



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TİP 1 DİYABETLİ YETİŞKİNLERİN HASTALIĞI
KABUL DÜZEYLERİ İLE PSİKOSOSYAL UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Meryem CANBAY**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ**

İstanbul 2021

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TİP 1 DİYABETLİ YETİŞKİNLERİN HASTALIĞI
KABUL DÜZEYLERİ İLE PSİKOSOSYAL UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Meryem CANBAY**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ**

İstanbul 2021

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Meryem CANBAY tarafından hazırlanan “*Tip 1 Diyabetli Yetişkinlerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ile Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30/06/2021

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ
Haliç Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayşe Aslı BARLA DEMİRKOZ
Haliç Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Muazzez GARİPAĞAOĞLU DENİZHAN
Fenerbahçe Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YORULMAZ
Vekil Müdür

TİP 1 DİYABETLİ YETİŞKİNLERİN HASTALIĞI KABUL DÜZEYLERİ İLE PSİKOSOSYAL UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 16	% 15	% 4	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
2	temd.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	ejmanager.com İnternet Kaynağı	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	% 1
6	www.isfaw2019.isfaw.org İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	% 1
8	hitodev.blogspot.com.tr İnternet Kaynağı	% 1

earsiv.halic.edu.tr

05/05/21

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Tip 1 Diyabetli Yetişkinlerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ile Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON’un sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Meryem CANBAY

TEŞEKKÜR

Çalışmamda tez konumun belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar geçen süre boyunca her aşamada bana yol gösteren, her türlü bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen, çalışma boyunca büyük katkıları olan çok kıymetli tez danışmanım Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ'a,

Çalışmam süresince maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, hayatımın her döneminde yanımda olan ve beni destekleyen, başaramayacağımı düşündüğümde her defasında beni ayağa kaldıran ve başaracağıma inandıran sevgili annem Hüsne CANBAY, biricik babam Alican CANBAY'a, beni hep motive eden ve manevi desteğini hiç esirgemeyen kardeşim Zeynep CANBAY ve Eslem Neva CANBAY'a sonsuz teşekkür ederim...

Temmuz, 2021

Meryem CANBAY

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ETİK BEYANI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR	v
ÇİZELGELER.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Diyabetin Tanımı ve Prevalansı	3
2.2. Diyabetin Epidemiyolojisi	3
2.3. Diyabetin Sınıflandırılması	4
2.3.1. Tip 1 Diyabet	5
2.3.2. Tip 2 Diyabet	6
2.4. Tip 1 Diyabetin Tanı Kriterleri	6
2.5. Tip 1 Diyabetin Komplikasyonları	7
2.5.1. Akut Komplikasyonlar	7
2.5.2. Kronik Komplikasyonlar	9
2.6. Tip 1 Diyabet Tedavisine Genel Bakış	10
2.6.1. İnsülin Tedavisi	10
2.6.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi	12
2.6.3. Egzersiz	15

2.6.4. Diyabet Eğitimi	16
2.7. Tip 1 Diyabet ve Psikososyal Uyum	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Amacı	20
3.2. Araştırma Sürecinin Belirlenmesi	21
3.2.1. Araştırmanın Modeli	21
3.2.2. Evren ve Örneklem	21
3.3. Araştırmanın Yöntemi	22
3.3.1. Veri Toplama Gereçleri	22
3.3.2. Verilerin Toplanması	23
3.3.3. İstatistiksel Analiz	23
4.BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ	40
7. ÖNERİLER.....	41
8. KAYNAKLAR	42
9. EKLER.....	47
ÖZGEÇMİŞ	62

KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association
APG	: Açlık plazma glikozu
DKA	: Diyabetik ketoasidoz
DNHOK	: Diyabetik nonketotik hiperosmolar koma
GI	: Glisemik indeks
GY	: Glisemik yük
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
HbA1c	: Glikozillenmiş Hemoglobinin A1c

ÇİZELGELER

	Sayfa No.
Tablo 2.1. Diyabetin Sınıflandırılması	5
Tablo 2.2. İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri	12
Tablo 3.1. Evren Örneklem Seçimi Tablosu	22
Çizelge 4.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlerine Göre Frekans ve Yüzdeleri	25
Çizelge 4.2. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeyine Ait Betimsel İstatistik Sonuçları	26
Çizelge 4.3. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeylerinin Cinsiyet ve Medeni Hal Değişkenine Göre İncelenmesi	26
Çizelge 4.4. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	27
Çizelge 4.5. Katılımcıların Psikososyal Uyum Ölçeğine Ait İstatistik Sonuçları.....	28
Çizelge 4.6. Katılımcıların Psikososyal Uyum Düzeylerinin Cinsiyet ve Medeni Hallerine Göre İncelenmesi.....	28
Çizelge 4.7. Katılımcıların Psikososyal Uyum Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları	29
Çizelge 4.8. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeyleri İle Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	30

ÖZET

TİP 1 DİYABETLİ YETİŞKİNLERİN HASTALIĞI KABUL DÜZEYLERİ İLE PSİKOSOSYAL UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tip 1 diyabet mutlak insülin eksikliği ile karakterize bir hastalıktır. Bireyi hem fizyolojik hem psikolojik yönden etkileyen bir durumdur. Sürekli takip isteyen bu hastalık bireyleri psikososyal yönden etkilemektedir. Bireylerin hastalığı kabul etmesiyle hastalığa uyumunun daha iyi olduğu, psikososyal yönden iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu çalışma, tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri ile psikososyal uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma 10.03.2021-15.04.2021 tarihleri arasında, online platformlarda, İstanbul’da yaşayan 18-65 yaş arasındaki tip 1 diyabetli bireyler üzerinde yapılmıştır. 233 kadın katılımcı, 67 erkek katılımcı olmak üzere toplam 300 kişi ile çalışılmıştır. Çalışmaya alınan katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ve psikososyal uyum düzeyi ilişkisini belirlemek amacıyla “Sosyodemografik Form” , “Hastalığı Kabul Düzeyi Ölçeği” ve “Psikososyal Uyum Ölçeği” uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ($X=28.38$) ve psikososyal uyum düzeyi ($X=28.42$) yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucunda tip 1 diyabetli yetişkin bireylerin hastalığı kabul düzeyi ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p=0.00$) saptanmıştır. Çalışma sonucunda eğitim düzeyi yüksek olan tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p=0.00$). Katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ve gelir düzeyi arasında anlamlı fark ($p=0.02$) saptanmış olup gelir düzeyi yüksek olan tip 1 diyabetli yetişkin bireylerin hastalığı kabul düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda gelir düzeyi ve psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.00$). gelir düzeyi yüksek olanların psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Katılımcıların hastalığı kabul düzeyleri ile psikososyal uyum düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.00$). Hastalığı kabul düzeyi yüksek olan diyabetlilerin psikososyal uyumlarının yüksek olduğunu, hastalığı kabul düzeyi düşük olan diyabetlilerin psikososyal uyumlarının düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Diyabetli bireylerin hastalığı kabullenme ve psikososyal uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen daha geniş kapsamlı ve daha büyük bir örneklem ile çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 Diyabet, Hastalığı Kabul Düzeyi, Psikososyal Uyum

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN TYPE 1 DIABETIC ADULTS WITH THE ADMISSION OF THE DISEASE AND THEIR PSYCHOSOCIAL ADAPTATIONS

Type 1 diabetes is a disease characterized by absolute insulin deficiency. It is a condition that affects the individual both physiologically and psychologically. This disease, which requires continuous follow-up, affects individuals psychosocially. It is seen that individuals accept the disease and adapt to the disease better and are at a good psychosocial level. This study was conducted to examine the relationship between the level of acceptance of the disease and psychosocial adjustment of adults with type 1 diabetes. The study was conducted on individuals with type 1 diabetes between the ages of 18-65 living in Istanbul, on online platforms, between 10.03.2021 and 15.04.2021. A total of 300 people, including 233 female participants and 67 male participants, were studied. In order to determine the relationship between the level of acceptance of the disease and the level of psychosocial adjustment of the participants included in the study, the “Sociodemographic Form”, “The Level of Acceptance of the Disease” and “Psychosocial Adjustment Scale” were applied.

As a result of the research, the level of acceptance of the disease ($X=28.38$) and psychosocial adjustment level ($X=28.42$) of the participants were found to be high. As a result of the study, a statistically significant difference ($p=0.00$) was found between the level of acceptance of the disease and age of adult individuals with type 1 diabetes. As a result of the study, it was concluded that the level of acceptance of the disease is higher in adults with type 1 diabetes with a higher education level ($p=0.00$). A significant difference ($p=0.02$) was found between the level of acceptance of the disease and the level of income of the participants, and the level of acceptance of the disease was found to be higher in adult individuals with type 1 diabetes with a high income level. As a result of the study, a significant difference was found between income level and psychosocial adjustment ($p=0.00$). It was concluded that those with higher income levels had better psychosocial adjustment. It was determined that there was a high positive correlation between the disease acceptance levels of the participants and their psychosocial adjustment levels ($p=0.00$). It was concluded that the psychosocial adjustment of the diabetics with a high acceptance level of the disease was high, and the psychosocial adjustment of the diabetics with a low level of acceptance of the disease was low. There is a need for more comprehensive and larger sample studies examining the relationship between acceptance of the disease and psychosocial adjustment in individuals with diabetes.

Keywords: Type 1 Diabetes, Level of Disease Acceptance, Psychosocial Adjustment

1.GİRİŞ

Tip 1 diyabet, pankreas β -hücrelerinin harabiyete uğraması ile ortaya çıkan, insülin eksikliğine bağlı gelişen endokrin ve metabolik bozukluklardan biridir. Hiperglisemi ile karakterize olan tip 1 diyabet, kronik bir hastalıktır. Diyabetli bireylerin %7-12'sini tip 1 diyabet oluşturmaktadır ve bu sayı gün geçtikçe artmaktadır (Şahin, 2018).

Diyabetli bireylerde en temel sorun hiperglisemidir ve uzun süreli hiperglisemi diyabet komplikasyonlarına neden olmaktadır. Diyabet çeşitli kronik ve akut semptomlar ile seyreden, hastanın yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır (Rashıdı, 2020). Diyabet organların ve sistemlerin tamamını etkilemektedir. Diyabet hastalığı, kandaki glikoz seviyesinde meydana gelen artış ile olur. Ciddi yan etkilere neden olur (Ünlüsoy, 2009). Diyabetin denetimli kontrolünün sağlanması gereklidir. Hastalık kontrol altında tutulmadığı sürece hiperglisemi, hipoglisemi, ketoasidoz, koma, nonketotik hiperosmolar gibi akut gelişen ve bireyin yaşamını tehdit eden durumlar ortaya çıkar. Uzun süren kontrolsüz diyabet kronik komplikasyonlara neden olmaktadır. Renal, nöral, retinal bir takım sıkıntılara neden olarak mortalite, morbidite oranlarının artmasına sebep olmaktadır (Ada, 2008).

Yaşam boyu süren diyabet, akut veya kronik sıkıntıları ile bireyi, dolayısıyla bütün toplumu etkisine alan, maddi külfet oluşturan, tedavisi ve bakımında birden fazla disipline ihtiyaç duyulan bir hastalık olması dolayısıyla bütüncül bir bakım gerektirmektedir. Bütüncül bakım diyabetli bireyi fiziksel ve psikososyal yönden ele almalıdır (Akgün, 2015).

Diyabet bireyin yaşamı için yeni bir dönemin başlangıcıdır. Tip 1 diyabetli bireyin kandaki glukoz seviyesinin hedef aralıkta olması, yakın ve uzak dönemde iyileşme halinin oluşması ve hayat standardının artırılabilmesi için önce insülin uygulanması, öğün ve yemek yeme düzenin planlanması ve diyabete uygun beslenme gereklidir. Ayrıca kişinin kendi kendine kan şekeri kontrolünü sağlayabilmesi ve sürdürebilmesi, aynı zamanda düzenli spor yapması konusunda yeterliliğinin sağlanması gerekmektedir. Tüm bu uygulamaları yapabilmek ve

diyabeti iyi yönetebilmek için bireyin ve ailenin diyabete uyumlu olması ve yaşam biçiminde yeni değişimler yapması dolayısıyla kişinin kendi kendine yetebilmesi bu durumun getirdiği sıkıntılarla baş etmeyi öğrenmesi gerekmektedir (Çelik, 2015).

Diyabet kişiyi yalnızca fiziksel olarak değil, hastalığın psikososyal boyutları da kişinin yaşamını etkileyen önemli bir durumdur. Bu nedenle tanı alan tip 1 diyabetli bireyin ve ailenin psikososyal yönden değerlendirilmesi, diyabet eğitiminin verilmesi ve hastalığa uyumları olabildiğince kısa zamanda sağlanmalıdır. Hastalığı kabul etme ve hastalığa uyum sağlama tüm kronik hastalığı olan bireyler gibi diyabetli bireyler için de uzun bir süreçtir. Diyabet hem bireyin kendisi için hem ailesi için yaşam biçimi değişikliğine sebep olan bir durumdur. Kronik bir hastalık olan diyabet, diyabetli bireyin zaman zaman başka bir bireye bağımlı hale gelmesine sebep olmaktadır ve bu durum hastalığa uyumu daha zor kılmaktadır. (Altundağ, 2017).

Bu çalışmada tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri ile psikososyal uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Tanımı ve Prevalansı

Diyabet (halk arasında şeker hastalığı); insülin hormonunun pankreastan eksik salgılanmasına ya da insülinin yeterli salgılanıp ancak etkisiz olması nedeniyle gelişen, yağ, protein, karbonhidrat dengesinin bozulmasına yol açan, kronik sıkıntılara neden olan ve yaşam boyu süren, kronik hiperglisemi ile karakterize bir endokrin metabolizma hastalığıdır (Aksu, 2012).

Dünya genelinde diyabet hastalarının sayısı günden güne artmaktadır. Bu artışla birlikte komplikasyonlar ve diyabete bağlı ölümlerde artmaktadır. Her yıl 3 milyondan fazla insan diyabet ve buna bağlı nedenlerden hayatını kaybetmektedir. Bundan 20 yıl önce 171 milyon civarında olan diyabet hastası sayısı 2007 yılında yaklaşık %50 artarak 246 milyona, 2010'da ise 285 milyona ulaşmıştır. Gelecek için yapılan tahminlerde ise 2030 yılında 438 milyon olacağı düşünülmektedir. Türkiye'de durum dünya ki hasta sayısı ile orantılı olarak artmış ve günümüzde nüfusun %13,7'si diyabet sınıfına girmektedir (Tarıverdi ve ark., 2013)

Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-2) çalışması ülkemizde diyabet görülme oranının hızla arttığını göstermektedir. TURDEP-2 çalışmasında ülkemizde 1998-2010 yıllarındaki diyabet oranının %7,2'den %13,7'ye yükseldiği görülmektedir. Uluslararası diyabet federasyonu (IDF)'na göre 2014 yılında ülkemizdeki diyabet hastalığı görülme oranı %14,7 olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Türkiye'de 21.yy'ın başında 3 milyon olduğu düşünülen diyabetli sayısının 2030 yılında 6,5 milyon olacağını ön görmüştür. Ancak bu tahmin tutmamış, 2014 yılında ülkemizdeki diyabetli sayısı 7 milyonu geçmiştir (Coşansu, 2015).

2.2. Diyabetin Epidemiyolojisi

Tip 1 diyabet, her yaşta gelişme durumunun olması yanı sıra çocuk ve ergen bireylerde daha sık görülmektedir. Hastalığın görülme sıklığı ülkelere göre değişse

de en yüksek prevalans ve insidans Finlandiya, en az prevalans ve insidans Çin’de olduğu bildirilmiştir. Bu oranlar dünya genelinde artmakta ve tip 1 diyabet insidansı, bölgelere göre farklılık gösterse de her yıl tip 1 diyabet oranında %3 artış tahmin edilmektedir (Çelik, 2019).

Tip 1 diyabet tüm yaş gruplarını ilgilendirmekle beraber, doğumdan sonra ilk ayda nadir görülmektedir. Görülme sıklığı 9.aydan sonra artmakta ve 12-14 yaş aralığında hastalığın görülme sıklığı en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Yaş ilerledikçe hastalığın insidansı düşmektedir. Tip 1 diyabetliler tüm diyabetliler ile oranlandığında %5-15’ini oluşturmaktadırlar. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki dünyada her sene 50000 yeni tip 1 diyabet tanısı konulduğu belirtilmiştir (Coşkun Yüce, 2017).

2.3. Diyabetin Sınıflandırılması

ADA’nın yeni sınıflama sistemine göre diyabet; tip 1 diyabet (mutlak insülin eksikliği), tip 2 diyabet (insülin salgısındaki yetersizlik), gestasyonel diyabet (gebelik döneminde gelişen diyabet) ve diğer spesifik nedenlere bağlı diyabet tipleri (genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları, endokrin hastalıklar) olarak sınıflandırılmıştır (Melek, 2014).

Tablo 2.1. Diyabetin Sınıflandırılması

I. Tip 1 .diyabet (Genellikle. mutlak insülin.noksanlığına.sebepe olan b-hücre .yıkımı vardır)	
II. Tip 2 diyabet (İnsülin.direnci zemininde ilerleyici insülin sekresyon defekti ile karakterizedir)	
III. Gestasyonel diabetes mellitus (Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet formudur)	
IV. Diğer spesifik diyabet tipleri (Genetik bozukluklar, Pankreas hastalıkları, Endokrin hastalıklar)	
A. β-hücre fonksiyonlarının genetik defekti (monogenik diyabet formları). 20. Kromozom, HNF-4a (MODY1), 7. Kromozom, .Glukokinaz (MODY2) 12. Kromozom, HNF-1a (MODY3) 13. Kromozom, IPF-1 (MODY4) 17. Kromozom, HNF-1b (MODY5) 2. Kromozom, NeuroD1 (MODY6) 2. Kromozom, KLF11 (MODY7) 9. Kromozom, CEL (MODY8) 7. Kromozom, PAX4 (MODY9) 11. Kromozom, INS (MODY10) 8. Kromozom, BLK (MODY11) Mitokondriyal DNA 11. Kromozom, Neonatal DM (INS, Kir6.2, ABCC8, KCNJ11mutasyonu) 11. Kromozom, KJN11 (MODY13) 3. Kromozom, APL11 (MODY14) Diğerleri B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler Leprechaunism, Lipoatrofik diyabet, Rabson-Mendenhall sendromu, Tip A insülin direnci, Diğerleri C. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları Fibrokalkülöz pankreatopati, Hemokromatoz, Kistik fibroz, Neoplazi, Pankreatit, Travma/pankreatektomi, Diğerleri D. Endokrinopatiler Akromegali, Aldosteronoma, Cushing sendromu Feokromositoma, Glukagonoma, Hipertiroidi, Somatostatinoma, Diğerleri	E. İlaç veya kimyasal ajanlar Atipik anti-psikotikler Anti-viral ilaçlar, b-adrenerjik agonistler, iazoksid, Fenitoin, Glukokortikoidler a –İnterferon, Nikotinik asit, Pentamidin, Proteaz inhibitörleri, Tiyazid grubu diüretikler Tiroid hormonu, Vacor, Statinler, Diğerleri (Transplant rejeksiyonunu önlemek için kullanılan ilaçlar) F. İmmun aracılıklı nadir diyabet formları Anti insülin-reseptör antikorları, Stiff-man sendromu, Diğerleri G. Diyabetle ilişkili genetik sendromlar Alström sendromu, Down sendromu, Friedreich tipi ataksi, Huntington korea, Klinefelter sendromu, Laurence-Moon-Biedl sendromu, Miyotonik distrofi, Porfiriya, Prader-Willi sendromu, Turner sendromu, Wolfram (DIDMOAD) sendromu, Diğerleri H. Enfeksiyonlar Konjenital rubella, Sitomegalovirus, Koksaki B, Diğerleri (adenovirus, kabakulak).

Kaynak: (TEMD, 2019)

2.3.1. Tip 1 Diyabet

İnsüline bağımlı diyabet veya juvenil diyabet olarak adlandırılan Tip 1 diyabet; pankreasın beta hücrelerinin hasarı sonucu mutlak insülin eksikliği ile karakterize bir diyabet türüdür (Gören, 2014).

Henüz nedeninin genetik faktörlere bağlı olduğunun kanıtlanamamasıyla birlikte birçok çevresel faktörün de etken olabileceği düşünülmektedir. Diyabet çoğu

zaman 30'lu yaşlardan önce başlamaktadır. Hastalık için okul öncesi (6 yaş civarı), çocukluk (13 yaş civarı) ve geç adolesan (20 yaş civarı) dönemleri olmak üzere yaşamda üç zirve noktası görülmektedir. Hastalığın; ağız kuruluğu, açlık hissi, poliüri, hızlı kilo kaybı, halsizlik ve yorgunluk gibi bulguları aniden ortaya çıkabilir.

Hastalar genellikle zayıf ya da normal kiloda olurlar. Özellikle çocukluk çağında başlayan hastalıklar, diyabetik ketoasidoza daha fazla yatkındır. Tip 1 diyabetin nedeni insülin eksikliği olduğu için tedavinin temelini bu hormonun enjeksiyonları ile telafi edilmesi oluşturmaktadır. Tip 1 diyabetli kişiler günlük insülin ihtiyacı, yakın izlem, düzenli beslenme ve fiziksel aktivite ile sağlıklı bir hayat sürebilirler (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

2.3.2. Tip 2 Diyabet

İnsüline bağımlılığı olmayan çoğunlukla salgılanan insülinin yetersizliğinden kaynaklanan Tip 2 diyabet, insülinin direncinden dolayı gelişen diyabet türüdür. Genellikle 40'lı yaşlardan sonra gelişen tip 2 diyabetin artan yaşla birlikte görülme sıklığı ve kronik komplikasyonların da arttığı görülmektedir. Diyet ve oral anti-diyabetikler ile kontrol altına alınabilmektedir (Öcal, 2019). İnsüline bağımlı olmayan diyabet veya erişkin diyabet olarak da adlandırılan tip 2 diyabet; obezite ve fiziksel aktivitenin azlığına bağlı genellikle daha sık görülmektedir. Tüm diyabet vakalarının %90'dan fazlasını tip 2 diyabet oluşturmaktadır. Tip 2 diyabetin esasında genetik olarak hastalığa yatkınlık ve yaşam tarzı ile tetiklenen insülin direnci ve dolayısıyla giderek azalan insülin salınımı söz konusudur. Bununla birlikte son zamanlarda değişen yaşam şartları, günlük aktivitelerde meydana gelen azalma ve artan obezite nedeniyle çocukluk ve adolesan yaşlarında da tip 2 diyabet hastalığı sık görülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

2.4. Tip 1 Diyabetin Tanı Kriterleri

Diyabet tanısı açlık halinde ölçülen plazma glikozu (APG), 2 saatlik oral glikoz tolerans testi (OGTT) ve glikozillenmiş hemoglobinin A1c (HbA1c) miktarlarına bakılarak tanı konulur.

Diyabetin tanısı dört şekilde değerlendirilmektedir:

- En az 8 saatlik gece boyu açlığından sonra plazmada bulunan glikoz miktarı ölçülerek değerlendirilir, APG 126 mg/dL veya üzerinde ise kişiye diyabet tanısı konulmaktadır.
- OGTT ile değerlendirilir, 75 gram glikozlu sıvı içirildikten 2 saat sonra kan glikoz düzeyinin 200 mg/dL veya üzerinde olması durumunda diyabet tanısı konulur.
- Diyabet semptomlarından olan poliüri, polidipsi varlığında rastgele bir zamanda ölçülen plazma glikoz düzeyinin 200 mg/dL veya üzerinde olması durumunda diyabet tanısı konulur.
- HbA1c ölçümü diyabet tanı kriterleri arasındadır. HbA1c $\geq$ %6.5 olması durumunda diyabetli tanısı konulur (Türkiye Diyabet Programı, 2015-2020).

2.5. Tip 1 Diyabetin Komplikasyonları

2.5.1. Akut Komplikasyonlar

2.5.1.1. Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz (DKA), tip 1 diyabet hastalığı olan bireylerde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Tip 1 diyabetli bireylerde insülin eksikliği sebebiyle glikojenoliz ile glikoneogenezin artmasına bağlı olarak hiperglisemi durumu oluşur. Bu bireylerde dehidratasyon, su ve elektrolit kaybı ve hiperosmolarite görülmektedir. Aynı zamanda lipoliz de artarak serbest yağ asidi miktarı artmaktadır. Ve hastada keton cisimcikleri ve dokularda laktik asidoz oluşmaktadır (Yalçın, 2020). Yeni tanı almış diyabet, beslenmede yapılan yanlışlar , insülin uygulama hatası, vücuttaki enfeksiyonlar, travma, kusma, psikolojik sorunlar ketoasidozun sebepleri arasındadır. Aynı zamanda vücutta salgılanan glukagon, epinefrin, norepinefrin, kortizol ve büyüme hormonu gibi hormonlar diyabetik ketoasidozun sebepleri arasındadır (Küçükdağ, 2020).

DKA'lı bireylerde klinik belirti olarak taşikardi, derin nefes alma, nefeste aseton kokusu, bulantı, kusma, karın ağrısı, bulanık görme, uyuşukluk, bilinç düzeyinde azalma, bilinç kaybı ve koma ile sonuçlanan durumlar görülmektedir (Cengizhan, 2019). DKA'lı bireylerde hızlı bir şekilde sıvı elektrolit dengesinin

sağlanmasıyla birlikte hiperglisemik durumun düzeltilmesi ve idrardaki keton cisimlerinin temizlenmesi gerekmektedir (Küçükdağ, 2020).

2.5.1.2. Diyabetik Nonketotik Hiperosmolar Koma

Diyabetik nonketotik hiperosmolar koma (DNHOK) çoğunlukla tip 2 diyabetli bireylerde görülmektedir. Ve mortalitesi %10-50 arasındadır. DNKOK'da insülin eksikliği mevcuttur ve bunun yanında dehidratasyon durumu söz konusudur. Yüksek derece hiperglisemi ile karakterize olan bu komplikasyon dirençli hiperglisemi ve beraberinde ortaya çıkan diürezden dolayı sıvı ve elektrolit kaybına sebep olmaktadır. İnsülin düzeyi hiperglisemik durumu düzeltecek kadar yetersizken yağ yakımını önleyecek kadar yüksek olmasından dolayı keton düzeyi artırmaz ve ketoasidoz oluşmaz (Döner, 2019).

2.5.1.3. Hipoglisemi

Diyabette en çok görülen komplikasyon olan hipoglisemi, sinirsel fonksiyon bozukluklarının ortaya çıktığı kan şekeri düzeyi olarak bilinmektedir. Yaşanan hafif hipoglisemilerde çarpıntı, terleme, halsizlik, açlık belirtileri ortaya çıkarken, yaşanan ağır hipoglisemilerde bunlara ek olarak baş dönmesi, koma, konfüzyon, konvülsiyon gibi belirtilerde görülebilmektedir. Fazla insülin alımı, yetersiz karbonhidrat tüketimi ve ağır egzersiz hipoglisemi sebepleri arasındadır (Duras, 2017).

Hipoglisemi tanısı kandaki şekerin 50 mg/dl veya daha altında olduğu durumlarda, hipoglisemi semptomlarının oluşması ve semptomların glisemik düşüklüğü ortadan kaldıran bir tedavi ile geçmesi durumlarında konulur. Hipoglisemi; hafif, orta ve ciddi olarak üç kategoriye ayrılır. Hafif boyutta yaşanan hipoglisemide nemli soğuk bir cilt, dudakta karıncalanma hissi, vücut ısısında artış ve terleme, çarpıntı, baş ağrısı ve yoğun bir açlık hissi oluşur. Bu belirtilerin yanında ruhsal değişiklikler, uykulu hal, dikkatte dağınıklık, rutin davranışlarda değişiklik, yürümede, görmede ve konuşmada zorluk çekme, karında ağrı, sinirlilik ve kalp atış hızında artma meydana gelirse orta dereceli hipoglisemiden bahsedilir. Ciddi hipoglisemide ise çarpınma, cevap yetersizliği, koma ve bilinç kaybı görülmektedir. İnsülin dozunun fazla yapılması, insülin zamanlamasındaki ve uygulamasındaki hata, öğün atlama, yetersiz karbonhidrat alımı, sindirim güçlüğü, mide boşalma hızı ve kadınlarda mensesruasyon döngüsü hipogliseminin nedenleri arasındadır (Adaş, 2019).

2.5.1.4. Laktik Asidoz Koması

Kandaki laktat düzeyinin 5 mmol/L'nin üzerine çıkmasıyla birlikte hidrojen iyonlarının ve serum laktat düzeyinin yükselmesi sonucu, anyon açıklı metabolik asidoz durumu şeklinde tanımlanmaktadır. Genellikle ciddi bir hastalık durumu olan ve ağır doku hipoksisi olan vakalarda görülmektedir. Vakaların %50'sinden fazlası mortalite ile sonlanmaktadır. İnsülin ve sıvı tedavisi, altta yatan hastalığın iyileştirilmesi ve elektrolit kayıplarının düzeltilmesi ile tedavi edilir (Çolpan, 2010).

2.5.2. Kronik Komplikasyonlar

2.5.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar

2.5.2.1.1. Diyabetik Retinopati

Retinanın prekapiller arteriollerini, kapillerini ve venüllerini tutan bir mikroangiopati tablosuna diyabetik retinopati denir. Genellikle; 20 yaş üzeri ve 65 yaş altı bireylerde meydana gelen körlük nedenlerinin başında gelen en önemli diyabet komplikasyonlarından biridir. Diyabet yılı, diyabet tipi, kişide hipertansiyon ve obezite varlığı, diyabetik retinopatinin gelişiminde önemli nedenlerdendir. Görülme sıklığı tip 2 diyabetlilere göre tip 1 diyabetlilerde biraz daha yüksektir. 20 yıllık tip 1 diyabetli bir bireyde görülme sıklığı %98 oranındayken, tip 2 diyabetli bir bireyde bu oran %60'tır (Çolpan, 2010).

2.5.2.1.2. Diyabetik Nefropati

Diyabetik nefropati ise görünürde bir böbrek hastalığı olmayan diyabet hastada sürekli olarak idrarda albümin düzeyinin pozitif olması ve günde 300 mg'dan fazla albümin dışarı atılımıdır. Oluşan bu komplikasyon bireyde en sonunda böbrek yetmezliği oluşturmasından kaynaklı ciddi bir sağlık problemi haline gelmektedir. Diyabetin uzun dönem sonrasında oluşan bir komplikasyonu olarak gözüktüğü de diyabetik nefropatiden önce patolojik, fizyolojik, klinik belirtileri olmaktadır. Tip 1 diyabette diyabetik nefropatinin gelişiminde hipergliseminin etkisi oldukça büyüktür. Kan glikozunda başarılı bir seviyeye ulaşıldığında 10-15 yıl sonra nefropatinin gerilediği görülmüştür (Kurt ve ark., 2004).

2.5.2.1.3. Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmakla beraber özellikle alt ekstremiteleri etkileyen komplikasyonlarından biridir. Diyabetik nöropatide diyabet yaşı, HbA1c düzeyi, sigara kullanımı ve cinsiyet gibi birçok faktör etkilidir. Polinöropatiler diyabetik nöropati grupları arasında en yaygın olarak gözlenen gruptur. Diyabetik nöropati genellikle organ kayıplarına yol açan ve ayrıca amputasyonlara da sebep olan bir komplikasyondur. Tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerin yaklaşık üçte birini etkilemektedir (Alkanlı ve ark., 2020).

2.5.2.2. Makrovasküler Komplikasyonlar

Koronor damar hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, periferik arter problemleri diyabetin makrovasküler komplikasyonlarıdır. Bu problemler diyabet ile ilişkili önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Aynı zamanda diyabetik ayak, hiperlipidemiler de makrovasküler komplikasyonlardır ve tip 2 diyabetli bireylerde sık görülmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2013). Uzun süreli hipergliseminin glikoz oksidasyonunu baskılaması ve yağ asidi metabolizmasını artırması miyokard hasarına yol açmaktadır. Sigara kullanımı, yüksek kan basıncı, kolesterol seviyesindeki yükseklik, obezite ve aile öyküsü diyabete eşlik eden risk faktörlerindendir. Kan şekeri kontrolünün sağlanması ve kan basıncının düşürülmesi tedavi açısından oldukça önemlidir (Şahin, 2018).

2.6. Tip 1 Diyabet Tedavisine Genel Bakış

Diyabet tedavisindeki asıl amaç kan şekeri regülasyonu, kısa ve uzun vadede oluşan sağlık sorunlarının önüne geçilmesi ve diyabetlinin hayat şartlarının iyileştirilmesidir (Altun, 2019).

2.6.1. İnsülin Tedavisi

Tip 1 diyabetli bireylere tanı anından itibaren insülin tedavisine başlanır. İnsülinler bazal, bolus, karışım insülinler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bazal insülin öğün zamanı dışında kullanılan orta ve uzun etkili insülinlerdir. Bolus insülin öğün zamanı kullanılan kısa ve hızlı etkili insülinlerdir. Tip 1 diyabette günde en az iki çeşit insülin kullanımı önerilmektedir. Her birey için insülin dozu farklılık

göstermekle birlikte bireyin zaman içinde kullandığı doz da değişebilmektedir (Danne ve ark., 2014). İntravenöz ve subkutan yoldan uygulanan insülin, diyabetik ketoasidoz durumunda intravenöz yol ile uygulanır. Tip 1 diyabette fizyolojik insülin salınımına en yakın tedavi insülin tedavisidir ve bu tedavi ile kan şekeri regülasyonunu hedeflenir (Çetiner, 2013).

Tip 1 diyabette insülin tedavinin ana unsurudur. İnsülin tedavisindeki amaç metabolik dengenin düzenli olması ve komplikasyonların önüne geçilmesidir. Tip 1 diyabetli bireylerde başlanan insülin tedavisiyle glisemik kontrol sağlanmakta ve buna bağlı olarak retinopati, nefropati ve nöropati riski azalmaktadır. Tip 1 diyabette insülin başlangıç dozu 0.4-1.0 IU/kg/gün olarak önerilmektedir ve belirlenen toplam dozun %40-60 arası bazal doz geriye kalan %40-60 bolus doz olarak planlanmaktadır. Diyabetli birey için en uygun doz kan şekeri dalgalanmalarının en az olduğu ve hipoglisemi görülmediği dozdur. Bundan dolayı doz ayarlamasının diyabetli bireye göre ayarlanması önem taşımaktadır (Yalçın, 2020).

Tablo 2.2. İnsülin Tipleri ve Etki Profilleri

İnsülin tipi		Etki başlangıcı	Pik etki	Etki süresi	Görünüm
Kısa/Hızlı Etkili	Regüler U100	30-60 dakika	2-4 saat	5-8 saat	Berrak
	Lispro U100&U200	<15 dakika	30-90 dakika	3-5 saat	Berrak
	Lispro U200	<15 dakika	30-90 dakika	3-5 saat	Berrak
	Biyobenzer insülin lispro U100	<15 dakika	30-90 dakika	3-5 saat	Berrak
	Aspart	<15 dakika	1-3 saat	3-5 saat	Berrak
	Glulisin	15-30 dakika	30-60 dakika	4 saat	Berrak
	Regüler inhaler	<5 dakika	20-40 dakika	3 saat	Toz
	Çok hızlı etkili aspart	4 dakika	30-90 dakika	3-5 saat	Berrak
Orta etkili	Regüler U500	30 dakika	2-4 saat	<24 saat	Berrak
	NPH	1-2 saat	4-10 saat	>14 saat	Bulanık
Uzun etkili	Detemir	3-4 saat	6-8 saat	20-24 saat	Berrak
	Glargin U100	90 dakika	Piksiz	24 saat	Berrak
	Biyobenzer insülin glargin U100	90 dakika	Piksiz	24 saat	Berrak
	Glargin U300	90 dakika	Piksiz	26 saat	Berrak
	Degludec U100&U200	30-60 dakika	Piksiz	>30 saat	Berrak
Karışım	NPH/Reg 70/30	30 dakika	2-4 saat	14-24 saat	Bulanık
	NPA/Asp 70/30	6-12 dakika	1-4 saat	18-24 saat	Bulanık
	NPL/Lis 75/25	15-30 dakika	30-15 dakika	14-24 saat	Bulanık
	NPL/Lis 50/50, NPA/Asp 50/50	15-30 dakika	30-180 dakika	14-24 saat	Bulanık
	NPA/Asp 30/70	10-20 dakika	1.6-3.2 saat	14-24 saat	Bulanık
	Deg/Asp 70/30	14-72 dakika	2-3 saat	>24 saat	Berrak

Kaynak: (TEMD, 2019).

2.6.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi diyabetin en değişmez tedavi şeklidir. Zaman içerisinde diyabette beslenmeye olan yaklaşımlar değişim gösterse de, hastalara diyet uygulamak olumsuz bir çağrışım yaptığı için 1994 yılında ADA tarafından diyet yerine tıbbi beslenme teriminin kullanılması uygun görülmüştür. Tıbbi beslenme

diyabetlinin kullandığı insülininden, insülinin türü ve dozundan yaşam tarzına kadar bireysel olarak düzenlenmektedir.

Tedavinin amacı ideal kiloyu koruyarak obeziteyi engellemek, kan şekerini hedef aralıkta tutmak, diyabetin akut ve kronik komplikasyonları engellemektir. Tip 1 diyabetli bireyin enerji ihtiyacı ve besin öğeleri gereksinimi tip 1 diyabeti olmayan bir bireye göre farklı değildir. Tip 1 diyabetlilerde tıbbi beslenme tedavisiyle HbA1C oranında düşüş sağlanmaktadır (Öngün Yılmaz, 2017). HbA1c'deki %1 oranındaki düşüş komplikasyonların gelişiminde %21 azalma sağlamaktadır. Tıbbi beslenme tedavisi glisemik kontrolü sağlar ve komplikasyonları azaltır.

Tıbbi beslenme tedavisi bireye özgü planlanmalı ve karbonhidrat, protein ve yağ içeriği dengelenmelidir. Diyabetli bireylerde günlük enerjinin %45 ya da 55'i karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Günlük tüketilen karbonhidrat kadar alınan karbonhidratın türü de önemlidir. Alınan karbonhidratın kaynağı olarak; tam tahıllar, sebzeler, meyveler, kuru baklagiller, süt ve süt ürünler önerilmektedir. Tıbbi beslenme tedavisi uygulayan tip 1 diyabetlilerin günlük alacağı karbonhidrat miktarı ana ve ara öğüne dengeli bir şekilde dağıtılmalıdır. Diyabetli bireylerin diyabetli olmayan bireylerden daha az veya daha fazla protein almasını destekleyen bir veri bulunmamaktadır. Günlük enerjinin %10-20'sinin proteinlerden gelmesi önerilmektedir (Özelgün, 2017). Aynı zamanda glisemik kontrol ve kardiyovasküler hastalık riskini önlemek amacıyla verilmesi gereken ideal protein miktarının ne olduğu tartışmalı konulardandır. Bu nedenle protein alımının kişinin mevcut yeme düzenine uygun olarak bireyselleştirilmesi gerektiği söylenmektedir. Bazı araştırmalar yüksek protein seviyelerinin daha iyi bir diyabet yönetimi sağladığını göstermektedir. Diyabetik nefropatisi olan bireylerin günlük protein alımının 0.8/kg olması gerektiği ifade edilmektedir (TÜRKDİAB, 2018). Günlük toplam enerjinin %25-35'i yağlardan gelmelidir. Tüketilen yağ miktarı kadar yağın türü de önemlidir. Yüksek miktarda doymuş yağlar kolesterol düzeyinin artmasına ve kardiyovasküler hastalıklara neden olmaktadır. Beslenmede doymamış yağ asitleri içeren besinlere yer verilmelidir (Şahin, 2018). Kardiyovasküler komplikasyonlar sebebiyle doymuş yağ asitleri bireyin gün içerisinde tükettiği enerjinin %7'sinden az ve günlük kolesterol alımı ise 200 mg'dan az olmalıdır (Özelgün, 2017). Literatürde bulunan araştırmalar; çoklu ve tekli doymamış yağ bakımından zengin olan akdeniz tipi

beslenme tarzının hem glisemik olarak kontrolü sağladığını hem de kandaki lipid düzeylerinde iyileşme olduğunu göstermektedir (TÜRKDİAB, 2018).

Tip 1 diyabette postprandiyal kan glikozunu öncelikli olarak etkileyen besin grubu karbonhidrat olması dolayısıyla karbonhidrata odaklanan bir öğün planlaması yapılmaz. Karbonhidrat sayımı, öğün öncesi ve sonrası kan şekeri ölçümünün yapılması sonucu öğün için alınan karbonhidrat ile yapılan insülinin hesaplanması yöntemidir. Karbonhidrat sayımının uygulanması ile tip 1 diyabetli bireylerin HbA1c düzeyinde %1'lik azalma olduğu görülmektedir. Öğünde tüketilen karbonhidratın miktarı ve türü postprandiyal glikoz yanıtının önemli belirleyicilerindendir (İşeri, 2019). Diyabette beslenme tedavisi bireye özgü planlanmalı ve bireyin beslenme alışkanlıkları ve kültürel özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Tıbbi beslenme tedavisi diyetisyen öncülüğünde multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir. Kanıta dayalı beslenme önerileri yapılmalıdır. Tip 1 diyabetli bireylerde karbonhidratın yetersiz alımı olumsuz etki oluşturacağı için diyabetli bireylerin günlük 130 gram karbonhidrat miktarının altına düşmemesi gerekmektedir. Karbonhidrat alımı sağlıklı besinlerden sağlanmalıdır. Özellikle sükröz tüketimi insülin ihtiyacını artıracığından dolayı hiperglisemiye sebep olmaktadır (Şahin, 2018). Sükrözden zengin besinler beslenme planı içerisinde karbonhidrat miktarı düzenlenerek o miktara denk gelen besin yerine kullanılabilir. Eğer başka bir besin yerine tüketilmeyecekse insülin dozu ona göre ayarlanmalıdır. Günlük 30 gram sükröz ve sükröz içeren besinler tüketilebilir. Diyabetli bireylerde posa tüketimi desteklenmelidir, günlük 20-35 gram posa tüketimi önerilmektedir (Dinççağ, 2011).

Tip 1 diyabetli bireylerin postprandiyal glikoz seviyesinin yükselmesinin sebebi öğünde tükettikleri karbonhidrat miktarına bağlıdır. Öğünde alınan karbonhidrat ile yapılan insülin arasında ilişkiyi anlamaları adına diyabetlilere beslenme eğitimi verilmelidir. İnsülin dozunu kendisi ayarlayan tip 1 diyabetlilerin insülin doz ayarını tüketilen karbonhidrat miktarına göre yapmalıdır. Karbonhidrat sayımı yöntemi insülin dozunun öğüne göre ayarlanarak glisemik kontrolün sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Diyabetli bireyler uyguladıkları karbonhidrat sayımı yöntemi ile tükettikleri karbonhidratın kan şekere etkisi öğrenerek öğünlerini planlayabilirler. Aynı zamanda tüketilen besin ve glikoz değeri arasındaki ilişkiyi öğrenerek esnek bir tedavi sağlanır ve dolayısıyla tedaviye uyum artar (Öngün Yılmaz, 2017). Karbonhidrat sayımı glisemik kontrolün sağlanması adına

kilit bir noktadır. Günlük tüketilen karbonhidrat miktarı oranında karbonhidratların glisemik indeks ya da glisemik yük açısından da dikkate alınması kan şekeri kontrolü için fayda sağlamaktadır (Dinççağ, 2011).

Glisemik indeks 50 gram karbonhidrat barındıran test yiyeceğin 2 saat içinde kan şekerindeki artışın ya da eşdeğer miktarda karbonhidrat barındıran yiyeceklerin meydana getirdiği kan şekeri artışı ile karşılaştırması olarak tanımlanmaktadır. Glisemik indeks, alındıktan 2 saat sonra ortaya çıkan glikoz yanıtlarının, standart bir besin olarak kabul edilen ekmeğin gösterdiği yanıtı göre yüzde olarak değerlendirilmesidir. Besinlerde bulunan nişastanın yapısındaki farklılıklar, besinin içeriğindeki posa miktarı, besinin olgunluk düzeyi, besinin sindirim ve emilim düzeyi, besine uygulanan işlemler ve besinin yapısı glisemik indeksi etkileyen faktörler arasındadır. Belirli bir miktardaki özel bir besinin meydana getirdiği insülin ihtiyacı ve glisemik yanıt düzeyi ise glisemik yük olarak tanımlanmaktadır. Glisemik yük, besinin glisemik indeks değerinin yüze bölünmesi ve çıkan sonucun tüketilen karbonhidrat miktarıyla çarpılması sonucu bulunmaktadır (Toptaş Bıyıklı, 2017).

Diyabetli bireyler için günlük sodyum alımının <2300 mg olması gerektiği ifade edilmektedir. Aynı zamanda diyabetli bireylere yeterli ve sağlıklı beslenebildiği sürece vitamin ve mineral takviyesi önerilmemektedir. Diyabetli bireylerin beslenme alışkanlıkları dikkate alınarak gün içerisinde 2-3 ana öğün ve bireye özgü 2-4 ara öğün şeklinde beslenme planı oluşturulabilir.

Diyabetliler için tek bir yeme düzeni yoktur ve beslenme planlanması bireyselleştirilebilir. Her diyabet hastası, kendine özel sağlık çalışanı ile kendine özgü beslenme eğitimine aktif olarak katılmalıdır. Bilgili aynı zamanda deneyimli bir diyetisyen tarafından bireyselleştirilmiş tıbbi beslenme tedavisi düzenlenmelidir. Beslenme planına yaklaşım diyabetli bireyin sağlık durumuna ve tercihlerine göre ayarlanmalıdır. Besin dağılımı, mevcut yeme düzenine ve tercihinin aynı zamanda metabolik hedeflere göre ayarlanmalıdır (TÜRKDİAB, 2018).

2.6.3. Egzersiz

Tip 1 diyabet bireylerde glisemik kontrolün sağlanmasında tıbbi beslenme tedavisi, insülin kullanımı ve egzersiz en temel faktörlerdir. Tip 1 diyabetin yönetiminde ve tedavisinde insülin kullanımı ve tıbbi beslenme tedavisi kadar doğru planlanmış bir egzersiz de tedavi sürecinin temel taşlarından biridir. Yapılan egzersizin

diyabet komplikasyonları açısından geciktirme sağladığı bilinmektedir. Diyabetli bireylerde düzenli egzersiz ideal vücut ağırlığına ulaşmayı, psikososyal zindeliği sağlamak ve kardiyovasküler sağlığı geliştirmek için de önemlidir (Özen ve ark., 2019). Egzersizin şiddetli yapılması durumunda bireyde hipoglisemi gelişebileceği için insülin dozu ve karbonhidrat alımı planlanmalıdır. Aynı zamanda egzersiz sırasında gelişebilecek hipoglisemi riskini önlemek adına egzersizden önce ara öğün yapılmasına dikkat edilmelidir. Egzersizden sonraki 4 ile 18 saat arası hipoglisemi açısından riskli olabileceği için bireyin kan şekeri ölçümlerini yapması ve gereken önlemleri alması gerekmektedir (Şahin, 2018).

2.6.4. Diyabet Eğitimi

Diyabet eğitimi diyabetli bireylerin kan glikoz regülasyonunun sağlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili bir yöntemdir. Diyabetin yönetimi sürekli bakım ve izlem gerektiren bir durumdur. Eğitim, diyabetli ve ailesi açısından bakım ve izlemi kolaylaştırır. Diyabet eğitimin temel amacı diyabetli bireyin diyabete uyumunu kolaylaştırmaktır. Bunun yanında metabolik kontrolü sağlamak, ideal vücut ağırlığına ulaşmak ve diyabetin komplikasyonlarını önlemektir. Diyabet eğitiminin hedefi diyabetli bireye diyabet hastalığının ne olduğunu öğretmek ve diyabetle en iyi nasıl mücadele edeceğini öğrenmesini sağlamaktır. Diyabet eğitimiyle kişinin kendi takibini kendisinin yapmasını ve karşılaştığı sorunlar ile nasıl başa çıkacağı kazandırılmış olur. Dolayısıyla diyabetli kendi diyabetini yönetmeyi ve tedavisini düzenli olarak uygulamayı öğrenmektedir (Bayrak ve ark., 2012). Diyabetli bireye eğitim ile diyabetin ne olduğu, hangi belirtileri meydana getirdiği ve nasıl devam edeceği, doğru tedavinin neler olduğu, eksik tedavide nasıl sorunlar olabileceği ve bu sorunların önüne geçilmesi için neler yapılmalı ve diyabetle baş edebilmenin yolları bireye kazandırılmalıdır. Diyabetli birey egzersiz ve ilaç tedavisi açısından dengeyi iyi kurmalı ve diyabet ekibiyle iletişim halinde olmalıdır. Hangi durumlarda hastane ile iletişime geçmesi gerektiğini bilmelidir. Diyabet eğitiminde önemli olan bireyin evde kendisinin kan şekeri ölçümünü yapabilmesidir (Dinççağ, 2011). Tip 1 diyabetli bireyler, neyi ne zaman yiyeceğini, egzersiz öncesi, esnasında ve egzersiz sonrasında neler yapması gerektiğini, bir gün içerisinde 4-8 defa kan şekerini ölçmeyi, günde 2-5 kez insülin iğnesi yapmayı, hipogliseminin ne olduğunu, belirtileri ve tedavisini,

ayak bakımını, hastalıklar ve özel durumlarda kan şekerini nasıl regüle edebileceğini, ve komplikasyonlardan nasıl korunabileceğini bilmelidirler (TEMD, 2019). Diyabet eğitimi ekip yaklaşımının temelini diyabet eğitimleri oluşturmaktadır. Diyabet ekibinin her bir üyesi beraber çalışarak hastalara özel uzmanlık hizmeti sağlarlar. Diyabet eğitim ekibini; doktor, diyetisyen, diyabet hemşiresi, egzersiz hocası, psikolog ve eczacı oluşturmaktadır. Bu eğitimde diyabetli birey eğitimin merkezinde yer almalıdır. Eğitimler diyabetliye göre ayarlanmalıdır. Diyabet eğitiminin hedefi sadece kişinin bilgisini artırmak olmamalı, diyabeti yaşam tarzı haline getirebilmek için diyabetli bireyi ve ailelerinin çabasını desteklemektir. Diyabetli birey detaylı ve planlı bir diyabet eğitimi aldıktan sonra düzenli olarak kontrol edilmelidir. Diyabet ekibinin danışmanlık ve eğitim hizmetini eksiksiz uygulaması diyabetli bireyin kendini güvende hissetmesini sağlamaktadır. Diyabetli bireyler her ne kadar diyabet eğitimini tamamlamış olsa da yaşamlarının farklı zamanlarında ortaya çıkan ihtiyaçlara yönelik periyodik eğitim güncellemeleri önem taşımaktadır. Diyabet eğitimi bireyselleştirilebilir, diyabetliye ne öğretilmesi gerektiği, nasıl öğretilmesi gerektiği değişkenlik gösterebilir (Bayrak ve ark., 2012).

2.7. Tip 1 Diyabet ve Psikososyal Uyum

Diyabet vücudun birçok sistemini etkileyen ve bireyde ruhsal, duygusal ve sosyal açıdan sorunlara yol açan bir durumdur. Bireyler kronik bir rahatsızlığa sahip olduklarını ve yaşam biçimlerinde yapmaları gereken değişiklikleri kabul etmede zorluk yaşamaktadırlar. Yaşanılan bu zorluk tedaviye uyumu güçleştirmektedir. Diyabet psikososyal bir durum olmasından dolayı bireyleri psikolojik, sosyal ve biyolojik olarak çok yönlü etkilemektedir. Diyabetin komplikasyon gelişimi ve uygulanan tedavi diyabetli bireyde sıkıntı, gelecek kaygısı, kendi kendine yetebilme becerisini kaybetme korkusu ve başkalarına bağımlı olacağı endişesi oluşturmaktadır (Bahar ve ark., 2017). Kronik hastalıkların tümünde olduğu gibi diyabette de bireyin yeni durumuna alışması gerekmektedir. Alışma süreci, bireyin diyabetin getirdiği sorunlara yönelik homeostatik dengenin tekrar sağlanabilmesi için yeni davranış modellerini oluşturmaktadır. Diyabetli bireylerde psikolojik uyum süreci diyabetlinin metabolik kontrolüne, psikolojik özelliklerine ve aile ilişkisine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Küçükdağ, 2020). Diyabetli bireyde karşılaşılabilecek uyum sorunları diyabet ve komplikasyonlarının günlük yaşamda getirdiği zorluklar,

yaşamındaki değişime yönelik uyum sorunlarının oluşması, tedavi yöntemleri ve gelecek hakkındaki belirsizliklere bağlı olarak anksiyete oluşumu, hastalığı kabul etmeme, yaşam biçiminin kısıtlanması olarak ifade edilmektedir (Gen, 2019). Diyabetli bireylerin hastalığıyla baş etme ve hastalığına uyumda aile ve çevre desteği önemli etkindir. Özellikle tanı anında ve diyabet problemlerinin ortaya çıktığı dönemde sosyal anlamda desteğe ihtiyaç artmaktadır. Çatışmaların az olduğu, ilişkilerin dengede olduğu, iş birliği içinde olunan ailelerde diyabetli bireyin hastalığa uyumu kolay olmaktadır. Ailenin aşırı koruyucu, aşırı kontrolcü, fazla endişeli ve müdahaleci olduğu durumlarda hastalığa uyum bozulmaktadır (Kaymaz ve ark., 2016). Kişi için yeni bir yaşam deneyimi olan diyabet hastalığı, fizikselin ötesinde bir durumdur. Bireyde fizyolojik değişiklikler oluştururken aynı zamanda duygusal, sosyal ve cinsel alanda çatışmalara da sebep olmaktadır ve bu sorunlar diyabetli bireyde ruhsal denge ve hastalığa uyumda farklılaşmaları meydana getirmektedir. Bireyde oluşan stres, depresyon ve sosyal destek kaybı diyabetle yaşamayı olumsuz etkilemektedir (Çelik ve ark., 2015). Tanı konulan tip 1 diyabetli bireylerin ve birey yakınlarının psikososyal yönden değerlendirilmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi ve diyabetlinin hastalığa uyumunun en kısa zamanda sağlanması gerekmektedir. Hastalığı kabullenme ve uyum gösterme uzun bir süreçtir (Altundağ, 2017). Diyabet yönetiminde tanı alınan yaş ve diyabet yaşı psikososyal uyum üzerine etkili bir faktördür. Erken yaşlarda diyabet tanısı alan bireylerde diyetine uyma ve insülin tedavisinde zorluklar yaşanırken, ilerleyen yaşlarda diyabetin yönetimi daha kolay olmaktadır. Bu nedenle psikososyal uyum artmaktadır. Diyabetli bireyin insülin kullanımı iş bulmada ve işin devamlılığının sağlanmasında sorunlar oluşturabilmektedir. Sosyal ortamlarda diyabetlinin yaşadığı ayrımcılık korkusu hastalığı saklamasına sebep olabilmektedir (Gen, 2019). Diyabetli bireyler bütüncül olarak değerlendirilmeli ve bireyin metabolik kontrolünün yanı sıra psikiyatrik destek de sağlanmalıdır. Fiziksel ve ruhsal tedavi eş zamanlı sağlanmalıdır. Tıbbi tedavinin yanında bilgilendirme ve eğitim oldukça önemlidir. Diyabetli bireye eğitim verenler psikolojik süreçlerin diyabete etkisini, diyabetli bireyin yaşayabileceği duygusal ve ruhsal durumları, psikososyal durumlara yönelik önlemleri bilmeli ve psikososyal sorunlar oluştuğunda diyabetli bireye uygun olan bakımı verebilmelidir. Diyabetli bireye karşı gerçekçi ve akılcı tutum oldukça önemlidir. Diyabetli bireye açık olunmalı ve duygularını ifade etmesinde yardımcı

olunmalıdır. Bireye doğru bilginin verilmesi hastalığı doğru anlamasında önemlidir. Diyabetli bireylere bütüncül olarak yaklaşım sağlanmalı ve metabolik kontrolün yanı sıra psikiyatrik destek sağlanmalıdır. Diyabetlinin yaşadığı psikososyal sorunlara yönelik diyabetlinin hastalığını kendi kendine yönetmesini sağlamak, kendine bakım davranışları ve benlik saygısını yükseltmek adına yardımcı olmak, sorun çözme ve kan şekeri düzeyini etkileyebilecek faktörlerle başa çıkma yöntemlerini geliştirmek temel hedeflerden olmalıdır (Küçük, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada, tip 1 diyabet hastalığı bulunan yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri ile psikososyal uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın bu temel amacına uygun olarak;

- 1) Tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri nedir?
- 2) Tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri cinsiyet ve medeni hal değişkenlerine göre farklılık var mıdır?
- 3) Tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri yaş, kilo, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve hastalığı tanı yılı değişkenlerine göre farklılık göstermekte midir?
- 4) Tip 1 diyabetli yetişkinlerin psikososyal uyum düzeyleri nedir?
- 5) Tip 1 diyabetli yetişkinlerin psikososyal uyum düzeyleri cinsiyet ve medeni hal değişkenlerine göre farklılık var mıdır?
- 6) Tip 1 diyabetli yetişkinlerin psikososyal uyum düzeyleri yaş, kilo, boy, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve hastalığı tanı yılı değişkenlerine göre farklılık göstermekte midir?
- 7) Tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri ile psikososyal uyumları arasında ilişkinin yönü ve düzeyi nedir? Sorularına yanıt aranmıştır.

Araştırmaya katılabilmek için;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18-60 yaş aralığında olmak
- En az 1 yıldır diyabet tanısı almış olmak
- Yoğun insülin tedavisi alıyor olmak, kriterlerine sahip olunmalıdır.

Araştırmaya dahil olmama kriterleri;

- Hekim tarafından tespit edilmiş psikiyatrik hastalığı olması
- Türkçe iletişim kuramıyor olmak

3.2. Araştırma Sürecinin Belirlenmesi

3.2.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modelinde yapılmıştır. İlişkisel tarama modeli, en az iki değişken arasında birlikte değişimin olup olmadığını ve değişim varsa derecesini belirlemektedir (Karasar, 2009). Yapılan bu çalışmaya Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay verilmiştir.

3.2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni İstanbul'daki tip 1 diyabetli bireylerden oluşmaktadır. Örneklem yöntemi, basit tesadüfî örneklem yönteminin içine giren gelişigüzel örneklem seçimi esasına dayanmaktadır. Gelişigüzel örneklem seçimi, araştırmacının örneklemini hiçbir ölçüt kullanmadan seçmesinden oluşacaktır. Örneklem büyüklüğünü saptamak için kullanılan formül ise (Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2004):

$$n = \frac{P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{d^2}$$

N: Evrendeki kişi, n: Örneklemde bulunması gereken kişi sayısı

P: Evrendeki X'in gözlenme oranı, Q (1-P): X'in gözlenmeme oranı

Z_a : a= 0.05, 0.01, 0.001 için 1.96, 2.58 ve 3.28 değerleri

d= Örneklem hatası

s= Evren standart sapması

t, sd = sd serbestlik dereceli t dağılımı kritik değerleridir (sd=n-1). t, sd kritik değerleri

sd= n-1 → 5000 olduğunda Z_a değerlerine eşit alınabilir.

Araştırmanın doğruluğunu ve güvenilirliğini sağlamak için evren sayısı belirlenirken, 2015-2020 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verileri baz alınmıştır. Bu verilerde İstanbul'da 2000 kişi yetişkin tip 1 diyabetli olduğu görülmüştür (Türkiye Diyabet Programı, 2020).

Tablo 3. 1. Evren Örneklem Seçimi Tablosu

Evren Büyükliği	+-0.05 örnekleme hatası(d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q= 0.2	p=0.3 q=0.7
100	80	71	77
500	217	165	196
750	254	185	226
1000	278	198	244
2500	333	224	286
5000	357	234	303
10000	370	240	313
25000	378	244	319
50000	381	245	321
100000	383	245	322
1000000	384	246	323
100 milyon	384	245	323

Örneklem sayısı belirlenirken Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) örneklem hesaplama tablosu kullanılarak 300 kişi olması gerektiği gözlemlenmiştir. Bu çalışmanın örnekleme %95 güven aralığı 0.05 hata payı ile 300 katılımcıdan alınacak verilerin yeterli olacağına karar verilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

3.3.1. Veri Toplama Gereçleri

Veri Toplama Gereçleri: Çalışma verileri araştırmacı tarafından bireylere uygulanan bir anket Demografik Bilgi Formu (Ek-2), Hastalığı Kabul Ölçeği (Acceptance Of Illnes Scale) (Ek-3) ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) (Ek-4) aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmacı tarafından bireylere uygulanan anket formunda sosyo-demografik bilgiler, hastalığı kabul düzeylerini ve psikososyal uyumlarını belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Hastalığı kabul düzeyi ölçeği; hastaların sahip oldukları hastalığı kabul derecesinin ölçülmesinde kullanılır. Ölçek sekiz maddeden ve her bir madde beş puandan oluşturmaktadır. Ölçekte puanlaması, en düşük 8, en yüksek 40 puan aralığındadır. Likert tipi olan ölçek 5 puanlı katılma / katılmama durumuna göre oranlanır. Ölçekte tanımlanan ifadeler katılma durumu (puan 1) düşük puan ile değerlendirilir ve kabulün eksikliği anlamına gelir ve hastalığa kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ifade eder. Tanımlanan ifadeler katılmama durumu ise (puan 5) yüksek puanla değerlendirilir ve yüksek puan hastalık durumunu kabulün kanıtıdır ve hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını, hastalığı kabulün varlığını ifade eder (Büyükkaya, 2009). Ölçeğin güvenirliği için Cronbach Alpa katsayılarına bakılmış .81 olarak bulunmuştur. Elde edilen araştırma sonuçlarına göre güvenirliği ve geçerliği ortaya konmuştur (Ömeroğlu ve ark., 2014).

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği; kişinin diğer insanlarla ve sosyokültürel çevresinde var olan etmenlerle karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR ölçeği 40 madde ve 6 alandan oluşur. Bu alanlar; Sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre şeklindedir. Her bir madde 0 ile 3 arasında değişen bir ölçüt üzerinden puanlanır. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar "kötü psikososyal uyumu" gösterir (Erşan, 2013). Ölçeğin güvenirliği için Cronbach Alpa katsayılarına bakılmış; 0.93 olarak bulunmuştur. Elde edilen araştırma sonuçlarına göre güvenirliği ve geçerliği ortaya konmuştur (Ömeroğlu ve ark., 2014).

3.3.2. Verilerin Toplanması

Çalışmada veriler araştırmacı tarafından anket uygulanacak kişilere gerekli açıklamaların yapılması doğrultusunda online platformlardan uygulanmıştır. Ölçekleri uygulayan bireylerin tarafsız bir şekilde doldurmaları istenmiştir.

3.3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veri seti SPSS-22.0 paket programı değerlendirilmiştir. Ölçeklerden alınan puan dağılımları katılımcıların demografik özelliklerine göre ve ölçekler arasındaki ilişkiye bakmadan önce puan dağılımlar için normalilik testleri yapılmıştır. Ölçekten alınan veriler ölçek geneli ve alt faktörlerine ait puanların normal dağılım varsayımına bakılması için Kolmogorov-Smirnov Z

testi ile bakılmasına karar verilmiştir. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların Kolmogorov-Smirnov testine göre bağımsız değişkenlere ait grupların en az birinde anlamlılık kat sayısının 0.05'ten büyük olduğu belirlenmiştir. Bu analizden hareketle dağılımın bağımsız değişkene ait her bir grupta normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmaktadır. Ancak Kolmogorov-Smirnov testi parametrik olmayan bir yöntem olup örneklem dağılımı ile birim normal dağılımı karşılaştırır ve örneklem dağılımının normal olup olmadığı hakkında hipotez testine dayalı olarak bilgi verir (Baykul ve ark., 2014). Bu bağlamda normallik varsayımına karar verilmesi için çarpıklık ve basıklık gibi verinin kendisini doğrudan yansıtan istatistikleri de dikkate almak gerekir. Çalışma verilerinden; çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olduğu belirlenmiştir. Normallik varsayımının bir ölçüsü olarak çarpıklık ve basıklık katsayılarının -1.5 ile +1.5 aralığında olmasının kabul edilebileceği ifade edilmektedir (Morgan ve ark., 2004). Test varyanslarının homojenliği için Levene homojenlik testine ait dağılım incelendiğinde Levene İstatistiği $p > 0.05$ 'e göre puan dağılımına ait test varyanslarının homojen dağıldığı ve homojenlik varsayımının sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

İki örneklemin (grup) birbirinden bağımsız olması, bağımlı değişkenlerin aralık veya oran ölçek düzeyinde ölçülmüş olması, normallik ve homojenlik varsayımlarının sağlanması parametrik test varsayımlarını karşılamaktadır. Bu sonuçlardan hareketle çalışma verilerinin homojenlik varsayımının sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (Köklü ve ark., 2007).

4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Katılımcıların Demografik Değişkenlerine Göre Frekans ve Yüzdeleri

Değişkenler	Kategoriler	F	%
Cinsiyet	Kadın	233	77,7
	Erkek	67	22,3
Yaş	18-25	39	13,0
	26-30	90	30,0
	31-35	67	22,3
	36-40	37	12,3
	40+	67	22,3
	46-55kg	76	25,3
	56-65kg	89	29,7
Kilo	66-75kg	82	27,3
	75-86kg	31	10,3
	87+kg	22	7,3
	165-175cm	30	10,0
	176-185cm	175	58,3
Boy	186+cm	95	31,7
	Normal	130	55,7
	Hafif Şişman	65	27,8
BKİ	Obez	38	12,6
	Normal	33	50,7
	Hafif Şişman	28	43
	Obez	6	9
	Normal	163	54,3
	Hafif Şişman	93	31
	Obez	44	14,6
	Bekar	169	56,3
	Evli	131	43,7
Eğitim durumu	Önlisans ve Öncesi	64	21,3
	Lisans	202	67,3
	Y.Lisans/Doktora	34	11,3
Bir işte çalışma	Evet	138	46,0
	Hayır	162	54,0
Gelir düzeyi	2500Tl ve altı	100	33,3
	2501-5000tl	125	41,7
	5001tl ve üstü	75	25,0
Toplam		300	100

Çizelge 4.1 incelendiğinde katılımcıların; %77.7'si kadın, %30'u 26-30 yaş, %29.7'si 56-65 kg, %58.3'ü 176-185 cm, %54.3'ü BKİ indeksi açısından normal kategoridedir. Katılımcıların; %56.3'ü bekar, %67.3'ü lisans mezunu, %54'ü bir işte çalışmıyor ve %41.7'sinin gelir düzeyi 2501-5000TL arasındadır.

Çizelge 4.2. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeyine Ait Betimsel İstatistik Sonuçları

	n	Minimum Değer	Maksimum Değer	X	SS
Hastalığı Kabul Ölçeği	300	8,00	40,00	28,38	7,24

Çizelge 4.2 incelendiğinde katılımcıların hastalığı kabul düzeylerine ait minimum değer 8, maksimum değer 40 olduğu ve katılımcıların puan ortalamalarına bakıldığında $X=28.38$ ($SS=7.24$) ortalama ile maksimum değere yakın olduğu dolayısıyla ortalama değerin yüksek olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeylerinin Cinsiyet ve Medeni Hal Değişkenine Göre İncelenmesi

Değişkenler		n	X	S	t	p	
Hastalığı Kabul Ölçeği	Cinsiyet	Kadın	233	28,52	18,95	1,81	0,62
		Erkek	67	28,04	16,34		
	Medeni Hal	Evli	169	25,88	6,76	4,44	0,94
			Bekar	131	27,41		

P=0.005 düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 4.3 incelendiğinde katılımcıların cinsiyet ve medeni hallerine göre hastalığı kabul düzeyleri arasında ($p>0.005$) anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.4. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları

Değişkenler		n	X	S	F	P	Post Hoc (Tukey)	
Hastalığı Kabul Ölçeği	Yaş	18-25 yaş	39	30,64	5,91	4,45	0,00*	5>1 3>2
		26-30 yaş	90	29,41	6,40			
		31-35 yaş	67	29,85	5,46			
		36-40 yaş	37	29,32	5,95			
		40+ yaş	67	23,68	9,13			
Kategoriler; 18-25 yaş=1, 26-30 yaş=2, 31-35 yaş=3, 36-40 yaş=4, 40+yaş=5.								
Hastalığı Kabul Ölçeği	Kilo	46-55 kg	76	29,56	8,72	3,35	0,54	
		56-65 kg	89	26,58	6,76			
		66-75kg	82	28,41	6,87			
		76-85kg	31	29,96	5,08			
		85+kg	22	29,26	6,43			
Hastalığı Kabul Ölçeği	Eğitim Düzeyi	Ön Lisans ve Öncesi	64	24,93	9,14	10,01	0,00*	2>1 3>1
		Lisans	202	29,17	6,22			
		Yüksek Lisans/ Doktora	34	30,14	7,08			
Kategoriler; Ön Lisans ve Öncesi =1, Lisans =2, Yüksek Lisans/ Doktora =3.								
Hastalığı Kabul Ölçeği	Gelir Düzeyi	2500Tl ve altı	100	28,05	7,56	6,17	0,02*	3>2
		2501-5000tl	125	27,19	7,91			
		5001tl ve üstü	75	30,80	4,68			
Kategoriler: 2500Tl ve altı = 1; 2501 Tl-5000Tl =2; 5001Tl ve üstü =3								
Hastalığı Kabul Ölçeği	Hastalığı Tanı Yılı	2000 yılı ve öncesi	13	21,61	7,86	6,42	0,79	
		2001-2010arası	112	28,93	6,77			
		2011 ve sonrası	175	28,52	7,28			

P=0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 4.4 incelendiğinde katılımcıların yaşa göre hastalığı kabul düzeyleri arasında ($f=4.45$, $p=0.00$) anlamlı fark olduğu görülmektedir. Anlamlı farkın hangi grup lehine olduğunu anlamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmış ve 40+ yaş ve 18-25 yaş arasında, 31-35 yaş ile 26-30 yaş arasında yaşça büyük olan grup lehine anlamlı fark tespit edilmiştir. Katılımcıların kiloya göre hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde ($f(300)=3.35$ $p > 0.005$) anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.4’de katılımcıların eğitim düzeylerine göre hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde ($f(300)=10.01$ $p=0.00$) anlamlı fark olduğu görülmektedir. Anlamlı farkın hangi grup lehine olduğunu anlamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmış ve lisans mezunları ile ön lisans ve öncesi; yüksek lisans/doktora mezunları ile ön lisans ve öncesi mezunu gruplar arasında eğitim düzeyi yüksek olan gruplar lehine anlamlı fark tespit edilmiştir. Katılımcıların gelir düzeylerine göre hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde ($f(300)=6.17$ $p=0.02$) anlamlı fark olduğu görülmektedir. Anlamlı farkın hangi grup lehine olduğunu anlamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmış ve 5001Tl ve üstü ile 2501-5000Tl arasında gelire sahip gruplar arasında 5001Tl ve üstü geliri olan grup lehine anlamlı fark tespit edilmiştir. Katılımcıların hastalığı tanı yılına göre hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde ($f(300)=6.42$ $p>0.005$) anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.5. Katılımcıların Psikososyal Uyum Ölçeğine Ait İstatistik Sonuçları

	N	Minimum Değer	Maksimum Değer	X	SS
Psikososyal Uyum Ölçeği	300	0	120	28,42	18,37

Çizelge 4.5 incelendiğinde katılımcıların psikososyal uyum düzeylerine ait minimum değer 0, maksimum değer 120 olduğu ve katılımcıların puan ortalamalarına bakıldığında $X=28.42$ ($SS=18.37$) ortalama ile minimum değere yakın olduğu dolayısıyla katılımcıların psikososyal uyum düzeylerinin yüksek değerin yüksek olduğu söylenebilir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların Psikososyal Uyum Düzeylerinin Cinsiyet ve Medeni Hallerine Göre İncelenmesi

Değişkenler		n	X	S	t	sd	p	
Psikososyal Uyum Ölçeği	Cinsiyet	Kadın	233	29,52	18,95	0,17	3,1	0,89
		Erkek	67	27,04	16,34			
	Medeni Hal	Evli	169	23,63	4,12	1,04	0,54	0,64
		Bekar	131	21,01	1,74			

$P < 0.005$ düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 4.6 incelendiğinde katılımcıların cinsiyet ve medeni hallerine göre psikososyal uyum düzeyleri arasında ($p > 0.005$) anlamlı fark olmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.7. Katılımcıların Psikososyal Uyum Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin ANOVA Sonuçları

		Değişkenler	n	X	S	F	P	Post Hoc (Tukey)
Psikososyal Uyum Ölçeği	Yaş	18-25 yaş	39	30,64	5,91	4,45	0,78	
		26-30 yaş	90	29,41	6,40			
		31-35 yaş	67	29,85	5,46			
		36-40 yaş	37	29,32	5,95			
		40+ yaş	67	23,68	9,13			
	Kilo	46-55 kg	76	25,26	19,23	3,41	0,33	
		56-65 kg	89	34,21	19,38			
		66-75kg	82	27,04	17,20			
		76-85kg	31	29,96	5,08			
		85+kg	22	29,26	6,43			
	Boy	165-175cm	30	30,10	16,49	1,43	0,10	
		176-185cm	175	29,56	20,05			
		186+cm	95	25,78	15,33			
	Eğitim Düzeyi	Ön Lisans ve Öncesi	64	36,84	19,77	9,16	0,70	
		Lisans	202	26,40	16,68			
		Yüksek Lisans/ Doktora	34	24,55	21,00			
	Gelir Düzeyi	2500Tl ve altı	100	29,59	22,16	5,01	0,00*	2>1
		2501-5000tl	125	31,28	17,93			
		5001tl ve üstü	75	22,08	10,58			
Kategoriler; 2500Tl ve altı =1; 2501-5000Tl =2; 5001Tl ve üstü =3								
Psikososyal Uyum Ölçeği	Hastalığı Tanı Yılı	2000 yılı ve öncesi	13	42,53	15,14	4,10	0,71	
		2001- 2010arası	112	28,00	16,10			
		2011 ve sonrası	175	27,64	19,58			

*P < 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 4.7’ de katılımcıların psikososyal uyum düzeyleri yaş, kilo, boy, eğitim düzeyi, hastalığı tanı yılı değişkenlerine göre incelendiğinde ($p > 0.005$) anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Katılımcıların gelir düzeylerine göre psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde ($f(300)=5.01$ $p = 0.00$) anlamlı fark olduğu görülmektedir. Anlamlı farkın hangi grup lehine olduğunu anlamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmış ve 2501-5000Tl arasında gelire sahip grup ile 2500Tl ve altı gelire sahip grup arasında 2501-5000Tl arasında gelire sahip grup lehine anlamlı fark tespit edilmiştir.

Çizelge 4. 8. Katılımcıların Hastalığı Kabul Düzeyleri İle Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		Psikososyal Uyum Ölçeği
Hastalığı Kabul Ölçeği	R	0,73*
	P	0,00*

* $p < 0.05$ **Korelasyon Aralıkları: 0,00-0,30=Düşük; 0,30-0,70=Orta; 0,70-1,00=Yüksek (Karasar, 2008).

Çizelge 4.8 incelendiğinde yetişkin tip 1 diyabetliler hastalığı kabul ölçeği ile psikososyal uyum ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif, yüksek ilişki olduğu görülmektedir ($p = 0.00 < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Tip 1 diyabet insülin eksikliğine bağlı olarak gelişen endokrin ve metabolik bozukluklardandır (Şahin, 2018). Organların tümünü ve bütün sistemi etkileyen tip 1 diyabet, kandaki şeker düzeyinin yükselmesi ile kendini gösterir (Ünlüsoy, 2009). Yaşam boyu süren tip 1 diyabet bireyi her yönden etkileyen, tedavi ve bakım için birçok disiplin gerektiren bir durum olması dolayısıyla bireyin fiziksel ve psikososyal yönden ele alınması gerekmektedir (Akgün, 2015). Kronik bir hastalık olan diyabet, hem birey için hem ailesi için yaşam biçimi değişikliklerine sebep olması dolayısıyla hastalığa olan uyumu daha zor kılmaktadır (Altundağ, 2017). Bu çalışma tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyi ile psikososyal uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma kapsamına alınan katılımcıların %77,7'sinin kadın %22,3'ünün erkek olduğu ve aynı zamanda %56,3'ünün bekar, %43,7'sinin evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların %29,7'sinin 56-65 kg arasında olduğu, %58,3'ünün boy uzunluğunun 176-185 cm olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğunun lisans mezunu olduğu ve %54 ile çoğunun bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Katılımcılardan %41,7'sinin gelir düzeyi 2501-5000 tl arasında olduğu bulunmuştur. Bu çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile hastalığı kabul düzeyi ve psikososyal uyum düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışmamızdaki katılımcıların hastalığı kabul düzeyine bakıldığında (Çizelge 4.2) minimum değerin 8, maksimum değerin 40 olduğu görülmüştür ve katılımcıların puan ortalamaları $X = 28,38$ ortalama ile hastalığı kabul düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Şireci ve ark. (2017) yaptığı çalışmada katılımcıların hastalığı kabul düzeyi puanını 27,82 olarak, Mustafaova (2015) yaptığı çalışmada 27,52 olarak, Döner (2019) diyabetik ayağı olan bireyler ile yaptığı çalışmada 22,79 olarak bulmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara baktığımızda Uchmanowicz ve ark. (2016) KOAH'lı hastalar ile yaptığı çalışmada hastalığı kabul puanını 20,60 olarak, Van Damme-Ostapowicz ve ark. (2014) sıtmal hastalar ile yaptığı çalışmada ise hastalığı kabul puanını 12 olarak bulmuştur. Çalışmamızdaki katılımcıların hastalığı

kabul düzeyi puanı literatür ile uyum göstermekle birlikte farklı sonuçların olmasının nedeni çalışmaya katılan bireylerin sosyal çevrelerinin ve hastalık özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ve medeni hal ilişkisine bakıldığında (Çizelge 4.3) anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde çalışmamızda bulduğumuz bulguya benzer bulgulara rastlanmaktadır. Şireci ve ark. (2017) tip 2 diyabetli hastalar ile yürüttüğü çalışmada hastalığı kabul düzeyi ile medeni hal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir. Şahin (2018) ve Mustafafova (2015)' da yaptıkları çalışmalarda hastalığı kabul düzeyi ile medeni hal arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını ifade etmişlerdir. Döner (2019) yaptığı çalışmada da literatür ile benzer sonuçlar bulmuştur fakat Çelik ve ark. (2015) araştırmasında, evli kadınların ve eğitim düzeyi düşük olan diyabet hastalarının hem hastalığa uyumunun hem de stresle mücadele etme yaklaşımlarının daha düşük olduğunu bulmuştur. Çalışmamızın sonucu literatür ile uyum sağlamaktadır.

Çalışmamızda hastalığı kabul düzeyi ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında (Çizelge 4.3) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmanın bulgusuna benzer olarak Mustafafova (2015) araştırmasında hastalığı kabul düzeyi ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını bulmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdaki sonuçtan farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Şireci ve ark. (2017) yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlara göre hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Şahin (2018) yaptığı çalışmada benzer sonuca varmış ve erkeklerin hastalığı kabul düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu söylemiştir. Literatürde farklı alanlarda yapılan çalışmalara bakıldığında; Nowicki ve ark. (2015)'nın rektal kanser hastaların cerrahi müdahale sonrası hastalığı kabullenme ve yaşam memnuniyetini incelediği çalışmada ise erkeklerin hastalığı kabul düzeyinin kadınlardan yüksek olduğunu söylemiştir. Czerw ve ark. (2016)'nın kanser hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ise hastalığı kabul düzeyi ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını söylemiştir. Çalışmamızdaki sonucun literatür ile uyuşmamasının sebebi çalışmaya katılan katılımcıların çoğunluğunun kadın olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Literatürde cinsiyet ve hastalığı kabul ilişkisine dair bulunan sonuçlar değişiklik göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ve yaş ilişkisine bakıldığında (Çizelge 4.4) anlamlı bir fark olduğu ($p=0.00$) görülmüştür. 40 yaş üzeri ve 31-35 yaş arasındaki kişilerin hastalığı kabullenme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Rogon ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ise hastalığı kabul düzeyinin cinsiyete bağlı olmadığını fakat yaşa bağlı olduğunu söylemiştir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde Şireci ve ark. (2017), Şahin (2018), Mustafafova (2015) yaptıkları çalışmalarda hastalığı kabul düzeyini yaş değişkeni açısından incelediğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ifade etmişlerdir. Döner (2019) yaptığı çalışmada 51-60 yaş arasındaki bireylerin hastalığı kabul düzeyinin ileri yaşlara göre yüksek olduğunu ve 51-60 yaş arasındaki bireylerin hastalıklarını daha iyi kabul ederken 70 yaş ve sonrasındaki bireylerin hastalığı kabul düzeyi puanının daha düşük olduğunu söylemiştir. Çalışmamızın bu bulgusunu destekleyen çalışmalar olduğu gibi desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur. Yaş ilerledikçe fiziksel olarak zorlanma ve duygusal olarak yıpranmadan dolayı hastalığı kabul düzeyinin etkilenebileceğini ifade edebiliriz. Aynı zamanda genç yaşta sahip olunan hastalığın genç bireye yaşattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal engelden dolayı hastalığı kabul düzeyinin düşük olabileceğini de ifade edebiliriz.

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların eğitim düzeylerine göre hastalığı kabul düzeylerine bakıldığında (Çizelge 4.4) anlamlı fark ($p=0.00$) görülmektedir. Eğitim seviyesi yüksek lisans/doktora olanların ön lisans ve öncesi olan kişilere göre hastalığı kabul düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Şireci ve ark. (2017) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ve hastalığı kabul düzeyi arasındaki anlamlı farkı ($p<0.05$) ifade etmiştir ve eğitim düzeyi üniversite/yüksek lisans olanların eğitim düzeyi okur yazar, ilkökul, ortaokul ve lise olanlara göre hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğunu söylemiştir. Taşkın Yılmaz ve ark. (2019) yaptığı araştırmada 36 ile 64 yaş arasında olan, erkek, ilkökul ve lise eğitim düzeyine sahip ve başka bir kronik rahatsızlığı olmayan bireylerin hastalığı kabullerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Taşkın Yılmaz ve ark. (2019) yaptığı bu çalışmada bireylerin medeni halinin, çalışma durumunun, kiminle yaşadığının, hastalığın süresi ve hastalık hakkında eğitim alma gibi değişkenleri incelemiş ve bu değişkenlerin hastalığı kabul düzeyini etkilemediğini bulmuştur. Aktürk ve ark. (2018) yaptığı çalışmada 36 ile 50 yaş arasında bulunan, üniversite eğitime sahip, harici bir kronik hastalığı bulunmayan ve 0 ile 4 yıl arasında diyabeti olan bireylerin hastalığı kabul düzeyinin

daha yüksek olduğunu bulmuştur. Şahin (2018) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi üniversite, lise ve ilköğretim olan katılımcıların hastalığı kabul düzeyinin okur yazar olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Nowicki ve ark. (2015)'nın meme kanserli kadınlar ile yaptığı bir çalışmada ise üniversite mezunu olanların hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Çalışmamızdaki sonucun literatür ile uyum gösterdiğini ifade edebiliriz. Bu uyumun çalışmamızdaki katılımcıların çoğunluğun eğitim düzeyinin lisans olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalığı daha iyi tanıdığını ve daha iyi tanıdığı için de daha iyi bir yönetim sağlayabileceğinden dolayı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade edebiliriz.

Çalışmamızda gelir düzeyi ve hastalığı kabul düzeyleri incelendiğinde (Çizelge 4.4) anlamlı bir fark olduğu ($p=0.02$) görülmüştür. 5001 tl ve üzeri geliri olanların hastalığı kabul düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Özcan (1999) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin gelir düzeyi ile diyabet bakımları arasında yakın ilişki olduğunu tespit etmiştir. Ustaalioğlu ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların maddi durumları ile diyabet tutumu arasında anlamlı bir fark olmadığını ifade etmiştir. Şahin (2018) yaptığı çalışmada hastalığı kabul düzeyinin gelir düzeyi değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ifade ettiğini söylemiştir. Geliri giderine eşit veya fazla olan grubun hastalığı kabul düzeyi geliri giderinden az olan gruba göre yüksek bulunmuştur. İlaslan ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada diyabetli bireylerin gelir durumunun iyi olması hastalığı kabulü olumlu yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Diyabetin maddi olarak bireylere yük oluşturması sebebiyle gelir düzeyi yüksek olan bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olabileceğini söyleyebiliriz. Çalışmamızın bu sonucu literatürdeki bazı çalışmalar ile uyum göstermektedir.

Katılımcıların hastalığın tanı yılı ile hastalığı kabul düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 4.4) anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Şireci ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada katılımcıların hastalığı tanı yılı ile hastalığı kabul düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğunu ($p<0.05$) bulmuştur. Hastalık tanısı 3 ile 5 yıl olan bireylerin hastalığı kabul düzeyinin tanı yılı 0-2 yıl, 6-8 yıl ve 9 ve üzeri yıl olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Şahin (2018) yaptığı çalışmada hastalığı kabul düzeyi ve diyabet tanı yılı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur. Diyabet tanı yılı 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların hastalığı

kabul düzeyi diyabet tanı yılı 0-10 yıl olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Mustafaova (2015)'nin yaptığı çalışmada katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ile diyabet tanı yılı arasındaki ilişki incelendiğinde diyabet tanı yılı 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların hastalığı kabul düzeylerinin daha düşük olduğunu bulmuştur. Besen (2009) yaptığı çalışmada ise yeni tanı alan diyabetlilerin hastalığı kabul düzeyinin daha düşük olduğunu ifade etmiştir. Demirtaş ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada hastalığın tanı yılı 10 yıl ile 10 yıldan fazla diyabet olanların hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızın bu sonucunun literatürdeki bazı çalışmalar ile uyum gösterdiğini söyleyebiliriz. Diyabetle yaşama süresi arttıkça diyabete alışma durumunun iyileşeceğini ve daha da kabul edilebileceğini ifade edebiliriz.

Bu çalışmada çalışma kapsamına alınan katılımcıların psikososyal uyum düzeyine bakıldığında (Çizelge 4.5) uyumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Türten Kaymaz ve ark. (2016)'nin yaptığı çalışmada iyi uyum sağlayan %34,4 orta uyum sağlayan %29,5 ve kötü uyum sağlayan %36,1 olarak bulmuşlardır. Çelik ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada katılımcıların hastalığa kötü uyum sağladıkları ve katılımcılardan çoğunun kötü kontrolü olduğunu bulmuştur. Talaz (2007) yaptığı çalışmada diyabetik ayağı olan bireylerin psikososyal uyumlarının diyabetik ayağı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Çam ve ark. (2009)'nin meme kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada katılımcıların psikososyal uyumlarının %33'ünün kötü, %40,7'sinin orta, %26,3'ünün iyi olduğunu bulmuştur. Türkmen ve ark. (2012) miyokard enfarktüsü yaşamış kişilerle eğitimin psikososyal uyum üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında deney grubuna psikososyal uyum düzeyinin eğitim öncesinde %21,4'ünün iyi uyum seviyesinde olduğunu, eğitim sonrasında %67,8'inin iyi uyum seviyesinde olduğunu bulmuştur. Kontrol grubu hastalarının psikososyal uyum düzeyinin eğitim öncesinde %21,4'ünün iyi uyum seviyesinde olduğunu, eğitim sonrasında da %21,4'ünün iyi uyum seviyesinde olduğunu ifade etmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası kontrol grubu hastaları farklılık göstermemiştir fakat hastaların eğitim öncesi ve sonrasında hastalığa olan psikososyal uyumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptamıştır.

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların medeni hal durumuna göre psikososyal uyum düzeyine bakıldığında (Çizelge 4.6) anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Çelik ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada evli ve düşük eğitilmiş

kadınların psikolojik distres puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Gündüz (2014)'ün yaptığı çalışmada medeni hal ve psikososyal uyum ilişkisine bakıldığında bekar olanların psikososyal uyumunun daha kötü olduğunu bulmuştur. Adaylar (1995)'in kronik hastalığı olan bireyler ile yaptığı çalışmada evli olan bireylerin psikososyal uyumunun bekarlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Talaz (2007) psikososyal uyumun medeni hal değişkenine göre ilişkisini incelediği çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ifade etmiştir. Çam ve ark. (2009)'nın meme kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada psikososyal uyum ve medeni hal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını söylemiştir. Vural Doğru ve ark. (2016) kalp yetersizliği olan yaşlı hastalar ile yaptığı çalışmada psikososyal uyum ve medeni hal arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptamadığını ifade etmiştir. Çalışmamızın bu bulgusu literatür tarafından desteklenmektedir. Bireylerin medeni halinin psikososyal uyuma etki etmesinin sebebi eş desteği ile açıklanabilir. Bireyin eşinden gördüğü destek psikososyal uyumunu yükselttiği gibi eşinden göremediği destek de psikososyal uyumunu bozabilir şeklinde ifade edebiliriz.

Çalışma kapsamına alınan katılımcıların cinsiyet ve psikososyal uyum düzeyine bakıldığında (Çizelge 4.6) anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Zengin ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada ise diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeylerine cinsiyetin etki ettiğini ve kadınların uyum sorununun daha yoğun olduğunu ifade etmiştir. Çelik ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada kadınların uyumlarının erkeklere göre daha kötü olduğunu söylemiştir. Gündüz (2014) yaptığı çalışmada cinsiyetin psikososyal uyumu etkilemediğini belirtmiştir. Talaz (2007) yaptığı çalışmada diyabetik ayağı olan grubun psikososyal uyumu ve cinsiyet ilişkisine baktığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulmamıştır fakat diyabetik ayağı olmayan grubun psikososyal uyum ve cinsiyet ilişkisine baktığında erkeklerin psikososyal uyumunun kadınlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Erşan ve ark. (2013) kalp hastaları ile yaptıkları çalışmada kalp hastası olan erkeklerin kadınlara göre aile ortamı yönünden psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Literatürde bulunan farklı sonuçların sebebi kadınların psikolojik olarak daha çok desteğe ihtiyacı olmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Hastalık varlığında kadının ihtiyaç duyduğu psikolojik destek verilirse psikososyal uyumunun daha iyi düzeyde olabileceğini ifade edebiliriz.

Bu çalışmada katılımcıların yaş ve psikososyal uyum düzeyi ilişkisine bakıldığında (Çizelge 4.7) anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gündüz (2014) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerde yaşlandıkça psikososyal uyumun kötü olduğunu tespit etmiştir. Türten Kaymaz ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada da bireyin yaşının psikososyal uyumu etkilemediğini söylemiştir. Talaz (2007) yaptığı çalışmada psikososyal uyum ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulmamıştır. Çam ve ark. (2009)'nın meme kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada psikososyal uyum ve yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Mazanec (2011) radyoterapi gören bireyler ile yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin uyumlarının daha genç bireylere göre daha olumlu olduğu söylemiştir. Çalışmalar incelendiğinde yaş değişkeninin psikososyal uyuma etkisi ile ilgili çalışmalar oldukça çeşitli sonuçlar içermektedir. Farklı sonuçların olmasının sebebi hasta bireylerin yaşa bağlı oluşturduğu sorunların farklılıklarından olduğu yorumu yapılabilir. Hasta bireylerin artan yaşla birlikte komplikasyonların çeşitlendiği veya fiziksel olarak görünümü bozan bir durumun genç ve yaşlı bireyleri farklı etki etmesi de çalışma sonuçlarının çeşitlenmesinde rol oynadığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyi ile psikososyal uyum düzeyi ilişkisine bakıldığında (Çizelge 4.7) anlamlı bir fark ($p=0.00$) görülmüştür. Gelir düzeyi yüksek olan grubun psikososyal uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Türten Kaymaz ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada da bireyin yaşının, cinsiyetinin, gelir düzeyinin psikososyal uyumu etkilemediğini bulmuştur. Zengin ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada ise gelir düzeyi ve psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olmadığını ifade etmiştir. Çam ve ark. (2009)'nın meme kanserli hastalar ile yaptığı bir çalışmada ise psikososyal uyum ve gelir düzeyi ilişkisine bakıldığında “geliri giderden az” olan hastaların “geliri gidere eşit” olan hastalara göre uyumlarının daha kötü düzeyde olduğunu bulmuştur. Çetinkaya (2019) kalp hastaları ile yaptığı çalışmada ekonomik olarak iyi düzeyde olan hastaların psikososyal uyumunun ekonomik olarak orta düzeyde olan hastalara göre daha iyi olduğunu ifade etmiştir. Hastalığın getirdiği maddi yükten kaynaklı bireylerin gelir düzeyinin yüksek olması durumunda psikososyal uyumlarının da daha iyi düzeyde olabileceğini ifade edebilir. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin hastalığın maddi yükünü karşılayamaması sonucunda uyumun bozulabileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ve psikososyal uyum ilişkisine bakıldığında (Çizelge 4.7) anlamlı bir fark bulunmamıştır. Türten Kaymaz ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin psikososyal uyumlarının iyi ve orta düzeyde olduğunu bulmuştur. Zengin ve ark. (2017) yaptığı çalışmada psikososyal uyum ile eğitim değişkeni arasındaki ilişkiyi incelediğinde anlamlı fark olmadığını bulmuşlardır. Gündüz (2014)'ün yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri ile psikososyal uyumları arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim düzeyi okur yazar olanlara göre eğitim düzeyi ilköğretim, lise, üniversite ve üstü olan bireylerin psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Adaylar (1995)'in kronik hastalığı olan bireyler ile ilgili yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ve psikososyal uyuma bakıldığında; eğitim seviyesi okur-yazar olan bireylerin psikososyal uyumunun eğitim seviyesi üniversite olan bireylere göre kötü olduğunu bulmuştur. Akın ve ark. (2006)'nın kalp yetmezliği alanında yaptığı çalışmada düşük eğitim seviyesindeki bireylerin hastalığa olan psikososyal uyumunun yüksek eğitim seviyesindeki bireylere kıyasla daha fazla etkilendiğini söylemiştir. Çam ve ark. (2011)'nin miyokard infarktüsü geçirmiş hastalar ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe psikososyal uyumun olumlu etkilendiğini ifade etmiştir. Çam ve ark. (2009)'nın meme kanserli hastalar ile yaptığı başka bir çalışmada ise psikososyal uyum ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ifade etmekle beraber diğer alt ölçekleri değerlendirdiğinde üniversite veya lise mezunu olan meme kanserli hastaların uyum düzeylerinin daha iyi olduğunu söylemiştir. Akın ve ark. (2006) kalp yetersizliği olan hastalar ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe hastalığa olan psikososyal uyumun olumlu yönde etkilendiğini ve eğitim düzeyi düşük olan hastaların psikososyal uyum ve aile çevresi alanının eğitim düzeyi yüksek olan hastalara göre olumsuz etkilendiğini söylemişlerdir. Çalışmamızın bu bulgusu literatürdeki bulgular ile uyum göstermemektedir.

Çalışmamızda diyabet tanı yılı ve psikososyal uyum düzeyi ilişkisine bakıldığında (Çizelge 4.7) anlamlı bir fark bulunmamıştır. Türten Kaymaz ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada diyabet tanı yılının psikososyal uyumu etkilemediğini söylemişlerdir. Zengin ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada tanı yılı değişkenine göre psikososyal uyumu değerlendirdiklerinde anlamlı bir fark olmadığını söylemişlerdir. Talaz (2007) da yaptığı çalışmada benzer sonuç bulmuş ve diyabet tanı yılı ile

psikososyal uyum arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Çınar (2009) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada diyaliz süresi ile psikososyal uyumu etkilemediğini ifade etmiştir. Çalışmamızda bulunan sonuç literatür ile uyum sağlamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların hastalığı kabul düzeyleri ile psikososyal uyum düzeyleri arasında (Çizelge 4.8) pozitif yönde yüksek ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.00$). Hastalığı kabul düzeyi puanının yüksek olduğu bireylerde psikososyal uyumun iyi olduğu, hastalığı kabul düzeyi puanının düşük olduğu bireylerde psikososyal uyumun iyi olmadığını ifade edebiliriz. Bireyler hastalığı kabul ettikçe psikososyal uyumun daha da artacağını fakat hastalığı kabul etmeyince psikososyal uyumun kötü olacağını ifade edebiliriz.

6. SONUÇ

- Araştırmaya katılan bireylerin 233'ü kadın, 67'si erkek olmak üzere 300 kişi katılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu 26-30 yaş arasındaki bireyler oluşturmuştur.
- Katılımcıların çoğunluğu 56-65 kg arasında, 176-185 cm boy aralığında olduğu bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğu bekar ve eğitim durumu lisanstır.
- Katılımcıların hastalığı kabul düzeyleri ve psikososyal uyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ile cinsiyet, medeni hal ve tanı yılı değişkenine göre anlamlı fark bulunmamıştır.
- Katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ile yaş değişimini incelendiğinde 40+ yaş ve 31-35 yaş arasındaki bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin 18-25 ve 26-30 yaş arasındaki bireylere göre yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim seviyesi yüksek olan grubun hastalığı kabul düzeyi yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ile gelir düzeyi incelendiğinde 5001 tl ve üzeri gelir düzeyi sahip bireylerin hastalığı kabul düzeyi yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların psikososyal uyum düzeyi ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Katılımcıların psikososyal uyum düzeyi ile gelir düzeyi incelendiğinde gelir düzeyi yüksek olan grubun psikososyal uyum düzeyi yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların hastalığı kabul düzeyi ile psikososyal uyum düzeyi arasında pozitif yönde yüksek ilişki olduğu bulunmuştur. Hastalığı kabul eden diyabetlilerin psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu, hastalığı kabul etmeyen diyabetlilerin psikososyal uyumlarının düşük olduğu bulunmuştur.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre tip 1 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ve psikososyal uyum düzeyinin iyileştirilmesine yönelik öneriler aşağıda belirtilmiştir.

- Öncelikli olarak diyabetli bireylerin belirli aralıklarla hastalığı kabul ve psikososyal uyum düzeyinin değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sonucunda uygun hamlelerin planlanması önerilir.
- Diyabet hastalarının, hastalığı kabullenme durumunun iyileştirilmesi ve psikososyal uyumlarının daha iyi olması için eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerine dahil olmaları ve psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin farkında olmaları için eğitimler düzenlenmesi önerilir.
- Diyabet eğitimlerinde düzenli spor ve diyetin birlikte öneminin vurgulanması, kişinin psikososyal yönden ele alınarak eğitim programlarının bu yönde düzenlenmesi önerilmektedir.
- Çalışmalar incelendiğinde; daha önce sosyal destek almış bireylerin psikososyal uyumları iyi olduğu görülmektedir. Bu nedenle, diyabet hastalarının sosyal destek etmenlerinin belirlenmesi ve bu etmenlerin bireyi destekleyici faktör olarak kullanılarak kişinin tedavi süreçlerine dâhil edilmesi önerilmektedir.
- Diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ve psikososyal uyum arasındaki ilişkiye yönelik farklı bir örneklem üzerinde daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

Adaş Ç. (2019) Tip 1 Diyabetli Kişilerde Egzersiz ve Beslenmeye Bağlı Hipoglisemi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Haluk Saçaklı).

Adaylar M. (1995) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığındaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Birsen Yürügen).

Akgün Şahin Z. (2015) Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumu ve Problem Alanları Arasındaki İlişki. *Odü Tıp Dergisi*, 2:134-138.

Akın S., Durna Z. (2006) Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):1-8.

Aksu M. (2012) Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Adölesanlarda Tatlandırıcılar ve Şekerli Besinlerin Tüketim Durumu. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Muazzez Garipağaoğlu).

Aktürk Ü., Aydınalp E. (2018) Examining the correlation between the acceptance of the disease and the diabetes self-efficacy of the diabetic patients in a family health center. *Annals of Medical Research*, 25(3):359-364.

Alkanlı N., Ay A., Alkanlı SS. (2020) Diyabetes mellitus'un mikrovasküler komplikasyonları ve proinflatuar sitokin interlökin-18 gen varyasyonları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 7(7): 67-76.

Altundağ S. (2017) Tip 1 Diyabetli Çocukların Hastalığa Uyumunda Eğitimin ve Sosyal Desteğin Etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(2):137-144.

American Diabetes Association Diabetes Care, Standards of medical care in diabetes, 2008, 31: 12-54.

Bahar A., Tanrıverdi D. (2017) Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet: bir gözen geçirme. *Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 55(2): 13-18.

Baykul Y., Güzeller CO. (2014) Sosyal bilimler için istatistik: SPSS uygulamalı, Pegem yayıncılık, Ankara.

Bayrak G., Çolak R. (2012) Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29(1): 7-11.

Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 1070, Ankara, 2017.

Büyükkaya Besen D. (2009) Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Aynur Esen).

Cengizhan M. B. (2019) Tip 1 Diyabetli Çocuk ve Adölesanlarda Karbonhidrat Sayımı Yönteminin Metabolik Kontrol ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nurcan Yabancı Ayhan).

Coşansu G. (2015) Diyabet: küresel bir salgın hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 3: 1-6.

Coşkun Yüce A. (2017) Tip 1 Diyabet Tanısı ile İzlenen İnsülin İnfüzyon Pompa Tedavisi Alan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Birsen Yürügen).

Czerw AI., Bilińska M., Deptała A. (2016) The assessment of the impact of socio-economic factors in accepting cancer using the Acceptance of Illness Scale (AIS). *Contemporary Oncology*, 20(3): 261-265.

Çam O., Nehir S. (2011) Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(2): 47-59.

Çam O., Saka Ş., Babacan Gümüş A. (2009) Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2): 73-81.

Çelik H. (2019) Tip 1 Diyabetli Adölesanlarda Yeme Davranış Tutumu ve Beslenme Durumu İlişkisi ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Hülya Gökmen Özel).

Çelik S., Kelleci M., K., Avcı D., Temel E. (2015) Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2):105-115.

Çetiner İ. (2013) Tip 1 Diyabetli Hastalarda Sosyodemografik Özellikler ve Enfeksiyon Sıklığı. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Antalya, (Danışman: Prof. Dr. İffet Bircan).

Çetinkaya S. (2019) Kalp Hastalarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk).

Çınar S. (2009) Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 6(1-2): 22-28.

Çolpan G. (2010) Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların, Diyabet Hakkındaki Genel Bilgilerinin, Tedavi ve Komplikasyon Hakkındaki Bilgilerinin ve Hastalığın Sosyal Yönünün Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Bursa, (Danışman: Doç. Dr. Canan Özyardımcı Ersoy).

Danne T., Bangstad HJ., Deeb L., Jarosz Chobot P., Mungaie L., Saboo B., Urakami T., Battelino T., Hanas R. (2014) Insulin treatment in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 15(20): 115-134.

Demirtaş A., Akbayrak N. (2009) Tip 2 diyabetes mellitus'lu hastaların hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3(1): 10-18.

Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı tedavi ve izlem klavuzu, türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2019.

Dinççağ N. (2011) Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 18:181-223.

Diyabet tanı ve tedavi rehberi, türkiye diyabet vakfı, 2018.

Döner E. (2019) Diyabetik Ayağı Olan Hastaların Hastalığa ve Sağlığa İlişkin Tutumları ile Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Rabiye Çırpan, Doç. Dr. Gülsüm Nihal Çürük).

Duras E. (2017) Tip 1 Diyabetes Mellitus Tanısı ile İzlenmekte Olan Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri

Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. Diğdem Bezen).

Erşan EE., Kelleci M., Baysal B. (2013) Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi, 16(4): 214-224.

Gendelman N., Snell Bergeon JK., McFann K., Kinnery G., Wadwa RP., Bishop F., Rewers M., Maahs DM. (2009) Prevalence and correlates of depression in individuals with and without type 1 diabetes. Diabetes Care, 32(4): 575-579.

Gen E. (2019) Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesinin Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri ile İlişkisi ve Diyabet Tipine Göre Farklılıkları. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Soner Çakmak).

Gören Y. (2014) Tip 1 Diyabetes Mellituslu Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ayhan Abacı).

Gündüz F. (2014) Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu).

İlaslan E., Dalkıran Ş., Özer Z., Balcı MK. (2021) Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ve bakım verenlerin bakım verme yükü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30(2): 84-95.

Karasar N. (2005) Bilimsel araştırma yöntemi. Nobel yayıncılık, Ankara.

Köklü N., Büyüköztürk Ş., Bökeoğlu ÇÖ. (2007) Sosyal bilimler için istatistik. Pegem yayınları, Ankara.

Kurt M., Atmaca A., Gürlek A. (2004) Diyabetik nefropati. Hacettepe Tıp Dergisi, 35:12-17.

Küçük L. (2015) Diyabetin ruhsal boyutu. Okmeydanı Tıp Dergisi, 31: 52-56.

Küçükdağ M. (2020) Tip 1 Diyabetes Mellitus Tanılı Çocuklarda Duygu Düzenleme Becerileri, Yaşam Kalitesi ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Düzce, (Danışman: Doç Dr. Çiğdem Yektaş).

Mazanec SR., Daly BJ., Douglas S., Musil C. (2011) Predictors of psychosocial adjustment during the postradiation treatment transition. Western Journal of Nursing Research, 33(4): 540-559.

Melek S. (2014) Ebeveyn Tutumlarının Tip 1 Diyabetes Mellitus'lu Ergenlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine Erdem).

Morgan GA., Leech NL., Gloeckner GW., Barrett KC. (2004) SPSS For Introductory Statistics. 2.baskı. New York.

Mustafova Z. (2015) Yaşlı Diyabetli Hastalarda Diyabet Yükü ve Hastalığı Kabul Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Leyla Özdemir).

Nowicki A., Krzemkowska E., Rhone P. (2015) Acceptance of illness after surgery in patients with breast cancer in the early postoperative period. Polish Journal of Surgery, 87(11): 539-550.

Nowicki A., Marciniak J., Farbicka P., Banaszkiwicz Z. (2015) Satisfaction with life and disease acceptance by patients with a story related to surgical treatment

of the rectal cancer determinants of quality of life. Polish Journal of Surgery, 87(9): 434-442.

Öcal, I. (2019) Obezite ve tip 2 diyabetin tedavisinde manyetik alan ve alternatif yaklaşımlar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 28(2): 140-155.

Ömeroğlu E., Büyüköztürk Ş., Aydoğan Y., Çakan M., Özyürek A., Gültekin Akduman G., Günindi Y., Kutlu Ö., Çoban A., Ceylan Ş. (2014). Okul Öncesi Çocuklar İçin Sosyal Beceri Destek Eğitimi Öğretmen Rehber Kitabı (OSBEP). Ankara.

Öngün Yılmaz H. (2017) Tip 1 diyabette tıbbi beslenme tedavisi. Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics, 3(3): 164-72.

Özcan HŞ. (1999) Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Zehra Durna).

Özelgün D. (2017) Diabetes mellitus'ta tıbbi beslenme tedavisi ilkeleri. Klinik Tıp Bilimleri Dergisi, 5(4): 41-49.

Özen G., Civil T. (2019) Tip 1 diyabetik hastalarda egzersizin glisemik kontrole etkisi: bir meta analiz çalışma. Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 17(3): 35-47.

Rashidi M., Genç A. (2020) Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10:34-49.

Rogon I., Kasprzak Z., Szcześniak Ł. (2017) Perceived quality of life and acceptance of illness in people with type 2 diabetes mellitus. Przegląd Menopauzalny, 16(3): 79-85.

Şahin G. (2018) Diyet Kalitesinin Tip 1 Diyabetli Adölesanların Metabolik Kontrolü Ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Alev Keser).

Şahin S. (2018) Tip 2 Diyabetli Hastalarda Ayak Yarası Riski, Ayak Öz-Bakım Davranışları ve Hastalık Kabulü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek Cingil).

Şenman Altun S. (2019) İntensif İnsülin Tedavisi Alan Tip 1 Diabetli Bireylerde Karbonhidrat Sayımının Metabolik Kontrole ve İyilik Haline Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Yasemin Yıldırım).

Şireci E., Yılmaz Karabulutlu E. (2017) Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1): 48-55.

Talaz A. (2007) Diyabetik Ayak Gelişen ve Gelişmeyen Hastalarda Kan Şekeri Kontrolünün ve Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sezgi Çınar).

Tanrıverdi MH., Çelepkolu T., Aslanhan H. (2013) Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 4(4): 562-567.

Taşkın Yılmaz F., Şahin DA., Türesin AK. (2019) Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. Çukurova Medical Journal, 44(4): 1284-1291.

Toptaş Bıyıklı E., Bıyıklı AE., Akbulut G. (2017) Glisemik indeks, Glisemik yük ve Kansere. Beslenme ve Diyet Dergisi, 45(1): 70-76.

- Türkiye diyabet programı, türkiye halk sağlığı kurumu, 2015-2020.
- Türkmen S., N. & Çam M., O. (2012) Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3): 105-115.
- Türten Kaymaz T., Akdemir N. (2016) Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2): 61-67.
- Uchmanowicz I., Jankowska-Polanska B., Motowidlo U., Uchmanowicz, B., Chabowski M. (2016) Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11: 963-970.
- Ustaalioğlu S., Tan M. (2017) Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4): 12-20.
- Ünlüsoy F. (2009) Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekeri Yaşam Kalitesi ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Şeyda Özcan).
- Van Damme-Ostapowicz K., Krajewska-Kułak E., Nwosu PJ., Kułak W., Sobolewski M., Olszański R. (2014) Acceptance of illness and satisfaction with life among malaria patients in rivers state, Nigeria. *BMC Health Services Research*, 14(1): 1-14.
- Vural Doğru B., Karadakovan A. (2016) Kalp yetersizliği olan yaşlı hastalarda psikososyal uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7(13): 88-104.
- Yalçın N. (2020) Tip 1 Diyabetes Mellitus Tanısı Olan Hastalarda Osteoporoz Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kütahya, (Danışman: Prof. Dr. Kevser Onbaşı).
- Yazıcıoğlu Y., Erdoğan S. (2004) SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Yolaçan İşeri C. (2019) Tıbbi beslenme tedavisinde karbonhidrat sayımının yeri. *Klinik tıp Bilimleri Dergisi*, 7(3): 28-31.
- 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.

9. EKLER

Ek-1: ETİK KURUL ONAYI

Ek-2: SOSYODEMOGRAFİK FORM

Ek-3: HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ

Ek-4: HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ



Ek-1: ETİK KURUL ONAYI



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Tarih: 25.02.2021

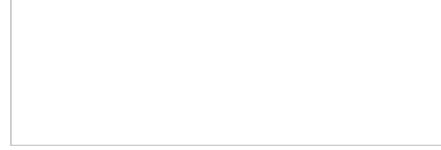
Sayı: 25

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Meryem Canbay,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup, Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Özerson Koç'un danışmanlığında planladığınız **"Tip 1 Diyabetli Yetişkinlerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ile Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** başlıklı araştırmanız kurulumuzun 25.02.2021 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.



Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL
Tel: 0 212 924 2444 /2704 Faks: 0 212 343 0878
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr

		T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi : 10.12.2015 Revizyon Tarihi : 16.09.2020 Revizyon No : 02 Sayfa No : 1/1	
Tarih: 25.02.2021		Karar No:			
Toplantı Sayısı:		Meryem Canbay'ın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Özerson Koç'un danışmanlığında planladığı "Tip 1 Diyabetli Yetişkinlerin Hastalığı Kabul Düzeyleri ile Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.			
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
ETKU:10					

Ek-2: SOSYODEMOGRAFİK FORM

Bu çalışma, tip 1 diyabetli yetişkinlerin hastalığı kabul düzeyleri ile psikososyal uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülmektedir. Cevaplayacağınız bilgiler bilimsel amaçla kullanılacak ve cevaplarınız gizli tutulacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Meryem CANBAY

Haliç Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

Yukarıdaki bilgileri okudum ve kişisel bilgilerimin gizli kalması koşulu ile cevaplarımın bu çalışmada yer almasını onaylıyorum.

(Lütfen alttaki iki seçenektan birini işaretleyiniz.)

Evet onaylıyorum..... Hayır, onaylamıyorum.....

1.Cinsiyet Kadın..... Erkek.....

2. Yaşınız?

3. Kilonuz? Boyunuz?

4. Medeni durum Evli..... Bekar.....

5. Eğitim durumunuz?

İlkokul..... Ortaokul..... Lise..... Üniversite..... Yüksek lisans/doktora.....

6. Aylık hane geliriniz.....

7. Çalışıyor musunuz? Evet..... Hayır.....

Evet ise; mesleğiniz ve Çalışma saatiniz.....

8. Diyabetten başka hastalığınız var mı? Var..... Yok..... Varsa nedir?

9. Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? Var..... Yok..... Varsa nedir?

10. Diyabet tanı yılı

11. İnsülin tedavi yöntemi Kalem insülin..... İnsülin pompası.....

12. Ailede başka tip 1 diyabetli var mı? Var..... Yok..... Varsa yakınlığı nedir?.....

13. Sosyal ortamda insülin yapmaktan çekiniyor musunuz? Evet..... Hayır.....

14. Sosyal ortamda şeker ölçmekten çekiniyor musunuz? Evet..... Hayır.....

15. Diyabetten dolayı psikolojik destek aldınız mı? Evet..... Hayır.....

Ek-3: HASTALIĞI KABUL ÖLÇEĞİ

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

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

3. Hastalığım zaman zaman kendimi ise yaramaz hissetmeme sebep oluyor.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

4. Sağlık problemlerim beni baskalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.

Tamamen katılıyorum 1 2 3 4 5 Hiç katılmıyorum

Ek-4: HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Elinizdeki bu form şu anda sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin, evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyula ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, duruma en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin. Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin, eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız, bir aileniz olmayışı, ya da şuanda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

II. BÖLÜMDE Çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev kadınıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz. Bu formu yanıtlarken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınıza emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz. Eğer posta ile başvuruyorsanız, bu tip soruları aşağıdaki boşlukta belirtiniz. Lütfen formu doldurur doldurmaz, teslim ediniz.

BÖLÜM-1

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar.
 - a. Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
 - b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
 - c. Genellikle sağlığım ile ilgili konulara dikkat çekmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
 - d. Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.
2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakın ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.
 - a. Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
 - b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
 - c. Hastalığımın bakım ve korunması için yaptığım uygun birçok şey var.
 - d. Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.
3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz.
 - a. Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
 - b. Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
 - c. Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
 - d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.
4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz.

- a. Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
 - b. Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
 - c. Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
 - d. Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.
5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.
- a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
 - b. Hastalığım bence bazı sorunlara yol açtı ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum.
 - c. Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
 - d. Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.
6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi alamadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.
- a. Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
 - b. Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
 - c. Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
 - d. Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.
7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan

tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

- a. Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
 - b. Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
 - c. Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
 - d. Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye değeceğini emin değilim.
8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.
- a. Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
 - b. Tedavim hakkında biraz bilgim var ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
 - c. Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
 - d. Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM-II

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?
 - a. Mesleğimi vb. uygulamam ilgili bir sorun yok.
 - b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
 - c. Bazı ciddi sorunları var.
 - d. Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.
2. Şu an mesleğinizi/çalışmalarınızı/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi.
 - a. Kötü durumda
 - b. Pek iyi değil

- c. Yeterli
 - d. Çok iyi
3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?
- a. 3 gün ve daha az
 - b. Bir hafta
 - c. İki hafta
 - d. İki haftadan daha çok
4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?
- a. Şu an hiç önemli değil.
 - b. Oldukça az bir öneme sahip.
 - c. Eskiye göre biraz önemini yitirdi.
 - d. Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi.
5. Yaşadığınız hastalığı bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?
- a. Amaçlarım değişmez.
 - b. Amaçlarımda çok az bir değişme oldu.
 - c. Amaçlarım önemli ölçüde değişti.
 - d. Amaçlarımı tamamen değiştirdim.
6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlediniz mi?
- a. Sorunlarda büyük artış var.
 - b. Sorunlarda orta derecede bir artış var.
 - c. Sorunlarda az ölçüde bir artış var.
 - d. Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

BÖLÜM-III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız.
- a. İyi
 - b. Fena değil
 - c. Kötü
 - d. Çok kötü
2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız. (çocuklar, akrabalar vb.)
- a. Çok kötü

- b. Kötü
 - c. Fena değil
 - d. İyi
3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi.
- a. Bir engelleme olmadı.
 - b. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir.
 - c. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil.
 - d. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.
4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı olur.
- a. Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı.
 - b. Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi ama bazı konuları halledemediler.
 - c. Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı.
 - d. Bu konuda bir sorun yok.
5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?
- a. İletişimde bir azalma yok.
 - b. Çok az ölçüde bir azalma oldu.
 - c. İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.
 - d. İletişimimiz önemli ölçüde azaldı, kendimi çok yalnız hissediyorum.
6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz? Böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?
- a. Yardıma gerçekten ihtiyacım var ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
 - b. Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.
 - c. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
 - d. Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.
7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a. Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok.
 - b. Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
 - c. Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
 - d. Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
8. Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?
- a. Önemli ölçüde maddi sıkıntılarım var.
 - b. Orta derecede maddi problemlerim var.
 - c. Çok az maddi problemim var.
 - d. Para ile ilgili bir problemim yok.

BÖLÜM-IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?
- a. İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.
 - b. Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.
 - c. Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
 - d. Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.
2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?
- a. Hastalandığımdan bu yana kesinlikler hiçbir cinsel istek duymuyorum.
 - b. Cinsel istekte belirgin bir azalma var.
 - c. Cinsel istekte hafif bir azalma var.
 - d. Cinsel istekte hiçbir azalma yok.
3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?
- a. Cinsel aktivitede bir azalma yok.
 - b. Cinsel aktivitelere çok az ölçüde bir azalma var.
 - c. Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var.

- d. Cinsel aktiviteler tamamen durdu.
4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?
- a. Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu.
- b. Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var.
- c. Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.
- d. Cinsel tatminde bir değişiklik yok.
5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?
- a. Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok.
- b. Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var.
- c. Önemli cinsel problemlerim var.
- d. Cinsellikten tamamen koptum.
6. Hastalıklar eşler arasında cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?
- a. Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var.
- b. Bu konuda yoğun farklılıklar var.
- c. Bazı farklılıklar var.
- d. Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok.

BÖLÜM-V

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?
- a. Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu.
- b. Görüşmeler biraz azaldı.
- c. Görüşmeler belirgin olarak azaldı.
- d. Hastalık süresince hiç görüşmedik.
2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz, onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?
- a. Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı ya da çok az bir istek oldu.
- b. Önceki oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı.

- c. İlgim bir parça azaldı.
 - d. İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı.
3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyor mu?
- a. Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.
 - b. Yeterince yardımcı oluyorlar.
 - c. Yardım ediyorlar ama yeterince değil.
 - d. Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar ya da hiç yardım etmiyorlar.
4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?
- a. Bağımlılığım önemli ölçüde yok oldu.
 - b. Bağımlılığım önemli ölçüde azaldı.
 - c. Bağımlılığım biraz azaldı.
 - d. Bağımlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağılık hastalıktan hiç etkilenmedi.
5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?
- a. İyi
 - b. Fena değil
 - c. Kötü
 - d. Çok kötü

BÖLÜM-VI

1. Hastalığınızın öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?
- a. İlgim tıpkı eskisi gibi.
 - b. Eskisine göre biraz daha az.
 - c. Eskisine göre önemli ölçüde az.
 - d. Hemen hiç ilgim kalmadı.
2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?
- a. Katılımım çok az ya da hiç yok.
 - b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
 - c. Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi.

- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.
3. Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?
- a. İlgim tıpkı eskisi gibi.
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde düşük.
- d. İlgim çok az ya da bir ilgim kalmadı.
4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?
- a. Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım biraz azaldı.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.
5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)
- a. İlgim tıpkı eskisi gibi.
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde düşük.
- d. İlgim çok az ya da bir ilgim kalmadı.
6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor veya bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?
- a. Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım biraz azaldı.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.
7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?
- a. Olmadı.
- b. Çok az
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Meryem CANBAY

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise : İbni Sina Anadolu Lisesi	2014
Lisans : Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik	2018

İş Tecrübesi

Dr. Esra Azman Dermatoloji Kliniği

Görev

Diyetisyen

Süre

2018-2020