiştir. Hastaların %52.88'inin diyabet dışında başka bir fiziksel hastalığının olmadığı fakat %47.12'sini (hipertansiyon, KOAH, astım, ritim bozukluğu, kolesterol, tiroit hastalıkları, romatizma vb.) başka bir hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Hastalara diyabetin sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyip etkilemediği sorulduğunda, %25.65'i hastalığın sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini ve %34.55'inin ise kısmen etkilediğini belirtmiştir. Hastaların %67.02'sinin çevrelerinden sosyal destek aldıkları, %32.98'inin ise destek almadıkları tespit edilmiştir.

Katılımcıların mevcut diyabet tedavileri incelendiğinde, %17.54'ünün sadece diyet tedavisi aldığı, %40.84'ünün oral antidiyabetik ilaçlar kullandığı, %20.94'ünün insülin kullandığı, %14.66'sının hem oral antidiyabetik ilaçlar hem de insülin kullandığı

belirlenmiştir. Hastaların %82.20'si düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini, %81.41'i ilaçlarını düzenli olarak kullandığını %64.30'u diyetine uyduğunu ifade etmiştir.

4.2. Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği, Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Hastaların Kronik hastalıklara uyum ölçeği, pozitif ruh sağlığı ölçeği, hasta aktivlik düzeyi ölçüm aracı toplam puan ortalamaları ve alt boyut toplam puanlarının, maksimum ve minimum değerleri Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların KHUÖ, PRSÖ ve PAM ölçek puan ortalamalarının incelenmesi

Toplam ve Alt Boyutlar		X±Ss	Minimum	Maximum
KHUÖ	Fiziksel uyum	40.15±6.30	24.00	55.00
	Psikolojik uyum	23.34±4.56	8.00	35.00
	Sosyal uyum	23.05±4.44	11.00	35.00
	Toplam	86.53±11.83	53.00	123.00
PRSÖ	Kişisel Memnuniyet (KM)	15.61±5.16	8.00	31.00
	Prososyal Tutum (PT)	9.22±2.61	5.00	17.00
	Öz Denetim (ÖD)	11.94±4.07	5.00	21.00
	Özerklik (Ö)	10.48±3.31	5.00	20.00
	Problem Çözme ve Kendini Gerçekleştirme (PÇKG)	18.07±5.32	9.00	11.00
	Kişilerarası İlişki Becerileri (KİB)	14.45±3.49	7.00	28.00
	Toplam	79.76±17.76	40.00	130.00
PAM	Toplam	31.35±13.35	00.00	77.00

X±Ss =Ortalama±Standart sapma

Tablo 4.2 incelendiğinde; kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ortalamasının 86.53±11.83 olduğu, pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puan ortalamasının 79.76±17.76 olduğu, hasta aktivlik düzeyi ölçeğinin toplam puan ortalamasının 31.35±13.35 olduğu saptanmıştır.

4.3. Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguları

Hastaların bazı sosyodemografik değişkenlere göre KHUÖ puan ortalamaların karşılaştırılması Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre KHUÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Fiziksel uyum X±Ss	Psikolojik uyum X±Ss	Sosyal uyum X±Ss	KHUÖ Toplam X±Ss
Cinsiyet				
Kadın	40.59±6.45	22.37±4.15	22.64±4.62	85.60±11.65
Erkek	39.74±6.14	24.23±4.75	23.43±4.25	87.40±11.95
	t=1.33	t= -4.07	t= -1.74	t= -1.48
	p=0.19	p=0.01	p= 0.08	p= 0.14
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar değil ¹	38.32±6.10	22.07±3.53	21.52±4.70	81.91±11.15
İlkokul ²	40.08±6.01	22.88±4.81	22.62±4.41	85.58±11.97
Ortaokul ³	40.13±6.65	23.52±4.33	22.94±4.17	86.59±11.93
Lise ⁴	40.79±6.01	24.07±4.26	23.71±4.51	88.57±10.66
Üniversite ⁵	41.04±7.24	24.58±4.90	24.86±3.91	90.48±12.13
	F= 1.39	F= 4.31	F= 4.31	F= 4.02
	p= 0.24	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01
			5>1.2	4.5>1
Medeni Durum				
Evli	40.43±6.32	23.33±4.64	22.94±4.53	86.69±12.29
Bekar	39.10±6.16	23.37±4.27	23.47±4.11	85.94±9.97
	t=1.70	t= -0.08	t= -0.96	t=0.51
	p=0.09	p= 0.94	p=0.34	p= 0.61
Çocuk Sahibi Olma				
Var	40.42±6.29	23.38±4.62	22.93±4.50	86.72±12.21
Yok	38.74±6.22	23.13±4.27	23.69±4.13	85.56±9.64
	t=1.93	t=0.39	t= -1.25	t=0.70
	p=0.06	p=0.70	p= 0.21	p=0.48
Çalışma Durumu				
Çalışmıyorum/işsizim ¹	38.32±6.10	22.07±3.53	21.52±4.70	81.91±11.15
Çalışıyorum ²	40.79±6.01	24.07±4.26	23.71±4.51	88.57±10.66
Emekli ³	41.04±7.24	24.58±4.90	24.86±3.91	90.48±12.13
	F= 1.39	F= 2.73	F= 4.31	F= 4.02
	p= 0.24	p= 0.06	p= 0.01	p= 0.01
			3>1.2	3>1.2
Algılanan Gelir Durumu				
Gelir gidere denk ¹	40.66±6.50	23.90±4.44	23.58±4.32	88.14±11.56
Gelir gidere fazla ²	40.79±6.70	23.80±5.04	23.87±4.68	88.46±13.19
Gelir giderden düşük ³	39.03±5.62	22.22±4.27	21.79±4.25	83.05±10.69
	F= 2.97	F= 5.66	F= 7.82	F= 8.40
	p= 0.06	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01
		1>3	3<1,2	3<1.2
Algılanan Fiziksel Sağlık				
İyi	41.21±6.88	25.01±4.64	24.58±4.27	90.80±11.64
Orta/Kötü	39.05±5.43	21.61±3.78	21.47±4.06	82.13±10.33
	t=3.39	t=7.82	t=7.30	t=7.69
	p=0.01	p=0.01	p=0.01	p=0.01
Dişabet Dışında Hastalık Varlığı				
Yok	39.66±6.27	23.96±4.19	23.64±4.06	87.26±11.12
Var	40.70±6.1	22.64±4.86	22.38±4.76	85.72±12.56
	t= -1.62	t= 2.84	t= 2.79	t=1.27
	p= 0.11	p=0.01	p=0.01	p=0.21

F: Tek yönlü varyans analizi. t: Bağımsız örneklem t testi. X±Ss =Ortalama±Standart sapma.

Tablo 4.3. (Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre KHUÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Fiziksel uyum X±Ss	Psikolojik uyum X±Ss	Sosyal uyum X±Ss	KHUÖ Toplam X±Ss
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilemesi				
Evet ¹	40.66±6.50	23.90±4.44	23.58±4.32	88.14±11.56
Hayır ²	40.79±6.70	23.80±5.04	23.87±4.68	88.46±13.19
Kısmen ³	39.03±5.2	22.22±4.27	21.79±4.25	83.05±10.69
	F= 2.97 p= 0.06	F= 5.66 p= 0.01 1>3	F= 7.82 p= 0.01 3<1.2	F= 8.40 p= 0.01 3<1.2
Sosyal Destek Alma				
Evet	40.54±5.89	22.52±4.3	22.60±4.44	85.66±11.51
Hayır	39.36±7.01 t=1.73 p=0.08	24.99±4.57 t= -5.15 p=0.01	23.96±4.33 t= -2.84 p=0.01	88.31±12.31 t= -2.07 p=0.04
Ruhsal Sağlık Sorunu Yaşama				
Evet	41.18±6.26	20.57±4.44	20.55±4.59	82.30±11.15
Hayır	39.90±6.29 t= 1.56 p=0.12	24.00±4.34 t= -6.08 p=0.01	23.65±4.20 t= -5.59 p=0.01	87.55±11.78 t= -3.48 p=0.01
Algılanan Ruhsal Sağlık				
İyi	40.81±6.70	25.55±4.56	24.90±4.15	91.25±11.76
Orta/Kötü	39.60±5.91 t= 1.87 p=0.06	21.50±3.67 t=9.61 p=0.01	21.52±4.09 t=7.97 p=0.01	82.63±10.40 t=7.61 p=0.01
Tedavi Planı				
Diyet tedavisi ¹	38.73±6.63	24.72±4.27	24.04±4.02	87.49±11.03
OA ²	41.41±6.80	24.29±4.80	23.71±4.84	89.40±12.52
İnsülin ³	40.01±5.13	22.04±3.69	22.16±4.07	84.21±10.43
OA+ insülin ⁴	38.34±5.74	21.34±3.22	21.23±3.86	80.91±10.03
Diğer ⁵	40.61±5.14 F= 3.71 p= 0.01 2>1.4	22.22±6.20 F= 8.51 p= 0.01 1.2>3.4	23.22±3.78 F= 5.04 p= 0.01 1.2>4	86.04±12.26 F= 6.73 p= 0.01 1>4 ve 2>3.4
Düzenli Doktor Kontrolü				
Evet	41.58±5.56	23.26±4.50	23.02±4.62	87.86±11.78
Hayır	33.53±5.19 t=10.95 p=0.01	23.68±4.84 t= -0.68 p=0.50	23.19±3.53 t= -0.29 p=0.77	80.40±10.04 t= 4.86 p=0.01
Düzenli İlaç Kullanımı				
Evet	41.29±5.68	22.87±4.51	22.79±4.61	86.95±12.12
Hayır	35.15±6.47 t=7.99 p=0.01	25.38±4.24 t= -4.28 p=0.01	24.20±3.41 t= -2.43 p=0.02	84.73±10.35 t=1.42 p=0.16
Diyete Uyum				
Evet	42.14±5.37	23.34±4.46	23.18±4.50	88.66±11.70
Hayır	36.65±6.27 t=9.00 p=0.01	23.34±4.77 t=0.01 p=0.99	22.85±4.36 t=0.69 p=0.49	82.83±11.12 t=4.74 p=0.01

F: Tek yönlü varyans analizi. t: Bağımsız örneklem t testi. X±Ss =Ortalama±Standart sapma.

Tablo 4.3 incelendiğinde; erkek hastaların KHU ölçeği psikolojik uyum alt boyut puan ortalamasının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu; üniversite mezunu hastaların psikolojik uyum düzeyin yüksek olduğu ve sosyal uyum alt boyut puan ortalamasının okuryazar ve ilkokul mezunu hastalardan daha yüksek; lise ve üniversite mezunu hastaların ise KHU ölçeği toplam puan ortalamasının okuryazar olan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Emekli olan hastaların hem sosyal uyum alt boyut hem de KHU ölçeği toplam puan ortalamasının herhangi bir işte çalışmayan/işsiz olan ve bir işte çalışan hastalardan daha yüksek olduğu; gelir gidere denk olan hastaların psikolojik uyum alt boyut puan ortalamasının gelir giderden düşük olanlara göre daha yüksek; gelir giderden düşük olan hastaların sosyal uyum alt boyut ve KHU ölçeği toplam puan ortalamaları gelir gidere denk ve gelir giderden fazla olan hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan ve fiziksel sağlığını ‘iyi’ olarak algılayan hastaların, fiziksel sağlığını orta/kötü olarak algılayan hastalara göre KHU ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, diyabet dışında herhangi bir hastalığı olmayan hastaların, diyabet dışında da hastalığı olan hastalara kıyasla, psikolojik uyum ve sosyal uyum alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu, çevresinden herhangi bir sosyal destek almayan hastaların, çevresinden sosyal destek alan hastalara göre psikolojik uyum, sosyal uyum ve KHU ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, diyabet tanısı aldıktan sonra ruhsal bir sağlık sorunu yaşamayanların, tanı aldıktan sonra ruhsal bir sağlık sorunu yaşayanlarla göre psikolojik uyum, sosyal uyum ve KHU ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, ruhsal sağlık durumunu ‘iyi’ olarak algılayan hastaların, orta/kötü olarak algılayan hastalara göre, psikolojik uyum, sosyal uyum ve KHU ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, düzenli olarak doktor kontrolüne giden hastaların, doktor kontrolüne düzenli gitmeyenlere göre fiziksel uyum alt boyut ve KHU ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, ilaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların ilaçlarını düzenli kullanmayanlara göre fiziksel uyum alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu; düzenli ilaç kullanmayanların ise düzenli ilaç kullananlara göre psikolojik uyum ve sosyal uyum alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu, diyetine uyan hastaların, diyetine uymayan hastalara göre fiziksel uyum alt boyut ve KHU ölçeği toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diyabet tanısı sonrası sosyal yaşamının olumsuz etkilendiğini düşünen hastaların psikolojik uyum alt boyut puan ortalamasının sosyal yaşamının olumsuz etkilenmediğini ve kısmen etkilendiğini düşünen hastalardan daha yüksek; sosyal yaşamının kısmen etkilendiğini

düşünen hastaların ise sosyal uyum alt boyut ve KHU ölçeği toplam puan ortalamasının sosyal yaşamı olumsuz etkilenen ve etkilenmeyenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Oral antidiyabetik ilaç tedavisi alan hastaların fiziksel uyum alt boyut puan ortalamasının sadece diyet yapan ve hem oral antidiyabetik hem de insülin kullanan hastalardan daha yüksek; diyet yapan ve oral antidiyabetik ilaç kullanan hastaların psikolojik uyum alt boyut puan ortalamalarının oral antidiyabetik kullanan ve diğer tedavi seçeneklerini uygulayan hastalardan daha yüksek olduğu; diyet yapan ve oral antidiyabetik ilaç kullanan hastaların sosyal uyum alt boyut puan ortalamalarının hem oral antidiyabetik hem de insülin kullanan hastalardan daha yüksek; sadece diyet tedavisi alan hastaların KHU ölçeği toplam puan ortalamasının hem oral antidiyabetik hem de insülin kullanan hastalardan daha yüksek olduğu; oral diyabetik ilaç tedavisi alan hastaların KHU ölçeği toplam puan ortalamasının sadece insülin kullanan ve insülin ve oral antidiyabetiği aynı anda kullanan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

4.4. Hastaların Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeğine İlişkin Bulguları

Hastaların bazı sosyodemografik değişkenlere göre Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği puan ortalamaların karşılaştırılması Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre PRSÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	KM X±Ss	PT X±Ss	ÖD X±Ss	Ö X±Ss	PÇKG X±Ss	KİB X±Ss	PRSÖ Toplam X±Ss
Cinsiyet							
Kadın	16.74±5.22	8.93±2.74	12.96±4.14	11.54±3.13	19.05±5.17	14.28±3.48	83.51±17.17
Erkek	14.56±4.89	9.49±2.46	10.99±3.77	9.49±3.17	17.15±5.30	14.61±3.50	76.28±17.63
	t= 4.22	t= -2.09	t= 4.85	t= 6.35	t= 3.56	t= -0.92	t= 4.05
	p=0.01	p= 0.04	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.36	p= 0.01
Eğitim Düzeyi							
Okuryazar değil ¹	17.64±5.15	9.43±2.56	11.91±3.99	11.36±3.70	19.09±5.20	15.86±3.75	85.30±17.39
İlkokul ²	15.96±5.47	9.40±2.60	11.96±4.04	10.46±3.15	18.73±5.37	14.49±3.58	81.00±18.56
Ortaokul ³	15.61±3.81	9.17±2.73	12.07±3.90	10.98±3.14	17.63±5.08	14.20±3.44	79.67±15.56
Lise ⁴	15.11±5.40	9.38±2.62	11.82±4.10	10.03±3.46	17.79±5.19	14.62±3.20	78.74±17.89
Üniversite ⁵	13.52±4.34	8.30±2.42	11.92±4.52	9.90±3.28	15.94±5.22	13.06±2.96	72.64±15.70
	F= 4.24	F= 1.91	F= 0.03	F= 1.85	F= 3.25	F= 4.04	F= 3.42
	p= 0.01	p= 0.11	p= 1.00	p= 0.12	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01
	1.2>5				1.2>5	1>5	1.2>5
Medeni durum							
Evli	15.31±4.98	9.29±2.53	11.87±3.93	10.38±3.26	18.14±5.36	14.61±3.52	79.60±17.60
Bekar	16.73±5.68	8.99±2.89	12.17±4.57	10.85±3.50	17.79±5.17	13.83±3.31	80.36±18.45
	t= -2.20	t= 0.91	t= -0.59	t= -1.15	t= 0.52	t= 1.81	t= -0.34
	p= 0.03	p= 0.36	p= 0.56	p= 0.25	p= 0.60	p= 0.07	p= 0.73
Çocuk Sahibi Olma							
Var	15.62±5.20	9.33±2.64	11.90±4.05	10.47±3.34	18.16±5.37	14.53±3.54	80.01±18.08
Yok	15.56±5.02	8.65±2.41	12.11±4.24	10.52±3.15	17.60±5.05	14.05±3.16	78.48±16.09
	t= 0.08	t= 1.91	t= -0.37	t= -0.10	t= 0.76	t= 0.99	t= 0.62
	p= 0.94	p= 0.06	p= 0.71	p= 0.92	p= 0.45	p= 0.33	p= 0.54
Çalışma Durumu							
Çalışmıyorum /işsizim ¹	17.64±5.15	9.43±2.56	11.91±3.99	11.36±3.70	19.09±5.20	15.86±3.75	85.30±17.39
Çalışıyorum ²	15.11±5.40	9.38±2.62	11.82±4.10	10.03±3.46	17.79±5.19	14.62±3.20	78.74±17.89
Emekli ³	13.52±4.34	8.30±2.42	11.92±4.52	9.90±3.28	15.94±5.22	13.06±2.96	72.64±15.70
	F= 4.24	F= 1.91	F= 0.03	F= 1.85	F= 3.25	F= 4.04	F= 3.42
	p= 0.01	p= 0.11	p= 1.00	p= 0.12	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01
	1.2>3				1.2>3	1>3	1.2>3

F: Tek yönlü varyans analizi. t: Bağımsız örneklem t testi. X±Ss = Ortalama ± Standart sapma. KM: Kişisel Memnuniyet. PT: Prososyal Tutum. ÖD: Öz Denetim. Ö: Özerklik. PÇKG: Problem Çözme ve Kendini Gerçekleştirme. KİB: Kişilerarası İlişki Becerileri.

Tablo 4.4. (Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre PRSÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	KM X±Ss	PT X±Ss	ÖD X±Ss	Ö X±Ss	PÇKG X±Ss	KİB X±Ss	PRSÖ Toplam X±Ss
Algılanan Gelir Durumu							
Gelir gidere denk ¹	14.89±5.08	9.11±2.60	11.70±4.09	10.24±3.23	17.38±5.19	14.19±3.43	77.49±17.27
Gelir giderden fazla ²	14.70±5.47	9.04±2.80	11.62±4.37	10.34±3.55	17.14±5.80	14.27±3.43	77.11±18.89
Gelir giderden düşük ³	17.21±4.77	9.50±2.50	12.47±3.85	10.91±3.27	19.62±4.91	14.94±3.56	84.64±16.95
	F= 9.29	F= 1.04	F= 1.62	F= 1.64	F= 8.25	F= 1.85	F= 7.25
	p= 0.01	p= 0.36	p= 0.20	p= 0.20	p= 0.01	p= 0.16	p= 0.01
	3>1.2				3>1.2		3>1.2
Algılanan Fiziksel Sağlık							
İyi	14.23±5.08	8.75±2.58	11.54±4.43	10.19±3.42	16.42±5.09	13.69±3.24	74.82±17.15
Orta/Kötü	17.04±4.86	9.71±2.56	12.35±3.63	10.77±3.17	19.77±5.02	15.23±3.56	84.86±16.96
	t= -5.53	t= -3.63	t= -1.94	t= -1.72	t= -6.47	t= -4.42	t= -5.75
	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.06	p= 0.09	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01
Diyabet Dışında Hastalık Varlığı							
Yok	14.38±4.30	9.41±2.45	11.38±3.74	10.25±3.05	17.78±5.05	14.50±3.42	77.70±16.15
Var	16.99±5.69	9.02±2.77	12.57±4.34	10.73±3.57	18.38±5.60	14.38±3.56	82.07±19.20
	t= -5.10	t= 1.46	t= -2.88	t= -1.40	t= -1.10	t= 0.34	t= -2.42
	p=0.01	p= 0.15	p= 0.01	p= 0.16	p= 0.27	p= 0.73	p= 0.02
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi							
Evet ¹	14.89±5.08	9.11±2.60	11.70±4.09	10.24±3.23	17.38±5.19	14.19±3.43	77.49±17.27
Hayır ²	14.70±5.47	9.04±2.80	11.62±4.37	10.34±3.55	17.14±5.80	14.27±3.43	77.11±18.89
Kısmen ³	17.21±4.77	9.50±2.50	12.47±3.85	10.91±3.27	19.62±4.91	14.94±3.56	84.64±16.95
	F= 9.29	F= 1.04	F= 1.62	F= 1.64	F= 8.25	F= 1.85	F= 7.25
	p= 0.01	p= 0.36	p= 0.20	p= 0.20	p= 0.01	p= 0.16	p= 0.01
	3>1.2				3>1.2		3>1.2
Sosyal Destek Alma							
Evet	16.41±5.30	9.27±2.54	12.38±4.11	10.84±3.35	18.64±5.18	14.49±3.34	82.03±17.43
Hayır	14.00±4.48	9.12±2.76	11.05±3.86	9.75±3.11	16.89±5.41	14.36±3.78	75.16±17.61
	t= 4.38	t= 0.54	t= 3.03	t= 3.06	t= 3.07	t= 0.36	t= 3.61
	p= 0.01	p= 0.59	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.72	p= 0.01

F: Tek yönlü varyans analizi. t: Bağımsız örneklem t testi. X±Ss = Ortalama ± Standart sapma. KM: Kişisel Memnuniyet. PT: Prososyal Tutum. ÖD: Öz Denetim. Ö: Özerklik. PÇKG: Problem Çözme ve Kendini Gerçekleştirme. KİB: Kişilerarası İlişki Becerileri.

Tablo 4.4. (Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre PRSÖ alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	KM X±Ss	PT X±Ss	ÖD X±Ss	Ö X±Ss	PÇKG X±Ss	KİB X±Ss	PRSÖ Toplam X±Ss
Ruhsal Sağlık Sorunu Yaşama							
Evet	18.53±4.63	9.51±2.38	15.30±3.66	12.32±2.46	20.74±4.95	14.84±3.27	91.24±14.07
Hayır	14.91±5.04	9.15±2.66	11.13±3.75	10.03±3.34	17.42±5.21	14.35±3.53	77.00±17.47
	t= 5.62	t= 1.07	t= 8.63	t= 5.55	t= 4.97	t= 1.07	t= 6.52
	p= 0.01	p= 0.29	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.28	p= 0.01
Algılanan Ruhsal Sağlık							
İyi	13.20±4.76	8.70±2.46	10.58±3.91	9.37±3.29	15.68±4.87	13.55±3.53	71.08±16.21
Orta/Kötü	17.61±4.61	9.66±2.66	13.06±3.80	11.39±3.04	20.04±4.85	15.19±3.27	86.95±15.69
	t= -9.19	t= -3.62	t= -6.19	t= -6.23	t= -8.74	t= -4.68	t= -9.69
	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01
Tedavi Planı							
Diyet tedavisi ¹	14.46±5.00	8.94±2.60	11.57±4.26	10.49±3.49	16.73±5.09	14.33±3.89	76.52±17.18
OA ²	14.71±4.89	8.90±2.68	12.07±4.31	10.47±3.32	17.47±5.20	13.68±3.32	77.30±17.34
İnsülin ³	16.49±4.79	9.61±2.42	12.01±3.81	10.56±3.09	19.39±4.86	14.86±3.09	82.93±16.08
OA + insülin ⁴	17.98±4.59	9.55±2.33	11.86±2.99	10.27±2.80	19.84±5.12	15.96±3.55	85.46±16.71
Diğer	16.26±7.46	10.04±3.14	12.04±5.17	10.70±4.63	17.09±6.95	14.87±3.28	81.00±25.22
	F= 5.93	F= 2.04	F= 0.19	F= 0.09	F= 4.71	F= 5.15	F= 3.50
	p=0.01	p= 0.09	p= 0.94	p= 0.98	p= 0.01	p= 0.01	p= 0.01
	4>1.2				1<3.4 ve 2<4	2<4	2<4
Düzenli Doktor Kontrolü							
Evet	15.79±5.16	9.17±2.65	12.03±4.15	10.60±3.24	18.23±5.21	14.36±3.47	80.18±18.02
Hayır	14.78±5.10	9.46±2.41	11.51±3.67	9.90±3.57	17.29±5.75	14.87±3.53	77.81±16.48
	t= 1.47	t= -0.81	t= 0.94	t= 1.60	t= 1.32	t= -1.10	t= 1.00
	p= 0.14	p= 0.42	p= 0.35	p= 0.11	p= 0.19	p= 0.27	p= 0.32
Düzenli İlaç Kullanımı							
Evet	16.10±5.06	9.27±2.62	12.11±3.98	10.67±3.20	18.58±5.21	14.53±3.44	81.26±17.66
Hayır	13.48±5.12	9.03±2.59	11.18±4.39	9.62±3.65	15.80±5.21	14.10±3.67	73.21±16.81
	t= 3.93	t= 0.70	t= 1.73	t= 2.43	t= 4.05	t= 0.94	t= 3.49
	p= 0.01	p= 0.49	p= 0.08	p= 0.02	p= 0.01	p= 0.35	p= 0.01
Diyete Uyum							
Evet	15.83±5.20	9.16±2.64	11.97±4.08	10.70±3.26	18.16±5.22	14.44±3.45	80.26±18.18
Var	15.22±5.10	9.34±2.57	11.88±4.09	10.07±3.39	17.86±5.50	14.44±3.56	78.80±17.05
	t= 1.11	t= -0.66	t= 0.21	t= 1.80	t= 0.52	t= 0.01	t= 0.77
	p= 0.27	p= 0.51	p= 0.83	p= 0.07	p= 0.60	p= 0.99	p= 0.44

F: Tek yönlü varyans analizi. t: Bağımsız örneklem t testi. X±Ss = Ortalama ± Standart sapma. KM: Kişisel Memnuniyet. PT: Prososyal Tutum. ÖD: Öz Denetim. Ö: Özerklik. PÇKG: Problem Çözme ve Kendini Gerçekleştirme. KİB: Kişilerarası İlişki Becerileri.

Tablo 4.4 incelendiğinde; kadın hastaların kişisel memnuniyet, özdenetim, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamalarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu; erkek hastaların ise prososyal tutum alt boyut puan ortalamasının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan hastaların kişisel memnuniyet, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamaları üniversite mezunu hastalara göre daha yüksek; okuryazar olmayan hastaların kişilerarası ilişki becerileri alt boyut puan ortalamalarının ise üniversite mezunu hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bekar olan hastaların kişisel memnuniyet alt boyut puan ortalaması, evli olan hastalara göre daha yüksek; çalışmayan/işsiz olan ve çalışan hastaların kişisel memnuniyet, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamalarının emekli hastalara göre daha yüksek; çalışmayan/işsiz olan hastaların kişilerarası ilişki becerilerinin emekli hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gelirinin giderinden daha düşük olduğunu düşünen hastaların kişisel memnuniyet, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamaları, gelirin giderine denk ve gelirin giderden fazla olduğunu düşünen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Fiziksel sağlık durumunu ‘orta/kötü’ olarak değerlendiren hastaların kişisel memnuniyet, prososyal tutum, problem çözme ve kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişki becerileri alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamaları, fiziksel sağlığını ‘iyi’ olarak değerlendiren hastalara göre daha yüksek; diyabet dışında başka fiziksel hastalığı olan hastaların kişisel memnuniyet, özdenetim alt boyut ve PRS ölçüğü toplam puan ortalamaları, diyabet dışında başka hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksektir ($p<0.05$). Hastalığın sosyal yaşamını ‘kısmen’ etkilediğini düşünen hastaların kişisel memnuniyet, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamaları, sosyal yaşamını etkilediğini ve etkilemediğini düşünen hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyal destek alma değişkeninde, çevresinden destek alan hastaların kişisel memnuniyet, özdenetim, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamaları, çevresinden destek almayan hastalara göre daha yüksek; diyabet tanısı aldıktan sonra ruhsal sağlık sorunu yaşayan hastaların kişisel memnuniyet, özdenetim, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamaları, ruhsal sağlık sorunu yaşamayan hastalara göre daha yüksek; ruhsal sağlık durumunu ‘iyi’ olarak algılayan hastaların, ruhsal sağlık durumlarını orta/kötü olarak

algılayan hastalara göre PRSÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması daha düşüktür ($p<0.05$).

Tedavi planında hem oral antidiyabetik hem de insülin kullanan hastaların problem çözme ve kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişki becerileri alt boyut ve PRSÖ toplam puan ortalamaları sadece oral antidiyabetik kullanan hastalara göre daha yüksek; insülin ve hem insülin hemde oral antidiyabetiği birlikte kullanan hastaların problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamaları sadece diyet tedavisi olan hastalara göre daha yüksek; hem oral antidiyabetik hem de insülin kullanan hastaların kişisel memnuniyet alt boyut puan ortalamaları sadece diyet tedavisi alan ve sadece oral antidiyabetik kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İlaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların kişisel memnuniyet, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme ve PRSÖ toplam puan ortalamaları, ilaçlarını düzenli olarak kullanmayan hastalara göre daha yüksektir ($p<0.05$).

4.5. Hastaların Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracına İlişkin Bulguları

Hastaların bazı sosyodemografik değişkenlere göre Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm aracının puan ortalamaların karşılaştırılması Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre PAM puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	PAM X±Ss	Test istatistiği	p
Cinsiyet			
Kadın	31.73±13.52	t=0.53	0.60
Erkek	31.00±13.22		
Eğitim Düzeyi			
Okuryazar değil ¹	33.93±14.41	F= 2.60 1.2>5	0.04
İlkokul ²	32.32±13.19		
Ortaokul ³	31.26±10.92		
Lise ⁴	31.38±13.03		
Üniversite ⁵	26.09±14.84		
Medeni durum			
Evli	30.93±13.54	t=-1.20	0.23
Bekar	32.94±12.58		
Çocuk Sahibi Olma			
Var	31.15±13.20	t=-0.68	0.50
Yok	32.40±14.18		

X±Ss = Ortalama ± Standart sapma. F: Tek yönlü varyans analizi. t: Bağımsız örneklem t testi.

Tablo 4.5. (Devam) Hastaların sosyo-demografik özelliklere göre PAM puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	PAM X±Ss	Test istatistiği	p
Çalışma Durumu			
Çalışmıyorum /işsizim ¹	33.93±14.41	F= 2.60	0.04
Çalışıyorum ²	31.38±13.03	1.2>5	
Emekli ³	26.09±14.84		
Algılanan Gelir Durumu			
Gelir gidere denk ¹	31.66±13.42	F= 3.49	0.03
Gelir gidere fazla ²	27.79±14.37	3>2	
Gelir giderden düşük ³	32.92±12.35		
Algılanan Fiziksel Sağlık			
İyi	30.61±13.42	t=-1.11	0.27
Orta/Kötü	32.13±13.27		
Dişabet Dışında Hastalık Varlığı			
Yok	30.78±12.84		
Var	32.00±13.91	t=-0.89	0.38
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi			
Evet ¹	31.66±13.42	F= 3.49	0.03
Hayır ²	27.79±14.37	3>2	
Kısmen ³	32.92±12.35		
Sosyal Destek Alma			
Evet	31.01±13.52		
Hayır	32.06±13.03	t=-0.72	0.47
Ruhsal Sağlık Sorunu Yaşama Durumu			
Evet	33.51±12.90	t=1.55	0.12
Hayır	30.84±13.43		
Algılanan Ruhsal Sağlık			
İyi	30.85±13.74	t=-0.67	0.50
Orta/Kötü	31.77±13.04		
Tedavi Planı			
Sadece diyet tedavisi	31.70±14.63		
Oral alınan antidiyabetikler	30.18±13.81		
İnsülin	31.53±12.24	F= 0.69	0.60
Oralantidiyabetik+insülin	33.26±12.84		
Diğer	33.04±11.36		
Düzenli Doktor Kontrolü			
Evet	30.23±12.92	t=-3.59	0.01
Hayır	36.55±14.18		
Düzenli İlaç Kullanımı			
Evet	30.91±12.64	t=-1.36	0.17
Hayır	33.30±16.06		
Diyete Uyum			
Evet	28.63±13.05	t=-5.53	0.01
Hayır	36.24±12.56		

X±Ss= Ortalama ± Standart sapma. F: Tek yönlü varyans analizi. t: Bağımsız örneklem t testi

Tablo 4.5 incelendiğinde; okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastaların PAM ölçeği puan ortalamaları üniversite mezunu olan hastalardan yüksek; çalışmayan/işsiz olan ve çalışan hastaların PAM puan ortalaması, emekli olan hastalara göre daha yüksek; geliri giderinden düşük olan hastaların PAM puan ortalaması, geliri giderden fazla olduğunu değerlendiren hastalara göre daha yüksek; hastalığın sosyal yaşamı ‘kısmen’ etkilediğini düşünen hastaların PAM puan ortalaması, etkilediğini ve

etkilemediğini düşünen hastalara göre daha yüksektir ($p<0.05$). Doktor kontrolüne düzenli olarak gitmeyen hastaların PAM puan ortalaması, doktor kontrolüne düzenli olarak gidenlere göre yüksek; diyetine uymayan hastaların PAM puan ortalaması, diyetine uyan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

4.6. Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği ve Hasta Aktivlik Ölçüm Aracı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguları

Hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği ve Hasta Aktivlik Ölçüm Aracı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguları Tablo 4.6 de verilmiştir.



Hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeği fiziksel uyum alt boyut puanları ile, kişisel memnuniyet puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.168$), prososyal tutum puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.218$), problem çözme ve kendini gerçekleştirme puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.199$), kişilerarası ilişki becerileri puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.227$), pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.211$) ve hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.447$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeği psikolojik uyum alt boyut puanları ile, kişisel memnuniyet puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.592$), prososyal tutum puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.212$), öz denetim puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.406$), özerklik puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.374$), problem çözme ve kendini gerçekleştirme puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.534$), kişilerarası ilişki becerileri puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.306$), pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.586$) ve hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.188$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeği sosyal uyum alt boyut puanları ile, kişisel memnuniyet puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.567$), prososyal tutum puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.366$), öz denetim puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.392$), özerklik puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.348$), problem çözme ve kendini gerçekleştirme puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.539$), kişilerarası ilişki becerileri puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.387$), pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.610$) ve hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r:-0.129$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanları ile, kişisel memnuniyet puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.531$), prososyal tutum puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.335$), öz denetim puanları arasında negatif yönde orta düzeyde

($r:-0.340$), özerklik puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.307$), problem çözme ve kendini gerçekleştirme puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.514$), kişilerarası ilişki becerileri puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.384$), pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.568$) ve hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.359$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puanları ile kişisel memnuniyet puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.180$), prososyal tutum puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.162$), öz denetim puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.237$), özerklik puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.159$), problem çözme ve kendini gerçekleştirme puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r:0.333$), kişilerarası ilişki becerileri puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.149$) ve pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.289$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

4.7. Diyabet Hastalarının Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı Puan Ortalamasına Etki Eden Faktörlerin Regresyon Analizi

Diyabet Hastalarının hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puan ortalamasına etki eden faktörlerin regresyon analizi Tablo 4.9 da verilmiştir.

Tablo 4.7. (Devam) Diyabet hastalarının PAM ölçüm aracı puan ortalamasına etki eden faktörlerin regresyon analizi

Bağımlı Değişken: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı							
Model		B	Std. Hata	Beta	t	p	VIF
3	Sabit	33.89	8.64		3.92	0.01	
	Düzenli doktor kontrolüne gider misiniz?: hayır (referans kategori: evet)	-0.79	1.89	-0.02	-0.42	0.68	1.58
	Diyabetinize yönelik planlanmış olan diyetinize uyuyor musunuz? hayır (referans kategori: evet)	3.63	1.40	0.13	2.60	0.01	1.37
	Eğitim düzeyi: ilkokul (referans kategori: okuryazar değil)	-0.56	2.00	-0.02	-0.28	0.78	2.99
	Eğitim düzeyi: ortaokul (referans kategori: okuryazar değil)	-0.41	2.38	-0.01	-0.17	0.86	2.07
	Eğitim düzeyi: lise (referans kategori: okuryazar değil)	0.17	2.36	0.01	0.07	0.94	2.72
	Eğitim düzeyi: üniversite (referans kategori: okuryazar değil)	-4.14	2.69	-0.10	-1.54	0.13	2.54
	Çalışma durumu: çalışıyorum (referans kategori: çalışmıyorum)	1.94	1.74	0.07	1.12	0.26	2.32
	Çalışma durumu: emekli (referans kategori: çalışmıyorum)	3.55	1.67	0.12	2.13	0.03	1.80
	Gelir düzeyi: gelir gidere eşit (referans kategori: gelir gidere denk)	-2.29	1.69	-0.07	-1.36	0.18	1.32
	Gelir düzeyi: gelir giderden az (referans kategori: gelir gidere denk)	-0.36	1.42	-0.01	-0.25	0.80	1.36
	Fiziksel uyum	-0.87	0.12	-0.41	-7.17	0.01	1.77
	Psikolojik uyum	0.04	0.19	0.01	0.23	0.82	2.21
	Sosyal uyum	0.57	0.19	0.19	3.03	0.01	2.12
	Kişisel memnuniyet	-0.19	0.19	-0.07	-1.01	0.31	2.82
	Prososyal tutum	-0.17	0.30	-0.03	-0.57	0.57	1.92
	Öz denetim	0.37	0.19	0.11	1.94	0.06	1.82
	Özerklik	0.34	0.24	0.08	1.41	0.16	1.93
	Problem çözme ve kendini gerçekleştirme	0.82	0.17	0.33	4.81	0.01	2.53
	Kişiler arası ilişki becerileri	-0.13	0.23	-0.03	-0.55	0.58	1.92
Model 3 F(19.361)=9.77; R=0.547; R²=0.30; p=0.01							

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, hasta aktivlik düzeyini etkileyen çeşitli faktörler üç model üzerinden detaylı bir şekilde incelenmiş ve Tablo 4.8 de gösterilmiştir. Model 1’de, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, diyabetle ilgili planlanmış bir diyetle uyma, eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite), çalışma durumu (çalışıyorum ve emekliyim) ve gelir düzeyi (gelir gidere eşit ve gelir giderden az) değişkenleri ele alınmış ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir [F(10.370)=5.28; R²:0.10; p<0.05]. Bu bağımsız değişkenlerin hasta aktivlik düzeyi ölçüm puanlarındaki değişimin %10’unu açıkladığı görülmüştür.

"Düzenli doktor kontrolüne gider misiniz?" değişkeninin hasta aktivlik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Düzenli doktor kontrolüne

gitmeyen bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin, düzenli doktor kontrolüne giden bireylere kıyasla 4.21 birim daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. "Diyabetinize yönelik planlanmış olan diyetinize uyuyor musunuz?" değişkeninin hasta aktiflik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Diyabetlerine yönelik planlanmış olan diyetine uymayan bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin, diyetine uyan bireylere kıyasla 6.31 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Modelde yer alan eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi değişkenlerinin hasta aktiflik düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Model 2’de, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, diyabetle ilgili planlanmış olan diyetle uyum, eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite), çalışma durumu (çalışıyorum ve emekliyim), gelir düzeyi (gelir gidere eşit ve gelir giderden az), fiziksel uyum, psikolojik uyum ve sosyal uyum değişkenleri ele alınmış ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir [$F(13.367)=9.07$; $R^2:0.22$; $p<0.05$]. Bu bağımsız değişkenlerin hasta aktiflik düzeyi ölçüm puanlarındaki değişimin %22’sini açıkladığı görülmüştür.

"Diyabetinize yönelik planlanmış olan diyetinize uyuyor musunuz?" değişkeninin hasta aktiflik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Hastalıklarına yönelik planlanmış olan diyetle uymayan bireylerin hasta aktiflik düzeylerinin, diyetine uyan bireylere kıyasla 3.48 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin fiziksel uyum alt boyut değişkeninin hasta aktiflik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Fiziksel uyum puanlarındaki 1 birimlik artış hasta aktiflik düzeylerinde 0.86 birimlik düşüşe etki ettiği saptanmıştır.

Modelde yer alan diğer değişkenler olan düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite), çalışma durumu (çalışıyorum ve emekliyim), gelir düzeyi (gelir gidere eşit ve gelir giderden az), psikolojik uyum ve sosyal uyum değişkenlerinin, hasta aktiflik düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Model 3’te, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, diyabetle ilgili planlanmış diyet uyumu, eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite), çalışma durumu

(çalışıyorum ve emekliyim), gelir düzeyi (gelir gidere eşit ve gelir giderden az), Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin; fiziksel uyum, psikolojik uyum, sosyal uyum alt boyutları ile pozitif ruh sağlığı ölçeğinin; kişisel memnuniyet, prososyal tutum, öz denetim, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme ve kişiler arası ilişki becerileri al boyut değişkenleri ele alınmış ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir [$F(19,361)=9.77$; $R^2:0.30$; $p<0.05$]. Bu bağımsız değişkenlerin hasta aktiflik düzeyi ölçüm puanlarındaki değişimin %30'unu açıkladığı görülmüştür.

Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin fiziksel uyum alt boyut değişkeninin hasta aktiflik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Fiziksel uyum puanlarındaki 1 birimlik artışın hasta aktiflik düzeylerinde 0.87 birimlik düşüşe etki ettiği saptanmıştır. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin sosyal uyum alt boyut değişkeninin hasta aktiflik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Sosyal uyum puanlarındaki 1 birimlik artışın hasta aktiflik düzeylerinde 0.57 birimlik artışa etki ettiği saptanmıştır. Pozitif ruh sağlığı ölçeğinin öz denetim alt boyut değişkeninin hasta aktiflik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların öz denetim puanlarındaki 1 birimlik artışın hasta aktiflik düzeylerinde 0.37 birimlik artışa etki ettiği saptanmıştır. Pozitif ruh sağlığı ölçeğinin problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut değişkeninin hasta aktiflik düzeyinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$). Hastaların problem çözme ve kendini gerçekleştirme puanlarındaki 1 birimlik artışın hasta aktiflik düzeylerinde 0.82 birimlik artışa etki ettiği saptanmıştır.

Modelde yer alan diğer değişkenler olan düzenli doktor kontrolüne gitme durumu, diyabetle ilgili planlanmış diyet uyumu, eğitim düzeyi (ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite), çalışma durumu (çalışıyorum ve emekliyim), gelir düzeyi (gelir gidere eşit ve gelir giderden az), psikolojik uyum, kişisel memnuniyet, prososyal tutum, özerklik ve kişiler arası ilişki becerilerinin hasta aktiflik düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Diyabet, günümüzde ciddi ve yaygın kronik hastalıklardan biri haline gelmiş olup, yaşam süresini kısaltan, yaşamı tehdit eden, sakatlığa yol açan ve yüksek maliyetli komplikasyonlara neden olan bir hastalıktır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (IDF) göre, diyabetin küresel yaygınlığı 2019 yılında %9'a (463 milyon yetişkin) yükselerek pandemi boyutuna ulaşmıştır. Bu durum diyabetin önlenmesine yönelik koruyucu ve önleyici hizmetlerin önemini artırmaktadır. Bununla birlikte, diyabet tanısı alan hastalarda diyabetin gelişimi, ilerleyişi, komplikasyonları ve tedaviye yanıtı üzerinde yapılan ve yapılacak olan çalışmaların desteklenmesi oldukça önemlidir.

Hasta aktifliği diyabetin yönetiminde oldukça önemli bir kavram olup, hastaların bu süreçteki etkinliğini belirleyen faktörlerin anlaşılması, diyabete bağlı fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların daha iyi yönetilmesine katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, diyabet hastalarının hastalığa uyumu ve pozitif ruh sağlığının hasta aktifliği üzerindeki etkisi incelenmiş ve elde edilen bulgular, literatürde yer alan bilimsel araştırmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1.Diyabet Hastalarının Tanıtıcı Bilgilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan diyabet hastaların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları 54.05 ± 11.76 ve %51.83'ü erkektir. IDF 2021 de yayınlamış olduğu verilere göre erkeklerde kadınlara oranla diyabet görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (IDF, 2021). Literatürde diyabet hasta örnekleminin çoğunluğunu erkek hastaların oluşturduğu araştırmalar (Akyol Güner vd.nin (2020), Herskind ve Nørgaard (2023), Zhang vd.nin (2021)) olduğu gibi Satman ve ark. (2013)'nin yapmış oldukları TURDEP II araştırmasında Tip2 DM prevalansının kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü bulunmuştur (Satman, 2013).

Çalışmamıza dahil olan diyabet hastalarının %47.12'sinin diyabet dışında başka bir kronik hastalığı olduğu, %40.84'ünün oral antidiyabetik kullandığı, %64.30'unun diyet programına uyduğu, %82.20'sinin doktor kontrolüne düzenli olarak gittiği ve %81.41'inin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı bulunmuştur. Literatür sonuçlarında da tedavi planının çoğunu oral antidiyabetikler oluşturmakta ve hastaların çoğu ilaçlarını

düzenli olarak kullanmakta, doktor kontrollerine düzenli olarak gitmekte, diyet programına uymaktadır (Akaltun ve Ersin, 2016; Akyol Güner vd., 2020; Akyol Güner vd. 2020; Elmalı vd., 2010; Saraçoğlu ve Aydın Avcı, 2021).

5.2. Diyabet Hastalarının Kronik Hastalıklara Uyuma İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının kronik hastalığa uyumunu değerlendirmek için kullanılan Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğinin toplam puanının 53 ile 123 arasında değiştiği ve çalışmaya katılan diyabet hastalarının ortalama puanı 86.53 ± 11.83 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu, katılımcıların diyabete uyum düzeylerinin iyi olduğunu göstermektedir. Literatürde yer alan benzer çalışmalar kronik hastalıklara uyum düzeyinin genellikle orta ve iyi olduğunu bildirmektedir. Aynı ölçeğin kullanıldığı farklı çalışmalar incelendiğinde; Boyacı (2025) tarafından yapılan çalışmada KHUÖ toplam puan ortalamasının 80.531 ± 8.479 olduğu, İnel Manav ve arkadaşlarının (2021) gerçekleştirdiği çalışmada KHUÖ toplam puan ortalaması 86.07 ± 12.99 olduğu belirlenmiş olup, bu değer mevcut çalışma bulgularına yakın bir sonuç sunmaktadır (Boyacı, 2025; İnel Manav, 2021). Bu sonuçlar, diyabet hastalarının kronik hastalığa uyum düzeylerinin genel olarak iyi olduğunu desteklemektedir. Bunun yanı sıra farklı ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda; Zengin vd.nin (2017), diyabeti olan bireylerin psikososyal uyum düzeyine ilişkin yaptıkları araştırmada hastaların %54.8'nin psikososyal uyumun iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (Zengin vd., 2017). Ustaalioğlu ve Tan'ın (2017) diyabet hastası olan bireylerin diyabette bakım ve tedaviye karşı olan davranışlarının olumlu olduğunu tespit etmişlerdir (Ustaalioğlu ve Tan, 2017).

Çalışmada erkek hastaların kadın hastalara kıyasla kronik hastalığa psikolojik uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Berber'in (2022) Tip 2 diyabet hastaları ile yaptığı çalışmasında erkek hastaların kadın hastalara göre hastalığa uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Berber, 2022). Tuncay ve Avcı'nın (2020) araştırmasında diyabet hastası olan erkeklerin özbakım yönetimi ve yaşam doyumunun kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Tuncay ve Avcı, 2020). Çalışmanın bulguları ile literatürdeki sonuçlar örtüşmektedir. Erkek hastaların diyabete psikolojik uyum düzeylerinin kadınlara kıyasla daha yüksek olmasının, bireysel ve toplumsal faktörlerin birleşimiyle ortaya çıktığı düşünülmüştür.

Araştırmada diyabet hastalarının eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalığa uyumun arttığı saptanmıştır. Benzer olarak literatürde yer alan çalışmalarda, eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalığa uyum düzeyinin arttığı bildirilmektedir (Berber, 2022; Erbaş, 2021; Kütmeç Yılmaz ve Kara, 2021). Eğitim düzeyi, bireylerin sağlık ve hastalık konularındaki farkındalıklarını artıran önemli bir değişken olup, bilgi düzeyinin artması hastaların diyabetin tedavi ve bakım sürecini daha etkin yönetmelerine katkı sağlamaktadır. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların, hastalık süreçlerini daha bilinçli bir şekilde yönetebileceği, sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması sayesinde hastalıklarıyla ilgili doğru bilgiye ulaşarak, tedavi ve bakım süreçlerinde daha aktif rol alabilecekleri düşünülmüştür. Ayrıca, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaşması, sağlık profesyonelleri ile daha iyi iletişim kurmaları ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde daha etkin olmaları da hastalığa uyumlarını artıran önemli faktörler arasında yer alabilir.

Araştırmada emekli olan hastalarının sosyal uyum alt boyut ve KHUÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, emeklilik ile çalışma hayatının getirdiği yoğun iş stresinden uzaklaşan hastaların sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve düzenli doktor kontrollerine gitme alışkanlığı kazanma ihtimallerinin daha yüksek olmasına bağlanmıştır. Aynı zamanda emekli hastaların, aileleriyle ve sosyal çevreleriyle daha fazla vakit geçirebilir olması sosyal destek mekanizmalarını güçlendirerek diyabete uyumu kolaylaştırabilir.

Çalışmada hastaların gelir düzeyi arttıkça kronik hastalığa uyumunun arttığı saptanmıştır. Literatürde Erbaş'ın (2021) çalışmasında gelir düzeyinin artmasıyla sosyal uyumun arttığı, Türten Kaymaz ve Akdemir'in (2016) yapmış oldukları 'Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum' adlı çalışmada ise hastaların gelir durumlarının psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir (Erbaş, 2021; Türten Kaymaz ve Akdemir, 2016). Daha yüksek gelirli hastalar, daha iyi sağlık hizmetlerine erişebilir, düzenli doktor kontrollerine gidebilir ve gerekli tıbbi cihazları (glukometre, insülin pompası vb.) temin edebilir, sağlıklı ve diyetlerine uygun besinlere ulaşabilir ve diyabet yönetiminde önemli olan fiziksel aktiviteyi sürdürebilmek için spor salonu, özel diyetisyen veya sağlık koçluğu gibi hizmetlerden yararlanabilirler. Gelir düzeyi ile ilişkili tüm bu imkanların hastaların hastalığa uyumunu etkilediği düşünülmüştür.

Araştırmada hem fiziksel hem de ruhsal olarak sağlığını iyi olarak algılayan hastaların KHUÖ toplam ve tüm alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde Tekman'ın (2024) çalışmasında da genel sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların hastalığa uyumunun daha yüksek olduğu görülmektedir (Tekman, 2024). Bu bulgu, bireylerin sağlık algılarının kronik hastalığa uyum süreçleriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık algısı, bireyin kendini fiziksel ve ruhsal olarak ne kadar sağlıklı hissettiğiyle ilgili öznel bir değerlendirme olup, diyabet gibi kronik hastalıklara uyumda önemli bir psikososyal faktör olabilir. Aynı zamanda olumlu sağlık algısı, kişinin kendi bakımına yönelik motivasyonunu artırarak kendilerini hastalıklarını yönetmede daha yeterli hissettirebilir.

Çalışma sonuçlarına göre bireylerin diyabet dışında ek bir hastalığının olmamasının hastaların psikolojik ve sosyal uyumunu arttırdığı bulunmuştur. Tekman'ın (2024) yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada sadece bir hastalığa sahip olanların KHUÖ puanının yüksek olduğu bildirilmiştir (Tekman, 2024). Hem literatürdeki çalışma sonuçları hemde araştırma sonuçları diyabet dışı hastalığın bulunmamasının hastalığa uyumu arttırdığını göstermektedir. Diyabet hastalığının yönetimi ilaç kullanımı, beslenme düzeni, fiziksel aktivite ve kan şekeri takibini içeren çok yönlü bir süreçtir. Ek hastalıklar, farklı ilaçların kullanımı ve ek tedavi gereklilikleri hastalığa uyumu zorlaştırabilir. Bir hastalıkla başa çıkmak psikolojik olarak daha yönetilebilir olabilirken, ek hastalıklar bireyin kendini daha güçsüz, çaresiz ve stresli hissetmesine neden olabilir.

Araştırmada diyabetin sosyal yaşamının olumsuz etkilenmediğini ifade eden hastaların sosyal uyum ve KHUÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diyabetle birlikte sosyal yaşamlarını aktif şekilde sürdüren ve kendilerini sosyal izolasyona maruz bırakmayan hastaların, hastalığın psikososyal etkileriyle daha iyi başa çıkabildiği ve dolayısıyla daha yüksek uyuma sahip olduğu söylenebilir. Aynı zamanda araştırmaya katılan ve çevrelerinden sosyal destek almayan hastaların psikolojik ve sosyal uyumları ile KHUÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal destek, bireyin hastalığıyla başa çıkma becerilerini güçlendirebilir ve sosyal uyumunu artırabilir fakat bazı hastalar için sosyal destek yetersizliği, aslında daha fazla bağımsızlık ve öz-yeterlilik geliştirmeye, güçlü bir motivasyonla kendi içsel kaynaklarını keşfetmelerine yol açabilir. Bu durumda, hastalar daha proaktif olabilirler ve hastalıklarıyla başa çıkarken daha az dışa bağımlı olabilirler. Bunun tersine, bazı hastalar için sosyal desteğin

yetersiz algılanması, daha fazla duygusal stres ve sosyal izolasyon anlamına gelebilir. Bu durumda, dışarıdan alınan desteğin eksikliği, kişinin depresyon, kaygı ve umutsuzluk gibi duygusal durumlar yaşamasına yol açabilir bu da uyumu olumsuz etkileyebilir. Bu bulgular, sosyal desteğin uyumu farklı şekillerde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Sosyal desteğin etkisi, bireyin ihtiyaçlarına, kişilik özelliklerine ve hastalıkla başa çıkma stratejilerine göre değişiklik gösterebilir.

Çalışmada, sadece oral antidiyabetik ilaç tedavisi kullanan hastaların fiziksel uyumunun ve KHUÖ toplam puanlarının, yalnızca diyet tedavisi uygulayan hastaların psikolojik ve sosyal uyum düzeylerinin, kombine tedavi (oral antidiyabetik ve insülin) kullanan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, diyabet tedavi türüne bağlı olarak hastaların farklı alanlardaki uyum düzeylerinin değişebileceğini göstermektedir. Yalnızca oral antidiyabetik ilaç kullanan bireylerin fiziksel uyumlarının daha yüksek olması, bu tedavi yönteminin hastaların günlük yaşam aktivitelerini daha az kısıtlaması ile ilişkili olabilir. Kombine tedavi gerektiren hastalarda, hastalık sürecinin daha ileri evrelerde olması ve insülin enjeksiyonu gibi daha kompleks tedavi gereksinimlerinin bireylerin fiziksel uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda sadece diyet uygulayarak kan şekeri kontrolünü sağlayabilen bireylerin hastalıklarını daha yönetilebilir algılamaları, psikososyal açıdan daha olumlu bir uyum geliştirmelerine katkı sağlamış olabilir.

Araştırmada düzenli doktor kontrolüne gidenlerin fiziksel uyum ve KHUÖ toplam puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, mevcut literatür ile de tutarlıdır. Berber'in (2022) çalışmasında da düzenli sağlık kontrollerine katılımın hastalığa uyumu artırdığı, benzer şekilde Keleş'in (2021) çalışmasında, düzenli doktor kontrolüne giden hastaların KHUÖ'nin tüm alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir (Berber, 2022; Keleş, 2021). Düzenli doktor kontrolü, hastaların tedaviye bağlılığını artırarak hem fiziksel sağlıklarını korumalarına hem de uyuma katkı sağlayabilir. Doktor kontrolleri sırasında yapılan düzenli takipler, hastalık yönetiminde bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulmasını ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının uygulanmasını mümkün kılmaktadır. Bu durum, hastaların fiziksel uyum düzeylerini artırarak diyabetin olumsuz etkilerini en aza indirmelerine yardımcı olabilir.

Çalışmada ilaçlarını düzenli kullananların fiziksel uyum alt boyut puanının, ilaçlarını düzenli kullanmayanların ise psikolojik ve sosyal uyum alt boyutlarının puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Keleş (2021)'in araştırmasında da ilaçlarını düzenli kullananların fiziksel uyum alt boyut puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Keleş, 2021). Erbaş'ın (2021) çalışmasında da ilaçlarını düzenli olarak kullanan diyabet hastalarının fiziksel uyum alt boyutunun ve KHUÖ toplam puanının da yüksek olduğu görülmektedir (Erbaş, 2021). Düzenli ilaç kullanımı, kan şekeri kontrolünü sağlayarak komplikasyon risklerini azaltabilir ve hastaların fiziksel olarak daha iyi hissetmelerine katkı sağlayabilir. Ancak, ilaçlarını düzenli kullanmayan bireylerin psikolojik ve sosyal uyumlarının daha yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur. Öncelikle, ilaçlarını düzensiz kullanan hastaların hastalıklarını daha az ciddiye alma veya diyabetin yaşamlarını sınırlamadığını düşünme eğiliminde olabilecekleri söylenebilir. Bu hastaların, hastalıklarına dair daha az kaygı duydukları veya diyabetin günlük yaşamlarına etkisini minimize etmeye çalıştıkları için psikolojik ve sosyal uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmüştür.

5.3. Diyabet Hastalarının Pozitif Ruh Sağlığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalarının pozitif ruh sağlığını değerlendirmek için kullanılan PRSÖ toplam puanının 39 ile 156 arasında değiştiği ve çalışmaya katılan hastaların ortalama puanı 79.76 ± 17.76 olarak tespit edilmiştir. Literatürde yer alan diğer farklı çalışmalar incelendiğinde; Canut ve arkadaşlarının (2013) farklı kronik hastalığa sahip bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada PRSÖ toplam puan ortalaması 121.2 ± 7.16 , Dilek (2024)'in hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada PRSÖ toplam puan ortalamasının 139.66 ± 10.30 , Filiztekin (2019)'in öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışmada PRSÖ toplam puan ortalaması 77.36 ± 17.04 olduğu saptanmıştır (Canut, 2013; Dilek, 2024; Filiztekin, 2019).

Araştırmada kadın hastaların PRSÖ kişisel memnuniyet, özdenetim, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut puanları ve PRSÖ toplam puanları erkeklere göre daha yüksek; erkeklerde ise prososyal tutum alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre kadın hastaların pozitif ruh sağlığı düzeylerinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Canut ve diğerlerinin (2013) yaptığı araştırmada erkeklerin kişisel memnuniyet ve özerklik alt boyut puan ortalamalarının kadınlara kıyasla daha yüksek; kadınların ise prososyal tutum

ve kişilerarası ilişki becerileri alt boyut puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu; Dilek (2024)'in hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada ise erkeklerin PRSÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu; Yang ve arkadaşlarının (2022) 65 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmada kadınların pozitif ruh sağlığı seviyeleri erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Canut, 2013; Dilek, 2024; Yang, 2022). Llobet ve diğerlerinin (2020) çalışmasında erkeklerde kişisel memnuniyet ve özerklik alt boyut puan ortalamalarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu; kadınlarda ise prososyal tutum ve kişilerarası ilişki becerileri alt boyut puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Llobet, 2020).

Araştırmada okuryazar olmayan diyabet hastalarının kişisel memnuniyet, problem çözme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişki becerileri alt boyutlarında ve PRSÖ toplam puanında, daha yüksek eğitim düzeyine sahip hastalara kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgu, önceki çalışmalarda (örneğin Canut ve diğerleri, 2013; Dilek, 2024) bildirilen ve yüksek eğitim düzeyinin pozitif ruh sağlığı ile pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuyla çelişmektedir.

Çalışmada bekar olan hastaların kişisel memnuniyet alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Dilek (2024)'in çalışmasında da bekar olan hastaların pozitif ruh sağlığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dilek, 2024). Canut (2013)'un çalışmasında da tek başına ya da partnerle yaşamının pozitif ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur (Canut, 2013). Bu sonucun hastaların tek başına ya da partneri ile yaşamaktan ziyade sosyal destekle ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmada çalışmayan/işsiz hastaların kişisel memnuniyet, problem çözme ve kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişki becerileri alt boyut puanlarının ve PRSÖ toplam puanlarının çalışan ve emekli olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu bulguyu doğrudan destekleyen çalışmalara rastlanmamaktadır.

Araştırmada, geliri giderinden düşük olan hastaların kişisel memnuniyet, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puanında daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak bu bulgu, Dilek (2024) tarafından yürütülen

çalışmada geliri yüksek bireylerin daha yüksek PRSÖ puanlarına sahip olduğu yönündeki sonuçla çelişmektedir.

Araştırmada fiziksel sağlık durumunu orta/kötü olarak değerlendiren hastaların kişisel memnuniyet, prososyal tutum, problem çözme ve kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişki becerileri alt boyut puanlarının ve PRSÖ toplam puanlarının, fiziksel sağlığını iyi olarak değerlendiren hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde diyabet dışında ek başka bir hastalığı bulunan bireylerin kişisel memnuniyet, özdenetim alt boyut puanlarının ve PRSÖ toplam puanlarının, diyabet dışında başka hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde konu ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Fiziksel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirilen hastaların, PRSÖ puanlarının daha yüksek çıkması beklenilirken, farklı bir sonuç saptanmıştır.

Araştırmada hastalığın sosyal yaşamını kısmen olumsuz etkilediğini düşünen hastaların kişisel memnuniyet alt boyut puanlarının ve PRSÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde konu ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Diyabetin günlük kan şekeri takibi, tedavisi, diyeti ve komplikasyonları vb. durumlardan dolayı özel hayatta veya iş hayatına olumsuz yansımaları olabilir. Diyabet hastalarının hangi alanda, hangi durumda zorlandığını zamanla ayırt ettiği, hastalığın bazı olumsuz etkilerine göre yeni yaşam biçimi oluşturduğu ve olumlu duygu ve düşünce yapısını ona göre değiştirdiği söylenebilir. Ayrıca bu sonuç hastalığın sosyal yaşam üzerindeki etkilerine ilişkin farkındalık ile ilişkili olabilir

Araştırmada, ruhsal sağlığını orta/kötü olarak algılayan hastaların PRSÖ tüm alt boyut ve toplam puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda diyabet sonrası ruhsal sağlık sorunu yaşayan hastaların kişisel memnuniyet, özdenetim, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut ve PRSÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde konu ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Özellikle "travma sonrası büyüme" (post-traumatic growth) kuramı, bu sonucu anlamlandırmak açısından açıklayıcı olabilir. Kronik bir hastalıkla birlikte gelişen ruhsal sorunlar, bireyleri kendi yaşamlarına, değer sistemlerine ve başa çıkma kapasitelerine dair derin bir sorgulama sürecine sokabilir. Bu süreçte yaşanan zorluklar, bireyde içsel dayanıklılığı güçlendirebilir, özdenetim ve özerklik duygularını

geliştirebilir, yaşamı yeniden anlamlandırma eğilimini tetikleyebilir. Bu bağlamda, sorun yaşayan bireylerin aslında ruhsal kaynaklarını yeniden organize etme ve psikolojik olarak olgunlaşma fırsatı yakaladıkları söylenebilir. Bu bulgu aynı zamanda, ruhsal sağlık sorunlarının her zaman pozitif ruh sağlığını olumsuz etkilemediğini, aksine uygun destek, içsel kaynaklar ve başa çıkma becerileriyle birlikte ruhsal gelişim için bir fırsata dönüşebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada tedavide hem oral antidiyabetik hem de insülini birlikte kullanan hastaların kişisel memnuniyet, problem çözme ve kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişki becerileri alt boyut puanları ve PRSÖ toplam puanları, diğer tedavi planlarına göre daha yüksek çıkmıştır. Literatürde konu ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Kombine tedavi uygulayan hastalar genellikle hastalıklarını daha ciddi düzeyde yaşayan bireylerdir. Bu durum, hastanın hastalığına dair farkındalığını artırabilmekte, tedavi sürecine daha aktif katılımını zorunlu kılmakta ve bu da bu hastalarda daha yüksek bir sorumluluk ve öz-yönetim bilinci gelişmesine yardımcı olmuş olabilir. Ayrıca, bu bireylerin sağlık profesyonelleriyle daha sık temas halinde olmaları, kişilerarası ilişki becerilerinin desteklenmesini ve sosyal destek sistemlerine daha fazla erişim sağlamalarını mümkün kılmış olabilir.

Araştırmada ilaçlarını düzenli olarak kullanan hastaların kişisel memnuniyet, özerklik, problem çözme ve kendini gerçekleştirme alt boyut puanları ve PRSÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, bireyin tedaviye uyumunun yalnızca fizyolojik sağlık üzerinde değil, ruhsal iyi oluş üzerinde de anlamlı etkileri olabileceğini göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

5.4. Diyabet Hastalarının Hasta Aktiflik Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının hasta aktifliğini değerlendirmek için kullanılan Hasta Aktifliği Ölçüm Aracı'nın toplam puanının 0 ile 77 arasında değiştiği ve çalışmaya katılan bireylerin ortalama puanı 31.35 ± 13.35 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu, katılımcıların aktiflik düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Zaimoğlu ve Özer'in (2023) çalışmasında da hastaların hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracının toplam puan ortalaması 28.88 ± 15.54 ; aktiflik düzeyleri düşük bulunmuştur. Koşar ve arkadaşlarının (2018), hemodiyaliz hastalarıyla ve Schmaderer ve

arkadaşlarının (2016), multimorbid hastalar ile yaptıkları çalışmada bireylerin aktifliklerinin düşük olduğu görülmektedir (Koşar vd., 2018; Schmaderer vd., 2016). Literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde; Akca ve arkadaşlarının (2018) hipertansiyon hastaları ile yapmış oldukları çalışmada hastaların hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracının toplam puan ortalamasını 59.15 ± 16.70 , Katı ve arkadaşlarının (2024) Tip 2 diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracının toplam puan ortalamasını 62.29 ± 17.32 , Koşar Şahin ve arkadaşlarının (2023) farklı kronik hastalıkları olan bireyler üzerindeki araştırmasında hastaların hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracının toplam puan ortalamasını 54.95 ± 17.13 olarak bulunmuştur (Akca vd., 2018; Katı vd., 2024; Koşar Şahin vd., 2023). Çalışmalar farklı bölgelerde, farklı kronik hastalıklarla, farklı yaş grupları ile yapıldığı için sonuçların farklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada eğitim düzeyinin azalması ile hasta aktiflik puanının arttığı saptanmıştır. Kvale ve arkadaşlarının (2016) kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin artması ile hasta aktiflik puanının arttığı bulunmuştur (Kvale, 2016). Yadav ve arkadaşlarının (2020) KOAH hastası bireylerle çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanların, hasta aktiflik puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Yadav, 2020). Literatürde diyabet hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarda da eğitim düzeyinin artmasıyla, hasta aktiflik puanının arttığı görülmüştür (Almutairi vd., 2024; Pala, 2022; van Vugt vd., 2018). Araştırma bulguları literatürdeki araştırma bulguları ile çelişmektedir.

Araştırmada çalışmayan/işsiz ve geliri giderinden düşük olan diyabet hastalarının hasta aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ögüt (2022)'ün kemoterapi kullanan meme kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada, çalışan hastaların hasta aktiflik puanları yüksek, emekli olanlarınsa hasta aktiflik puanları düşük olarak bulunmuştur (Ögüt, 2022). Alduran'ın (2022) çalışmada, orta-yüksek gelir seviyesinde olan hastaların aktiflik düzeylerinin de yüksek olduğu; Bos-Touwen ve arkadaşlarının (2015) kronik hastalığı olan kişilerle yapmış oldukları çalışmada, düşük ekonomik düzey ile düşük hasta aktifliği arasında pozitif yönde ilişki olduğu, Bölükbaşı'nın (2022) yaptığı çalışmada gelir durumu iyi olan bireylerin gelir durumu kötü olan bireylere göre aktiflik puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Alduran, 2021; Bos-Touwen vd.,

2015; Bölükbaşı, 2022). Araştırma bulguları literatürdeki araştırma bulguları ile çelişmektedir.

Araştırmada hastalığın sosyal yaşamı kısmen olumsuz etkilediğini düşünen hastaların PAM puanı daha yüksektir. Bu bulgu, hastalığın sosyal yaşam üzerindeki etkisinin, hasta aktifliği ile ilişkili olduğunu ve bireylerin sağlık durumlarına dair algılarının, tedavi sürecine katılımlarını şekillendirdiğini göstermektedir. Literatürde konu ile ilgili herhangi bir araştırma bulunamamıştır.

Araştırmada düzenli doktor kontrolüne gitmeyenlerin ve diyetine uymayan hastaların PAM toplam puanlarının, doktor kontrollerine düzenli olarak giden ve diyetine uyan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde konu ile ilgili herhangi bir araştırma bulunamamıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamıza katılan diyabet hastalarının yaş ortalaması 54.05 ± 11.76 'dır. Hastaların %51.83'ü erkek, %41.36'sı ilkokul mezunu, %78.80'i evli, %83.77'si çocuk sahibi, %48.69'unun geliri gidere denk, %47.64'ü aktif olarak çalışmaktadır. Hastaların %52.88'inin diyabet dışında hastalığı bulunmamaktadır ve %54.71'i ruhsal sağlık durumunu orta/kötü olarak algılamaktadır. Hastaların %40.84'ü oral alınan antidiyabetik kullanmakta, %82.20'si doktor kontrolüne düzenli gitmekte, %81.41'i ilaçlarını düzenli olarak kullanmakta ve %64.30'u planlanmış diyetine uymaktadır.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının KHUÖ toplam puan ortalaması 86.53 ± 11.83 olarak tespit edilmiştir. Yapılan analizlerle; cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, algılanan fiziksel sağlık, diyabet dışında başka bir fiziksel hastalık varlığı, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, sosyal destek alma, ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu, algılanan ruhsal sağlık, tedavi planı, düzenli doktor kontrolü, düzenli ilaç kullanımı ve diyetle uyum gibi değişkenler ile KHUÖ arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının PRSÖ toplam puan ortalaması 79.76 ± 17.76 olarak tespit edilmiştir. Yapılan analizlerle; cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, algılanan fiziksel sağlık durumu, diyabet dışında başka bir hastalık varlığı, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi durumu, sosyal destek alma ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu, algılanan ruhsal sağlık, tedavi planı, düzenli ilaç kullanımı gibi değişkenler ile PRSÖ arasında anlamlılık olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının PAM toplam puan ortalaması 31.35 ± 13.35 olarak bulunmuştur. Yapılan analizlerle; eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, düzenli doktor kontrolü, diyetle uyum gibi değişkenler ile PAM arasında anlamlılık olduğu görülmektedir.

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı ile pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.568$), hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.359$) ve hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı puanı ile pozitif ruh sağlığı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r:0.289$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu araştırma sonuçlarına göre;

-Diyabet tanısı alan bireylerin tanı ve tedavi sürecinin tüm aşamalarında biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin sistematik olarak değerlendirilmesi,

-Bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyini, pozitif ruh sağlığını ve hasta aktiflik düzeyini artırmaya yönelik bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,

-Oral antidiyabetik ve insülin gibi kombine tedavi kullanan ve/veya diyabet dışında ek kronik hastalıkları bulunan bireylerin artmış fiziksel ve günlük yaşam desteği gereksinimlerini karşılayacak kapsamlı hemşirelik bakım planlarının oluşturulması ve uygulanması,

-Kronik hastalığa uyum düzeyi düşük, pozitif ruh sağlığı ve hasta aktiflik düzeyi yetersiz bireylerin, konsültasyon-liyezon psikiyatri (KLP) ekibi tarafından izlenmesi ve gerektiğinde müdahalelerin sağlanması,

-Hastalığa uyum ve hasta aktiflik düzeyleri göz önünde bulundurularak, bireylerin diyabetin getirdiği biyopsikososyal sorunlarla baş etme becerilerini geliştirecek şekilde bireyselleştirilmiş hasta eğitim programlarının uygulanması,

-Diyabetle yaşama dair destekleyici yapılandırılmış programların (örneğin: diyabet okulları, grup terapileri, bireysel koçluk seansları) yaygınlaştırılması ve sağlık kuruluşlarında düzenli olarak uygulanabilir hâle getirilmesi,

-Hasta eğitimi sürecine hasta yakınlarının da aktif olarak dahil edilmesinin sağlanması; aile içi ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi amacıyla rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması,

-Diyabetli bireylerde hastalığa uyumu kolaylaştırmak, olumsuz hastalık algısını dönüştürmek ve bireylerin sağlık yönetiminde daha aktif rol almalarını sağlamak amacıyla kişiye özel yapılandırılmış bilişsel davranışçı terapi (BDT) programlarının uygulanması,

-Diyabetli bireylerin biyopsikososyal gereksinimlerini belirlemeye yönelik hem niteliksel hem de deneysel yöntemlerle yapılacak kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aalaa M, Malazy OT, Sanjari M, Peimani M, Mohajeri-Tehrani MR (2012). Nurses' role in diabetic foot prevention and care; a review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 11(1):24. DOI: 10.1186/2251-6581-11-24
- Akaltun H, Ersin F (2016). Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4): 126-133. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752996>
- Akca N, Sönmez S, Öke P, Saygılı M (2018). Hipertansiyon Hastalarında Hasta Aktifliği ve Tedaviye Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Muğla, Türkiye, 11-13 Ekim 2018, 1768-1778.
- Akgüllü Ç (2022). *65 Yaş Üstü Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı İle Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Doktora Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın. Türkiye.
- Aksoy F, Durgun H (2023). Onkoloji Hastalarında Aktivite Durumu ile Basınç Yaralanması Arasındaki İlişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(2): 93-102. DOI: 10.17942/sted.1076875
- Akyol Güner T, Bayraktaroğlu T, Seval M (2020). Yaşlı Tip 2 Diyabetli Bireylerde Diyabet Yükünün İncelenmesi: Zonguldak İli Örneği. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 2: 108-118. DOI: 10.25048/tudod.723725
- Akyol Güner T, Kuzu A, Bayraktaroğlu T (2020). Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 3: 214-223. DOI: 10.25048/tudod.775075
- Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A (2011). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2): 69-74. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_2_69_74.pdf
- Alduran Ö (2021). *Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışı ve Hasta Aktivite Düzeyi* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Almutairi N, Gopaldasani V, Hosseinzadeh H (2024). Relationship between patient activation and type 2 diabetes Mellitus Self-management and clinical outcomes in Saudi Arabian primary care setting. *American Journal of Health Promotion*, 38(6): 767-777. DOI: 10.1177/08901171231224889

- Al-Qazaz HK, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, Saleem F (2011). Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. *International journal of clinical pharmacy*, 33: 1028-1035. DOI: 10.1007/s11096-011-9582-2
- American Diabetes Association (ADA) (2023). Standards of care in diabetes—2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 41(2): 4-31. DOI: 10.2337/cd23-er02a
- Amiri S, Behnezhad S (2019). Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. DOI: 10.1177/0091217419837407
- Arslan Y, Yazıcı G (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Yaklaşımı ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2): 29-35. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1650435>
- Atik D, Karatepe H (2016). Scale development study: adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea* 32(1): 135-42. Erişim Adresi: <https://www.actamedicamediterranea.com/archive/2016/medica-1/scale-development-study-adaptation-to-chronic-illness/document>
- Ay A, Çıray N (2023). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(1): 39-50. DOI: 10.46483/deuhfed.921252
- Bahar A, Sertbaş G, Sönmez A (2006). Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7: 18-26. Erişim Adresi: <https://www.alpha-psychiatry.com/Content/files/sayilar/143/18-26.pdf>
- Bahar A, Tanrıverdi D (2017). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet: Bir Gözden Geçirme. *Yeni Symposium*. (Vol. 55, No. 2). DOI: 10.5455/NYS.20170710101922
- Barry MM (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3): 4– 17. DOI:10.1080/14623730.2009.9721788
- Bayın Donar G (2019). *Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye
- Berber T (2022). *Tip 2 Diyabetlilerde Kronik Hastalıklara Uyum, Öz-Yönetim Algı ve Farkındalık İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.

- Bilgiç Ş, Pehlivan E (2023). Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa Uyumunun Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1): 63-76. DOI: 10.47115/jshs.1088222
- Bos-Touwen IB, Schuurmans M, Monninkhof EM, Korpershoek Y, Spruit-Bentvelzen L, Ertugrul-van der Graaf I. ... Trappenburg J (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: A Cross-Sectional Survey Study. *Plos One*, 10(5): 1-15. DOI:10.1371/journal.pone.0126400
- Boyacı İH, Özdemir FA, Yıldırım D (2025). Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalığa Uyum ve Psikolojik İyi Hali Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 11(1): 33-52. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/4494314>
- Bozkaya DN (2022). *İnsülin Kullanan Tip 2 Diyabetli Bireylerde Diyabet Belirtileri, Özyönetim ve Bakım Bağımlılığını Etkileyen Değişkenler* (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Bölükbaşı M (2022). *Geriatrik diyabetli bireylerde diyabet yükü ve aktiflik düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Amasya Üniversitesi, Amasya. Türkiye.
- Bulut S, Subaşı M (2020). Pozitif Psikolojiye Giriş. S. Bulut (Editör). Pozitif Psikoloji. (s. 1-16). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Buzlu S (1999). Diyabetin Psikolojik Yönü. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 12(45): 107-114. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/95433>
- Canbolat Ö, Ekenler Ş, Polat Ü (2022). Diyabet Özyönetiminde Engeller ve Kolaylaştırıcılar. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(1): 143-148. DOI: 10.17343/sdutfd.1008149
- Candan Ç, İnci FH (2024). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Bakım Yönetimi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(1): 61-69. DOI: 10.31125/hunhemsire.1456789
- Cezik ES (2020). *Edirne Merkezinde Hipertansiyon Tanısı Almış Yaşlı Hastaların Kronik Hastalık Uyumunun Değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne. Türkiye.
- Cole JB, Florez JC (2020). Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nat Rev Nephrol*, 16(7): 377-390. DOI: 10.1038/s41581-020-0278-5
- Collins MM, Corcoran P, Perry IJ (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26: 153-161. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02648.x

- Coşansu G (2015). Diyabet: Küresel Bir Salgın Hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31, 1-6. DOI: 10.5222/otd.2015.001
- Coşkun Türkmen S (2022). *Diyabet Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Temelli Verilen Eğitimin Hastalığa Uyum ve Sağlık Kaderciliğine Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum. Türkiye.
- Çakmak S, Nural N, Gürses S (2022). Koroner Arter Hastalarında Tanrı Algısının Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(2): 118-126. DOI: 10.53490/eghehemsire.1075850
- Çalık A, Kapucu S (2017). Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2): 62-75. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2311139>
- Çam O, Saka Ş, Babacan Gümüş A (2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2). Erişim Adresi: https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_42585/ejbh-5-73-En.pdf
- Çelik F (2023). *Karaciğer Sirozu Olan Hastalar İçin Mobil Sağlık Uygulaması Geliştirilmesi ve Uygulamanın Hasta Aktivite Düzeyi, Özetkililik ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Doktora Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya. Türkiye.
- Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E (2015). Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 23(2): 105-115. DOI: 10.17672/fnhd.69115
- Dağdelen Güleyyupoğlu M, Muz G, Çırpan R (2022). Diyabet Tanısı Almış Bireylerde Parmak Delme ve İnsülin Enjeksiyonu Yapma Korkusunun Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(1): 51-9. DOI: 10.34108/eujhs.904283
- Dakdevir K, Altundal Duru H (2024). Kanser Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahalelerin Etkinliği ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü: Literatür Derlemesi. *Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3): 178-190. DOI: 10.59778/sbfergisi.1520016
- Demir M (2020). *Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık İnançları ve Tedaviye Uyum Durumlarının İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. Türkiye.
- Demir N (Mayıs, 2016). Diyabetik Ayakta Psikososyal Destek. IV. Ulusal Diyabetik Ayak Enfeksiyonları Simpozyumunda sunuldu, İstanbul.

- Demiray T, Serbest Ş, Er S (2025). Hemşirelik öğrencilerinin fiziksel hastalığı olan bireylere verilen psikososyal bakım ile ilgili deneyimleri: Nitel bir çalışma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 12(1): 59-67. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/4200988>
- Dilek SS (2024). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Pozitif Ruh Sağlığı, Öz Yönetim ve Tedavi Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- DiMeglio LA, Evans-Molina C, Oram RA (2018). Type 1 diabetes. *The Lancet*, 391(10138), 2449-2462. Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31320-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31320-5/abstract)
- Dirar AM, Doupis J (2017). Gestational diabetes from A to Z. *World J Diabetes*, 8(12): 489. DOI: 10.4239/wjd.v8.i12.489
- Diyabet Hemşireleri Derneği (DHD), 2025. Diyabet Hemşireliği. http://www.tdhd.org/pdf/30_03_15_DIYABET_HEMSIRELIGI.pdf. Published 2015
- Eker Alyanak SN, Akdoğan M, Yıldırım S (2024). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Psikososyal Sorunlar ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Studies*, 10(41): 35-44. DOI: 10.5281/zenodo.11366137
- Elmalı F, Günay O, Çıtıl R, Öztürk Y (2010). The effects of medical and social factors on the quality of life of diabetic patients. *Journal of Clinical Practice and Research*, 32(4), 253-264. Erişim Adresi: https://jcpres.com/storage/upload/pdfs/EMJ_32_4_253_264.pdf
- Erbaş EN (2021). *COVID-19 Pandemi Sürecinde Kronik Hastalığı Bulunan Erişkinlerin Sağlık Anksiyetesi ile Kronik Hastalıklara Uyum Durumlarının İlişkisi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Eren İ, Erdi Ö, Özçankaya R (2003). Tip II Diabetik Hastalarda Kan Şekeri Kontrolü ile Psikiyatrik Bozukluklara İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14:184-191. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/22689/tip-ii-diabetik-hastalarda-kan-sekeri-kontrolu-ile-psikiyatrik-bozukluklara-iliskisi>
- Erikmen E, Keskin G (2022). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tedaviye Uyum Sürecinde Aile Faktörü: Motivasyonel Görüşmenin Etkileri Açısından Gözden Geçirme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4): 1392-1400. DOI: 10.37989/gumussagbil.945568
- Erşan EE, Kelleci M, Baysal B (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16(4): 214-224. DOI: https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_16_4_214_224.pdf

- Fıncık S (2019). *Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Uygulanan Çözüm Odaklı Danışmanlığın Başa Çıkma ve Hastalık Uyumuna Etkisi* (Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Filiztekin M (2019). *Öğrenci Hemşirelerin Pozitif Ruh Sağlığı İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Gendelman N, Snell-Bergeon JK, McFann K, Kinney G, Paul Wadwa R, Bishop F. ... Maahs DM (2009). Prevalence and correlates of depression in individuals with and without type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 32: 575-579. DOI: 10.2337/dc08-1835.
- Greene J, Hibbard J, Tusler M (2005). How Much Do Health Literacy and Patient Activation Contribute to Older Adults' Ability to Manage Their Health?. AARP Public Policy Inst. Erişim Adresi: https://digirepo.nlm.nih.gov/master/borndig/101259851/2005_05_literacy.pdf
- Hasan MT, Hasan MM, Perven A, Khan MH (2023). Validation and psychometric properties of the Bangla version of positive mental health scale (PMH-scale). *Heliyon*, 9(4). DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e14663
- Hendriks M, Rademakers J (2014). "Relationships between patient activation, disease specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study." *BMC Health Services Research*, 14(393): 1-9. Access Address: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-393>
- Herskind AEJ, Nørgaard B (2023). Gender representation in drug development studies for diabetes mellitus. A systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 17(8): 102815. DOI: 10.1016/j.dsx.2023.102815
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M (2005). Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure. *HSR: Health Services Research*, 40(6p1): 1918-1930. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00438.x
- Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39(4Pt1): 1005-26. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x
- Huebner ES, Gilman R, Furlong MJ (2009). A Conceptual Model for Research in Positive Psychology in Children and Youth. R. Gilman, E.S. Huebner, M.J. Furlong (Editors). *Handbook of Positive Psychology in Schools*. First Edition. New Work. Routledge, s. 3-8.
- Huppert FA, Wittington JE (2005). Positive mental health in individuals and populations. *The science of wellbeing*, (pp. 307-340). DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198567523.003.0012

International Diabetes Federation (2021). IDF Diabetes Atlas.(10thed.) Brüksel: Uluslararası Diyabet Federasyonu. Erişim Adresi: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>

International Diabetes Federation (IDF) (2021). Diabetes Atlas 10th Edition: The Global Picture. Access Address: <https://diabetesatlas.org/data/en/>

International Diabetes Federation (IDF) (2021). Facts & figures. Access Address: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.

İnel Manav A, Atik D, Çapar A (2021). Diyabeti Olan Yetişkinlerin Koşulsuz Kendini Kabul ve Kronik Hastalığa Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2): 153-162. DOI: 10.38108/ouhcd.889699

Jahoda M (1958). Current concepts of positive mental health. Basic Books. DOI: 10.1037/11258-000

Kara B (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49: 132-136. Erişim Adresi: https://cms.gulhanemedj.org/Uploads/Article_33135/GMJ-49-132-En.pdf

Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/66956>

Kartal A (2006). *Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına Ve Diyabet Yönetimine Etkisinin İncelenmesi* (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir. Türkiye.

Katı GN, Güney A, Türkben Polat H, Basit G, Bayar Y (2024). Tip 2 Diyabetli Hastaların Aktivite Düzeyi ile Hastalık Öz Yönetimleri Arasındaki İlişki. *Sağlık Bilimleri ve Klinik Araştırmaları Dergisi*, 3(3):128-41. DOI: 10.5281/zenodo.14576543

Kavak F, Aktürk Ü (2019). Diyabet Hastalarında Hastalık Algısının Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 10(4):740-747. DOI: 10.31067/0.2019.224 ACU

Kavuran E, Camcı GB (2022). Tip 2 Diyabetli Hastaların Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hastalığa Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 14(2): 454-63. DOI: 10.5336/nurses.2021-83249

Keleş İ (2021). *Diyabetes Mellitus Tanısı Olan Hastaların Yaşam Doyumlarının ve Kronik Hastalığa Uyum Durumlarının Değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya. Türkiye.

- Kesim Ş (2018). *Hemşirelik Hizmetlerinde Süreç Yönetimi ve Diyabet Hemşireliği Üzerine Bir Araştırma* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Keten HB (2023). *Prediyabetik ve Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kronik Hastalıklara Uyum ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin HbA1c ile İlişkisinin Değerlendirmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Konya. Türkiye.
- Keyes CLM (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2): 207–222. DOI: 10.2307/3090197
- Khan AR, Al-Abdul Lateef ZN, Al Aithan MA, Bu-Khamseen MA, Al Ibrahim I, Khan SA (2012). Factors contributing to non-compliance among diabetics attending primary health centers in the al hasa district of saudi arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 19: 26-32. DOI: 10.4103/2230-8229.94008
- Kılıç LS (2022). *Tip 2 Diyabetli Yaşlı Bireylerin Diyabete Özgü Öz Bakım Davranışlarının ve Diyabet Yükünün İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya. Türkiye.
- Kır Biçer E, Çekiç M, Ayvazoğlu G (2024). Üniversite Çalışanlarında Tip 2 Diyabet Riskinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (22): 253-272. DOI: 10.38079/igusabder.1241694
- Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, Saczynski J (2015). The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: A systematic review. *Patient education and counseling*, 98(5): 545-552. DOI: 10.1016/j.pec.2015.02.005
- Kocaman N (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 47(2): 97-107. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/profile/Nazmiye-Yildirim/publication/237475092_GENEL_HASTANE_UYGULAMASINDA_PSIKOSOSYAL_BAKIM_ve_KONSULTASYON_LIYEZON_PSIKIYATRISI_HEMSIRELIGI/links/5a424208aca272d29458aa2e/GENEL-HASTANE-UYGULAMASINDA-PSIKOSOSYAL-BAKIM-ve-KONSULTASYON-LIYEZON-PSIKIYATRISI-HEMSIRELIGI.pdf
- Kocatepe K (2021). *Covid-19 Tanısı Alarak Hastanede Yatan Diyabetik Olmayan Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması ve Diyabetin Covid-19 Prognozuna Etkisinin Araştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi) Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Koşar C (2015). *Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (Patient Activation Measure) Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. Türkiye.

- Koşar C, Büyükkaya Besen D (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8 (1): 45-51. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753266>
- Koşar Şahin C, Büyükkaya Besen D (2019). Kronik Hastalıklar, Hasta Aktifliği ve Hemşirelik Bakış Açısı. M. Dalkılıç (Editör). *Academic Researches in Health Sciences*. s. 104-114. Ankara: Gece Akademi.
- Koşar Şahin C, Çınar Pakyüz S, Dedeli Çaydam Ö (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kısıtlamasına Uyumları ve Hasta Aktifliği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3): 126-137. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/557386>
- Koşar Şahin C, Sevgi Doğan E, Deniz Akan D, Dedeli Çaydam Ö, Çınar Pakyüz S (2023). Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *İzmir Democracy University Health Sciences Journal*, 6(1): 35-51. DOI: 10.52538/duhes.1145565
- Kulak E (2020). *Hasta Aktivite Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın (Clinician Support For Patient Activation Measure) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul. Türkiye.
- Kütmeç Yılmaz C, Kara FŞ (2021). The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspect Psychiatr Care*, 57: 318–325. DOI: 10.1111/ppc.12566
- Kvale EA, Huang CHS, Meneses KM, Demark-Wahnefried W, Bae S, Azuero CB. ... Ritchie CS (2016). Patient-centered support in the survivorship care transition: outcomes from the patient-owned survivorship care plan intervention. *Cancer*, 122(20): 3232-3242. DOI: 10.1002/cncr.30136
- Lamers SMA (2012). *Positive Mental Health: measurement, relevance and implications*, PhD Thesis, University of Twente, Enschede. The Netherlands.
- Lluch-Canut MT (2000). Construcción De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva. *Universitat de Barcelona*. Erişim Adresi: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/42359>
- Lluch-Canut T (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13: 1-11. DOI: 10.1186/1471-2458-13-928
- Lopez SJ, Snyder CR (2011). *The Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

- Meriç M (2017). Diyabetli bireyin mücadelesi: Gözden kaçan psiko sosyal boyut. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği-Özel Konular*, 3(1): 37-41. Erişim Adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-diyabetli-bireyin-mucadelesi-gozden-kacan-psikososyal-boyut-78442.html>
- Mitchell SE, Gardiner PM, Sadikova E, Martin JM, Jack BW, Hibbard JH, Paasche-Orlow MK (2014). Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization. *Journal of general internal medicine*, 29: 349-355. DOI: 10.1007/s11606-013-2647-2
- Mollaoğlu M, Fertel KT, Çelik Z (2010). Diyabet Eğitim Programının Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13): 95-104.
- Mumcu CD, Vardar İnkaya B (2020). Web Tabanlı Eğitim ile Diyabet Öz Bakım Yönetimi. *Acta Medica Nicomedia*, 3(2): 88-91. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1171007>
- Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes research and clinical practice*, 93(1): 1-9. DOI: 10.1016/j.diabres.2011.02.002
- Nehir S, Çam O (2010). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyum. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3): 73-84. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/825562>
- Newland P, Lorenz R, Oliver BJ (2021). Patient activation in adults with chronic conditions: a systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(1): 103-114. DOI: 10.1177/1359105320947790
- Ok E, Sayılan S (2022). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Depresyon ve Tedavi Uyum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2): 610 – 616. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1896521>
- Öcal EE, Önsüz MF (2018). Diyabet Hastalığının Ekonomik Yükü. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(1): 24-31. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/546060>
- Öğüt, B. (2022). *Kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda hasta aktivasyonu ve semptom yönetiminin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Özbayer C, Yağcı E, Kurt H (2018). Obezite, Tip 2 Diyabet ve İnsülin Direnci Arasındaki Bağlantı: İnflamasyon. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 1(2): 27-36. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/552867>

- Özdemir İ, Hocaoglu Ç (2009). Tip 2 diabetes mellitus ve yaşam kalitesi: Bir gözden geçirme. *Göztepe Tıp Dergisi*, 24(2): 73-78. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/medeniyet/pdfs/MEDJ_24_2_73_78.pdf
- Özdemir Ü, Taşçı S (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 57-72. DOI: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/66941>
- Özen Y, Türkmen İ (2023). Akıl Sağlığı ve Pozitif Psikoloji. *Uluslararası Psiko-Sosyal Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 3(4): 91-102. Erişim Adresi: <https://upsead.com/Sayi/4/7-Ozen-Turkmen.pdf>
- Özkan S, Yılmaz E (2010). Üniversite Öğrencilerinin Üniversite Yaşamına Uyum Durumları (Bandırma Örneği). *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13): 153-171. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/profile/Emel-Yilmaz-6/publication/292989046_Universite_Ogrencilerinin_Universite_Yasamina_Uyum_Durumlari_Bandirma_OrnegiAdaptation_Status_of_University_Students_to_University_Life_Bandirma_Example/links/56b497a708ae22962fe61139/Ueniversite-Oegrencilerinin-Ueniversite-Yasamina-Uyum-Durumlari-Bandirma-Oernegi-Adaptation-Status-of-University-Students-to-University-Life-Bandirma-Example.pdf
- Paklacı E (2019). *İstanbul İlindeki Diyabet Hemşirelerinin Profilinin Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Türkiye.
- Pala N (2022). *Diyabet Tanısı Almış Bireylerin Hasta Aktivlikleri ile Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. Türkiye.
- Pala N, Altay B (2023). The Relationship Between Patient Activation And Treatment Adaptation İn Patients Diagnosed As Diabetic. *Aydın Sağlık Dergisi*, 9(1): 7-8. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2691487>
- Parchman M, Zeber J, Palmer RF (2010). "Participatory Decision Making, Patient Activation, Medication Adherence and Intermediate Clinical Outcomes in Type 2 Diabetes." *Ann Fam Med*, 8(5): 410-7. DOI: 10.1370/afm.1161
- Parlak M (2021). *Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Uyumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum. Türkiye.
- Pelin M (2017). *Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya. Türkiye.
- Puig Llobet M, Sánchez Ortega M, Lluch-Canut M, Moreno-Arroyo M, Hidalgo Blanco MA, Roldán-Merino J (2020). Positive Mental Health And Self-Care İn Patients With Chronic Physical Health Problems: Implications For Evidence-Based Practice. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 17(4): 293-300. DOI: 10.1111/wvn.12453

- Radha R (2021). *Kanser Hastalarında Hasta Aktivlik Düzeyi ile Hastalığı Kabullenme Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye.
- Rashıdı M, Genç A (2020). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (10): 34-49. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1058394>
- Rask KJ, Ziemer DC, Kohler SA, Hawley JN, Arinde FJ, Barnes CS (2009). Patient Activation Is Associated With Healthy Behaviors and Ease in Managing Diabetes in an Indigent Population. *The Diabetes Educator*, 35(4): 622-630. DOI: 10.1177/0145721709335004
- Reyes Saname FA, Perez Alvarez ML, Alfonso Figueredo E, Ramirez Estupiñan M, Jimenez Rizo Y (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1): 98-121. Erişim Adresi: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812016000100009&script=sci_arttext
- Robinson DJ, Coons M, Haensel H, Vallis M, Yale JF (2018). Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Canadian journal of diabetes*, 42: S130-S141. DOI: 10.1016/j.jcjd.2017.10.031
- Sacks RM, Greene J, Hibbard J, Overton V, Parrotta CD (2017). Does patient activation predict the course of type 2 diabetes? A longitudinal study. *Patient education and counseling*, 100(7): 1268-1275. DOI: 10.1016/j.pec.2017.01.014
- Saraçoğlu E, Avcı İA (2021). Diyabet Hastalarının Covid-19 Salgınıyla İlgili Endişelerinin Ve Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 5(2): 202-209. DOI: 10.25048/tudod.901442
- Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N. ... Tuomilehto J (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 28(2): 169-180. DOI: 10.1007/s10654-013-9771-5
- Schmaderer MS, Zimmerman L, Hertzog M, Pozehl B, Paulman A (2016). Correlates of Patient Activation and Acute Care Utilization Among Multimorbid Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 38(10):1335-1353. DOI: 10.1177/0193945916651264
- Schmitt A, Reimer A, Hermanns N, Huber J, Ehrmann D, Schall S, Kulzer B (2016). Assessing Diabetes Self-Management with the Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) Can Help Analyse Behavioural Problems Related to Reduced Glycaemic Control. *PLoS One*. 3:11(3):e0150774. DOI: 10.1371/journal.pone.0150774
- Sin NL, Lyubomirsky S (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical*

Psychology, 65(5): 467-487. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1154707>

Sivrikaya SK, Ergün S (2018). Diyabet eğitimi ve hemşirenin rolü. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2): 25-36. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2017208>

Smith KJ, Beland M, Clyde M, Gariépy G, Page V, Badawi G. ... Schmitz N (2013). Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 74(2): 89-99. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.11.013

Sönmez Sarı E, Kırbaş ZÖ (Eds.) (2022). *Diyabet ve Hemşirelik*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Şeker B (2017). *Diyabet Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Mean Platelet Volum (MPV) Açısından Değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir. Türkiye.

Tav AŞ, Özenli Y, Ünsal A, Özşahin A.K (2010). Tip 2 diabetes mellitus ve obez hastaların anksiyete ve depresif bozukluk açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 14(1): 22-25. DOI: 10.2399/tahd.10.022

Tek S (2019). *Kanser Hastalarında Yas Belirtileri ve Sistres Düzeyinin Hasta Aktivite Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul. Türkiye.

Teke C, Baysan Arabacı L (2018). Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 19(Özel sayı.1): 21-28. DOI: 10.5455/apd.284116

Tekman Yılmaz E (2024). *Yaşlı Bireylerde Kronik Hastalığa Uyumun Maneviyat ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum. Türkiye.

Tezcan S (2023). *Larenjektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Hastalığa Uyumunu Artırmaya Yönelik 'Hastalığa Uyum Kitapçığı'nın Etkinliğinin İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.

Tuncay FÖ, Avcı D (2020). Association between self-care management and life satisfaction in patients with diabetes mellitus. *European Journal of Integrative Medicine*, 35, 101099. DOI: 10.1016/j.eujim.2020.101099

Türk Diyabet Cemiyeti (TDC) (2021). Diyabet Ve Psikolojik Sağlık. Erişim Adresi: <https://diyabetcemiyeti.org/diyabet-hakkinda/diyabet-ve-psikolojik-saglik.html>. Erişim Tarihi: 28.12.2023

- Türkiye Diyabet Programı (TDP) (2015-2020). Erişim Adresi: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf . Erişim Tarihi: 2.01.2024
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) (2022). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Erişim Adresi: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diyabet (Şeker Hastalığı). Erişim Adresi: <https://www.temd.org.tr/hastaliklar/diyabet-seker-hastaligi>.
- Türkmen SN, Çam MO (2013). Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(3): 105-115. DOI: 10.5505/phd.2012.32032
- Türten Kaymaz T, Akdemir N (2016). Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2): 61–67. DOI: 10.5505/phd.2016.50251
- Uludağ MO (2010). Diyabete Bağlı İkincil Hastalıklar (Komplikasyonlar). *Diyabet ve Obezite*, 39: 10370-10389. Erişim Adresi: https://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/mised_may10/7.pdf
- Ustaalioglu S, Tan M (2017). Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 12-2. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/370763>
- Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Siva Kumar FD, Chua BY, Sambasivam R. ... Subramaniam M (2020). Understanding the relationships between mental disorders, self-reported health outcomes and positive mental health: findings from a national survey. *Health and quality of life outcomes*, 18: 1-10. DOI: 10.1186/s12955-020-01308-0
- van Vugt HA, Boels AM, de Weerd I, de Koning EJ, Rutten GE (2018). Patient activation in individuals with type 2 diabetes mellitus: associated factors and the role of insulin. *Patient preference and adherence*, 73-81. DOI: 10.2147/PPA.S188391
- Wilcox G (2005). Insulin and Insulin Resistance. *Clinical biochemist reviews*, 26(2): 19-39. Erişim Adresi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1204764/pdf/cbr26_2pg019.pdf
- Wood L, Hooper P, Foster S, Boğa F (2017). Public green spaces and positive mental health – investigating the relationship between access, quantity and types of parks and mental wellbeing. *Health & Place*. 48, 63-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.002>

- World Health Organization (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO.
- Yadav UN, Lloyd J, Hosseinzadeh H, Baral KP, Harris MF (2020). Do chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) self-management interventions consider health literacy and patient activation? A systematic review. *Journal of clinical medicine*, 9(3): 646. DOI: 10.3390/jcm9030646
- Yang G, D'arcy C (2022). Physical activity and social support mediate the relationship between chronic diseases and positive mental health in a national sample of community-dwelling Canadians 65+: A structural equation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298: 142-150. DOI: 10.1016/j.jad.2021.10.055
- Yanmış S (2018). Diyabeti Olan Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirenin Rolü. *2nd International Symposium On Innovative Approaches In Scientific Studies* (Vol. 3, pp. 1529-1531). Erişim Adresi: https://www.set-science.com/manage/uploads/ISAS2018-Winter_0039/SETSCI_ISAS2018-Winter_0039_00291.pdf
- Yıldırım S, Gürkan A (2010). Psikososyal Açıdan Kanser ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1): 87-97. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/835964>
- Yıldırım S, Şimşek E, Geridönmez K, Basma Ş, Vurak Ü (2019). Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(2): 96-102. DOI: 10.14744/phd.2019.21548
- Yurtsever Çelik (2023). *Tip 2 Diyabet Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniği İle Verilen Eğitimin Öz-etkililik Algısına, Hastalığa Uyum Düzeyine ve Metabolik Parametrelere Etkisi* (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Zaimoğlu BN, Özer Z (2023). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde e-Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Aktivasyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(1): 12-21. DOI: 10.47565/ndthdt.2023.63
- Zengin O, Fırat E, Acar B (2017). Bazı Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Diyabetli Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(3): 73-80. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/341979>
- Zhang Y, Tong M, Wang B, Shi Z, Wang P, Li L. ... Lu T (2021). Geographic, Gender, and Seasonal Variation of Diabetes: A Nationwide Study With 1.4 Million Participants. *J Clin Endocrinol Metab*, 19: 106(12):e4981-e4992. DOI: 10.1210/clinem/dgab543

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU - 2 (SPOR,SAĞLIK) KARARI

Protokol No : 230120	Karar No : 130
Araştırma Yürütücüsü	Hemşire GÜLÇİN URŞAN
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ / PSKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
Araştırmanın Başlığı	Diyabet Hastaların Hastalığa Uyumu ve Pozitif Ruh Sağlığının Hasta Aktifliği Üzerine Etkisinin Belirlenmesi
Çalışmanın Yapılacağı Kurum ve Kuruluşlar	Yatağan Devlet Hastanesi - İç hastalıkları (Dahiliye) Polikliniği
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	14.10.2023
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	18.10.2023
Karar Tarihi	31.10.2023

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA
Başkan

Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN
Üye

Prof.Dr. Baki Umut TUĞAY
Üye

Prof.Dr. Süleyman Murat YILDIZ
Üye

Prof. Dr. Gönül BABAYİĞİT İREZ
Üye

Doç.Dr. Şeyda KIVRAK
Üye

Doç. Dr. Halil Evren ŞENTÜRK
Üye

Doç. Dr. GONCA KARAYAGIZ MUSLU
Üye

Doç.Dr. SERAP DURUKAN KÖSE
Üye

Bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama adresi <https://etikkurulbasvuru.mu.edu.tr/dogrulama/CSJG4524>



Ek 2: KURUM İZİN ONAYI



T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15682851-770-230433307

30.11.2023

Konu : Gülçin URŞAN Tez Çalışması Hk.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Gülçin URŞAN'ın sunmuş olduğu, " Diyabet Hastaların Hastalığa Uyumu ve Pozitif Ruh Sağlığının Hasta Aktivitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" adlı çalışma incelenmiş olup, uygun bulunmuştur. Yapılan çalışmanın araştırmacı tarafından kitapçık halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve çalışmaya ait bilgilerin yayınlanma talebine ilişkin Müdürlüğümüzden izin alınması hususunda;

Bilginizi arz ederim.

Dr. Ali Burak MÜLAYİM
İl Sağlık Müdürü

30.11.2023
İsmail YAŞ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: E1A3F11B-72A7-470F-AF1C-75841D063E46

Orhaniye, İsmet Çatak Cd. 22-6, 48000 Muğla Merkez Muğla 48000
Telefon No: 02522141105
e-Posta: Internet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: muqlaism@hs01.kep.tr

Belge için: Gürtem GÖKTEPE ÖZSOY
Hemşire
Telefon No:





T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Muğla Yatağan Devlet Hastanesi



Sayı : E-37789839-402.02-225401007
Konu : Dilekçeniz Hk.

27.09.2023

Sayın Gülçin Urşan

İlgi : 25.09.2023 tarihli yazınız.

İlgi sayılı dilekçenize cevaben; "Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Pozitif Ruh Sağlığı ve Hastalığa Uyumun Hasta aktivitesi Üzerinde Etkisinin Belirlenmesi" konulu çalışmanız tarafımızca uygun görülmüş olup, konu hakkındaki verilen olur yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Hurşide USLU
BAŞHEKİM

Ek: Hemşire Gülçin URŞAN Çalışma Onay Talebi Dilekçesi Hk.

Güvenli Elektronik İmza
Aşıl ile Ayınca
27.09.2023

İzlem OĞLAKCIOĞU
İzlem Oğlakcioğlu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: C1BC11EE-035F-477C-92F0-B030F2866938

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Anatürk Mah. Mustafa Kemal Atatürk Bul. No 82, 48500 Yatağan/Muğla

Bilgi için: Ceylan AÇIKOĞUZLU

48000
Telefon No: 02525725004
e-Posta: Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/
Kap Adresi:

Telefon No:



Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

ONAM FORMU

‘‘Diyabet Hastalarının Hastalığa Uyumu ve Pozitif Ruh Sağlığının Hasta Aktivliği Üzerine Etkisinin Belirlenmesi’’ adlı çalışma Doç.Dr. Pınar Çiçekoğlu Öztürk ve Yüksek Lisans öğrencisi Gülçin Urşan tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma Yatağan Devlet Hastanesi’ne başvuran, Diyabetüs Mellitüs tanılı bireylerin Pozitif Ruh Sağlığı ve Hastalığa Uyumu Hasta Aktivliği Üzerine Etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır.

Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Veri toplama formu 4 bölüm ve toplamda 104 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 15-20 dk. zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Gülçin Urşan ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi, Gülçin Urşan

Telefon Numarası:

Mail:

TANITICI BİLGİLER FORMU

1) Yaşınız?.....

2) Cinsiyetiniz?

a. Kadın b. Erkek

3) Eğitim Durumunuz?

a.Okuryazar değil

b. İlkokul

c. Ortaokul

d. Lise

e. Üniversite

4) Medeni Durumunuz?

a. Evli

b. Bekar

5) Çocuğunuz var mı?

a. Var

b. Yok

6) Çalışma durumunuz?

a. Çalışmıyorum /işsizim

b. Çalışıyorum

c. Çalışıyordum hastalığımdan dolayı bıraktım

d. Emekliyim

e. Hastalığımdan dolayı erken emekli oldum

7) Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz*

a. Gelir gidere denk

b. Gelirim giderlerimden fazla

c. Gelir giderden Düşük

8) Genel olarak fiziksel sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

a. İyi

b. Orta

c. Kötü

9) Diyabet tanısını ne zaman aldınız?

.....

10) Diyabet dışında başka bir hastalığınız var mı?

- a. Yok
- b. Var (.....)

11) Hastalık sosyal yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Kısmen

12) Çevrenizden destek alıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

13) Diyabet tanısı aldıktan sonra ruhsal bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

14) Genel olarak ruhsal sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

- a. İyi
- b. Orta
- c. Kötü

15) Şu anki diyabet tedavinizin tipi aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Sadece diyet tedavisi
- b. Oral alınan antidiyabetikler
- c. İnsülin
- d. Oral antidiyabetik + İnsülin
- e. Diğer (Belirtiniz)

16) Düzenli doktor kontrolüne gider misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

17) İlaçlarınızı düzenli olarak alıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

18) Diyabetinize yönelik planlanmış olan diyetinize uyuyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

KRONİK HASTALIKLARA UYUM ÖLÇEĞİ

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücutumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelerime katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımdan dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

POZİTİF RUH SAĞLIĞI ÖLÇEĞİ

Bireylerin pozitif ruh sağlığı yapısını ve düzeyini tanımlamak amacıyla geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması yapılan bu ölçek 39 madde ve 6 faktörden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipte olan ölçeğin her bir maddesi, "*her zaman ya da neredeyse her zaman*", "*sık sık*" "*bazen*", ve "*hiç ya da nadiren*" şeklinde puanlanmaktadır. Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, sizin fikrinizi en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz bölümün altına "X" işareti koyunuz. Ölçek maddelerini içtenlikle yanıtlamanız, araştırma sonuçları açısından önemlidir. Lütfen her bir ifade için yalnızca bir bölümün altını işaretleyiniz ve boş bırakmayınız.

<i>Madde Sayısı</i>	<i>MADDELER</i>	<i>Her zaman ya da neredeyse her zaman</i>	<i>Sık Sık</i>	<i>Bazen</i>	<i>Hiç ya da nadiren</i>
1	Başkalarının benimkinden farklı düşünceleri olabileceğini kabul etmekte çok zorlanırım.				
2	Sorunlarla karşılaştığımda donup kalırım.				
3	Kendi sorunları hakkında konuşan insanları dinlemekte çok zorlanırım.				
4	Kendimi bu halimle seviyorum.				
5	Olumsuz duygularım olduğunda kendimi kontrol edebilirim.				
6	Her an patlamaya hazırımışım gibi hissediyorum.				
7	Benim için hayat sıkıcı ve monotonudur.				
8	Özellikle duygusal destek verme konusunda zorlanırım.				
9	İnsanlarla derin ve tatmin edici ilişkiler kurmakta zorlanırım.				
10	Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri konusunda kaygılanırım.				
11	Kendimi başkalarının yerine koyarak düşünebilir ve onların verdikleri tepkileri anlayabilirim.				
12	Geleceğimle ilgili karamsarım.				
13	Bir karar alırken başkalarının düşüncelerinden çok etkilenirim.				
14	Kendimi etrafımdaki insanlardan daha değersiz olarak görürüm.				
15	Kendi kararlarımı kendim alabilirim.				
16	Başıma gelen kötü şeylerden çıkartılabilecek en iyi dersi çıkartmaya çalışırım.				
17	Bir birey olarak kendimi geliştirmeye çalışırım.				

<i>Madde Sayısı</i>	<i>MADDELER</i>	<i>Her zaman ya da neredeyse her zaman</i>	<i>Sık Sık</i>	<i>Bazen</i>	<i>Hiç ya da nadiren</i>
18	Bir psikolog gibi insanları anlarım.				
19	İnsanların beni eleştirmesinden kaygı duyarım.				
20	Sosyal bir insan olduğumu düşünüyorum.				
21	Olumsuz düşüncelerim olduğunda kendimi kontrol edebilirim.				
22	Çatışmalı durumlarda kontrolümü iyi bir düzeyde tutabilirim.				
23	Güvenilir bir insan olduğumu düşünüyorum.				
24	Başkalarının duygularını anlamakta özellikle zorlanırım.				
25	Diğer insanların ihtiyaçlarını da düşünürüm.				
26	Hoş olmayan bir durumla karşılaştığımda kendi dengemi koruyabilirim.				
27	Çevremde değişiklikler olduğunda uyum sağlamaya çalışırım.				
28	Bir sorunla karşılaştığımda, bilgi isteyebilirim.				
29	Günlük rutinimde meydana gelen değişiklikler beni motive eder.				
30	Üstlerimle ilişkide açık konuşmakta zorlanırım.				
31	İşe yaramaz olduğumu düşünüyorum.				
32	Güçlü yönlerimi geliştirmeye ve arttırmaya çalışırım.				
33	Kendi fikirlerimi ortaya koymakta zorlanırım.				
34	Önemli kararlar almak zorunda olduğumda kendimi çok güvensiz hissedirim.				
35	“hayır” demek istediğimde “hayır” diyebilirim.				
36	Bir sorunla karşılaştığımda olası çözümler bulmaya çalışırım.				
37	Başkalarına yardım etmekten hoşlanırım.				
38	Kendimden memnun değilim.				
39	Fiziksel görünüşümden memnun değilim.				

HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇÜM ARACI (PATIENT ACTIVATION MEASURE)

Lütfen aşağıdaki her bir maddeye hangi düzeyde katıldığınızı boş kutuyu işaretleyerek belirtiniz. Maddeleri, başkalarının sizden beklediği şekilde değil, size doğru geldiği şekilde cevaplamamız önem taşımaktadır. Eğer herhangi bir madde size uygun gelmiyorsa ‘Bilemiyorum / Değerlendiremiyorum’ seçeneğini işaretleyiniz.

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği					
	Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımdan dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

ÖLÇEK İZİN ONAYLARI

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)

Gülçin URŞAN

19 Eylül Sal 14:12 (6 gün önce)

Merhabalar, iyi günler. Yatağan Devlet Hastanesi'nde acil serviste çalışıyorum ve aynı zamanda Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nde psikiyatri hemşireliği yüksek lisans yapıyorum. Tez çalışmamda "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği" ni kullanmak istiyorum ve sizden de bu durumda onaylzin almak istiyorum.

Bülgelerize arz ederim.

derya ATİK

19 Eylül Sal 17:49 (6 gün önce)

Alıcı ben

Merhaba, ölçek ektedir, kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Derya Atik

iPhone'umdan gönderildi

Gülçin URŞAN

junları yazdı (19 Eylül 2023 14:11)

Bir ek - Gmail tarafından tarandı

Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği (PRSÖ)

Gülçin URŞAN

24 Eylül Paz 15:57 (17 saat önce)

Ölçek Kullanma İzni Gelen Kutusu

Merhabalar, iyi günler. Yatağan Devlet Hastanesi'nde acil serviste çalışıyorum ve aynı zamanda Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nde psikiyatri hemşireliği yüksek lisans yapıyorum. Tez çalışmamda "Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği" ni kullanmak istiyorum ve sizden de bu durumda onaylzin almak istiyorum.

Bülgelerize arz ederim.

Leyla Baysan Arabacı

00:20 (9 saat önce)

Alıcı ben

Sevgili Gülçin,

Bilimsel yayın etiği ilkeleri doğrultusunda Pozitif Ruh Sağlığı Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim...

Leyla Baysan Arabacı

24 Eylül 2023 15:57 tarihinde Gülçin URŞAN

yazdı:

Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM)

Fwd: PAM ölçek izni hak. Gelen Kutusu x



Cansu KOŞAR ŞAHİN

Alici: ben

28 Eylül Per 10:53 ☆ ↶ ⋮

Merhaba,

Ölçeği araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek puanlama tablosu ve ölçek kullanımı hakkında bilgi ekte yer alıyor. Ölçek maddelerine YÖK tezden teze girip bakabilirsiniz. Ölçek maddelerine verilen yanıtları puanlama tablosuna girdiğinizde her bir kişinin PAM puanı ve hangi aktivlik düzeyinde olduğu ortaya çıkıyor (4 aktivlik düzeyi var).

Çalışmanızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.

3 Ek • Gmail tarafından tarandı



Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Gülçin URŞAN
Yabancı Dili	: İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)	:
Lise	: Bayındır Sadık Susamcıoğlu Anadolu Lisesi (2011-2015)
Lisans	: Muğla Sıtkı Kocman Üniversitesi (2016- 2020)
Yüksek Lisans	: Muğla Sıtkı Kocman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2022-Devam Ediyor)
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl	: Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yatağan Ek Binası Hariciye Servisi (2022-Devam Ediyor)
Yayınları (SCI ve diğer)	: Urşan G, Çiçekoğlu Öztürk P, Büyükbayram Arslan A (2024). Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres ve Tükenmişlik Düzeylerinin Psikolojik Dayanıklılığa Etkisi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(3): 333- 353. DOI: 10.47115/jshs.1524499
Diğer Konular	: