

**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DİYABET HASTALARINDA HASTALIK SÜRECİNİN SOSYAL
YAŞAMLARININ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ VE HASTALARIN
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ: BURSA ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
ŞERİFE DOĞAN**

**Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET**

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Musa ŞAHİN

HAZİRAN 2020

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**DİYABET HASTALARINDA HASTALIK SÜRECİNİN SOSYAL
YAŞAMLARININ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ VE HASTALARIN
PSİKOLOJİK SAĞLAMLILIK DÜZEYLERİ: BURSA ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Şerife DOĞAN
177203002

Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET

Bu tez 22/06/2020 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Adı SOYADI	Kanaati			İmza
Jüri Başkanı (Danışman)	Prof. Dr. Musa ŞAHİN	☐ Kabul	☐ Düzeltilme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr.Üyesi FATMA KAHRAMANGÜLOĞLU	☐ Kabul	☐ Düzeltilme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Recep YILDIZ	☐ Kabul	☐ Düzeltilme	☐ Ret	

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS İNTİHAL YAZILIM RAPORU
BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı: Diyabet Hastalarında Hastalık Sürecinin Sosyal Yaşamlarının Üzerindeki Etkisi ve Hastaların Psikolojik Sağlamlılık Düzeyleri: Bursa Örneği

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 114 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 07/05/2020 tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen Turnitin intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı %24'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı Soyadı :Şerife DOĞAN
Öğrenci Numarası :177203002
Ana Bilim Dalı :Sosyal Hizmet
Programı :Sosyal Hizmet
Türü : () Proje (*) Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Taramayı Yapan Arş. Gör.
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)
Abdurrahman Sefa ULU

Danışman
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)
Prof.Dr.Musa ŞAHİN

ÖNSÖZ

Çalışmada diyabet hastalığının sosyal yaşam üzerindeki etkileri ile bireylerin psikolojik sağlamlılık düzeyleri konu edilmiştir. Çalışma, sosyal hizmetin disiplinlerarası yapısını esas alarak; alana katkı sunması, benzer çalışmalara ön ayak olması umuduyla gerçekleştirilmiştir.

Tez danışmanlığımı yapan değerli hocam Prof. Dr. Musa ŞAHİN'e çalışmaya yön veren tavsiyeleri ve yardımları için teşekkür ederim. Ayrıca yüksek lisans öğrenimim boyunca desteğini esirgemeyen sevgili eşim İshak Dakak'a, derslerde bana katkı sağlayan hocalarıma ve arkadaşlarıma ve bugünlere gelmemde emeği büyük olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

Şerife DOĞAN

01.06.2020

İÇİNDEKİLER

BEYAN BELGESİ.....	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	viii
ÖZET	xi
SUMMARY	x
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1: DİYABET (ŞEKER) VE PSİKOLOJİ

1.1.Diyabet

1.1.1 Diyabetin (Şeker) Tanımı	6
1.1.2 Diyabete Sebep Olan Faktörler ve Diyabetin Oluşumu.....	7
1.1.3 Diyabet Türleri.....	8
1.1.4. Diyabette Teşhis	10
1.1.5. Diyabette Riskler	11
1.1.6. Diyabette Komplikasyonlar	12
1.1.7. Diyabetin Tedavisi	14
1.2. Diyabet ve Psikoloji İlişkisi	16
1.2.1. Diyabet ve Psikoloji	16
1.2.1.1. Diyabetin Psiko-Sosyal Yönü.....	17
1.2.1.1.1. Diyabet ve Stres.....	18
1.2.1.1.2. Diyabet ve Depresyon	20
1.2.1.1.3. Diyabet ve Umutsuzluk.....	20
1.2.1.1.4. Diyabet ve Kaygı	22
1.2.2. Diyabet ve Danışmanlık Hizmetleri	23
1.2.3. Diyabet ve Psikolojik Destek.....	24
1.2.4. Diyabet ve Psikolojik Düzeyle İlgili Yapılan Araştırmalar	25
1.3. Diyabet ve Psikolojik Sağlamlık İlişkisi.....	26

BÖLÜM 2: DİYABET VE SOSYAL HİZMET

2.1. Diyabet ve Sosyal Destek İlişkisi.....	28
2.1.1. Sosyalleşme Süreci ve Kurumları.....	28
2.1.2. Diyabet ve Psikolojik Süreç.....	29
2.1.3. Diyabet ve Yaşam Kalitesi	31
2.1.4. Diyabet ve Sosyal Destek	32
2.1.4.1. Sosyal Destek Olgusu	32
2.1.4.2. Sosyal Desteğin Boyutları	33

2.1.4.3. Sosyal Desteğin Kaynak ve İşlevleri	34
2.1.4.4. Sosyal Desteğin Sürdürülebilir Sağlık Açısından Önemi.....	35
2.2. Diyabet ve Sosyal Hizmet	36
2.2.1. Diyabete Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları.....	36
2.2.1.1 Tıbbi Sosyal Hizmet	37
2.2.1.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet	39
2.2.2.Diyabet ve Sosyal Hizmet İlişkisi.....	40
2.2.3.Diyabette Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü.....	41
2.3. Diyabet ve Sosyal Yaşam.....	43

BÖLÜM 3: DİYABET HASTALARINDA HASTALIK SÜRECİNİN SOSYAL YAŞAM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ VE HASTALARIN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYİ SAHA ARAŞTIRMASI:BURSA ÖRNEĞİ

3.1. Araştırmanın Metodolojisi.....	45
3.1.1. Araştırmanın Amacı.....	45
3.1.2. Araştırmanın Problemi.....	45
3.1.3. Araştırmanın Hipotezleri	45
3.1.4. Araştırmanın Yöntemi	46
3.1.4.1. Veri Toplama Süreci.....	46
3.1.4.1.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	47
3.1.4.2. Veri Analiz Süreci.....	47
3.2. Bulgular ve Yorumlar.....	47
3.2.1. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Faktör Analizi	47
3.2.2 Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Güvenilirlik Analizi	49
3.2.3 Katılımcıların Demografik Verilerine Ait Frekans Analizi	50
3.2.3.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Dağılımı	50
3.2.3.2 Katılımcıların Medeni Durumları Dağılımı	50
3.2.3.3. Katılımcıların Yaşları Dağılımı.....	51
3.2.3.4. Katılımcıların Eğitim Durumları Dağılımı	51
3.2.3.5. Katılımcıların Gelir Durumları Dağılımı.....	51
3.2.3.6. Katılımcıların Meslek Durumları Dağılımı.....	51
3.2.3.7. Katılımcıların Tedavi Görme Sıklıkları Dağılımı	52
3.2.4 Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler	52
3.2.4.1 Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Frekans Analizi	52
3.2.4.2 Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	53
3.2.5. Analiz Türünün Belirlenmesi.....	55
3.2.6. Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Birbirleri ile Olan İlişkisi	56
3.2.7. Katılımcıların Demografik Verileri ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	57
3.2.8. Katılımcıların Demografik Verilerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi	64

3.2.8.1 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi	65
3.2.8.2 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi	65
3.2.8.3 Katılımcıların Yaşlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi.....	66
3.2.8.4 Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi	68
3.2.8.5. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi	70
3.2.8.6. Katılımcıların Mesleklerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi.....	72
3.2.8.7. Katılımcıların Tedavi Sıklıklarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi	74
3.3. Sonuç ve Tartışma.....	78
ÖNERİLER.....	86
KAYNAKÇA.....	88
EKLER	96
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Psikolojik Sağamlık Ölçeğine Ait KMO ve Bartlett Testleri	47
Tablo 2.	Psikolojik Sağamlık Ölçeği Özdeğer ve Açıklanan Varyans	48
Tablo 3.	Psikolojik Sağamlık Ölçeği Maddeleri Faktör Yükleri	47
Tablo 4.	Psikolojik Sağamlılık Ölçeği ve Alt Faktörlerine Ait Güvenilirlik Analizi	50
Tablo 5.	Katılımcıların Cinsiyetleri Ait Frekans Analizi	50
Tablo 6.	Katılımcıların Medeni Durumlarına Ait Frekans Analizi	50
Tablo 7.	Katılımcıların Yaş Durumlarına Ait Frekans Analizi	51
Tablo 8.	Katılımcıların Eğitim Durumlarına Ait Frekans Analizi	51
Tablo 9.	Katılımcıların Gelir Durumlarına Ait Frekans Analizi	51
Tablo 10.	Katılımcıların Meslek Durumlarına Ait Frekans Analizi	52
Tablo 11.	Katılımcıların Tedavi Görme Sıklıklarına Ait Frekans Analizi	52
Tablo 12.	Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Frekans Analizi	54
Tablo 13.	Katılımcıların Psikolojik Sağamlık Düzeyleri ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	54
Tablo 14.	Psikolojik Sağamlık Ölçeği Maddeleri Tanımlayıcı İstatistikleri	55
Tablo 15.	Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Normallik Testleri	55
Tablo 16.	Psikolojik Sağamlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	56
Tablo 17.	Psikolojik Sağamlılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arası İlişki	57
Tablo 18.	Katılımcıların Cinsiyetleri ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	57
Tablo 19.	Katılımcıların Medeni Durumları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	58
Tablo 20.	Katılımcıların Yaşları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	59
Tablo 21.	Katılımcıların Eğitim Durumları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	60
Tablo 22.	Katılımcıların Gelir Durumları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	61
Tablo 23.	Katılımcıların Meslekleri ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	62
Tablo 24.	Katılımcıların Tedavi Görme Sıklığı ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki	63
Tablo 25.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi	65
Tablo 26.	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi-Bağımsız Örneklem t Testleri	65
Tablo 27.	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Tukey Post-Hoc Testleri	66
Tablo 28.	Katılımcıların Yaşlarına Göre Psikolojik Sağamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi- One Way Anova Testleri	66
Tablo 29.	Yaş Değişkenine Göre Post-Hoc Testleri	67

Tablo 30.	Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi - One Way Anova Testleri	68
Tablo 31.	Katılımcıların Eğitim Durumlarına göre Tukey Post-Hoc Testleri	69
Tablo 32.	Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi – One Way Anova Testleri	71
Tablo 33.	Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Post Hoc Testleri.....	71
Tablo 34.	Katılımcıların Mesleklerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi – One Way Anova Testleri.....	72
Tablo 35.	Katılımcıların Mesleklerine Göre Tukey Post-Hoc Testleri	73
Tablo 36.	Katılımcıların Tedavi Görme Sıklıklarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi – One Way Anova Testleri	74
Tablo 37.	Katılımcıların Tedavi Sıklıklarına Göre Tukey Post-Hoc Testleri	75



KISALTMALAR

ABD	: Ana Bilim Dalı
DM	: Diabetes Mellitus
Akt	: Aktaran
C	: Cilt
DKA	: Diyabetik ketoasidoz
DR	: Diyabetik Retinopati
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
MDSS	: Multi Dimensional Support Scale
IFSW	: International Federation of Social Workers
NASW	: National Association of Social Workers
S	: Sayı
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
ss	: Sayfa Sayısı
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve diğerleri
TSHUY	: Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi
SHU	: Sosyal Hizmet Uzmanı

ÖZET

Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Diyabet Hastalarında Hastalık Sürecinin Sosyal Yaşamlarının Üzerindeki Etkisi ve Hastaların Psikolojik Sağlamlılık Düzeyleri	
Tezin Yazarı: Şerife DOĞAN	Danışman: Prof. Dr. Musa ŞAHİN
Kabul Tarihi: 22.06.20	Sayfa Sayısı: x (ön kısım)+ 95(tez)+ 7 (ekler)
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet	Bilim Dalı: Sosyal Hizmet
Kronik hastalıklar tüm dünyada önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. Bunlardan birisi de Diabetes Mellitus'tur. DM beta hücrelerinden salgılanan insülin miktarında azalma, insülin yokluğu ve periferik dokuda insuline duyarsızlık sebebiyle oluşan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Komplikasyonlarından birisi ruh sağlığı ve psikolojidir. Diyabet hastalarının tıbbi tedaviden en iyi faydayı elde etmelerinde ve hastalık sürecinde yaşanan fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunların azaltılmasında sosyal destek ve sosyal hizmet önemli rol oynamaktadır. Diyabet hastalarının sosyal desteğe ihtiyaç duydukları konuların belirlenmesi, bu alanda önemli roller üstlenen sosyal hizmet uzmanı (SHU), psikolog, hemşire ve hekimlerin hazırlayacağı psikososyal müdahaleler için önemli ipuçlarının elde edilmesini sağlayabilir. Sosyal hizmet ve sosyal destek alanı, sosyal hizmet bilgi, değer ve becerilerinin tıbbi bakım gören hastalara uyarlandığı bir sosyal hizmet alanıdır. Bu alan, sosyal hizmet bilim ve mesleğinin en eski alanlarından biri olmasına rağmen ülkemizde bu alanda çalışan yeterli sayıda meslek elemanı olmayışı ve alanla ilgili yeterli akademik çalışmanın bulunmaması nedenleriyle istenilen gelişimi gösterememiştir. Bu çalışma, tıbbi sosyal hizmet alanının ve uygulamalarının gelişimi için tıbbi ortamlarda gerçekleşen ve gerçekleştirilebilecek sosyal hizmet uygulamalarına katkıda bulunmayı da amaçlamaktadır.	
Anahtar Kelimeler: Diyabet, Diabetes Mellitus, Diyabetik Hasta, Sosyal Destek, Sosyal Hizmet, Sosyal Hizmet Uzmanı	

SUMMARY

Yalova University Insitute of Social Sciences Master Thesis Summary

Thesis Title: The Effect of Disease Process on Social Life on the Diabetes Patient and Level about Psychological Stability of Patients	
Thesis Author: Şerife DOĞAN Advisor: Prof.Dr.Musa ŞAHİN	
Date of Acceptance: 22.06.20 Total Number of Pages: x (pre text) +95(main body) + 7 (appendices)	
Department: Social Work	Field of Study: Social Work
Chronic diseases constitute a major health problem all over the word. One of them is diabetes mellitus (DM).DM is a metabolic disorder, characterised by decrease in the amount of insulin secreted from beta cells, insulin absence and hiper-glisemia because of insulin insensitivity in the peripheral tissue. One of its' complicasion is mental health and psychology. Social support has an important role in providing the best treatment for diabetic patients and decreasing the physical, psychosocial and economic problems during treatment process. Determination of the areas in which diabetic patients need social support can provide important clues for psychosocial interventions that social workers, psychologists, nurses and physicians will handle. Social work is a social work area that social work's knowledge, value and skills are adapted to patients who have medical care. Although this area is one of the oldest areas of social work science and profession, it did not show the desired improvement because of insufficient academical studies and professional personnel in Turkey. This study aims to contribute social work practices that are actualized and can be actualized in medical settings for progress in medical social work area and practices.	
Keywords: Diabetes, Diabetes Mellitus, Diabetic Patient, Social Support, Social Work, Social Worker	

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında sağlık ile ilgili yaptığı tanımlamada sağlığı, sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tamamen bir iyilik hali şeklinde ifade etmesinden sonra yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmalarında daha önemli hale gelmiş ve sağlık kavramının multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınmasına öncülük etmiştir. Sağlığın bu tanımı, iyilik hali kavramını hastalığın ve herhangi bir engelin olmaması durumundan ayırmakta ve bu nedenle yapılan araştırmalarda sağlığın tüm bileşenleri dikkate alınmalıdır.

Halk arasında seker hastalığı olarak bilinen diyabet, günümüzde yaygın olarak görülen kronik hastalıklardan birisidir. Diyabet, kronik seyreden ve zaman içinde ilerleyerek kişinin hayatında geri dönüşümü pek mümkün olmayan birtakım patolojik değişikliklerin olmasına sebep bir hastalıktır. Diyabet, hayatı olumsuz etkilediği için, erken dönemlerde hastalık ile barışık bir şekilde yaşam sürdürülmeli, yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılmalıdır. Bunun içinde diyabet hastasının sosyal yaşamı ve psikolojik durumu son derece önemlidir.

Diyabetin kontrolünde esas amaç; hastalığın acil ve uzun süreli komplikasyonlarından kaçınmak ve iyi bir hayat sürdürebilmektir. Bu yüzden hem psikolojik sağlamlılık düzeyi, hem de sosyal yaşam durumu, diyabet hastaları için ayrıca önem taşımaktadır.

Psikolojik açıdan sıkıntı yaşayan diyabet hastası, zamanla bir güven duygusu kaybı da yaşamakta; görsel imajının bozulacağını düşünerek, çevresindekilerin kendisine ilgisinin azalacağına inanmaktadır. Bu düşünceler sonucunda, diyabet hastası kendi içinde yaşadığı bu olumsuz duygular sebebiyle hayatı olumsuz yönde etkilenmektedir. Hatta “Niye beni buldu, benim ne günahım vardı” gibi isyan tepkileri görülebilmektedir. Bu isyanın sonucu olarak kişi, hayattaki birçok değere olan inancını yitirebilmekte ve hasta olduğunu bir türlü kabullenemeyerek ilaçlarını düzenli olarak kullanmamaktadır (Bahar, 2006: 3-4). Bu durum kişinin kendine olan güveniyle de alalıdır. Kendisine güveni olan bireyler, bu durumu bir hastalık olarak kabullenip, bilinçli beslenmeye, ilaç kullanmaya kendini adapte ederek, hayatlarına olumsuz duygulara kapılmadan devam edebilmektedirler.

Kendisine güveni olmayan hastalar ise, diyabeti “dünyanın sonuymuş gibi” algılayabilmekte ve umutsuzluğa kapılmaktadırlar. Diyabet hastalığında kişinin kendisini iyi hissetmesi ve iyi bir psikolojiye sahip olması, hastalığın seyrinde son derece önemlidir. Umutsuzluk haline ve negatif duygulara sahip olmak, kişilerde, hastalığın kronikleşmesine ve ileride hastalığa bağlı komplikasyonların görülme oranının artmasına sebep olmaktadır (Bayramova ve Karadakovan, 2004: 39).

Diyabetli hastaların hayatlarının olumsuz etkilenmemesi için, içinde bulundukları duyguların neler olduğu, bunların sebepleri araştırılmalı, psikolojik destek verilmelidir. Bu yüzden psikolojik ve sosyal açıdan kişinin hayatını etkileyen bir hastalık, araştırmaya değer görülmüş; çalışmanın konusu da “Diyabet Hastalarında Hastalık Sürecinin Sosyal

Yaşam Üzerindeki Etkisi ve Hastaların Psikolojik Sağlamlılık Düzeyleri” şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmanın Konusu

Halk tarafından “şeker hastalığı” olarak bilinen diyabet, kronik ve fiziksel bir hastalık olup, zaman içinde patolojik değişikliklerin de görüldüğü bir hastalıktır. Hayatı olumsuz etkilediği için diyabet hastalarının yaşam kaliteleri yükseltilmeye çalışılmalı ve gerek eğitimlerle, gerekse psikolojik açıdan desteklenmelidir. Hastalığın takibi ve tedavisi etkin bir şekilde yapılmalıdır.

Diyabet, her ne kadar fiziksel bir rahatsızlık olsa da, hastaların sosyal yaşamını, psikolojisini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Diyabet hastası olan birey, hayattan zevk almadığını, sürekli stres altında olduğunu dile getirebilir. Hastada devamlı olumsuz duygular oluşabilir. Bu açıdan bakıldığında zaman, diyabetin kontrolünde hastayı psikolojik açıdan olumsuz etkileyen faktörlerin minimum seviyeye indirgenmesi ve kontrol altına alınması oldukça önemli hale gelmektedir. Dolayısıyla stresle mücadelede, strese yol açan etmenlerin farkında olan diyabetli hastaların, kendilerini rahat ifade edebilmesi için psikolojik danışmanlığa gereksinimi vardır. Buradaki psikolojik destek, sosyal hizmet kapsamında düşünülmelidir.

Psikolojik açıdan sıkıntı yaşayan diyabet hastası, zamanla bir güven duygusu kaybı da yaşamakta; görsel imajının bozulacağını düşünerek, çevresindekilerin kendisine ilgisinin azalacağına inanmaktadır. Bu düşünceler sonucunda, diyabet hastası kendi içinde yaşadığı bu olumsuz duygular sebebiyle hayatı olumsuz yönde etkilenmektedir. Hatta “Niye beni buldu, benim ne günahım vardı” gibi isyan tepkileri görülebilmektedir. Bu isyanın sonucu olarak kişi, hayattaki birçok değere olan inancını yitirebilmekte ve hasta olduğunu bir türlü kabullenemeyerek ilaçlarını düzenli olarak kullanmamaktadır (Bahar, 2006:3-4). Bu durum kişinin kendine olan güveniyle de alakalıdır. Kendisine güveni olan bireyler, bu durumu bir hastalık olarak kabullenip, bilinçli beslenmeye, ilaç kullanmaya kendini adapte ederek, hayatlarına olumsuz duygulara kapılmadan devam edebilmektedirler.

Kendisine güveni olmayan hastalar ise, diyabeti “dünyanın sonuymuş gibi” algılayabilmekte ve umutsuzluğa kapılmaktadırlar. Diyabet hastalığında kişinin kendisini iyi hissetmesi ve iyi bir psikolojiye sahip olması, hastalığın seyrinde son derece önemlidir. Umutsuzluk haline ve negatif duygulara sahip olmak, kişilerde, hastalığın kronikleşmesine ve ileride hastalığa bağlı komplikasyonların görülme oranının artmasına sebep olmaktadır (Bayramova ve Karadakovan, 2004:39)

Diyabetli hastaların hayatlarının olumsuz etkilenmemesi için, içinde bulundukları duyguların neler olduğu, bunların sebepleri araştırılmalı, psikolojik destek verilmelidir. Bu yüzden psikolojik ve sosyal açıdan kişinin hayatını etkileyen bir hastalık, araştırmaya değer görülmüş; çalışmanın konusu da “Diyabet Hastalarında Hastalık Sürecinin Sosyal Yaşam Üzerindeki Etkisi ve Hastaların Psikolojik Sağlamlılık Düzeyleri” şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmanın Önemi

Hem teknolojik gelişmeler sayesinde hem insanların bilgiyi ve beceriyi hastalıkların tedavisinde kullanması sonucu birçok kronik hastalığın tedavisi bulunmuş ve hastalığa bağlı olarak insanlarda oluşan psikolojik rahatsızlıkların da tedavisi konusunda ilerlemeler kaydedilmiştir. Tüm bilimsel gelişmeler sayesinde insanların yaşam kalitesi artmış ve insanlar toplumsal ve kültürel alanda ilerleme kaydetmiştir. Kronik hastalıklar yüzyılımızın en önemli sağlık problemlerinden biridir. Bu bireylerin ve dolayısıyla toplumun sosyal yaşamı üzerinde önemli etkilere sahiptir.

Yapılan birçok araştırmada diyabetin kronik bir hastalık olduğu öne sürülse de, günümüzdeki tıp alanındaki gelişmeler sayesinde diyabet hastalığının artık tedavi edilemez bir hastalık olmaktan çıktığı yönünde yaklaşımlar da oluşmaya başlamıştır. Bugünün yaygın görüşü, diyabet hastalığının kontrol edilebilir ve tedavi edilebilir yönde olduğudur. Artık bilimin ilerlemesiyle de diyabet hastalığının komplikasyonları azaltılabilmekte; kişinin hayatını diyabet hastalığı ile birlikte rahatlıkla sürdürebilmesi olanaklı hale gelmektedir.

Diyabet hastalarında bağırsaklara, böbrekler, sinir sistemi, gözler, kemik yapısı gibi birçok organda tahribat olabilmektedir. Ancak diyabet, sadece fiziksel bir hastalık değildir. Bu sayılan fiziksel komplikasyonlarının haricinde ruhsal ve sosyal bakımdan farklı boyutları olabilen bir hastalıktır.

Ayrıca hastaya diyabet tanısı konduktan sonra hastanın karşı karşıya kaldığı stres de, bu hastalığın bir diğer psiko-sosyal durumunu anlatan faktördür. Diyabet hastalığının seyrinde ve tedavisinde, beslenme, insülin, fiziksel aktivite gibi unsurların yanı sıra, psikolojik destek de oldukça önemlidir. Diyabet hastası kişi, bu hastalıkla baş ederken ciddi psikolojik sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedir. Bu çalışma diyabet hastalığı sürecinde, sosyal hayatın etkisi ve hastaların psikolojik sağlamlılık düzeyleri araştırıldığı için önem taşımaktadır. Hastaların iyi bir psikolojiye sahip olması, sosyal destek ve sosyal hizmetten yararlandıkları takdirde, daha kolay olmaktadır. Ayrıca diğer çalışmalara da yapılan araştırma sebebiyle fikir vereceği düşünülmektedir.

Konu ile İlgili Sosyal Hizmet Çalışmaları

Ülkemizde diyabet hastalığı üzerine yapılmış çok sayıda araştırma bulunmasına rağmen sosyal hizmet alanında bu konuyla ilgili yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır. Özellikle çevresi içinde birey yaklaşımını esas alan bir meslek olan sosyal hizmet, diyabetin sosyal yaşam üzerindeki etkisinin araştırmak ve meslek alanına katkıda bulunmak için bu tür çalışmaların yapılması ayrıca önem taşımaktadır. Diyabette, tedaviye etki eden faktörlerin belirlenmesi ve tedaviye uyumu kolaylaştıracak çalışmaların yapılması diyabetle ilgilenen meslekler için elzem olmasına rağmen bu alana günümüzde yeterince yer verilmemiştir. Bu alanlardan bir tanesi de sosyal hizmet disiplini. Özellikle tıbbi sosyal hizmet uzmanları diyabet tedavi ekibi içinde aktif olarak çalışmasına rağmen bu alanla ilgili yapmış oldukları araştırma sayısı oldukça azdır. Diyabet ve sosyal hizmet ile ilgili yapılmış üç çalışmaya ulaşılmıştır.

2014 yılında sosyal hizmet alanında Engin Fırat tarafında 13-16 yaş tip 1 diyabetli çocukların yaşam kalitesini etkileyen etmenleri araştırmış olup diyabetli çocukların sosyo-demografik özellikleri, hastalık özellikleri ve aile işlevleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelenmiş olup sosyal hizmet alanına katkı sağlamıştır. Araştırmada en az altı aydır tip 1 diyabetli olan 13-16 yaş aralığında olan 100 çocukla görüşülmüştür. Yapılan bu araştırmanın sonucunda diyabetli çocukların yaşam kalitelerinin, sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile aile işlevlerinden etkilendiği ortaya çıkmıştır. Ebeveynlerin eğitim düzeyi ve ailenin ekonomik gelirine göre çocukların yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çocukların şeker düzeyine göre yaşam kalitesi puanları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aile işlevleri ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde, negatif ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir(Engin,2014).

2016 yılında Arzu Çoban İçağasıoğlu'nun yaptığı "çocukluk çağı diyabetinde sosyal hizmet" adlı çalışmasında kronik bir rahatsızlık olan tip 1 diyabetin, çocuklar ve aileleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda diyabetli çocukların diyabete farklı tepkiler verdikleri ortaya çıkmıştır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, ailelerin özellikleri gibi faktörler diyabetin çocuklar üzerindeki etkilerinde anlamlı farklılık oluşmasına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada ayrıca sosyal hizmet mesleğinin diyabetin tedavisindeki işlevlerine değinilmiş olup hastaların psikososyal destek alma, kaynak bulma ve bilgilendirme gibi işlevlere değinilmiştir. Araştırmanın sonunda yer alan tartışma bölümünde bulgulara dayalı olarak araştırmacılara, bu alanda çalışan psikolojik danışmanlara ve ailelere önerilerde bulunulmuştur. Bunlardan en önemlisi, diyabet teşhisi konmuş hastalara sosyal hayatlarında problem yaşamamaları için arkadaş, aile ve mutlaka uzman psikolog desteğinin olması gerektiği yönündedir(Çoban,2016).

Sosyal hizmet alanında yapılan bir diğer çalışma,2016 yılında Oğuzhan Zengin ve arkadaşları tarafından "bazı sosyo-demografik özellikler açısından diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri" konusu üzerine yapılmıştır. Bu çalışmada cinsiyet, meslek, eğitim durumu, gelir, aile tipi vb. erişkenlerin diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeylerine etkisi olup olmadığı konusunun araştırılması amaçlanmıştır.Araştırma 93 diyabetli kişiyle yapılmıştır.Araştırma sonucu verilerine göre hastalık konusunda erkekler kadınlara göre psikolojik açıdan daha iyi bir uyuma sahip olduğu, yaşlı bireylerin hastalığa uyum sağlama durumlarının genç bireylere göre daha yüksek olduğu, hanede yaşayan kişi sayısı arttıkça hastada uyum sorunları ve psikososyal durumunun kötüye gittiği, düzenli bir gelire sahip olan hastaların olmayanlara göre psikolojik uyum ve sağlık bakımı uyumunda az sorun yaşadığı ortaya çıkmıştır(Zengin vd.,2016).

Bu çalışma 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde genel çerçevede diyabet ve psikoloji kavramına değinilecektir. Aynı bölümde diyabetin tanımı,oluşumu, türleri, teşhis, tedavi ve komplikasyonlarına değinilerek diyabetin psikoloji ile ilişkisi konusu ele alınacaktır.Yine aynı bölümde diyabet ve psikolojik sağlamlık kavramına değinilecektir.İkinci bölümde diyabetin sosyal hizmetle ilişkisi ele alınacaktır. Sosyal hizmet alanını yakından ilgilendiren sosyal destek kavramının diyabetle ilişkisi açıklanacak ve bu bölümde son olarak diyabet ve sosyal yaşam kavramı ele alınacaktır. Son bölümde araştırmanın metodoloji kısmına değinilerek bu bölümde araştırmanın

amacı, problemi, hipotezleri sıralanacak; bulgular ve yorumlar açıklanacak olup son olarak sonuç ve tartışmaya yer verilip önerilerle çalışma sonlandırılacaktır.



BÖLÜM 1

DIYABET (ŞEKER) VE PSİKOLOJİ

1.1.Diyabet

Araştırmanın ilk bölümünde diyabet, halk arasında bilinen diğer adıyla şeker hastalığının tanımı ele alınacak; diyabete sebep olan faktörler ve diyabetin oluşumu incelenecektir. Ayrıca diyabet türleri, tip 1 ve tip 2 diyabet ele alınacak; diyabet hastalığının semptomları ve teşhis konusuna da değinilecektir. Diyabet hastalığında risklerin neler olduğu ortaya konmaya çalışılarak, diyabet hastalığındaki komplikasyonlara da yer verilecek ve hastalığının tedavi süreci anlatılacaktır. Bu bölümde ayrıca diyabet ve psikoloji ilişkisine değinilecek; diyabetin psikososyal yönü ile diyabetli hastalarda ortaya çıkan olumsuz duygular stres, depresyon, umutsuzluk ve kaygı konusu ele alınıp diyabetin tedavisinde danışmalık hizmetleri, psikolojik destek ve son olarak diyabet ve psikolojik sağlamlık ilişkisine değinilecektir.

1.1.1.Diyabetin (Şeker) Tanımı

Halk arasında şeker hastalığı olarak bilinen diyabetin tarihsel kökeni oldukça eski yıllara dayanmaktadır. Diyabet kelimesi köken olarak “Diabetes Mellitus” tan gelmektedir ve diabetes, havuz fiskiyesi; mellitus ise tatlı, bal manalarına gelmektedir. Diyabet ifadesi ilk kez İyonyalılar döneminde Aretheaus tarafından yazdığı kitapta, bu hastalıktan bahsederken kullanılmıştır. Hekim Aretheaus, diyabet hastalığını “Bu illete tutulan hasta su içmeye asla kanmaz, idrar etmekten kendini alıkoyamaz, çünkü sıvılar vücudundan süzülerek dışarı akar” şeklinde anlatmıştır (Bağrıaçık, 1997: 9).

Eski Mısır’da 1500’lü yıllarda Ebers papiruslarında diyabet, “bedenin idrara akıp erimesi” şeklinde ifade edildiği bilinmektedir. Diyabetin, uzun yıllar ölümcül bir hastalık olduğu da rivayet edilmektedir (Özata, 2005: 13).

MÖ 6. ve 4. Yüzyıllarda ise eski Hint hekimleri tarafından diyabet hastalığı, “tatlı idrar hastalığı” olarak tanımlanmıştır. Bu dönemdeki şeker hastalarında, genelde şişmanlık, ağız kuruluğu, el ve ayaklarda yanma gibi bulguların tespit edildiği bilinmektedir. Hintli hekimler, bu bulgulara sahip hastaların idrarlarının, karınca ve sinekleri çektiğini fark ettikleri için, idrarlarının tatlı olduğunu tespit etmişlerdir (Özata, 2005: 14).

İsviçreli doktor ve kimyager Paracellus ise, 1500’lü yıllarda şeker hastalarına açlık kürleri uygulamış, daha sonraki yıllarda da diyabet hastalığı ve tedavisi üzerinde birçok çalışmada bulunmuştur (Bağrıaçık, 1997: 10).

Tıp adamı ve filozof İbn-i Sina ise, kangren hastalığını tarif ederek, diyabetli hastalarda nasıl olacağını izah etmiştir. Yıllar sonra bilim insanları, 1679 senesinde şeker hastalarının idrarında, 1779 yılında ise kanında şeker bulunduğunu tespit etmişlerdir. 1860 yılında ise Paul Langerhans, pankreas bezindeki beta hücrelerinin zarar gördüğünü saptayarak, bunun diyabet hastalığından kaynaklandığını ortaya çıkarmıştır (Özata, 2005: 15).

1922’de ilk kez insülin kullanılmaya başlanmış ve diyabet artık kronik bir hastalık halini almıştır. Bu dönemde Best ve Banting, pankreas ekstresi, insulin ve hastalığının

tedavisine yeni yaklaşımlar kazandırmışlardır (Konca, 2015: 18). Daha sonra ağızdan şeker düzeyini kontrol altına alabilen ilaçlar bulunmuş ve diyabet hastalığına yönelik araştırmalar yapılmaya devam edilmiştir.

“Diyabet, nasıl bir hastalıktır?” diye sorulduğunda şöyle bir tanım yapılabilir. Öncelikle insülinin ne olduğunu bilmek gerekir. “İnsülin kandaki şekerin hücre içine alınmasını ve enerji olarak kullanılmasını sağlayan, pankreas tarafından üretilen bir hormondur” (Korugan,1997:21). İnsülin hormonu üretilmediğinde veya etkin olarak kullanılmadığında, kandaki şeker seviyesi yükselir. Bu durum da, uzun vadede vücutta bazı organların ve dokuların hasarına yol açar, hatta işlevlerini yitirmesine bile sebep olabilir. Bu bilgi dâhilinde diyabet, “pankreastan salgılanan insülin hormonunun yokluğu, yeterince üretilmemesi ya da üretilen insülinin etkili bir şekilde kullanılmaması sonucunda ortaya çıkan ayrıca karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklara sebep olan kronik bir hastalıktır” (Ünlüsoy, 2009: 22-23).

Ayrıca sadece fiziksel hasara yol açabilen bir hastalık olmasının yanı sıra, diyabet aynı zamanda sosyo-psikolojik yönleri de olan bir hastalıktır. Diyabet, hastada duygusal, ruhsal, psikolojik ve psikoseksüel yönlerden birtakım sıkıntılara sebep olabilmektedir (Çetinkalp ve Yılmaz, 2002: 14).

Bu açıdan bakıldığında, kan şekerinin direkt beyni ve ruhsal durumu etkileyebildiğini; bireyin psikolojik ve duygusal durumunun da kan şekerini etkileyebildiğini söylemek mümkündür. Yaklaşık 2000 yıldır hem etiyolojisinde, hem de tedavisinde değişiklikler gösteren bir hastalık olan diyabet, sadece fiziksel değil, psikolojik faktörlerin de ağır bastığı ve psikolojik açıdan da hasta güçlendirildiği zaman tedavi edilebilen bir hastalıktır.

1.1.2. Diyabete Sebep Olan Faktörler ve Diyabetin Oluşumu

İçinde bulunduğumuz çağın en önemli sağlık meselelerinden biri olan diyabet, hasta sayısının sürekli artması ve diyabetle ilgili yaşanan sorunların insanların hayatlarını etkilemesi sebebiyle, giderek önemli bir hal almaya başlamıştır.

Bulaşıcı olmadığı halde yaygın olma özelliğini kendisinde barındıran diyabet, dünya genelinde birçok ülkede yetişkin grubu çok etkilemekte, sağlık sistemlerini ve toplum hayatını da ilgilendirmektedir. Hayatımızda bu denli önemli olan diyabet hastalığının oluşumu ve sebep olan faktörleri anlayabilmek için öncelikle pankreasın yapısına değinmek yararlı olacaktır.

Pankreas, midenin alt tarafında, arka kısmında bulunan, 12 ila 15 cm boyunda olan bir organdır. Pankreas, alfa ve beta hücrelerine sahip olup; beta hücrelerinden insülin, alfa hücrelerinden de glukagon salgılanmaktadır. Özellikle beta hücreleri, kandaki glukoz yoğunluğuna duyarlıdır. Kandaki glukoz yoğunluğu arttığında, beta hücreleri uyarılıp insülin salgılanır. “İnsülin, glukozun hücre içine girişini ve glikojene dönüşümünü sağlayıp glikojen, aminoasit ve yağ asitlerinin glukozla dönüşümünü baskılayarak kan glukoz konsantrasyonunu düşürür. Glukagon ise, insüline zıt etkiye sahiptir. Kan glukoz düzeyi düştüğü zaman salınan glukagon, karaciğeri uyararak glikojenin glukozla

dönüşümünü ve aminoasit ile laktik asitten glukoz oluşumunu sağlayarak, kan glukoz düzeyini yükseltir” (Çoker, 2018: 21-22).

Glukoz, insülin yetersizliğinden dolayı, hem karaciğerde, hem de kaslarda depolanamaz. Dolayısıyla kanda, şeker seviyesi arttığı için, (hiperglisemi), bu durum, böbrek eşiğini geçerek, idrara glikoz şeklinde taşınmış olur. İdrara gelen glikoz, beraberinde buraya su da taşıdığı için, idrar miktarı fazlalaşır ve hasta çok susayıp, su içmeye başlamış olur. Beden ise, enerji kaynağı olarak glikozu kullanamaz ve yağlar ile proteinlere yönelir. Burada hasta, iştahlı ve çok yemesine rağmen, kilo kaybetmeye başlar. Çok susamak, çok yemek yemek ve sık idrara çıkmak, diyabetin ana üç belirtisi sayılmaktadır (Adakan vd. 2017: 20).

Bu sayılanların haricinde, “gece sık idrar yapmak, vulva kasıntısından yakınmak ve iri bebek doğurma” gibi sebepler de diyabet oluşumuna etkindir (Ünlüsoy, 2009: 23).

Bir kişiye diyabet tanısı konulması için başlıca faktör, idrarda glüköz miktarının yüksek olması ve keton bulunmasıdır (Bağrıaçık, 1997: 11).

Diyabet, insülin miktarının yetersiz olması veya insülinin kullanımındaki problemler sebebiyle vücudun karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeteri kadar fayda sağlayamadığı, devamlı tıbbi kontrol ve bakım gereken, kronik bir metabolizma hastalığıdır (Akın, 2013: 28). Hastalardaki akut komplikasyon risklerini en aza indirmek ve tedavisi pahalı olan diğer yöntemlerden korumak adına hem bu hastalıkla ilgilenenlerin, hem de hastaların sürekli bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

1.1.3. Diyabet Türleri

İnsülin hormonunun yetersizlik nedeni, derecesi ve oluşma yaşına göre diyabet, Tip 1 Ve Tip 2 diyabet olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır.

Tip 1 Diyabet

Yetişkin kimselerde görülme sıklığı %5 ila 10 aralığında olan Tip 1 diyabet, insülin eksikliğine sebep olan pankreatik beta hücrelerinin otoimmün yıkımı ile karakterizedir (Koloğlu, 2005: 183).

Başka bir deyişle “kan şekeri yüksekliği ile sonuçlanan vücutta yetersiz insülin üretimi veya insülin etki basamaklarındaki problemin olduğu hastalık tablosudur”.

30 yaşından daha genç olan bireylerde görülme sıklığı daha fazla olan tip 1 diyabet, genellikle bağışıklık sisteminin bozulmasıyla birlikte organizmanın kendi pankreas hücrelerinin tümünü yok etmesi ve organizmada hiç insülin kalmaması sonrasında gelişir. Bu durumda hastaya, yaşamına devam edebilmesi için dışarıdan insülin verilmesi gerekir (Bulutlar, 2015: 40).

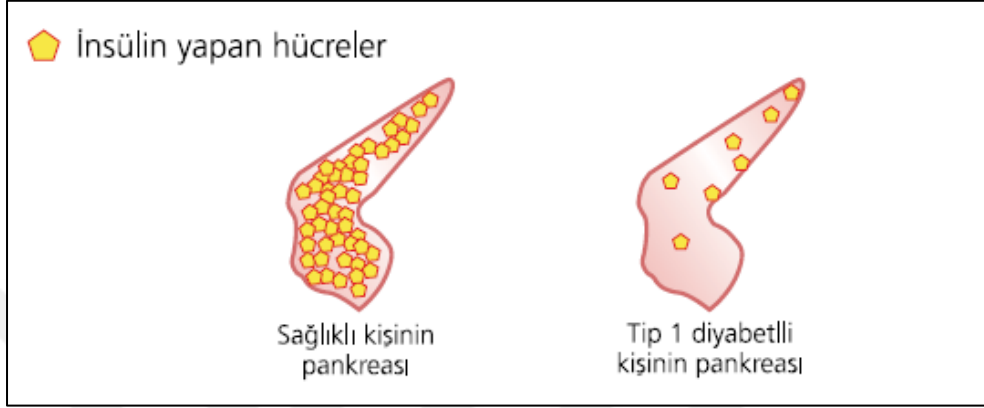
Diyabet tanısı konulan olguların çoğunlukla %10’u tip 1 diyabet hastası ve tip 1 diyabetin belirtileri genellikle şöyledir (Gülseren vd., 2001: 89):

- Bulantı, kusma
- Derin soluk alma
- Karın ağrısı

- Kilo kaybı
- Baygınlık hissi
- Dalgınlık
- Ağızda aseton gibi koku.

Şekil 1’de sağlıklı birey ile tip1 diyabet tanısı konan bireyin pankreas yapısı gösterilmiştir.

Şekil 1. Sağlıklı Pankreas ve Tip 1 Diyabet Hastasının Pankreası



Kaynak: Gülseren vd. 2001: 89-90’dan derlenmiştir.

Kan şekerinin yükselmesiyle ilintili olarak, hastada sık ve çok idrara çıkma, sıvı kaybı, sürekli ağız kuruluğu ve ciltte kuruluk görülebilmektedir.

Tip 2 Diyabet

Genellikle 40 yaş üzeri kilolu bireylerde ortaya çıkan ve en sık karşılaşılan diyabet tipidir ve çounlukla da geç fark edilmektedir. Tip 2 diyabette beta hücre rezervi %10 ila 20’nin altına inene kadar kendisini göstermez. Yaşın ilerlemesi, ateşli bir hastalık geçirilmesi, ani ve hızlı kilo alımı, ameliyatlar ve hamilelik gibi sebepler ile de tip 2 diyabetin belirtileri ortaya çıkabilmektedir.

Tip 2 diyabette, pankreastaki beta hücreleri, Tip 1’de olduğu kadar azalmamıştır, ancak “insülin yapma ve salgılama yetenekleri” azalmıştır. Ayrıca hastaların birçoğunun “dokularında oluşan düzensizlik, o dokuların insülininden etkilenebilmelerini azaltmıştır”. Bu bireyler, senelerce hastalıklarının farkında olmadan ve bir tedavi görmeden, dışarıdan insülin almadan yaşayabilmişlerdir. Dolayısıyla buradan anlaşılan, hastaların hayatlarına devam edebilmesi için, dışarıdan insülin almalarına gerek olmadığıdır (Bulutlar, 2015: 41). Tip 2 hastalarda yeteri kadar insülin salgılamadığı ya da salgılanan insülin yeterli düzeyde kullanılmadığı için kan şekerinde yükselme olmaktadır (Koloğlu, 2005: 191-192).

Diyabet tanısı konulan olguların çoğunlukla %90’ı tip 2 diyabet hastasıdır ve tip 2 diyabetin hastalarında kan şekerinin yükselmesinin iki temel sebebi vardır (Gülseren vd., 2001: 91):

- İnsülin direnci,
- İnsülin salgısı yetersizliği.

İnsülin direnci, kanda yeteri miktarda insülin olduğu halde etki gösterememesidir. Hücrelere şeker taşınmadığı için, şeker kanda birikmiş olur ve böylece kan şekeri yükselir.

Şekil 2’de Tip 1 ve Tip 2 diyabetin genel özellikleri gösterilmektedir.

Şekil 2. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetin Klinik Özellikleri

Çocuk ve Ergenlerde Tip 1, Tip 2 Diyabetes Mellitus ve Monogenik Diyabetin Klinik Özellikleri			
	Tip 1	Tip 2	Monogenik
Genetik	Poligenik	Poligenik	Monogenik
Başlangıç yaşı	6 ay – genç erişkin	Genellikle puberte ve sonrası	Çoğu zaman ergenlik sonrası – istisna glikokinaz ve neonatal diyabet
Klinik başvuru	Çoğu zaman akut, hızlı	Değişken; yavaş seyir – ciddi	Değişken (Glikokinazda insidental olabilir)
Otoimmünite	Var	Yok	Yok
Ketozis	Yaygın	Yaygın değil	Yaygın değil
Glisemi	Yüksek	Değişken	Değişken
Obezite	Toplumdaki sıklık	Artmış sıklık	Toplumdaki sıklık
Akantozis nigrikans	Yok	Var	Yok
Sıklık (tüm genç diyabetlilerde)	Genellikle %90 +	Çoğu ülkede < %10 (Japonya %60-80)	%1-2
Diyabetli ebeveyn	%2-4	%80	%90

Kaynak: Esen, İ. (2010) Diyabetes Mellitus Nedir? <http://kisi.deu.edu.tr/ihsan.esen/dm%20ders%20Copy.pdf>, Erişim: 10.02.2019.

Tip 2 diyabetin belirtileri genellikle şöyle sıralanmaktadır (Eren, Erdi ve Çivi, 2004: 86):

- Kişinin çok yemesi ve hep açlık hissetmesi,
- Kişinin kendini sürekli yorgun hissetmesi,
- Kişinin görmede sorun yaşaması, bulanık görmesi,
- Yaraların geç iyileşmesi,
- İdrara sık çıkılması ve çok yapılması
- Cinsel sorunlar yaşanması,
- Kişinin ağzının kuruması ve çok su içmesi,
- El ve ayaklarda uyuşma, karıncalanma gibi hislerin olması.

1.1.4. Diyabette Teşhis

Bir kişinin diyabet olup olmadığını anlayabilmek için öncelikle anlık kan şekeri ölçümü yapılmalıdır. Bu ölçüm yapılırken, kişinin minimum sekiz saat aç kalmış olması gerekir. Çıkan sonuçlarda açlık kan şekeri, diyabet teşhisi konulabilir. Ancak tek bir günün açlık kan şekerinin ölçümünü yapmak yeterli olmayacaktır. Kişi, birkaç gün sonra tekrar açlık

kan şekeri ölçümü yaptırmalıdır. Yine kan şekeri “126 mg/dl ve üzerinde ise” hastaya diyabet teşhisi kesin olarak konulur ve tedavi sürecine geçilir (Özata, 2005: 35).

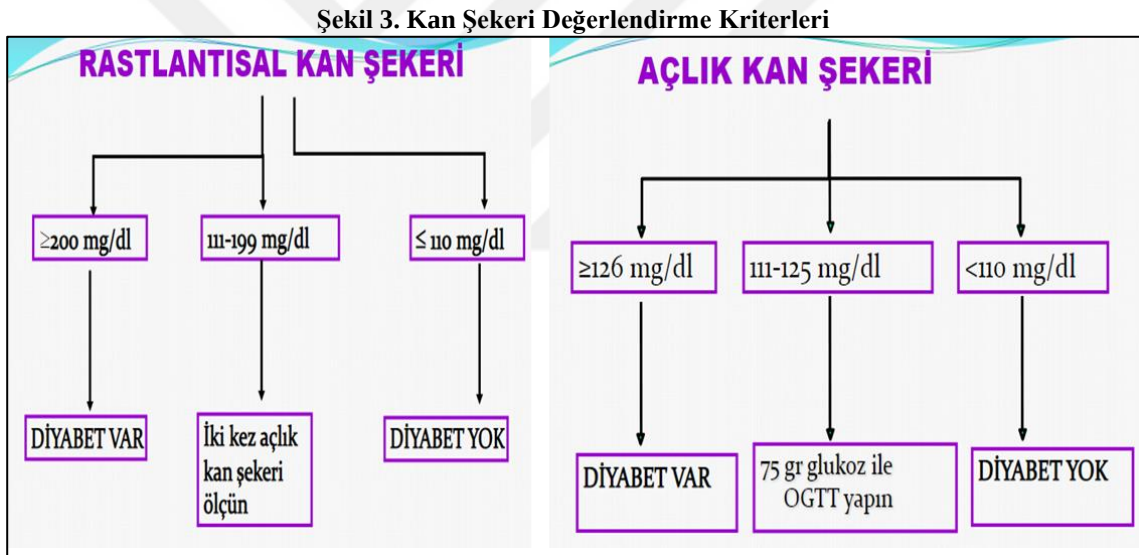
Yapılan testlerde eğer açlık kan şekeri 100 ila 126 mg/dl arasında ise, kişiye şeker yükleme tetkiki uygulanır. Bu tetkik için de kişinin 10-16 saat aç kalması ve sabah ilk iş olarak 75 gram şekerli suyu içmesi gerekir. Su içildikten iki saat sonra tekrar kan şekeri bakılır. İkinci saat kan şekeri “200 mg/dl ve üzerinde ise”, diyabet teşhisi konulabilir (Eren, Erdi ve Çivi, 2004: 87).

Ancak şekerli suyu içtikten iki saat sonra kan şekeri seviyesi “140–199 mg/dl” ise “gizli şeker hastasıdır” (Özata, 2005: 36).

Eğer kişide çok sık idrara çıkma, çok su içme, kilo kaybı var ise, onların aç veya tok farketmeksizin günün herhangi bir zamanında kan şekeri ölçülebilir. Çıkan sonuç “200 mg/dl ve üzeri ise” diyabettir (Gülseren vd., 2001: 92).

Eğer açlık kan şekeri bu değerlerde değil de, “100 mg/dl’den daha az” ise kişinin kan şekeri normaldir.

Aşağıda Şekil 3’de kan şekeri değerlendirme kriterleri gösterilmiştir.



Kaynak: Altuntaş, 2001: 246-246’dan derlenmiştir.

Günümüzde kilo artışı veya azalmasına bağlı olarak da sıklıkla karşımıza çıkan diyabet, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Ancak burada erken teşhis ve zamanında tedaviye başlanması, doğru beslenme ve ilaç kullanımı son derece önemlidir.

1.1.5. Diyabette Riskler

Diyabet, belirtileri kişiden kişiye farklılık gösterebilen ve hemen fark edilmesi zor olan bir hastalıktır. Bu sebeple teşhis konması ve tedaviye başlanması önem taşımaktadır. Genel kanı, kilosu fazla olan insanların, kilosu daha az olan bireylere göre daha fazla risk grubunda olduğu yönündedir. Nitekim yapılan araştırmalarda diyabet hastası olan kişilerin %60-90’ının aşırı kilolu olduğu saptanmıştır (Eren, Erdi ve Çivi, 2004: 88).

Diyabet hastalığında bir diğer risk grubu, kalıtsal özelliklerdir. Her ne kadar günümüzde bazı uzmanlar tarafından diyabetin kalıtsal olmadığı öne sürülse de,

özellikle tip 1 diyabette “genellikle genetik hassasiyet hem anne, hem de babadan kalıtım yoluyla alınmaktadır” (Altuntaş, 2001: 248).

Genetik faktörlerin yanında erken yaşta yapılan diyetler, soğuk havaya çok uzun süre maruz kalmak, virüsler, çevresel etmenler, egzersiz yapmamak gibi faktörler diyabet için risk grubuna dahildir. Risk faktörleri bilindiği zaman, diyabet teşhisi koymak için gereken tahlil ve tetkiklerin yapılması kolaylaşmış olmaktadır (Bulutlar, 2015: 42).

1.1.6. Diyabette Komplikasyonlar

Diyabet, hayat boyunca devam eden bir sağlık problemi olduğu için, etkili bir tedavi ile komplikasyonlarında azalma olmakta ve kontrol altına alınmaktadır. Böylelikle hastanın yaşam kalitesinde de iyileşme görülmektedir. Burada diyabet hastalığındaki komplikasyonların neler olduğunu bilmekte yarar vardır.

Ketoasidoz

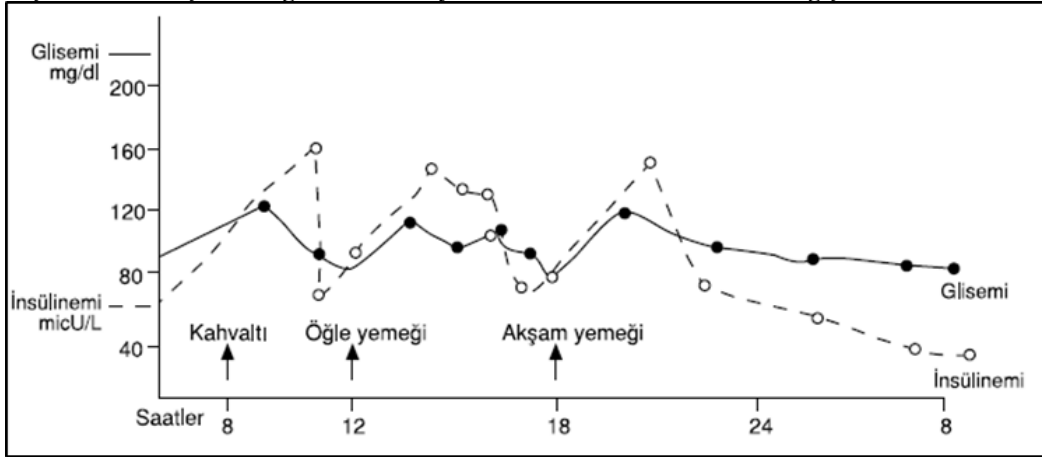
İnsülin yetersizliği, “kortizol, glukagon ve katekolaminler gibi kontrinsülinler hormonlarda artışa” sebep olmaktadır. “İnsülinin bu eksikliği, kas, yağ dokusu ve karaciğerin glukoz alamamasına yol açar. Karaciğerde glukoz üretimi ve yağ mobilizasyonu artar, periferik glukoz kullanımı azalır ve keton üretimi stimüle olur” (Kara ve Çınar, 2011: 58).

Diyabetik ketoasidoz (DKA), insülin eksikliğinden kaynaklı “hiperglisemi, dehidratasyon ve asidozun izlediği” klinik durumdur. Bu durumda metabolik bozulmalar da ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kusma, nefes alıp vermenin hızının artması, vücudun aşırı sıvı kaybetmesi sonucu elektrolit kaybı olması gibi durumlar yaşanmaktadır. DKA tedavi edilmediğinde, böbrekleri de etkilemekte.; hatta böbreklerin işlevini tehlikeye sokarak, komaya varabilen durumlar olmaktadır (Şahin, 2015: 42-43).

Hipoglisemi

Diğer adı düşük kan şekeri olan hipoglisemi, farklı etyolojilere göre oluşan bir sendrom durumudur. Başka bir ifadeyle kan şekerinin 50mg/dl’den az olması, hipoglisemiye sebep olmaktadır (Şahin, 2015: 46).

Şekil 4. Gün İçinde Sağlıklı Bir Bireyde Glisemi ve İnsülineminin Değişimi



Kaynak: Korugan, Ü. (1997). *Hipoglisemi*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Diabetes Mellitus Sempozyumu, s. 101.

Şekil 4’de görüldüğü gibi 24 saatlik bir zaman diliminde günlük bir beslenme programı içinde glisemi ve insülinemi düzeyleri değişmektedir.

Hipogliseminin semptom ve bulguları, halsizlik, yorgunluk, titreme, sinirlilik hali, cildin solgun görünümü, dil ve dudakta uyuşma, baş ağrısı, terleme, çarpıntı ve acıkma şeklinde sıralanabilir.

Hastada hipoglisemi görüldüğü zaman, (eğer hastanın bilinci yerindeyse ve yutmada bir sorun yaşamıyorsa), “suda eritilmiş iki veya üç kesme şeker ya da bir büyük çay bardağı meyve suyu verilerek müdahale edilmelidir”(Olgun, 2002: 108-109).

Hiperglisemi

Diğer adı yüksek kan şekeri olan hiperglisemi, en basit tanımıyla kan şekerinin normal limitin üzerinde bulunması durumudur. Bilindiği gibi açlık kan şekerinin normalde “70-110 mg/dl” arasında olması; tokluk kan şekerinin ise “180 mg/dl”.’yi geçmemesi gerekir. İdrarda şeker bulunması ve HbA1c’nin %8 ve üzeri çıkması, kan şekerinin yüksek olduğu anlamına gelir (Korugan, 1997: 102-103).

Hiperglisemi olan hastalarda çok fazla idrara çıkma, çok fazla yeme isteği ve çok susama gibi belirtiler görülmektedir. Hiperglisemisi olan hastaların kan şekerleri çok düzenli bir periyotta takibe alınmalı, hastaya gerektiğinde “antidiyabetik ilaç ya da insülin” uygulanmalı, diyet listesi tekrar gözden geçirilmeli ve egzersiz verilmelidir (Olgun, 2002: 114-116).

Retinopati

Dünya genelinde 20 ila 65 yaş arasındaki insanlarda görülen, engellenebilir ya da tedavi edilebilir en önemli körlük sebebi olan diabetik retinopati (DR), diabetes mellitusun önemli komplikasyonlarından biridir. Genel popülasyona göre, diyabet hastalarında körlük riski 25 kat daha fazla olmaktadır. Diabetik retinopatinin erken tanı ve tedavisinin yapılabilmesi amacıyla iyi bir klasifikasyonun yapmak gerekir (İnan, 2014: 208).

Burada dikkat edilmesi gereken noktalardan biri, kişinin diyabet hastalığının uzun olması, onda retinopati olmasına daha çok etkilemektedir. ABD’de yapılan araştırmalara göre,

körlük sebeplerinin başında retinopati gelmektedir. Diyabet hastalarında kandaki şeker miktarının yüksek olmasından ve insülin hormonunun görevini yerine getirememesinden dolayı, retinadaki ince damarlar tıkanarak görme bozukluğuna sebep olmaktadır. Dolayısıyla diyabet hastalarının düzenli olarak göz ve göz dibi muayenelerini yaptırmaları çok önem teşkil etmektedir (Karadeniz, 2005: 45-46)

Nefropati

Günümüzde diyabetle birlikte diyabete bağlı gelişen komplikasyonların da görülme sıklığı artmış durumdadır. Özellikle son dönemlerdeki böbrek yetmezliğine sebep olan etmenler arasında diyabet ilk sıradadır. Hipergliseminin, doğrudan ve farklı şekilde sitokin, kemokin ve büyüme unsurlarının lokal ve sistemik olarak atışına sebep olup, mikrovasküler komplikasyonları tetiklediği bilinmektedir (Karadeniz, 2005: 47).

Diyabet hastalığının böbreğin damar yapısını bozması ve idrarda protein görülmesi, nefropatiye sebep olmaktadır.

Ayrıca hiperglisemi sonucu sinirleri besleyen damarlarda daralma ve tıkanma olduğu için, bu durum, nöropatiye yol açmakta; damarların zarar görmesi sebebiyle de ayak ve bacak hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Özellikle ayakta ve bacakta çıkan yaralar geç iyileşmekte; hastanın hastaneye yatarak tedavi görmesi gerekmekte, bazı hastalarda gangrenle birlikte bacağı kesilmesine varabilen sonuçlar olabilmektedir (Atasoy vd., 2014: 16-17).

Sonuç olarak diyabet ve beraberinde gelişen komplikasyonlarının oluşmaması için, kan şekerinin ölçülmesi, tetkiklerin düzenli yapılması, doğru beslenme, egzersiz ve psikolojik destek hastalığın iyiye doğru seyrinde çok önemlidir.

1.1.7. Diyabetin Tedavisi

Diabetes mellitus hem Türkiye’de hem de dünya ülkelerinde halen artmaya devam eden ve toplum sağlığını tehdit eden önemli bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü’nün verdiği bilgiye göre, 2030’lu yıllarda ulaşılması planlanan prevalansına daha şimdiden ulaşılmıştır (Turan ve Kulaksızoğlu, 2015: 86).

Diyabet hastalığının tedavisinde, öncelikle diyabetin kontrol altına alınması, düzenli olarak tetkiklerin yapılması, olası komplikasyonların önüne geçilmesi, hastalığın ileri safhalarının geciktirilmesi veya diyabetin hafifletilmesi amaçlanmaktadır. Bu yüzden hekimin verdiği teşhis ile önerdiği tedavi kadar, hastanın iradesini kullanarak, kendisine söylenenlere uyması ve hayat biçimini değiştirmesi de son derece önemlidir (Satman, 2002: 1551). Burada hastaya düşen, hekimin önerdiği şekilde beslenmek, verilen egzersizleri yapmak, eğer ilaç verildiyse doğru kullanmak ve ruh halini de kontrol altında tutmak şeklinde sayılabilir.

Başka bir deyişle diyabet tedavisinin olmazsa olmazları, diyet, ilaç ve egzersizdir.

Diyabet Tedavisinde Diyet: Diyabet hastalığında hekimin tavsiye ettiği sağlıklı beslenme programı ve kan şekerinin normal düzeyine gelmesi için verilen diyetdir. Verilen diyet, kişinin yaşı, boyu ve kilosu, mesleği, ilaç kullanım alışkanlıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bu özellikler, kişiden kişiye değişebildiği için, standart bir diyabet diyet listesi aslında yoktur. Diyet, hastalıktaki verilere, hastanın sosyo-ekonomik,

kültürel durumuna ve beslenme alışkanlıklarına göre, uzman doktor ve diyetisyen tarafından hazırlanmalıdır (İmamoğlu vd., 2001: 13-14).

Diyet listesi hazırlanırken, hastanın alması gereken besinlere önem verilmeli; meyve, bal, nişasta gibi kolay emilen karbonhidratlardan uzak durulmalı; hasta, kompleks karbonhidratlara yönlendirilmeli, hastanın hayvansal yağ alımı engellenmeli, bitkisel yağlar ölçülü olmalı ve protein alınırken kırmızı et de sınırlandırılmalıdır (Bağrıaçık, 2004: 8). Ayrıca hem ana öğünler, hem de ara öğünler verilmelidir.

Diyabetli hasta, evinde kendisine verilen cihazla kan şekeri ölçümünü yaptığı için, aldığı sonuçlara göre de beslenme planı değişebilmektedir. Özellikle tip 2 diyabet hastalarında kilo vermesi amaçlanıyorsa kalori alımı azaltılmaktadır. Çünkü kalorinin dengeli dağılması, kan şekeri ve insülin seviyelerinin düzelmesinde etkili olmaktadır (Özer, 2004: 34-35).

Diyabet Tedavisinde İlaç: Diyabet hastalarının tip 1 ve tip 2 olma durumlarına göre genellikle insülin ve antidiyabetik ilaçlar verilmektedir.

İnsülin, çoğunlukla Tip 1 diyabet hastaları için verilmektedir. İlaç yoluyla tedavide cevap alınamayan tip 2 diyabet hastalarında ve karaciğer, böbrek, kalp yetmezliği gibi sorunlar yaşayan hastalarda insülin iğnesi tercih edilmektedir. Günümüzde insülin uygulaması kolaylaşmış; kalem biçiminde olanları kullanılmaya başlanmıştır. Hastalar, kendi kendilerine insülin uygulamasını yapabilmektedirler. Ancak bunun miktarı uzman hekim tarafından belirlenmektedir (Bağrıaçık, 2004: 9).

Bir diğer ilaç yöntemi ise ağız yoluyla tip 2 diyabet hastalarına verilen antidiyabetik ilaçlardır. Bu ilaçlar, pankreastaki insülin hormonunun salgılanmasını sağlayıp, kan şekerini düşürmektedir. Dolayısıyla, pankreastaki hücrelerin az da olsa çalışıyor olması gerekir (Özer, 2004: 36).

Diyabet Tedavisinde Egzersiz: Sağlıklı bireylerde hareketsiz bir yaşam, sadece diyabet riski değil, birçok rahatsızlık için risk taşımaktadır. Bu yüzden egzersiz, sportif faaliyetler sağlıklı bir yaşamın devam etmesinde diyet ve ilaç kadar etkilidir. Çünkü tek başına diyet veya sadece ilaç kullanıp, diğer tedavi yöntemlerini uygulamamak, diyabet hastalığını önlemede yeterli değildir.

Fiziksel aktivite yaparken, vücuttaki kasların glikoz kullanımı artmaktadır. Aktivite sırasında, karaciğerden glikoz mobilizasyonunu sağlayan glukagon salınımı da artar. Hafif ve orta egzersiz saatlerce sürdüğünde, kandaki glikoz tedricen düşmüş olur. Egzersizle kasların kandan çekip aldıkları ve kullandıkları glikoz artmasına rağmen, glisemi oldukça sabit sürdürülür. Kanda azalan glikozu karaciğer verir. Egzersizle beraber karaciğerden glikoz salımı 2-5 kat artar. Diyabet hastalarında da benzer şekilde spora başlandığında, kana glikoz salımı artıp; glukogenezisin artış oranı normale göre daha kısa süreli egzersizle olmaktadır (Öztürk, 2014: 17-18).

Diyabet hastalarına egzersiz verilirken, hastanın yaşına, fiziksel aktivitenin türüne ve şiddetine, hastalığın metabolik kontrolüne, hastanın kas-iskelet sisteminin egzersize uygun olup olmadığına, kardiyo-pulmoner uygunluk seviyesine bakılmalıdır (Bahadır ve Atmaca, 2012: 17).

Uygun fiziksel aktiviteler şu şekilde olabilir (Öztürk, 2014: 19-20):

- Haftada 3 veya 5 defa yapılmalıdır.
- 48 saatten fazla ara verilmemelidir.
- Hafif şiddetten orta şiddete ilerlenmelidir
- Bir seans ortalama 15 dakika ila 60 dakika sürmeli; beşer dakikalık ısınma ve soğuma periyotları mutlaka olmalıdır.
- Süre 15 dakikadan başlatılarak zaman içinde artırılmalıdır.
- En uygun egzersiz şekli, yürüyüş, tempolu yürüme, jogging ve koşma şeklinde sıralanabilir.

Diyabet hastaları için egzersizin yararlarını ise şöyle özetlemek mümkündür (Özer, 2004: 33-35):

- Vücut ağırlığının azalmasına yardımcıdır.
- İlaça olan gereksinimi azaltır.
- Kandaki “kolesterol ve trigliserid” gibi kan yağlarının azalmasına yardımcıdır.
- Akciğerleri güçlendirir.
- Kan şekerinin ve kan basıncının normal düzeye gelmesinde yardımcıdır.
- Kalp kasını kuvvetlendirerek dolaşımın artmasını sağlar.
- Stresin etkilerinin azalmasında ve kişinin kendisini daha iyi hissetmesinde önemlidir.

1.2.Diyabet (Şeker) Hastalığı ve Psikoloji İlişkisi

Çalışmanın bu bölümünde, stres, depresyon, umutsuzluk, kaygı gibi psikolojik faktörlerin diyabet hastalığı üzerinde ne türde etkilerinin olduğu incelenecektir. Diyabet hastalığında psikolojik danışmanlık hizmetlerinin önemine yer verilmiş; psikolojik sağlamlılık kavramına da değinilecektir.

1.2.1. Diyabet ve Psikoloji

Diyabet olan hastanın yaşamında, hastalığa bağlı bazı sınırlamaların olması, ister istemez, kişinin psikolojisini etkilemektedir. Psikolojinin etkilenmesi de (kaygı, stres, üzüntü gibi duyguların da oluşması sebebiyle), diyabete bağlı yan etkilerin gelişmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla diyabet hastalığında psikolojik destek oldukça önemli olsa da bu alanda günümüzde yeterince ilerleme sağlandığını söylemek çok mümkün gözükmemektedir (Buzlu, 2002: 196).

Genellikle diyabet hastalarının tedavileriyle ilgili kendilerine söylenen tavsiyelere uydukları, ancak psikolojik desteğin tam anlamıyla sağlanamadığı bilinmektedir.

Diyabet hastası stres, kaygı, üzüntü, depresyon hali, yeme düzensizlikleri, tedaviye direnme, davranış problemleri, seksüel sorunlar gibi durumlar yaşayabilmektedir. Bu yüzden diyabet hastasının her şeyden önce tedavi sürecinin iyiye gitmesi için psikolojik desteğe ihtiyacı bulunmaktadır. Çünkü kişiye diyabet teşhisi konulduğunda, herkes farklı tepki gösterebileceği için, tıbbi tedavinin haricinde psikolojik olarak da desteklenmesi, diyabet hastalığının kontrolünün sağlanmasında önemlidir (Küçük, 2015: 53-54).

Diyabet tanısı konulan hastada, onun kişilik yapısına, diyabet hastalığının tipine ve kişinin davranışlarına göre vereceği tepki değişebilmektedir. Bu tepkilerden en sık rastlanılanları şok olma, inkâr etme, isyan etme (başkaldırma), öğrenmek istememe, geri çekilip üzülmeye ve kabullenme şeklinde seyretmektedir (Buzlu, 2012: 197-198).

Diyabet hastalarında uyum zorlukları ve duygusal tepkiler sıklıkla görülmektedir. Hastalık belirtileri, yan etkiler ve görülen tedaviden kaynaklanan sıkıntı ile beraber geleceğe yönelik kaygı, yeterliliğini kaybedeceği ve başkalarına bağımlı olabileceği düşüncesi, dış görünüşünün bozulacağı korkusuna ilişkin endişeler, hastanın duygusal, fiziksel ve bilişsel fonksiyonları ile sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Oğuzhanoglu 2001: 117).

Diyabet hastalarının birçoğunda sırasıyla görülen psikolojik aşamalar şu şekildedir (Özkan ve Durna, 2006: 121-122; Küçük, 2015: 55-56):

- **İlk şok:** Rutin sağlık kontrolü esnasında diyabet hastası olduğunu öğrenen birey, hastalığın önemini başlangıçta farkında olmadıkları için ilgisiz görünürler. Ailelerinde diyabet sebebiyle bir uzuvları kesilmek zorunda kalan veya körlük yaşayan akrabaları olanlar ise, bu hastalığın teşhisi konulduğunda önemli ölçüde üzüldüğü etkilenmektedirler.
- **İnkâr:** Birçok birey için diyabet, ilk tanı konulduğu zaman beklenilmeyen bir durumdur. Beklemedikleri için de “mümkün değil, yanlıştır, olamaz” gibi tepkiler vermekte, diyabet hastası olduklarını başlangıçta kabul etmemektedirler. Psikolojide “duygusal uyumsuzluk” olarak adlandırılan bu durumda, birey, inkâr eden, aynı zamanda ilgisiz ve motivasyonunu kaybetmiş bir psikolojiye girmektedir.
- **isyan (Başkaldırma):** Birey, diyabet tanısı konulduğu andan itibaren, durumu “adaletsiz” olarak nitelendirebilir; ancak bu aşamada kişi artık diyabet hastası olduğunun farkındadır.
- **Pazarlık:** Kişi, hastalığın farkında ve bilincindedir ancak tedaviyle ilgili olarak hekimle, tedavinin bazı zorluklarını azaltma adına pazarlık etmektedir.
- **Geri çekilme ve üzüntü duyma:** Kişi eğer üzgün, düşünceli ve kendi içine çekilmeye başlamışsa, bu onun diyabet hastalığını kabul ettiğini, durumuna razı olmaya başladığını göstermektedir. Bu aşamada hasta, hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağını düşünerek, üzülmektedir.
- **Kabule geçiş:** Hastaların, diyabetin risklerinin ve sınırlarının bilincinde olup, psikolojik sorunlarla nasıl mücadele edeceğinin farkında olduğu aşamadır. Buradaki sorun diyabet hastasının yaşadığı psikolojik sorunla nasıl baş edeceğini bilememesidir. Bazı hastalar hipoglisemik atak geçirme korkusuyla, kan şekeri seviyesinin kontrollerini arttırırken; bazı hastalar da insulin sebebiyle kilo alacaklarını düşünerek, insulin iğnesi olmaktan kaçmakta ve tedaviyi reddetmiş olmaktadır.

1.2.1.1. Diyabetin Psiko-Sosyal Yönü

Diyabet, kronik ve fiziksel bir hastalık olduğu için, kişinin bütün hayatını etkileyen, psikolojik ve sosyal anlamda uyum problemlerine sebep olabilen bir rahatsızlıktır.

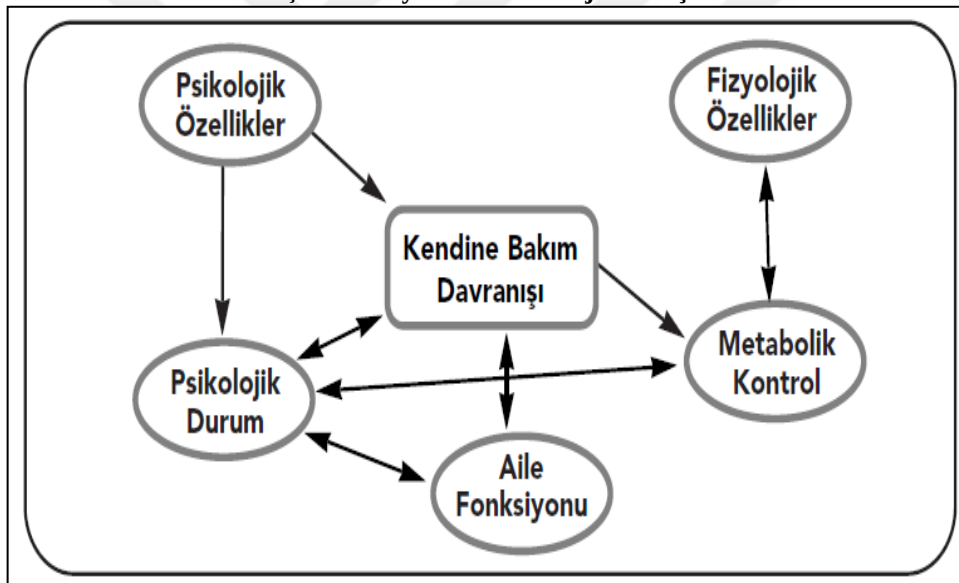
Diyabet hastalığının ortaya çıkışında, psikolojik faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Bu yüzden diyabet hastalığında psikolojik desteğin mutlaka gerekli olduğu unutulmamalıdır (Küçük, 2015: 56).

Ancak burada hastaya düşen sorumluluklar da vardır. Hastanın beslenme ve hayat biçimini değiştirmesi; sağlığını olumlu yönde destekleyen aktivasyonları yapması, işinde ve sosyal ilişkilerinde diyabet hastası olduğunun bilincinde olarak davranış sergilemesi hastaya düşen sorumluluklardan sadece birkaçıdır. Dolayısıyla birçok diyabet hastası bu rolleri yürütebilmek için, profesyonel psikolojik desteğe gerek duymaktadır (Çelik vd., 2004: 180-182).

Bazı araştırmacılar, diyabet hastalığını psikolojik süreç dâhilinde ele alırken, bir model üzerinde incelemişler ve sağlık sistemleri modeline göre sadece psikolojik değişim ile diyabetik kontrol arasında direkt bir bağlantı bulunmadığını öne sürmüşlerdir. Sağlıkla ilgili sonuçlar psikolojik, davranışsal ve fizyolojik değişimler arasındaki karşılıklı ilişkilerle belirlenmektedir.

Aşağıda diyabet ve psikolojik süreç ilişkisi Şekil-5 ile gösterilmiştir.

Şekil 5. Diyabet ve Psikolojik Süreç



Kaynak: Akt. Buzlu, 2012: 196

1.2.1.1. Diyabet ve Stres

Hayatı stresten tamamen arındırmanın bir yöntemi olmadığından, stres, yaşamımızın bir parçası haline gelmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, strese nasıl tepki verildiği ve strese yaklaşma biçimidir.

Kronik ve ciddi bir hastalığa sahip olmak, stresli bir durum yaratsa da stresle başa çıkmanın ve stres düzeyini azaltmanın yöntemleri vardır. Ancak kendisine tanı konulan hastalara neden stres sahibi olduklarına dair sorular sorularak, stresli olmayı tetikleyen sebepler öğrenilmelidir. Dolayısıyla kişinin ruhsal durumunu etkileyen bir hastalık olan diyabette de, kişilerin problem çözme ve hayata bakış açıları da, hastalığıdaki stres düzeyini etkilemektedir (Fromer, 2002: 32-33).

Örnek vermek gerekirse, diyabet hastasına bir göz doktorunun “retinopati” geliştiğini söylemesi, hastanın strese girmesine sebep olabilir. Böyle durumlarda hastalar genellikle ya tekrar göz doktoruyla görüşmeyip, bu durumu dünyanın sonuymuş gibi algılamakta; ya da kendisine daha iyi bakma yönünde diyabet yöntemini tekrar gözden geçirme kararı almaktadırlar (Buzlu, 2002: 199).

Stres belirtilerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (Akt. Buzlu, 2002: 199):

- Çok fazla uyumak,
- Durum ve olayları abartmak, büyütme
- Sürekli kendini sıkıntılı ve sinirli hissetmek
- Karar verememek
- Uykuya dalmada veya yeteri kadar uyumada sıkıntı yaşamak
- Sıklıkla eğlenmeye gitmek
- Başkalarına kötü davranışta bulunmak, hoşgörü gösterememek
- Çok fazla TV izleyerek, başka şeylerle uğraşarak problemlerden kaçmaya çalışmak
- Baş ağrısı, mide ağrısı gibi ağrılar çekmek
- Hiç yemek yeme isteği duymamak ya da aşırı yemek
- Kan şekeri düzeyinin sürekli inip çıkması
- Sorumluluklardan bunalmak

Stres, kan şekerinin kontrolünü bozan önemli bir faktördür. Bu yüzden diyabet hastaları, stresli olduklarında acıkmadıkları halde yemek yerler. Kanda kortizol ve adrenalin hormonlarının seviyesi yükseldiği için, beyindeki iştah mekanizması da artmaktadır.

Şeker düzeyinin artması, kişideki stresi de arttırmaktadır. Bu yüzden özellikle diyabet hastalarına karamsar olmamaları, kendilerini rahatlatarak aktivitelerde bulunmaları, egzersiz yapmaları, sağlıklı beslenmeleri ve çevreleriyle olumlu iletişim kurmaları önerilmektedir (Özata, 2005: 149).

Hastanın stresli olup olmadığına, tıbbi tedavi yapılmasına rağmen, kan şekeri düzenlenemeyen olgularda karar verilmektedir. Bu tip durumlarda, insülin dozajı arttırılmadan önce hastanın baskı altında olup olmadığı araştırılmalı; duygularını anlatamadığı durumlara karşı dikkatli olunmalıdır. Başka bir ifadeyle diyabetli hastaya, stresle nasıl mücadele edeceği öğretilmelidir (Buzlu, 2002: 200).

Ancak diyabet hastaları stres ile mücadelede zaman zaman belirsizlik yaşayabilirler. Belirsizlik durumu, hastaya yeterli bilgi aktarılmamasından kaynaklanabilir. Bunun yaşanmaması için, belirsizlik kavramının sağlık çalışanları tarafından bilinmesi ve buna göre tedbir alınması gerekmektedir. Çünkü belirsizlik, ortadan kalkınca, hasta bireyi anlamak, ona yardımcı olmak ve tedavi boyunca da ilerleme kaydetmek kolaylaşmaktadır (Öz, 2004: 7).

Diyabetin oluşmasında önemli etmenlerden biri olan stresle baş etme yöntemlerinin etkili bir şekilde kullanılması ve bunun hastaya öğretilmesiyle stres kontrolünün sağlanabileceği düşünülmektedir.

1.2.1.1.2. Diyabet ve Depresyon

Diyabet ve depresyon arasındaki ilişki 17. Yüzyıla kadar uzanmaktadır. Bu dönemde, Thomas Willis'in diyabet hastalığının genellikle hayatında üzüntü ve stres yaşayan insanlarda görüldüğü savı, aradan geçen zamanda kanıtlanmış; tip 1 ve tip 2 diyabetli olgularda, depresyon durumunun, diyabeti olmayanlara göre iki kat fazla olduğu ortaya konulmuştur (Anderson vd., 2001: 1069-1070).

Hayat boyu devam eden bir hastalık olan diyabet; beslenme şeklini kısıtladığı ve yaşam kalitesini bozduğu için, kişide üzüntü, inkâr, öfke, sinirlilik hali, keder gibi duygulara yol açabilmektedir. Bu duygular, hastanın hastalıkla mücadele etme düzeneklerinden daha kuvvetli olduğunda, hastada depresyon ortaya çıkabilir. Genç diyabet hastalarında bu durum, diyabetten nefret etme, daha ileri yaşlarda olan yetişkin kimselerde ise umursamazlık şeklinde başlamaktadır (Eren vd.2003: 184-185). Gerginlik ve sürekli endişe durumu, diyabetli hastanın beslenme ve fiziksel aktivite programına uyumu güçleştirmekte; hem de hastalığı yenecek etkenleri ve bu etkenlerin kullanılma yöntemlerini bularak hastanın sıkıntılarını gidermeye yönelik davranışlarını engellemektedir (Bahar, 2006: 18).

Depresyon, diyabet hastalığının yol açtığı ek problemlerle artabilen bir durumdur. Depresyon halinde, insanın kendine olan güveni azalmakta; kişide üretkenlik ve yeterlilik anlamında güvensizlik yaratmaktadır. Aynı zamanda diyabet ile ruh hali çift yönlü etkileşim içine girmiş olmaktadır. Ruhsal durum değişiklikleri kandaki glukoz kontrolünü zorlaştırırken; değişken olan kan glukozu ise davranış ve duyguları etkilemektedir (Elbi, 2008: 4-5).

Kan şekerini belirli bir seviyede tutmanın yarattığı stres, hasta ile hekim arasındaki gerilim, kan glukoz değerlerinde dalgalanmalara ve kişide depresif mizacın oluşmasına sebebiyet verebilir. Diyabete bağlı istenmeyen durum gelişmesi, depresyona yatkınlık yaratabilmektedir.

Sonuç olarak depresyonun diyabet üzerindeki bazı olumsuz etkilerinin psikolojik destek ve tedavi yoluyla aksine çevrilebileceği yönünde umut verici çalışmalar da yapılmaya devam etmektedir. Kontrollü müdahale, bilişsel davranışçı terapisi, randomize çalışmalar ve antidepresan ilaç tedavisi ile gerçekleştirilen tedavilerin, ruhsal boyutu ve glisemi kontrolünü daha iyi hale getirebileceği tespit edilmiştir. Psiko-farmakolojik müdahalelerin de hastadaki endişeyi azalttığı ve glisemi kontrolünü de iyileştirdiği belirlenmiştir (Gülseren vd 2001: 89-90). En önemlisinin diyabet hastalarında depresyon ve atakalarının gelişmemesi için hastalığın seyri boyunca, psikolojik ve sosyal destek alması gerektiği unutulmamalıdır.

1.2.1.1.3 Diyabet ve Umutsuzluk

Genel olarak umutsuzluk, bireyin kendisine olumsuz özellikler ile tanımlayıp; geleceğe yönelik de olumsuz duygu ve beklenti içinde olması, yaşadığı olumsuzlukları değişmez kabul etmesi anlamına gelmektedir. Umutsuzluk ayrıca gelecekle ilgili olumsuz beklentilerin varlığı ile karakterize olan motivasyonel ve bilişsel bir durum şeklinde tanımlanmaktadır (Akt. Oğuztürk vd. 2011: 174-175).

Umutsuzluğun yanında çaresizlik ve kararsızlık gibi değişkenlerin sosyal yeterlilik ve ruhsal iyilik durumuyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Böyle bireyler, yaşadıkları olumsuz olaylar karşısında “psikopatoloji belirtileri” geliştirmeye yatkın olmaktadır (Oğuztürk vd 2011: 174).

Fiziksel hastalıklar da, kişinin psikolojik dengesini sarsıp, duygusal tepki vermesine sebep olabilmektedir. Ayrılık kaygısı, gelecek kaygısı, ölüm korkusu, organ ve vücudunun bölümlerinin zarar göreceği hissi, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi hisler, hastanın duygu durumunu, zihinsel-bilişsel yapısını, sosyal iyilik halini etkilemektedir. Sosyal işlevler azaldığında denge sorunu ortaya çıkmakta; günlük roller aksamakta, kişi kendi fiziksel ihtiyaçlarını bile karşılamada zorluk yaşayabilmektedir (Özkan 2001: 627). Tüm bu olumsuz durumları yaşayan kişi, zamanla hayattan tatmin olma duygusunu yitirmektedir. Yaşam tatmini, kişinin beklentileri ile elinde olanların kıyaslanması sonucu, varılan durumdur (Özer ve Karabulut, 2003: 72-74).

Umutsuzluk yaşayan kişi, yaşadığı sıkıntıların sonuçları hakkında olumlu düşünemez ve kendisini acı çekerken bulur. Buna karşılık yaptıklarının sonuçlarını olumlu düşünen kişi, sonucunda düş kırıklığı yaşamış olsa bile, başka elverişli ortamda aynı işlev için gayret sarfetmekten kaçınmaz. Neticede umut etmek, bir şeyin gerçekleşeceğine güvenmek demektir. Dolayısıyla umut etmenin temelinde güven duygusu vardır. Umut eden birey, hayattan beklentisi olan, çaba gösterdiğinde istediği şeyleri elde edebileceğine engel bulunmadığına güvenen kişidir. Bu yüzden birey, kendisine, çevresindekilere, hayata karşı güveni sayesinde umutlu, güvensizliği yüzünden ise umutsuz olmaktadır. Ayrıca kişinin umut ve umutsuzlukla ilgili beklentileri dikkate alındığında, hayattan duyduğu memnuniyet algısıyla birlikte değerlendirme yapmak gerekecektir. Burada bireyin, hayatından tatmin olup olmadığı yargısı karşımıza çıkmaktadır (Ağır, 2017: 95-99).

Zaman zaman insanların yaşadığı ruhsal belirtilerden biri olan umutsuzluk, özellikle kronik hastalığı olan kişilerde daha fazla görülmektedir. Dolayısıyla sağlık ve hastalık gibi konularda umut, dikkate alınması gereken önemli bir kavramdır. İnsanlar umutlarını belli bir düzeye kadar sürdürmektedir. Bu aynı zamanda bütün hastalarda olduğu gibi problemleri olan hastalar için de geçerlidir. Yani, umut etmek de sonsuza kadar değildir. Bu bağlamda hastalar, yardım almak için dışarıya yönelirler ve kendileriyle ilgilenenlerden yardım umarlar (Öz, 2004: 229-234). Bu sebeple, diyabete bağlı belirtilerin oluşmaya başlamasıyla birlikte, birey, kendini güçlü hissedemez ve geleceğe dair ümitsiz duygular beslemesi, kaçınılmaz bir durum haline gelir. Umutsuzluk bir anlamda, geride hiçbir şey bırakmadan insanı ölüme götüren bir hastalık olmaktadır. Bilinç açısından bakıldığında ise “bilinçli umutsuzluk” ve “bilinçsiz umutsuzluk” olmak üzere iki türde umutsuzluk durumu bulunmaktadır (Kierkegaard, 2004: 27-29).

Bilinçli umutsuzluk: Bilinçli umutsuzlukta kişi, kendisinin güçlü olmadığını kabul ederek, umutsuzluğa kapılmaktadır. Bu noktada güçsüz olmak ve umutsuz olmak arasında bir ilişki vardır. Bu umutsuzluk halinde kişi, içinde bulunduğu durumun farkında olarak, onu güçsüz yapan yanı kuvvetlendirmeye çalışmaktadır (Kierkegaard 2004: 62–64).

Umutsuzluk duygusuna sahip insanlar, hayatlarına devam ederken, kendilerini olaylar karşısında çaresiz görmekte; hiçbir işi yapamayacaklarını ve ne yaparsa yapsın başarısız olacaklarını düşünerek geleceğe olumsuz bakmaktadırlar. Böyle durumda umutsuzluk hissi, kişide, hayal kurma yeteneğinde azalma, problem çözmememe, hatırlama zorluğu, kararsızlık, organize edememe gibi olumsuzluklar yaşamasına neden olmaktadır. Bu duygu ve bilişsel hal, kişide iştah azalmasına, gergin ve sinirli olmaya, iletişim bozukluğuna, uykularının azalmasına, motive olamamasına ve son olarak da intihar düşüncelerine kadar devam eder (Öz, 2004: 235).

Birçok araştırmacı ve uzman, kişideki bu umutsuzluk halinin uzun süren bir zorlanmadan sonra, ortadan kalkacağına ve kişinin tekrar eski haline dönebileceğini düşünmektedir. Dolayısıyla kronik bir hastalık olan diyabet de, yeteri şekilde kontrol ve gözetim altına alınmadığında, bazı olumsuzluklar ortaya çıkacak, hastanın hayatında umutsuz bir duygusal karışıklık içine girecektir.

Bilinçsiz umutsuzluk: Bilinçsiz umutsuzluk, kişinin umutsuz bir hal içinde olduğunun farkına varamamasıdır. Umutsuzluğun farkında olmama konusunda direnen ve bilgisi olmayan kişiler için durumun çözümü çok kolay olmamaktadır. Çünkü farkında olmadan umutsuzluğun pençesi altına girmiş olmaktadır (Kierkegaard, 2004: 26-28).

1.2.1.1.4. Diyabet ve Kaygı

Diyabet hastalarında depresyon ve umutsuzluktan sonra yaygın olarak görülen psikolojik sorunlardan biri de kaygı/endişedir. Diyabet hastalığı, kişinin hayatındaki birçok alanı olumsuz etkilediği ve kontrol altına alınamayan durumlarda önemli sağlık problemlerine sebep olabildiği için, diyabeti olan hasta, olmayana göre daha fazla endişe duymaktadır. Yapılan araştırmalarda farklı rakamlar çıkmış olsa da, hepsindeki ortak payda, diyabet hastalarının yaşadıkların endişenin diğer normal bireylere göre daha yüksek olduğudur (Bahar vd., 2006: 24).

Diyabetli kişilerin endişe seviyelerinin yükselmesiyle ilgili olabilecek psiko-sosyal ve hastalığa ait etmenlere yönelik farklı çalışmalardan kazanılan bulgulara göre, hastanın kadın olması, diyabetten kaynaklı yan etkilerin olması, diyabet sebebiyle hastanelerdeki hasta sayılarında artış olması, diyabet konusunda yetersiz bilgi, eğitim düzeyinin ve gelir seviyesinin düşük olması, işsizlik, insülin kullanımı, çok fazla sigara ve alkol tüketilmesi (Bahar vd., 2006: 24-25), gibi unsurlar ile hastaların endişe düzeylerinin artması arasında bağlantı saptanmıştır. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda, dikkat çeken bir diğer husus, diyabetin tip 1 veya tip 2 olması ile kaygı seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Grigsby vd., 2002: 1053).

Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalardaki endişe, depresyon ve hayat kalitesi düzeylerini araştırmak için 2007’de yapılan bir araştırmada, endişe belirtilerinin her iki tipteki diyabet hastası için de hafif şiddette olduğu, yaş ilerlediği zaman endişe düzeyinin de arttığı, cinsiyet olarak bakıldığı zaman da, tip 1 diyabeti olan hastalarda fark saptanmazken, tip 2 hastalar için kadınların endişe düzeylerinin erkeklere kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Yüksel, 2007: 2-19).

Farklı bir araştırmada 304 diyabet hastası üzerinde kaygı ile ilgili psiko-sosyal faktörler incelenmiştir. Bu faktörler, diyabetten zarar görme kaygısı, diyabet hastalığından dolayı oluşan ailevi problemler, fiziksel fonksiyonların eskisi gibi olamayacağı kaygısı, ekonomik durumun kötüye gitmesi şeklinde sıralanabilir. Araştırmanın sonunda hastaların %25'inde klinik açıdan anlamlı bulgular saptanmıştır(Zhang vd., 2008: 522-523). Dolayısıyla bu araştırmada da sosyal ve demografik etmenlerin, diyabet hastalarındaki kaygı düzeyinin artmasında etkisi vardır, denilebilir.

Kaygı, diyabetin seyrini ve hastayı olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu durum, hastaların hayat kalitesini de kötü etkilemekte; beraberinde başka sosyal problemlere de yol açabilmektedir. 2004 yılında yapılan bir araştırmada, 184 diyabet hastası ele alınmış; diyabet hastalarının endişelerinin artışı ile hastaların hayat kalitesinin fiziksel işlevsellik ve zihinsel sağlık alt boyutlarındaki kötüleşmeyle bağlantısının olduğu tespit edilmiştir (Paschalides vd., 2004: 556-557).

Dolayısıyla yapılan araştırmalar da göz önüne alındığında, diyabet hastalarında endişe/kaygı düzeyinin, diyabet olmayanlara göre yüksek olması, beraberinde başka sorunlara da sebep olduğunu göstermektedir.

1.2.2. Diyabet ve Danışmanlık Hizmetleri

Kronik hastalıklarda aile ve çevreden destek görmenin haricinde, psikolojik danışmanlık almak da, hastalıkla mücadelede ve hastalığa uyum sağlanmasında önemlidir. Özellikle tanı döneminde ve yan etkilerin ortaya çıkması aşamasında, sosyal destek ihtiyacı artmaktadır. Dengeli ilişkilerin, iş birliğinin bulunduğu, çatışmaların az görüldüğü, rol karmaşasının olmadığı ortamlarda, hastalığa uyum daha kolay sağlanmaktadır (Mete, 2008: 18).

Diyabet, fizyolojik komplikasyonların haricinde ruhsal, bilişsel problemlere yol açan, baş etmenin zaman aldığı kronik bir hastalık olduğu için, diyabet hastalarının yaşadıkları psiko-sosyal sorunlar sebebiyle, danışmanlık hizmeti almaları oldukça önemlidir. Danışmanlık hizmetleri, diyabet hastasının ya birebir görüşmesi, ya da diğer diyabetliler ile birlikte grup içinde olması şeklinde yapılmaktadır (Kaymaz, 2016: 62).

Grup içinde yapılan çalışmalarda, diyabet hastası, diğer katılımcıların yaşadıklarını öğrenerek, kıyaslama yapabilmektedir. Grup ortamında ayrıca katılanlar, kendilerini üzen durumları uzun süre konuşabilmekte; tartışabilmekte ve ortak çözüm arayışına girebilmektedirler. Bu görüşmelerin sonunda, diyabet hastaları, davranış amaçlarını tespit ederek, buna göre gerekli sosyal becerileri kazanabilmekte, yeni çözüm yolları bulabilmekte ve yeni davranışlar öğrenebilmektedirler. Böylelikle başkalarını anlamayı, kendi durumlarını kabullenmeyi, yardımcı olmayı ve yardım almayı kabul etmeyi de yaşamlarına dâhil etmiş olmaktadır(Acar, 2003: 2-3).

Diyabet hastalarına verilen danışmanlık hizmetlerinde, oluşturulan grupların amacı, katılanların sayısı ve uzman kişilerin yaklaşımı önemli olup; danışmanlık hizmeti, belirli bir terapi yapısında olabileceği gibi eklektik yapıya da sahip olabilmektedir.

Hastalıklarını kabule geçen ve hayatlarını buna göre şekillendirmeye karar veren diyabet hastaları için, danışmanlık hizmeti ve grup toplantıları, kişilerin destek görmesi ve hayatlarında da güçlenmesi için önemlidir.

Genel olarak psikolojik destek almanın yararları şöyle sıralanabilir (Fromer, 2002:134–135):

- Farklı diyabet hastalarıyla biraraya gelmek, rahatlatıcı ve bilgilendirici olmaktadır.
- Soru sormak ve başkalarının sorularına da verilen cevapları dinlemek, kişinin yaşadığı problemlerin çözümü için önemlidir.
- Danışmanlık alan hastalar, kendi glikoz değerlerini diğer katılanlarla karşılaştırabilir.
- Danışmanlık hizmeti sayesinde, yapılan grup çalışmalarında katılımcılar birbirlerinin deneyimlerinden faydalanma şansı yakalamış olmaktadır.
- Danışmanlığı yöneten uzman/uzmanlardan bilgi alınarak, hayata geçirilebilir.

Diyabet hastalarının, hastalıkla ilgili yan etkilerini görecekları düşüncesi, bir uzuvlarını/organlarını kaybedecekleri endişesi, eski güçlerine dönemeyecekleri hissi gibi sebeplerden dolayı, yaşamları sosyal açıdan olumsuz etkilenmekte; bu durum hastalarda üzüntüye sebep olabilmektedir. Dolayısıyla danışmanlık hizmetlerinden yararlanan diyabet hastasında geleceğe dair ümitsizlik durumunun azalması, hastalığının bilincinde olması, ruhsal durumunun çözümünün sağlanması gibi umut vaat eden çözümler beklenebilir. Bu türdeki hizmetler, diyabetin kontrol edilmesinde önemli birer destekleyicidirler.

1.2.3. Diyabet ve Psikolojik Destek

Psikolojik durum, diyabet hastalığının ortaya çıkışında etkili olduğu gibi, fiziksel bir hastalık olarak gelişen yan etkileri de, hastanın psikolojisine etki etmektedir. Diyabetli kişinin tedavisinde amaç, fiziksel tedavilerle birlikte hastalığın seyrinde gelişen mental, psiko-fizyolojik, psiko-patolojik, davranışsal ve psiko-sosyal tabloların tanı ve tedavisini etkin bir şekilde idaresini sağlamaktır (Küçük, 2015: 52).

Hastaların genellikle tedavileriyle ilgili olarak kendilerine söylenen uyarıları dikkate almasına rağmen, psikolojik desteğin yeteri kadar verilmediği gözlenmektedir. Depresyon, yeme düzensizliği, tedaviye direnç gösterilmesi, uyumsuzluk, seksüel problemler gibi durumlar, diyabette görülen psikolojik sorunlar şeklinde sıralanabilir (Fromer, 2002: 140-141).

Uzmanlar, diyabetin tedavisinde psikolojik desteğin önemine dikkat çekmekte; diyabet tedavisinin yanında hastalara psikolojik danışmanlık da verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Kişiy diyabet tanısı konulduğu zaman, verilen tepkiler, her bireyde farklı olabileceği için, psikolojik anlamda destek verilmesi önem taşımaktadır.

Diyabet teşhisi konulduğunda, bireyin vereceği tepki, onun duygusal haline, kişiliğine, diyabetin tip1 veya tip 2 olup olmadığına, bireyin kendini yönetebilme becerisine bağlı olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Çoğunlukla duygusal olan diyabet hastalarında depresyon, öfke, inkâr, kendini izole etme, isteksizlik gibi tepki ve davranışlar

görülebilmektedir (Buzlu, 2002: 197–198). Bu yüzden, diyabet hastasına yapılan tedavilerde, ruh ve psiko-sosyal durumu da değerlendirilerek, önerilerde bulunulmalı; mutlaka psikolojik bağlamda destek olmaya çalışılmalıdır.

1.2.4. Diyabet ve Psikolojik Düzeyle İlgili Yapılan Araştırmalar

Diyabet hastalarında uyum sağlamada zorluk, duygusal tepkiler ve psikolojik problemler, en fazla karşılaşılan sorunlardır. Hastalığın belirtileri ve etkileri; diyabet hastasının gelecekle ilgili düşüncesini, bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını etkilemektedir. Bu bağlamda yurt içinde ve yurt dışında, diyabet hastalığının seyrinde psikolojik ve ruhsal yönden etkilerini ortaya koyabilmek için birçok çalışma yapılmıştır ve yapılmaya devam edilmektedir.

1994 yılında Sevil Yılmaz’ın yaptığı araştırmada, diyabet hastalığının çocuk ve adolesana psikolojik etkilerinin olup olmadığı araştırılmıştır. 77 diyabet hastası ve 80 kontrol vakası üzerinde yapılan araştırmada, değerlendirme sonunda, diyabetli çocuk ve adolesanlara ait davranışla ilgili puanlamanın, kontrol grubundaki çocukların puanlamasına oranla oldukça farklılık gösterdiği saptanmıştır (Yılmaz, 1994: 59-60).

2001 yılında Akıncı ve Gökdoğan’ın yaptığı araştırmada, 70 diyabet hastası üzerinde çalışma yapılmış; diyabetli hastaların durumlarını algılama ve uygulamalarını değerlendirilmiştir. Yapılan analizde, hastaların mevcut sağlıklarını algılama puan ortalamasının 5.77+2.45 olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, hastaların kendi sağlıklarını “orta düzeyde” algıladıklarını ifade etmektedir. Çalışma sonucunda, hastaların tedavi sürecini engelleyen sebeplerin olabileceği ve hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesi gerektiği saptanmıştır (Gökdoğan ve Akıncı, 2001: 10–16).

Gülseren ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları araştırmada 180 diyabet hastası örneklem olarak seçilmiş ve bu hastaların depresyon, anksiyete düzeyi ve hayat kalitesi bakımından hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastaların %43,5’inde hayat kalitesinde düşüş gözlemlenirken; anksiyete ve depresyonun üst seviyede olduğu belirlenmiştir. Doalyısıyla bu çalışmada, diyabet hastalarının tedavilerinin mutlaka psikolojik yönden de değerlendirilmesi gerektiği tespit edilmiştir (Gülseren vd., 2001: 89-98).

2003 yılında Eren ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, diyabet hastalarındaki glukoz kontrolü ile psikolojik davranış bozukluğu ilişkisini tespit etmek için, 104 hasta üzerinde çalışma yapılmış; “depresif bozukluk” ve “major depresif” tanısı olan hastaların glukoz oranlarının anlamlı şekilde kötü seyrettiği gözlemlenmiştir. Tüm hastalara bütüncü yaklaşıldığında, HbA1c düzeyi ile depresyon arasında anlamlı ve pozitif ilişki saptanmıştır (Eren vd., 2003: 184-191).

2003 yılında yapılan farklı bir çalışmada, diyabetli kardeşi olan 71 çocuk üzerinde araştırma yapılmış; çocukların endişe düzeyleri ve yaşadıkları zorlukların neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmada, diyabet hastası kardeşi olan çocukların %73.2’sinin beslenme düzeninde, %46.5’inin anne-babasının ilgisinde, %39.4’ü etkinliklerinde, %36.6’sı hayatında değişim olduğu ve %42.3’ü kendilerini yaşıtlarından daha farklı hissettiği ortaya konulmuştur (Gül, 2003: 13-33).

2004 yılında yapılan bir araştırmada duygu durumlarının kandaki glukoz oranını etkilediği, kandaki glukoz oranının da bazı psikolojik sorunlara yol açabileceği belirlenmiştir. Bu çalışmada diyabete sebebiyet veren faktörlere dikkat çekilerek, diyabet hastalarında depresyon halinin normal kişilere göre daha fazla görüldüğü, şiddeti artarak devam ettiği, hastaların tedaviye dirençli olduğu ifade edilmiştir. Çalışmaya göre diyabetli hastalar bir bütün olarak ele alınmalı, doktorlar, gerektiği zaman psikolojik yaklaşım geliştirmek için işbirliği halinde hareket etmelidirler (Çolak vd., 2004: 83-86).

Atılğan ve arkadaşlarının 2005 yılında 38 ila 75 yaşları arasında toplamda 43 tip 2 diyabet hastası üzerinden yaptıkları araştırmada, hastaların %11.3'ünde anksiyete bozukluğunun olduğu, %30.2'sinde ise depresyon olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda hastaların psikolojik destek bakımından değerlendirilmeleri gerekmektedir (Atılğan vd., 2005: 38-75).

2006' da yapılan bir başka çalışmada diyabetli hastaların depresyon ve anksiyete seviyelerini anlamak için sosyo-demografik ve hastalığa yönelik değişkenlerle depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre anksiyete ile cinsiyet, medeni durum, mesleki durum, sosyal destek ve hastalıklarla ilgili endişe durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Bahar, 2006: 3-15).

2012'de Aba ve Tel tarafından diyabet hastaları üzerinde yapılan araştırmada hastaların %87'sinde farklı seviyede depresyon belirtisi, %88.5'inde özbakım gücünün orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Hastalarda depresyon ile özbakım gücü arasında anlamlı negatif bir ilişki, depresyon ile yaş arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastalarda depresyon arttığında, özbakım gücü azalmakta, yaş fazlaştığında depresyon da artmaktadır (Aba ve Tel, 2012: 18-22).

1.3.Diyabet ve Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık terimi insanların güçlü ve olumlu yönleri üzerinde duran psikoloji biliminin ilgilendiği bir kavramdır. Psikolojik sağlamlık aynı zamanda dayanıklılık, toparlanma ve olumsuz bir duyguya karşı geliştirilen güçlü olma duygusu anlamına da gelmekte ve bu kavram günümüzde daha da önem kazanmıştır. Bu kavramın önem kazanmasıyla literatürde bu kavramla ilgili tanımlama yapılabilmesi için çeşitli kavramlar üzerinde durulmuştur. Bunlar :

1.risk/zorluk: psikolojik sağlamlık kavramından ortada bir risk veya zorluk yaşandığında tanımlanabilir. Bu risk faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörlerinden oluşabilmektedir. Psikolojik sağlamlık kavramı diyabet hastaları için ele alındığında bireysel risk faktörleri arasında bulunmaktadır.

2.uyum sağlama, baş etme ve yeterlilik: psikolojik sağlamlık kavramı doğru bir şekilde açıklanabilmesi için akademik ve sosyal anlamda bir yeterlilik ölçütü olması gerekmektedir.Bunlar akademik başarı, olumlu sosyal ilişkiler, yaşanan problemlerin azlığı ve mutluluk olarak belirtilebilir.

3.koruyucu faktörler: koruyucu faktörler içsel ve dışsal koruyucu faktörlerden meydana gelir. Kişinin yararlandığı psikososyal kaynaklar, bireysel, ailesel ve çevresel faktörler

olarak belirtilebilir.(Gizir,2007:113-118).Ayrıca içsel faktörler biyolojik ve psikolojik değişkenleri gösterir. Dışsal faktörler ise aile ve sosyal çevredir.(Lamiser Atik,2013:25)

Bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenen psikolojik sağlamlık, kronik hastalığı olan bireylerde güçlü olmadığı takdirde kişide stres, korku kaygı, üzüntü gibi olumsuz duyguların gelişmesine neden olmaktadır. Bu tür duygularla başa çıkmada etkili bir kişilik özelliği olan psikolojik sağlamlık bireylerin olumsuz duygularla başa çıkmasında pozitif pekiştireç olmaktadır. Bu yüzden diyabetli bireylerin hastalık teşhisi konduktan sonra yaşadığı hastalığı kabul etmesi ve uyum problemlerini yenmesi için psikolojik sağlamlık kavramı önemlidir. Sağlık kuruluşlarında diyabetli bireylere psikolojik sağlamlıklarını güçlendirecek destekleyici ve güçlendirici eğitimler yapılmalı ve ilk defa diyabet teşhisi konan kişilere yönelik psikolojik sağlamlık testi uygulanmalı ve bu testin sonucu ruh sağlığı çalışanlarına iletilmeli, gerekli takipler yapılmalı ve böylece diyabetli hastaların ilk şoku atlatmalarına fayda sağlayacağı düşünülmektedir.



BÖLÜM 2

DİYABET VE SOSYAL HİZMET

Araştırmanın ikinci bölümünde diyabet ve sosyal hizmet ilişkisine değinilecek; sosyal hizmet alanının iç içe olduğu sosyal destek olgusu, sosyalleşme süreci, yaşam kalitesi, psikolojik süreç gibi kavramların diyabetle ilişkisi ele alınacaktır. Özellikle sosyal hizmetin diyabetin tedavisindeki işlevine değinilerek tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet ve çalışanlarının rolü üzerinde durulacaktır. Ayrıca diyabet hastalarının sosyal yaşamlarında karşı karşıya kaldıkları zorluklara değinilerek sosyal yaşam kavramı açıklanacaktır.

2.1. Diyabet ve Sosyal Destek İlişkisi

2.1.1. Sosyalleşme Süreci ve Kurumları

Toplum bilimin ve sosyal psikolojinin bir kavramı olarak karşımıza çıkan sosyalleşme, insanı sosyal sistemin üyesi haline getiren süreç olup, belirli bir kültürel ve toplumsal yapının içinde kişilerin geçirdiği en genel zamandır. Bu zaman, toplumun manevi yapısını meydana getiren davranış, tutum, bilgi, görgü ve hukuk normlarını içine alan, insanın varoluşunun zorunlu koşullarını düzenleyen bir süreçtir (Koç, Yavuzer, Demir ve Çalışkan, 2001: 38-39).

Doğumla başlayıp ölene dek devam eden sosyalleşme sürecindeki ilk ve uzun süreli yıllar, çocukluk ve ergenlik zamanlarıdır. Sosyalleşme sürecinin, kültürel normları ve kişinin toplumda üstleneceği rollerle ilgili olan tutumları, değerleri, bilgiyi ve davranışları ürettiği düşünülür. Sosyalleşme resmî ve resmî olmayan kanallar yoluyla gerçekleşir. Okullar, çevresel yapılar ve toplum merkezli programlar resmî kanallar olarak kabul edilirken; aile, yaşıt gruplar ve kitle iletişim araçları da resmî olmayan sosyalleşme kanalları şeklinde dikkate alınmaktadır (Koştaş, 2011:330).

İnsanın sağlıklı bir şekilde sosyalleşebilmesi için bazı etmenlerin birlikte oluşturulması gerekmektedir. Bunları bilgi, tekrar, başkalarının tepkileri ve sosyal destek şeklinde sıralamak mümkündür (Özkalp, 2007:115).

- *Bilgi:* Sosyalleşme bir anlamda, insanların toplumdaki rollerini öğrenmesi süreci şeklinde de ifade edilebilir. Roller başarılı bir biçimde öğrenildiğinde, hem toplum, hem de kişi daha mutlu olacağı gibi, kişinin sosyalleşmesi de daha sağlıklı gerçekleşmiş olacaktır (Koştaş, 2011: 330).
- *Tekrar ve taklit:* Çocukluk döneminde oyunlar yoluyla ya da ebeveynleri taklit ederek başlayan öğrenme süresi, yetişkin olunduğunda da toplumda doğru ve yanlış davranışlar çoğu zaman deneme-yanılma yoluyla devam etmektedir. Kız çocukların evcilik oyunuyla annelik rolüne hazırlanması, erkek çocuklarının ise gücü ön plana çıkaran oyunlar oynaması buna örnek verilebilir. Dolayısıyla büyüyene kadar çocuklar bu oyunları devamlı tekrarlayarak, rollerini pekiştirmiş olmaktadırlar. Sosyalleşme süreçlerinden bir diğeri de taklittir. Çocuklar beğendikleri, etkilendikleri insanları model alıp, onlar gibi giyinmeye, onlar gibi konuşmaya ve onlar gibi davranmaya çalışırlar. Çocukların taklit ettiği bu kişiler, anneleri, babaları, ağabeyleri ya da ablaları olabilir. Çocuklar bu yolla toplumsal rolleri öğrenmeye başlarlar. Sosyalleşmede model alınan kişi de aslında çok

önemlidir; zira taklit edilen kişi olumlu davranışlar sergiliyorsa çocuk da olumlu davranışlar sergileyecektir(Özkalp, 2007: 116).

- *Başkalarının Tepkileri:* İnsanlar, toplumdaki tepkileri oldukça önemserler. Çünkü her insan takdir edilmeyi bekler. Kişinin davranışı, toplum tarafından olumlu görülen bir davranış ise beğenilir ve takdir görür; değilse görmez. Burada kişi, toplum tarafından kabul görmeyen bir davranış sergilerse, toplum da o bireye karşı olumsuz tepki verir. Kişiyi kınayabilir, ilişkiyi azaltabilir, ya da ilişkiyi sona erdirip dışlayabilir. İnsan, genellikle davranışını toplumun beğenisine göre şekillendirmektedir. Buna örnek olarak mahalle baskısı verilebilir. Bir mahallede davranışları tasvip edilmeyen kişiler, bir süre sonra o mahallenin ya da bölgenin davranış kalıplarını benimsemedikleri takdirde huzursuz olurlar ve oradan ayrılmak zorunda kalabilmektedirler(Özkalp, 2007: 116-117).
- *Sosyal Destek:* Aile, akraba, arkadaş ve yakın çevreden oluşan sosyal destek bireyin toplumsal rolleri benimsemesinde çok önemlidir. Bir çocuk iyi futbol oynuyor ve çevresinden olumlu tepki alıyorsa, destekleniyorsa, çocuk bu alanda ilerleyerek futbolcu rolünü benimseyebilir. Eğer ailesinden bu konuda destek görmezse, çocuk futboldan vazgeçip, farklı roller aramaya başlayacaktır (Koç vd 2001: 41).

Kişinin çocuk yaşlardan itibaren aile ortamında başlayan sosyalleşme yakın çevresi, akrabalar, akranlar, okul arkadaşlarıyla devam eder. Dolayısıyla kişinin aile, arkadaş, akraba, akran, komşular ve iletişim içinde bulunduğu kişiler birincil derecede sosyalleşme kurumlarını oluştururken; resmi kurum ve kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, gönüllü kuruluşlar, psikolojik destek merkezleri, sosyal hizmet merkezleri gibi kuruluşlar ise ikincil derecede sosyalleşme kurumları olarak sayılabilir (Aras ve Tel, 2009).

Tüm bu bilgiler çerçevesinde sosyalleşme ve sağlık süreci birlikte değerlendirildiği zaman, karşımıza şöyle bir tablo çıkmaktadır. Son yıllarda sağlıkta sosyalleşmenin ve sosyal ilişkilerin rolü üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar kişinin çevresinden aldığı sosyal desteğin, sosyal ilişkilerinin niteliği ve niceliğinin, kendisini yalnız ve soyutlanmış hissetmesinin; sağlığı ve iyiliği üzerinde önemli rol oynadığını göstermiştir.

Dolayısıyla sosyo-ekonomik göstergeleri olarak gelir, eğitim düzeyi ve meslek değişkenleri kullanılarak yapılan araştırmalarda, yüksek sosyo-ekonomik konum ve sıkı sosyal ilişkiler genellikle düşük morbidite ve mortalite hızlarıyla ilişkili bulunmuştur. Diğer yandan düşük sosyo-ekonomik konuma sahip olmasına karşın zengin sosyal ilişkileri olan kişilerin kronik biyolojik stresten korunabileceği gözlenmektedir (Charney, 2004: 196-197). Bu kronik hastalıklardan biri de diyabettir.

2.1.2. Diyabet ve Psikolojik Süreç

Diyabet, ülkemizde tıbbi olduğu kadar sosyal ve ekonomik etkileri de olan bir sağlık problemidir. Hasta tarafından yürütülecek zorlu ve sebat edilmesi gereken bir hastalık olan diyabet, fiziksel bir hastalık olmasının yanında psikolojik ve psiko-sosyal boyutları da bulunan bir rahatsızlıktır. Psiko-sosyal durumlar, hastalığın ortaya çıkmasında,

seyrinde, komplikasyonların oluşmasında ve yaşam kalitesinde önemli rol oynamaktadır (Buzlu, 1999: 107-108).

Diyabet hastaları genellikle fiziksel olduğu kadar sosyal ve duygusal birçok problemle karşılaşabilmektedir. Bilhassa, depresyon, kaygı, stres ve sosyal destek kaybı, diyabet hastasında olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Eren vd., 2003: 185).

Diyabet hastalığının psiko-sosyal yönüyle ilgili literatürde farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Ancak çoğu görüşün birleştiği nokta, diyabet hastalığının bir deneyim olduğu ve uyum çabası gerektirdiği yönündedir. Bazı görüşlere göre de, tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri düzenlenemeyen olgularda diyabetin kontrolünde stres önemli yer tutmaktadır (Özge vd, 2001: 233). Çünkü stres sırasında salınan hormonlar ketoasidoza neden olmakta; ayrıca, epinefrin salgısının uyarıldığı ve bunun da insülin etkisini azalttığı bilinmektedir. Kan şekeri düzeyini nöroendokrin ve hormonal yollarla bozabilen stres, dolaylı olarak diyabet hastalığının tedavisinin aksamasına neden olmakta, bu da hastada uyumsuzluk, sosyal izolasyon gibi durumlara yol açmaktadır.

Bir diyabet hastası için mümkün olan en iyi durum, evinde, işinde, okulunda, ailesinde normal hayat şeklini bozmayacak, diğer aktivitelere engel teşkil etmeyecek şekilde diyabetli bir hayat biçimidir. Diyabet hastası öncelikle kendine bakmayı öğrenmeli, tedavisini aksatmamalıdır. Diyabet, bir bütün olarak ele alınması gereken bir hastalık olduğu için, ailenin her bir ferdi de bu durumdan etkilenmektedir (Küçük, 2005: 167). Diyabet, sadece bu hastalığa maruz kalan kişiyi değil; hastanın ailesini ve yakınlarını da ilgilendiren ve onları etkileyen bir rahatsızlıktır (Çelik vd 2004: 182).

Diyabet hastası açısından ele alındığında da, uzun ve kronik bir hastalığı kabul etmek, ona uygun bir yaşam şekli benimsemek, beslenme düzenine çok dikkat etmek, sürekli doktor kontrolünde olup ilaç kullanmak kolay değildir. Bunların üzerine diyabetin o hasta için anlamı eklendiği zaman, bireyin psikolojisi sarsılmakta ve farklı tepkiler vermesine neden olmaktadır. Diyabet hastalığına psikolojik uyum sürecinde, anksiyete, endişe, depresyon, öfke, sinir hali, tevekkül, umursamazlık, ihmal, ilgisizlik, inkar, sosyal izolasyon, günlük hayatta isteksizlik, öğrenmeye karşı ilgisizlik, diyetle uymama, alkol alma gibi davranışlar görülebilir (Buzlu, 1999: 109).

Yapılan bazı çalışmalarda, hastanın hastalığa karşı gösterdiği tepkilerin, hasta ailesinin gösterdiği tepkilerin ve hasta-yakın çevre-aile etkileşiminin metabolik kontrol ile ilişkili olduğu gösterilmiş, diyabete ilişkin araştırmalarda, hastalığın psikososyal yönünün de incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Akyolcu, 1999: 23-24).

Özellikle kaygı, depresyon, stres ve sosyal destek kaybı diyabet üzerinde olumsuz sonuçlara sebep olmakta ve diyabetin seviyesini şiddetlendirebilmektedir. Kan şekerindeki değişimler, diyabetin seyrinin akut veya kronik olmasına bağlı olarak, merkezi sinir sisteminin fonksiyonlarında bozulmaya bağlı belirtilerin oluşmasına sebep olmaktadır. Endişe, davranış değişimi, yorgunluk hissi, huzursuzluk ve duygu durum değişiklikleri depresyon ve hatta psikotik belirtiler de ortaya çıkabilmektedir (Özmen, 2001: 113).

Serotonin, dopamin, noradrenalin gibi kimyasal ileticilerdeki bozukluklar ve davranış hormon sistemini, çevresel etkenler, ruhsal zorlanmalar ve davranışlar da hormonları ve kimyasal ileticileri etkilemektedir. Bu karşılıklı etkileşim içinde kan şekeri seviyesindeki bozukluklar, beyin işlevlerini bozabileceği gibi psiko-sosyal zorlanmalar ve ruhsal çatışmalar da kan şekerinde oynamalara neden olabilmektedir (Aslan, 1997: 49-50).

Genel olarak yapılan araştırmalar, kan şekeri seviyesinin kontrolündeki zayıflığın ve yetersizliğin; depresyon, anksiyete, endişe, aile içi çatışma ve problemler, sosyal izolasyon, yalnızlaşma ve yabancılaşma ve dürtüsellik ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

2.1.3. Diyabet ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; kişinin gerek bilişsel, gerek duygusal bileşenini içeren, sosyal, duygusal ve fiziksel iyilik halinin öznel algılanmasını kapsayan çok yönlü bir durumdur (Arslantaş vd., 2006: 81). Yaşam kalitesine ilave olarak aile, iş, toplum, arkadaş gibi birçok alt grup bulunmaktadır.

Sağlık ilişkili yaşam kalitesi, diğer alanlardaki yaşam kalitesine bakış açısı ile kıyaslanışında genel popülasyondaki yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir (Arslan vd., 1999: 176). Diyabet hastalarına yönelik yaşam kalitesi araştırmalarında genellikle fiziksel, psiko-sosyal, sosyal işlev ve sosyal iyilik halini değerlendirme biçimindedir.

Sağlık ile ilişkilendirilen yaşam kalitesi ölçümünde iki türde yaklaşım mevcuttur. Bunlar genel yaklaşım ve özgün yaklaşım şeklindedir. Bu amaçla birçok ölçüm yöntemi kullanılmıştır. Bu ölçüm yöntemleri de SF (Kısa form)-36, SF-20, SF-12 ve MOS (Tıbbi sonuç çalışması) ölçeğidir (Richard ve Mark, 1999: 205-206). Diyabet hastalarının yaşam kalitesini anlamak için yapılan araştırmaların birçoğunda diyabet hastalığının süresi arttıkça yaşam kalitesinde düşüş gözlenmiştir. Başka bir deyişle diyabet hastalığındaki komplikasyonların bulunması, metabolik kontrolün yeterli düzeyde olmaması, başka kronik hastalıkların oluşu, daha önce psikolojik bir rahatsızlığın bulunması gibi sebepler, diyabet hastasının hayat kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (Gülseren vd., 2001: 96-97).

Türkiye’de 2004 yılında yapılan bir araştırmada diyabet komplikasyonu olanların yaşam kalitesi puanlarının giderek azaldığı gözlemlenmiştir (Eren vd., 2004: 92-93). Diyabet hastalarında görülen hastalık belirtilerinin şiddeti ile de yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmaktadır. Hastalığın belirti şiddeti yükseldiğinde, yaşam kalitesi bozulmaktadır (Gulliford ve Mahabir, 1999: 773). Yaşam kalitesi ile diyabet hastalığı, kadınlar ve erkekler bakımından karşılaştırıldığında, kadın hastalarda erkeklere oranla sosyal işlev haricindeki bütün alanların, yaşam kalitesi puanlarının daha az olduğu belirlenmiştir (Gülseren vd., 2001: 96). Farklı bir araştırmada insülin ile tedavi edilen hastaların yaşam kalitesinin oral tedavi alanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca obezite gibi durumlarda da yaşam kalitesinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Redekop, 2002: 458).

Yaşam kalitesi ve diyabet ilişkisine yönelik yapılan bir başka çalışmada ise eğitim ve destek alan, hayata daha aktif katılan diyabet hastalarının, diğer diyabet hastalarına göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Richard ve Mark, 1999: 207). Yapılan araştırmaların çoğu diyabet hastalarının genel popülasyona göre yaşam kalitelerinin düşük olduğu yönündedir. Sonuç olarak diyabet, kronik olarak seyreden ve farklı hastalıklara da neden olabilen bir rahatsızlıktır. Teşhis, tedavi ve takibinde özen gösterilmeli, bu konuda eğitimler verilmeli, hastanın hayata aktif bir şekilde devam etmesi için psikolojik destekte bulunmalı, hatta halk sağlığı uygulamalarında halk kitlelerin eğitimine önem verilmelidir (Arslantaş vd. 2006: 88-89).

2.1.4. Diyabet ve Sosyal Destek

2.1.4.1. Sosyal Destek Olgusu

Literatüre bakıldığında 1970’li yıllardan itibaren daha fazla ele alındığı görülen sosyal destek kavramı, formal ve informal olmak üzere iki alanda değerlendirilmektedir.

Formal destek kaynakları, resmi kurum ve kuruluşlar ile yasal kapsam dahilinde hizmet veren sivil toplum kuruluşları ve gönüllü topluluk, klüp ve kuruluşlar tarafından yapılan desteklerdir. Informal sosyal destek kaynaklarını ise kişinin iletişim içinde olduğu bireyler, aile, arkadaş, yakın çevre, akraba, komşu gibi gruplar oluşturmakta, bunlardan herhangi birinin destek olması, o kişinin informal destekten yararlandığını ifade etmektedir (Duyan, 2001: 11).

Sosyal destek, fiziksel ve zihinsel sağlığın önemli göstergelerinden biridir. Sosyal desteği fazla olan kişiler, kendilerini daha iyi hissetmektedirler. Diyabet hastalarında da duygusal desteğin daha az endişeye, daha az ruhsal bunalıma sebep olduğu ve fiziksel tedaviyi de olumlu yönde desteklediğine ilişkin yapılan çalışmalar mevcuttur. Çünkü sosyal destek, endişe, depresyona gibi durumlardan insanları koruyabilmekte, hastanın üzerinde pozitif etki oluşturabilmektedir (Berterö, 2000: 92).

Hastaya en büyük desteğin “sevildiğini hissettirmek” olduğu düşünülürse, sosyal destek ilgi ve yakınlık kavramlarını içerdiğinden bu anlamda hasta için önemi büyüktür. Sosyal destek aynı zamanda sorun çözme yaklaşımı olan, stres kaynağını hafiflebilen bir yapıya da sahiptir.

Bazı hastalar, özellikle de diyabet, sosyal yaşamda yaşadıkları zorluklarla baş etme konusunda zorluk çekebilirler. Sosyal destek, sıklıkla “kişiler arası ilişkilerde insanları, kaygının olumsuz etkilerinden koruyan mekanizmalar” şeklinde ifade edilmektedir (Berterö, 2000: 93).

Diyabet tanısı, mevcut sosyal desteğin sarsılmasına ve bu kapsam içinde yeni düzenlemeler olmasına yol açmaktadır. Hasta tarafından onun ihtiyaç duyduğu desteğin tipi, kişiye, zamana ve şartlara göre değişkenlik gösterebilmektedir (Eylen, 2001: 10).

Diyabet tanısı konmuş hastaların sürekli tedavi altında olacak olması, beslenme ve yaşam biçiminin değişmesi gibi sebepler, hastada endişe, depresyon, sosyal izolasyon gibi durumlara neden olabildiğinden, hastanın sosyal destek ihtiyacı da artmaktadır. Hastalıktan kaynaklı stres gibi sebeplerden ötürü, diyabet hastaları uygun desteği alsalar

da birtakım sorunlar yaşayabilmektedir. Bu bağlamda duygusal desteğin önemli olduğu söylenebilir (Duyan, 2001: 12).

Sosyal desteğin, diyabet hastaları için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden ve yakın çevresinden aldıkları duygusal destek ile diyabete fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu ilişki olduğunu saptayan çalışmalar da yapılmaktadır. Bunun da ötesinde tanı koyma aşamasında verilen sosyal destek ile uzun yaşam arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalar; sosyal destek ile psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki olduğunu göstermektedir.

2.1.4.2. Sosyal Desteğin Boyutları

Sosyal destekle ilgili ölçüm araçlarının çoğunun sosyal desteğin belirli taraflarına ağırlık verilerek hazırlandıkları bilinmektedir. 2003 yılında yapılan bir çalışmada sosyal destek boyutlarının hepsini içine alacak şekilde ölçüm araçlarının ortak yönleri ele alınmıştır. Bu ölçüm araçlarının çoğunun materyal yardımı ve fiziksel yardım, bilgi verme, geri bildirimde bulunma, sıkı sosyal ilişkiler, ait olma duygusu ve bir topluluk içinde yer alma ve yeterli sosyal ilişkiler gibi boyutları kapsadığını belirtmişlerdir (Dragest ve Lindstrom, 2003: 401-402).

Diyabet hastaları için de önemli olan sosyal desteğin alt boyutları şu şekilde sıralamak mümkündür (Akt. Savcı, 2006: 12-14):

- **Sosyal bütünlük:** Bireyin, bir topluluğun ya da grubun içindeki ilişkisini ifade etmektedir. Sosyal bütünlüğün olmaması sosyal anlamda soyutlanma ve yalnızlık ile sonuçlanabilir.
- **Bağılılık:** Bağlılık ihtiyacı, duygusal yakınlık ve koruma hissiyatı kazanan bireyden sağlanır. Bağlılığın olmaması, yalnızlık ve duygusal bakımdan soyutlanma şeklinde sonuçlanabilir.
- **Rehberlik:** Sosyal destek kapsamında rehberi sağlayacak olan kişi, sosyal hizmet uzmanıdır. Yapılan araştırmalarda, rehberliğin empati kurulmasının gerekliliği ve hastayla doğru iletişim kurulması gerektiğinin üzerinde durulmuştur.
- **Kaygı veya Korkudan Kurtarma:** Bu süreçte, bireyin becerilerini ve imkânlarını kabul edilmesi ile ulaşılmaktadır
- **Güvenilir İşbirliği:** Bireyin her durumunda yardım görebileceği ilişkilerden oluşur.
- **Beslenme Fırsatı:** Kişinin yakınındaki diğer insanların refahıyla ilgili sorumluluğu temsil etmektedir.

Sosyal desteği çok boyutlu ele alan bir diğer yaklaşımda Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği (Multi Dimensional Support Scale-MDSS)'nde destekleyici davranışlar 4 kısımda kabul edilmiştir (Arkar, Sarı ve Fidaner, 2004: 20).

Elle Tutulur Maddi Sosyal Destek: Bu tür destek yalnızca kişinin ailesi ve arkadaşları için geçerlidir. Hastaya tedavi süresince hastane işlemlerinde eşlik etme, ev işlerine yardımcı olma, çocuklarla ilgilenme gibi işleri üstlenerek, kişinin sorununu doğrudan onun adına çözmüş olmakta ve kişiye fayda sağlamaktadır. Ayrıca kişiye ihtiyacı olduğu

anda maddi anlamda para yardımı, araç yardımı gibi yardımlar da bu kapsama girmektedir (Sever vd., 2003: 28-29).

Bilgisel Sosyal Destek: Hastaya kendisine nasıl yardım edileceği ile ilgili fikir verme, tavsiyede bulunma, ona hastalığı ile ilgili yeni görüş kazandırma ve merak ettiği soruları sağlık görevlisinin yanıtlamasıdır. Bu desteğin hastaya sağladığı en önemli fayda, stres sebebi olan olaylarla mücadele etmede çözüm yolları konusunda bilgilendirilmesidir (Sever vd., 2003: 30).

Güvence Veren Sosyal Destek: Hastanın rahatlamasını sağlayacak söylemlerde bulunmak, hoşuna gideceği şeyleri dile getirmek veya herşeyin yoluna gireceğini söylemek, hastaya moral vermek, güvence veren sosyal destektir. Bu desteği gören hasta, kendisini güvende hissetmiş, “değerli” olduğu hissi de gelişmiş olacaktır (Aksüllü ve Doğan, 2004: 77).

Empatik veya Duygusal Sosyal Destek: Hastayı anlamaya çalışma, ona sevildiğini hissettirme, kişinin hastalığıyla ilgili olarak duygu ve düşüncelerini anlatması için cesaret vermedir. Bu destek hastaya sevilme, şefkat gördüğünü hissetme, ait olma, yakınlık gibi duygular vermektedir. Bu davranışlar, bireyin kaygı yaratıcı ve bilmediği olayların sonuçlarıyla duygusal yönden baş edebilmesini sağlar (Sever vd., 2003: 31).

Tüm bu özellikleriyle sosyal destek, hastanın hayattan bir doyum sağlamasına, stresle ve depresyonla baş edebilmesine yardımcı olan önemli bir süreçtir. Sosyal destekte üzerinde durulan, kişiye sevildiğinin hissettirilmesi, bilgi verilmesi, danışmanlık hizmetinin sağlanması, maddi yardım yapılması şeklindedir. Dolayısıyla bu bilgilerden hareketle, sosyal destek için özellikle diyabet hastasının fiziksel ve zihinsel iyilik halinin dolayısıyla yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir yer tuttuğu söylenebilir.

2.1.4.3. Sosyal Desteğin Kaynak ve İşlevleri

Hastaların sahip olduğu sosyal destek ağı, her zaman kolaylaştırıcı bir yapıda olmayabilir. Hasta, aile fertleri, arkadaşları, eşi tarafından istemediği eleştirilere maruz kalabilir. Böyle olunca zorlanma, sakınma veya geri çekilmeden kaynaklı olumsuz sosyal etkileşim ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla sosyal desteğin gerçekleşmesinde, kişinin algıladığı destek kadar, kimler tarafından verildiği de önem arz etmektedir (Eylen, 2001: 50-53).

Diyabet hastasının tedavisi boyunca çevresinde onun tepkilerini, endişelerini anlayışla karşılayan ve güven duyacağı bir yakınının olması, hastalıkla savaşmasında olumlu anlamda katkı sağlayacaktır.

Kişinin ihtiyaç duyduğu desteğin tipi, bireye, şartlara göre değişse de, sosyal temasın pozitif yönde etkilerinin olduğu kesin ve açıktır. Farklı sosyal destek kaynakları, hastaya farklı yönlerden katkı sağlamış olmaktadır. Farklı kaynaklar hastaya aynı türde destek verseler de, kişinin bu duruma göstereceği tepki farklıdır. Burada önemli olan hastanın kendisine yakın hissettiği bireylerden alacağı duygusal destektir (Eylen, 2001: 38).

Destek sayesinde diyabet hastası, süreci daha kolay kabullenebilir; burada aile önemli bir faktördür. Diyabet hastaları da sosyal destek elde etmede güçlük çektiklerini ifade etmektedirler.

Sosyal desteğin hasta bakımından en genel işlevinin; desteği alan kişinin iyi olma halini güçlendirmek olduğu görülmektedir. Bu genel işlev, birkaç alt dala indirgenebilir. Bu işlevlerden ilki, “temel ihtiyaçların doyurulması”dır. Örnek vermek gerekirse, kişi, destek alarak, kendi gereksinimi olan ait olma duygusunu tatmin etme imkânı sağlayabilmektedir (Eylen, 2001: 39).

Sosyal desteğin bir başka işlevi, “benlik saygısını güçlendirmesi” dir. Destek, kişinin kimlikçi ve kendisini değerlendirmesine imkân tanımaktadır. Benlik saygısına ilişkin bu kaynaklar; güvenlik, onaylanma, değerli olma, övülme ve saygı ifadesi gibi durumlardır (Özbesler, 2001: 13-14).

Özetlemek gerekirse, sosyal desteğe sahip olmanın diyabet hastasının stresinin kişi üzerindeki etkisini azalttığı, fiziksel ve ruhsal belirtilerin de giderilmesinde çok önemli olduğu bilinmektedir. Sosyal çevrenin sağladığı bu destekler, hastadaki panik durumunu minimum düzeye getirmekte, hastanın içinde bulunduğu şartlara uyum sağlamasını daha kolay hale getirmektedir.

2.1.4.4. Sosyal Desteğin Sürdürülebilir Sağlık Açısından Önemi

İçinde bulunduğumuz sosyal hayatta karşılaştığımız sorunlar bizde bazı olumsuz duygular gelişmesine neden olmaktadır. Bu sorunlardan biri de hastalıktır. Hastalık kişide stres kaygı ve depresyon gibi olumsuz duyguları geliştirebilmektedir. Bu tür olumsuz duygularla başedilmesi için sosyal destek sistemleri oldukça önemlidir. Sosyal destek sistemlerini aile, sosyal çevre, kamu kuruluşları oluşturmaktadır. Sosyal destek, maddi veya duygusal destek olarak ele alınabilir. İnsan sağlığını korumaya yarayan sosyal destek kişinin hastalıklara bağlı olarak yaşadığı stres gibi negatif duygulardan daha az etkilenmesini sağlar. Hastalarda kaygı düzeyini ve depresyon olasılığını düşürüp hastalıkla baş etmede yardımcı olur. Dolayısıyla içinde bulunduğumuz sosyal destek sistemleri ruh sağlığımızı güçlendirir ve korumaya yardımcı olur. Algılanan veya yararlanılan sosyal destek artınca olumsuz duyguların azaldığı ve kişinin sağlık kalitesinin ve yaşam doyumunun arttığı yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır.

Stres yaşayan kişinin iletişim içinde olduğu diğer bireylerin sayısı ve niteliği önemlidir. Burada kişinin destek grubunu ne şekilde algıladığı, problem olan konuları paylaşım paylaşmadığı, kendini güvende hissedip hissetmediği, destek verenlerin, stres altında olan kişi için ne anlam ifade ettiği önemlidir (Aksüllü ve Doğan, 2004: 78).

Toplumda destek verilmesi gereken gruplardan biri de diyabet hastalarıdır. Beslenme ve yaşam biçimlerinin değişmiş olması, hastalıklarının kronik olması ve sürekli ilaç ya da insülin almak durumunda olmaları, endişe düzeylerini arttırdığı için, stres kaynakları da artmaktadır. Hastalık sebebiyle de stres ile tek başlarına savaşacak güçlerini kendilerinde bulamayan diyabet hastaları için sosyal desteğin önemi giderek artmaktadır (Eylen, 2001: 40-41).

Her bir kişi için sosyal desteğin varlığı önemli olduğu gibi, sosyal desteğin nasıl algılandığı da kişi için anlamlıdır. Diyabet hastalarına sosyal desteğin verilmesi kadar, diyabet hastaları için sosyal desteğin ne anlama geldiği de önemlidir. Diyabet hastaları,

sosyal destek anlamlı olduğu takdirde kendilerini güvende hissedip, hastalık boyunca stres yaratan sorunlarla baş edebilir.

2.2. Diyabet ve Sosyal Hizmet

Kısa adı IFSW olan Sosyal Hizmet Uzmanları Uluslararası Federasyonu ise sosyal hizmeti şöyle tanımlamıştır:

Sosyal hizmet, sosyal değişim ve gelişmeyi, sosyal uyumu, insanların güçlenmesi ve özgürleşmesini teşvik eden uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı sosyal hizmetin esaslarıdır. Temelini sosyal hizmet, sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerel bilgi kuramlarının oluşturduğu sosyal hizmet, insanlar ve kuruluşları hayatın sorunlarına odaklanma ve refahın arttırılmasına yönlendirmektedir (IFSW, <https://www.ifsw.org/tr/sosyal-hizmet-nedir/>, Erişim: 02.05.2019).

Sosyal hizmet genel olarak kişi, aile, grup, topluluk ve toplumların sosyal fonksiyonlarını arttırmaya yönelik yardım etme sürecidir. Görüldüğü gibi tanımlardaki esas, insanlara yardım etmek amacıyla sosyal işlevselliğin arttırılması amacıdır. Diğer amaçlar ise toplumsal koşulların oluşturulmasına odaklanmaktadır.

Sosyal hizmette temel amaç, sosyal adaletsizliğe, ayrımcılığa, baskıya maruz vermeden, toplumun savunmasız üyelerine öncelik vermektir. Bu savunmasız bireyler arasında hastalar, yaşlılar, küçük çocuklar, yoksullar, engelliler sayılabilir (Duyan, 2001: 12).

Türkiye’de sosyal hizmet uygulama alanlarından biri tıbbi sosyal hizmet alanıdır. Diyabet hastalarına müdahale etmede etkin rolleri olan tıbbi sosyal hizmet çalışanları diğer meslek gruplarıyla işbirliği içerisinde diyabet hastalarına güçlendirici ve yönlendirici psikososyal destek müdahalelerinde bulunmaktadır. Diyabet ve sosyal hizmet ilişkisi ayrı bir başlık altında ayrıntılı ele alınacaktır.

2.2.1.Diyabete Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları

Türkiye’de sağlık alanında sosyal hizmet uygulamalarına 2011 yılında yayınlanan ‘‘Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi’’ ile yasal bir kapsam oluşturulmuştur. Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan hastaların tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik problemlerinin, sosyal hizmet mesleği ve disiplininin yöntem ve teknikleri ile zamanında çözümlenebilmesi ve bu kapsamda gerçekleştirilecek uygulamaların bütün ülke geneline yaygınlaştırılması amacıyla oluşturulmuştur. Yönergeye göre hastanelerde sosyal hizmet birimleri kurulmuş; sosyal hizmet birimlerinde görev yapan sosyal çalışmacıların görev ve sorumlulukları bu yönergede değerlendirilmiştir.

Tıbbi sosyal hizmet kapsamında sosyal hizmet uzmanları diyabet alanında çalışırken sırasıyla bilgi toplama, sorunu belirleme, planlama, hizmetin verilmesi, izleme, değerlendirme ve hizmeti sonlandırma gibi aşamalardan geçerek verilmek istenen deşteği tamamlar. Sosyal hizmet uzmanları mikro düzeyde diyabetli kişilerle, mezzo düzeyde diyabetli bireylerin aileleriyle ve makro düzeyde diyabet hastalığıyla ilgili toplum

genelini ilgilendiren hizmetler sağlar. Diyabetli bireylere yönelik mikro sosyal hizmet çalışmaları şöyle sıralanabilir:

- a.Psikososyal görüşme
- b.İhtiyaç tespiti ve kaynak bulma
- c.Servislerde grup çalışmaları
- d.Ev ve okul ziyaretleri
- e.Etkinlikler

Sosyal hizmet biliminin faydalandığı kuramlardan biri olan ve çevresi içinde bireyi odak olarak ele alan ekolojik yaklaşımı kuramı mezzo düzeyde diyabetli bireye sahip ailelerle görüşme yapılırken sosyal hizmet uzmanlarının başvurduğu yaklaşımlardan biridir. Bu yaklaşım bireyler ve onun çevresini oluşturduğu bir bütünü ele alır. Sosyal hizmet uygulamalarında ailelere yönelik çalışmalar ise;

- a.Aile üyeleriyle psikososyal görüşme
- b.Grup çalışmaları
- c.Ev ziyaretleri

Makro düzeyde ise sivil toplum ve diğer kurumlarla işbirliği sağlanıp toplum genelinde diyabetle ilgili bilgilendirmeler ve bilinçlendirmeler yapılarak, halka yönelik eğitimler ve seminerler düzenlenerek toplumda farkındalık yaratılabilir.

Sonuç olarak sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet disiplininin yöntem ve tekniğini kullanarak mikro, mezzo ve makro düzeyde uygulamalar yaparak, diyabetli hastaların hastalığa uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenip bu konuda hastalara yönelik çalışmaları multidisipliner bir yaklaşımla gerçekleştirmektedirler.

2.2.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmet

Tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet alanını en önemli uygulama alanlarından biridir. Genel olarak tıbbi sosyal hizmet, sağlıkta sürdürülen sosyal hizmet uygulamalarını ifade eder. Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları ile amaçlanan, sağlık kurumlarında yürütülen tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin daha insani ve etkili olmasına destek olmaktır (Tomanbay, 2007: 261).

Diğer taraftan hastalıkların teşhis ve tedavisinde uzun süre “tıbbi model yaklaşımı” egemen olmuştur. Bu yaklaşım ile hastalığın sadece fizyolojik boyutuna yoğunlaşmış; tedaviye destek olabilecek psikolojik ve sosyal etmenler göz ardı edilmiştir. Daha sonraki dönemlerde hastalıkların teşhis ve tedavisini bir tek tıbbi boyutla sınırlamanın yetersiz olduğu, hastalığa sebep olan fiziksel unsurların haricinde psikolojik, sosyal ve ekonomik faktörlerin de dikkate alınması gerektiği fikri, kabul edilmeye başlamıştır (Polat, 2014: 145-146).

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, fizyolojik hastalığı olanlara ve onların ailelerine psiko-sosyal yönden destek olmak ve onların problemlerini gidermek maksadıyla sürdürülen

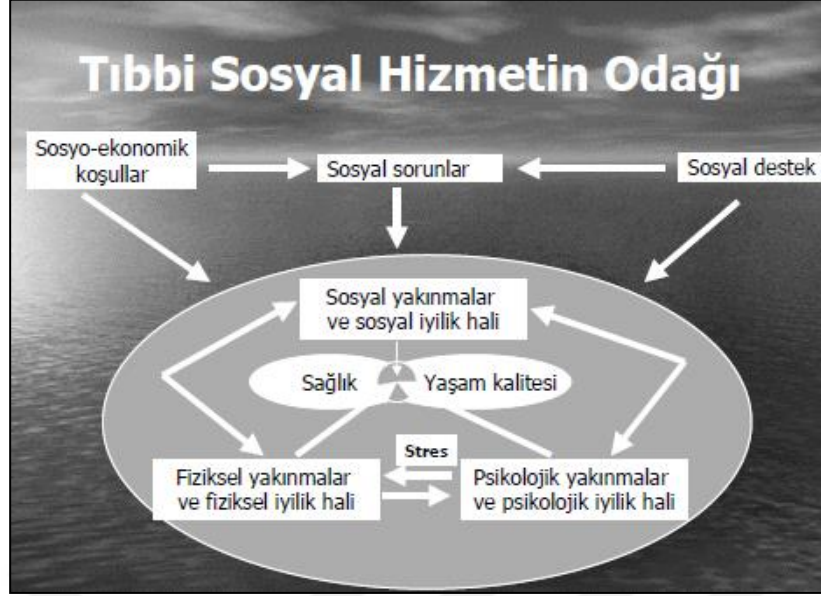
faaliyetleri içermektedir. Bu bakımdan tıbbi sosyal hizmetin bir diğer amacının hastanın tıbbi tedavi boyunca hasta ve ailesinin maruz kaldığı stresi azaltmaya çalışmak olduğu söylenebilir (Aydemir ve Işıksan, 2013: 8).

Büyükün bu tanımlara göre tıbbi sosyal hizmet, kişinin hastalığının şiddetini arttırabilen ve tedavinin etkisini azaltabilen ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların çözümüne yönelik uygulamaların tümüdür (Duyan, 2001: 13).

Sağlık alanında görev yapan sosyal çalışmacılar kişi, grup ve toplum temelinde birtakım müdahaleler gerçekleştirmektedir. Tedavi boyunca hastaların ve yakınlarının psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesi, hasta savunuculuğu, daha güvenli ve katılımcı bir tedavi ortamı sağlanması tıbbi sosyal hizmetin temel amaçları arasındadır (Aydemir ve Işıksan, 2013: 8-9).



Şekil 6. Tıbbi Sosyal Hizmet Odağı



Kaynak: Duyan, 2003: 41.

Tıbbi sosyal hizmetin odaklandığı nokta, yatarak veya ayakta tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik problemlerin hemen çözüme kavuşturulup, sosyal işlevselliğini tekrar kazanmasıdır. Bu doğrultuda tıbbi sosyal hizmet alanında yapılan uygulamaları şöyle sıralamak mümkündür Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, Madde: 3):

- Hasta ve/veya ailesi ile psiko sosyal çalışma, grup çalışması, eğitim çalışmaları,
- Ayn-i ve nakdi yardımlar için sosyal yardım mekanizmalarına hasta ve/veya ailesi adına bildirimde bulunma,
- Tedavi masraflarının karşılanması için tedavi kaynaklarına yönlendirme,
- Ev ziyareti yapma, sosyal inceleme ve değerlendirme,
- Sosyal etkinlik düzenleme,
- Sosyal hizmet kurumuna ya da geçici barınma merkezlerine yerleştirme,
- Hasta nakil hizmeti sağlamak için mahalli idareler ile organize olma.

2.2.1.2. Psikiyatrik Sosyal Hizmet

Tarihsel gelişim süreci içinde değerlendirildiğinde, psikiyatri alanındaki ilk sosyal hizmet faaliyetleri ile günümüzdeki psikiyatri sosyal hizmet uygulamaları temel olarak birbirine benzese de, zamanla psikiyatrik sosyal hizmet önemli bir gelişim kaydetmiştir (Ulaş, 2008: 2).

A.B.D. sosyal çalışma yıllık raporundaki tanıma göre psikiyatrik sosyal hizmet, psikiyatri kuruluşları ve ruh sağlığı programları kapsamında yürütülen sosyal çalışmalardır. Takip edilen amaç, toplumun ruh sağlığını geliştiren hizmetlere destek vererek, ruhsal sorunları olan bireylere yardımcı olmaktır. Bu hizmet, genellikle hastane, klinik veya hasta tedavisi ve psikiyatri hizmetleri ile uğraşan psikiyatrist, psikolog ve

diğer ilgili meslek sahiplerini içine alan klinik çalışmalarının içinde bir bölüm olarak yer almaktadır (Arıkan, 2001: 30-31).

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği psikiyatrik sosyal hizmet kavramını; ruhsal ve duygusal problemlerin sebep olduğu veya durumu daha ağır hale getirdiği bireysel ve sosyal uyumsuzlukları olan kişilerin tespiti, teşhis ve tedavisinde uygulanan bir çalışma olarak tanımlamaktadır. Bu uygulama alanında, çeşitli kişiler ve gruplarla çalışma, gözetim öğretim, katılım, toplum eğitimi ve ruh sağlığı programlarının geliştirilmesi konusunda araştırma ve işbirliği yer almaktadır (Ulaş, 2008: 3-4).

Türkiye'ye bakıldığında yapılan bir araştırma sonucunda ülkemizde genel olarak psikiyatri tedavi kurumlarında sosyal hizmet uygulaması gibi bir olgudan bahsetmenin mümkün olmadığından bahsedilmiştir. Öyleyse, ruh sağlığı alanında bulunan diğer sağlık çalışanları gibi sosyal hizmet uzmanı eksikliğinin de giderilmesi ve bu alanda çalışan sayısının ve niteliğinin artırılması gereklidir, denilebilir.

T.C. Sağlık Bakanlığı, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan engelli, hasta kimsesiz, yoksul, sağlık güvencesiz, yaşlı, mülteci, aile içi şiddet mağduru, şehir dışından gelen ve başka hastalar öncelikli olmak üzere sosyal hizmet müdahalesine gerek duyan tüm hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözülmesi için tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının belli bir standarta oturtulması, etkin hale getirilip yaygınlaştırılması; geliştirilmesine ihtiyaç duymuş ve “*Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi*”ni yayınlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu yönerge ile Bakanlığa bağlı çalışan sosyal çalışmacıların görev tanımları ve çalışma prosedürleri ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır.

2.2.2.Diyabet ve Sosyal Hizmet İlişkisi

Diyabet, yalnızca hastalığı olan kişiyi değil, beraber yaşadığı diğer insanları da etkileyen bir hastalıktır ve diyabet hastaları için aileden ve arkadaşlarından aldıkları sosyal destek, hastaların yaşadığı stresin azalmasında önemli derecede etkilidir.

Kişilerin stresli hali en az zararlarla atlatabilmeleri ve yeni duruma uyum göstermeleri; yeteri kadar tatmin eden sosyal destek sağlandığında mümkün olabilmektedir. Farklı hastalıklar üzerinde yapılan araştırmalarda, sosyal destek yetersiz olduğunda, depresyon, endişe gibi psikolojik problemlerin ortaya çıktığı gözlenmiştir (Dirik, Sertel, Kartal, 2011: 50). Dolayısıyla sosyal desteğin olmaması veya yetersiz kalması, diğer fizyolojik hastalıklarda olduğu gibi, diyabet hastalığında endişe ve depresyon düzeylerini arttırabilmektedir (Bisschop vd. 2004: 721).

Sosyal desteğin ve sosyal hizmetin etkisi değerlendirilirken, kişinin sosyal desteği nasıl algıladığı önem kazanmaktadır. Çünkü sosyal hizmet kapsamında sosyal destekte bulunmak, yalnızca psikolojik sorunlar üzerinde etkili değildir. Hasta olan bireyin yaşadığı travmatik tecrübeden sonra olabilecek olumlu anlamdaki değişimlere işaret eden travma sonrası gelişme üzerinde de sosyal desteğin ve hizmetin rolünün olduğu bilinmektedir (Dirik, Sertel, Kartal, 2011: 51).

Profesyonel bir sosyal hizmet uygulaması, adım adım gerçekleşen bir süreçtir. Bu aşamalar şöyle sıralanabilir (Duyan, 1996: 22):

1. Hastanın ve problemlerinin belirlendiği aşama olan başlangıç
2. Sosyal hizmet planlama aşaması
3. Hizmetin verilmesi aşaması
4. Değerlendirme, sonuçlandırma ve takipte kalma aşaması.

Başlangıç aşaması; sosyal hizmet uzmanı ile başvuran kişinin ilk kez karşılaştığı, tanıştığı ve hastalığın ne olduğunun anlaşıldığı aşamadır. Hastanın tedavi almasına ve tıbbi bakım almasına etki eden unsurlarla ilgili olarak, hastanın ailesi, doktoru ve diğer sağlık personelinin, hasta hakkında tutulan kayıtlardan hasta hakkında bilgi elde edilir. Hasta kendisi başvuruda bulunabileceği gibi ailesi de onun için başvuruda bulunabilir. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı da belirlenebilir (Kuşgözoğlu, 2013: 98).

Diyabet hastalığının tipik özellikleri, yaşa bağlı ortaya çıkmaması, genç yaştaki insanlarda bile görülebildiği için, özellikle gençlerin kronik bir hastalığa sahip olduklarını öğrendiklerinde stres, kaygı ve depresyon gibi durumlar yaşamaları, ilerlemiş bir diyabet hastalığında uzuv ve organlardaki işlev bozukluğu hatta kaybı, kişinin yeni bir beslenme ve yaşam şekli belirleyecek olması ve dolayısıyla desteğe gereksinim duyması şeklinde özetlenebilir. Bu nedenle diyabeti olan hasta, kronik bir sağlık sorununa sahip bir birey olarak ele alınıp, buna bağlı yaşadığı sıkıntıların neler olduğu tespit edilebilir.

Bir diğer aşama olan sosyal hizmet uygulamasının, müdahalesinin planlanması aşaması problemin ne olduğuna karar verildikten sonra uygulanması gereken hizmetin planlandığı aşamadır. Hizmet planlanırken; hasta ve/veya ailesi, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık personeli ekip olarak karar almalıdır. Yaşanan problem saptandıktan sonra, hastanın ailesi ile hasta hakkında psiko-sosyal ve ekonomik değerlendirme yapılarak problemi çözmek için uygun bir hizmet modeli geliştirilir (Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban, 2010: 34-35).

Üçüncü aşama olan hizmetin verilmesi aşaması, hizmet modelinin uygulandığı, sosyal hizmet müdahalesinin gerçekleştiği aşamadır. Bu aşamada diyabet hastasına sosyal hizmet müdahalesi şöyle gerçekleşebilir (Kol, 2009: 34-36):

- Diyabet hastalığı süreci boyunca kişiye / yakınlarına bilgilendirmede bulunma
- İnsülin kullanacak ise bunun eğitimini verme
- Beslenme danışmanlığı verme ve periyodik aralıklarla diyabet hastasının kontrolünü sağlama
- Rehberlik ve psikolojik danışmanlık verme
- Hastaya tedavi masrafları ve gideleriyle ilgili olarak kaynak bulması için yönlendirme

Listelenen alternatif tüm konular, mikro, mezzo ve makro sosyal hizmet müdahaleleri şeklinde de ele alınabilir.

2.2.3. Diyabette Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü

Günümüzde hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanları, hasta hakları birimi, çocuk izlem merkezi, psiko-sosyal destek ve krize müdahale birimi, toplum ruh sağlığı merkezi, çalışan hakları ve güvenliği birimi gibi alanlarda görev yapmaktadır. Ayrıca yaygın olmamakla birlikte organ nakli, hemodiyaliz, gerontoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, sosyal pediatri ve onkoloji gibi birimlerde de çalışmaktadırlar (Özbesler, 2013: 6-7).

Sağlık alanında çalışan uzman, tıbbi sosyal hizmet uzmanı olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı, psikolojik ve sosyal konularda sahip olduğu bilgi ve birikim doğrultusunda, hastanın psiko-sosyal sorunlarının çözülmesi beklenen meslek elemanıdır (Tümekaya 2001: 59-60).

2011’de yayınlanan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, sağlık alanında çalışan tıbbi sosyal hizmet uzmanını şöyle tanımlamaktadır: “*Hastaneye başvuran hastaların psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarını tespit eden, sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesini planlayan ve uygulayan, üniversitelerin dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun sağlık personelidir*” (TSHUY, 2011).

Klinik düzeyde yapılacak sosyal hizmet müdahalelerinin odak noktası hasta ve hastanın çevresidir. Hastanın sağlık hizmetinden yararlanma sürecindeki psikososyal durumu, hastalığı, tedavinin seyri gibi özellikler müdahalenin tipini ve seviyesini belirler. İhtiyaca göre, bireyle görüşme, grup terapisi, ev görüşmeleri ve ziyaretleri, sosyal etkinlikler, iş-okul ziyaretleri gibi mesleki müdahaleler yapılmaktadır (Dilmaç ve Şimşir, 2017: 32).

Bu müdahale süreçlerinde sağlık alanında çalışan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının klinik rolleri şöyledir:

Sosyal İnceleme: Hastanın psiko-sosyal durumunun ayrıntılı biçimde incelenip, sosyal inceleme raporunun hazırlanması sürecidir. Sosyal inceleme, gereksinime bağlı olarak, hastanın sağlık hizmetlerinden faydalandığı süreçlerin herhangi bir aşamasında gerçekleştirilebilir (Oral ve Tuncay, 2012: 93-94).

Danışmanlık: Genellikle yatarak tedavi olan veya ayaktan tedavi olup Hastalığı kronik olanlara, onların ailelerine, yaşadıkları stres, endişe ve depresyonun azaltılması, hastalık tedavi sürecinin sorunsuz geçirilmesini sağlayan hizmettir (Oral ve Tuncay, 2012: 95).

Psiko-Eğitim: Sağlık hizmetlerinde sadece hastalığın tedavisi amaçlanmaz. Hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik çalışmaları yapmak da, sağlık hizmetlerinin amaçları arasındadır. Bu bağlamda hastaların ve yakınlarının, hastalıkların doğası, seyri, epidemiyolojisi, tedavi alternatifleri, mevcut hizmetlere nasıl ulaşacağı gibi konularda verilen eğitimlere psiko-sosyal eğitim denmektedir. Bu eğitimi vermek sosyal hizmet uzmanlarının görevleri arasındadır (Pak, 2017: 3-4).

Psikoterapi: Bu alanda sertifikalı eğitim almış sosyal hizmet uzmanları tarafından psikoterapi yapılabilir. Temelde psikoterapi, sosyal hizmetin kişiyle çalışma ve grup çalışması yöntemlerinin ileri seviyede uygulanmasıdır (Oral ve Tuncay, 2012: 95).

Savunuculuk: Savunuculuk, müracaat edenler adına sosyal adaleti sağlama ya da koruma amacı ile doğrudan temsil ve müdahale etme, savunma, destekleme gibi bir dizi eylemler olarak tanımlanabilir.

Arabuluculuk: Bu rolü üstlenen sosyal hizmet uzmanları, taraflar arasındaki Anlaşmazlığa dâhil olmuş olur ve sağlıklı bilgi akışının olmasını tarafsız biçimde sağlar (Uludağ ve Tekin, 2017: 84).

Güçlendirici: Sosyal hizmet uygulamalarındaki temel amaç birey, aile, grup ve topluluklara sosyo-ekonomik ve sosyal güçlerini artırmada ve şartlarını geliştirmede etkili

olma süreci adı güçlendirmedir. Bu rolü üstlenen sosyal hizmet uzmanları, uygulamalarında hastaların hayatına etki edecek konularda seçim yapmaları, sorumluluk alabilmeleri için kapasitelerinin artırılarak güçlendirilmesini hedefler (Zastrow, 2017: 32-33).

Diyabet hastası açısından ele alındığında sosyal hizmet uzmanı (Zengin, 2011: 30);

- Hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi sürecini kolaylaştırır,
- Diyabetharicinde farklı sağlık sorunları olan hastayı ilgili yerlere yönlendirerek, kastanın ve ailesinin stresini azaltır,
- Hastanın içinde olduğu şartlar sebebiyle oluşan problemleri çözümler.

Bunların yanı sıra diyabetli bireylere yönelik mesleki çalışmalar şu şekildedir:

- Hak savunuculuğu,
- Hastalığa uyumu kolaylaştırıcı çalışmalar,
- Aile-birey etkileşimini geliştirici çalışmalar,
- Diyabetli bireylerin sağlığını etkileyen sosyal faktörleri görünür kılmak,
- Kronik hastalıkların artmasına neden olan davranışsal risk faktörleri hakkında toplumu bilinçlendirmek,
- Hasta ziyaretleri,
- Stres yönetimi ile ilgili becerilerin kazandırılması
- Bireysel çalışmalar,
- Danışmanlık hizmetleri,
- Ev ziyaretleri,
- Grup çalışmaları,
- Aile üyeleri ile görüşme şeklinde sıralamak mümkündür.

2.3.Diyabet ve Sosyal Yaşam

Sosyal yaşam içinde bulunduğumuz sosyal ilişkilerimiz ve günlük yaşantımızdır. Sosyal yaşam kavramı sosyalleşme olgusuyla yakından alakalıdır. Kişinin sosyal yaşamını sosyalleşme sürecinde kendisinden beklenen rolleri ailedeki veya toplumdaki diğer bireylerle iletişim yoluyla elde ettiği bilgi, beceri ve değerler oluşturmaktadır. Sosyal yaşamın yakından ilişkili olduğu bir diğer kavram ise sosyal çevredir. Sosyal yaşam ve sosyal çevre iç içedir. Çevre, insan davranışını anlama ve analiz etme konusunda önemli bir işleve sahiptir. İnsanlar sürekli ve dinamik olarak sosyal etkileşimlerle birbirlerine bağlıdır. İnsan davranışı sürekli bir hareketlilik, iletişim ve değişim göstermektedir. (Duyan,2012:50). Bu değişim ve hareketlilik, kişinin sosyal yaşamında içerisinde bulunduğu stres, kaygı vb. psikolojik duygu durumlardan kaynaklanmaktadır.

Kronik hastalıklarda hastalığa daha kolay uyum sağlanabilmesi için sosyal yaşam oldukça önemli bir işleve sahiptir. Dolayısıyla kronik bir hastalık olan ve tüm vücut fonksiyonlarını etkileyen ve kişinin hayat tarzında, beslenme düzeninde, sosyal hayatında değişiklik yaratan diyabetin sosyal yaşam üzerindeki etkisi büyüktür. Normal bir hayat süren bir kişi diyabet teşhisi konduktan sonra kişinin ailesi, sosyal çevresi ve toplumdaki konumunda değişiklik yaratacağı için kişinin yaşadığı kaygı ve stres artmakta ve bu durum sosyal yaşamı üzerinde ciddi bazı sorunlar yaratabilmektedir. Kişi hastalık

sürecinde ailesiyle ve sosyal çevresiyle iletişim halinde olması sosyal destek kaynaklarından (aile, sosyal çevre) yararlanması kişinin sağlık, iyilik hali ve sosyal yaşamı üzerinde önemli rol oynamaktadır.

Sosyal yaşam kalitesi iyi olan hastalar genellikle aileleriyle ve sosyal çevreleriyle sıkı ilişkisi olan kişilerdir. Fakat bu durumun tersi bir durumu da söz konusu olabilmektedir. Kişinin yaşadığı ailedeki birey sayısı arttıkça hastaların sosyal çevre, sağlık bakımında kötüye gitme ve genel psikososyal uyum problemleri artmaktadır. Diyabet hastalığı kişinin sosyal yaşamını etkilemekte ve kişinin sosyal yaşam durumu da hastalığın seyrinde olumlu ya da olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir. Hastaların içerisinde bulunduğu sosyal yaşam, psikolojik açıdan doyurucu ise hastalığa uyum ve uyum süreci üzerinde olumlu etki yaratmaktadır.



BÖLÜM 3

DİYABET HASTALARINDA HASTALIK SÜRECİNİN SOSYAL YAŞAM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ VE HASTALARIN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYİ SAHA ARAŞTIRMASI: BURSA ÖRNEĞİ

3.1. Araştırmanın Metodolojisi

3.1.1. Araştırmanın Amacı

Egzersizden yaşam şekline, kullanılan ilaçlardan beslenme düzenine ve hatta sosyal hayatlarına kadar hastalarının yaşamlarını etkileyen diyabet, kronik ve psikolojik anlamda destek alınmasının yararlı olacağı bir hastalıktır. Kan şekerinin uygun sınırdan olması, bunun için beslenmeye çok dikkat edilmesi, düzenli egzersiz yapılması ve rutin kontrollerin aksatılmaması çok önemlidir. Bunların yanı sıra metabolik birtakım değişiklikler, hastada strese sebep olabilmekte, bu da sosyal yaşantısını etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada diyabet hastalarının sosyal hayatlarındaki psikolojik tepkileri ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla diyabet hastalığının psiko-sosyal yönü ele alınmış; diyabetin başta stres olmak üzere depresyon, umutsuzluk, kaygı ile ilişkisi de irdelenmiştir. Ayrıca bu çalışma ile diyabet hastalarının sosyal hayatta karşılaştığı sorunların neler olduğu saptanmaya çalışılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Problemi

Diyabet hastalarında hastalık sürecinin kişilerin sosyal yaşamlarına çeşitli değişkenler yönünden etkisinin ne olduğu, bu hastalıkların kişilerin psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından etkisinin incelenmesi bu araştırmanın problemi oluşturmaktadır.

3.1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₁= Diyabet hastalarının cinsiyetleri ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₀₂= Diyabet hastalarının medeni durum ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₀₃= Diyabet hastalarının yaşları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₀₄= Diyabet hastalarının eğitim durumları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₀₅= Diyabet hastalarının aylık gelir durumları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₀₆= Diyabet hastalarının meslekleri ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₀₇= Diyabet hastalarının tedavi sıklıkları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₀₈= Diyabet hastalarının cinsiyetlerine göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.

H₀₉= Diyabet hastalarının medeni durumlarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.

H₀₁₀= Diyabet hastalarının yaşlarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.

H₀₁₁= Diyabet hastalarının eğitim durumlarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.

H₀₁₂= Diyabet hastalarının aylık gelirlerine göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.

H₀₁₃= Diyabet hastalarının mesleklerine göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.

H₀₁₄= Diyabet hastalarının tedavi sıklıklarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.

3.1.4. Araştırmanın Yöntemi

Yapılan bu araştırmanın yöntemi, nicel araştırma yöntemidir. Araştırmada veriler kesitsel tarama modeli olarak toplanmıştır. Tarama modeli, geçmişte veya halen devam eden bir durumu var olduğu gibi belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2017: 109). Literatür taramada makale, tez vb. ulusal ve uluslararası süreli yayınlardan, yayımlanmış bilimsel kitaplardan istifade edilmiştir. Araştırma modelinde yer alan değişkenler arası neden-sonuç ilişkisi açıklayıcı araştırma modeli ile ortaya koyulmuştur.

Araştırma modelinin test edilmesi amacıyla alan çalışmasında anket yöntemi kullanılmıştır. İhtiyaç duyulan veriler anket uygulamasıyla elde edilmiştir. Uygulanan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik verilerini ölçen hasta bilgi formu, ikinci bölümde 11 maddeden oluşan sosyal yaşam ölçeği ve üçüncü bölümde 25 maddeden oluşan Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC) yer almaktadır.

3.1.4.1. Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri 10.01.2019-31.09.2019 tarihleri arasında Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınarak; müdürlük bünyesinde bulunan Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi, Bursa Gemlik Devlet Hastanesi, Bursa Devlet Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi ve Orhangazi Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuru yapmış hastalara araştırma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra hastalarla birebir görüşme yapılarak veriler toplanmıştır. Verilerin toplanmasında hastaların sosyo-demografik özelliklerini ölçen demografik veri formu, sosyal yaşam durumlarını ölçen sosyal yaşam formu ve psikolojik durumlarını ölçen Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama sürecinde araştırmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan bazılarının okuma yazma bilmemesi, servislerde yatan hastaların kullandıkları ilaçların etkisinde dolayı

sorulan soruları doğru algılamaması ve diyabetli hastaların tedavisinin her sağlık kuruluşunda yapılmaması veri toplama sürecinde araştırmacıya zorluk çıkarmıştır.

3.1.4.1.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Verilerimizi elde ettiğimiz kaynağın tamamına “toplum” veya “evren” denir (Aktürk Z, Acemoğlu H.,s.35). Araştırmada nicel araştırma yaklaşımının kullanıldığı bölümün evrenini Bursa’da ikamet eden ve diyabet tanısı almış 18 yaşından büyük kişiler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 207 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini diyabet tanısı almış ve Bursa’daki Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi, Bursa Gemlik Devlet Hastanesi, Bursa Devlet Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi ve Orhangazi Sağlıklı Hayat Merkezine başvuru yapmış hastalardan ankete katılmak isteyen 207 hasta belirlenmiştir. Araştırmanın evrenine ulaşamadığı için örneklem hesabı yapılamamıştır.

3.1.4.2. Veri Analiz Süreci

Verilerin analizinin yapılabilmesi için anket formları uygun kodlamalar yapılarak IBM SPSS 25.0 programına aktarılmıştır. Analizlerde psikolojik sağlamlık ölçeğine ait faktör analizi ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Katılımcıların demografik verilerine ait frekans analizleri yapılmış ayrıca psikolojik sağlamlık ölçeğine ve sosyal yaşam ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler tespit edilmiştir. Katılımcıların demografik verileri ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arası ilişkiler ayrı ayrı tespit edilmiştir. Katılımcıların demografik verilerine göre psikolojik sağlamlık düzeyleri ve alt boyutlarının farklılaşma durumu incelenmiştir. Son olarak Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak belirtilmiştir

3.2. Bulgular ve Yorumlar

Uygulanan anket neticesinde elde edilen verilerin analizi bu bölümde yapılmıştır.

3.2.1. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Faktör Analizi

Faktör analizi aynı yapıyı veya niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan bir istatistiksel teknik olup bir faktörleşme veya ortak faktör olarak adlandırılan yeni değişkenleri ortaya çıkarma ya da maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etme süreci olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk, 2007: 123).

Faktör analizi tüm veri yapıları için uygun olamayabileceğinden verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ve Bartlett Küresellik testleri ile incelenebilir. KMO’nun 0,60’dan yüksek ve Barlett testinin anlamlı çıkması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2007, s. 126). Faktör analizinin ön koşullarını test etmek için, analizlerde kullanılan psikolojik sağlamlık ölçeğine Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett Küresellik Testi uygulanmış ve bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine Ait KMO ve Bartlett Testleri

Kaiser-Meyer-Olkin Testi		,921
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	3104,816

Serbestlik Derecesi	300
Anlamlılık değeri(p)	,000

Tabloda psikolojik sağlamlılık ölçeğine ait Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri görülmektedir. Bu değeri 0,600'den büyük olması verilerin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir. Küresellik testi oranlarının (p) ,000 olması ise verilerden anlamlı faktörler çıkacağını ifade etmektedir. Sonuç olarak analizlerde kullanılan psikolojik sağlamlılık ölçeğine ait KMO ve Barlett testleri sonuçları faktör analizleri için yeterli bulunmuştur.

Kullanılan ölçeğe ait ifadelerin uygun boyutlar altında toplanmasını sağlamak için ölçeğe faktör analizleri yapılmış ve belirlenen boyutlar aşağıda maddeler halinde ifade edilmiştir. Ölçeklere ait verilerin faktör analizlerine sokulması ve varimax döndürülmeleri sonucunda öz değeri 1.00'in üzerinde olan faktörler ve faktör yükleri 0,40'ın üzerinde olan maddeler temel alınmıştır.

Tablo 2. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Özdeğer ve Açıklanan Varyans

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Kümülatif Varyans (%)
1. Azim ve Kişisel Yeterlilik	15	10,424	41,694	41,694
2. Olumsuzluğa Dayanıklılık	7	2,700	10,801	52,495
3. Ruhsallığa Eğilim	3	1,532	6,129	58,624

Psikolojik sağlamlık ölçeği 25 madde ve 3 alt boyuttan oluşmakta ve toplam varyansın %58,624'ünü açıklamaktadır. Toplam varyansın %50-75'ini açıklayan bir analiz geçerli bir analiz olarak kabul edilir. Azim ve kişisel yeterlilik alt boyutunun özdeğeri 10,424 olup toplam varyansın %41,694'ünü açıklamaktadır. Olumsuzluğa dayanıklılık alt boyutunun öz değeri 2,700 olup toplam varyansın %10,801'ini açıklamaktadır. Ruhsallığa eğilim alt boyutunun özdeğeri 1,532 olup toplam varyansın %6,129'unu ölçmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Maddeleri Faktör Yükleri

	Ölçek Maddeleri	Faktör Yüğü
	23. Zoru severim.	,757
	19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla başedebilirim.	,746
	18. Gerekğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediğı kararları alabilirim.	,664
	22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	,598
Azim ve Kişisel Yeterlilik	11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	,782
	16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	,756
	24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	,728
	12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	,709
	10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	,695
	17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	,601

	1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	,587
	25. Başarımla gurur duyarım.	,560
	15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	,542
	5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	,521
	21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	,510
Olumsuzluğa Dayanıklılık	14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	,791
	7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	,774
	4. Önüme çıkan herşeyle başa çıkabilirim.	,597
	6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	,587
	8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	,522
	13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	,608
	2. Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var.	,422
Ruhsallığa Eğilim	9. İyi ya da kötü, herşeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	,816
	3. Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	,794
	20. Yaşamdaki sorunlarla başederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	,678

Faktör analizinde aynı yapıyı ölçmeyen maddelerin ayıklanmasında faktör yükleri kullanılmaktadır. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme varsa bu bulgu, o maddelerin birlikte bir kavramı-yapıyı-faktörü ölçtüğünü göstermektedir. Faktör yük değerinin 0.45 veya daha yüksek olması seçim için iyi bir ölçüdür bununla birlikte uygulamada az sayıda madde için bu sınır değer 0,3'a kadar indirilebilir. Bir maddenin faktörlerindeki en yüksek yük değeri ile bu değerden sonra en yüksek olan yük değeri arasındaki farkın mümkün olduğu kadar yüksek olması beklenir ve bu farkın .10 olması önerilir (Büyüköztürk, 2007: 124-125).

Analimizde kullanılan psikolojik sağlamlık ölçeğine ait maddelerin faktör yüklerinin, 422 - ,816 arasında olduğu, tespit edilmiş dolayısıyla ölçek maddelerine ait faktör yüklerinin yeterli seviyede olduğu anlaşılmıştır.

3.2.2 Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Güvenilirlik Analizi

Araştırmalarda çoğunlukla analizler gerçekleştirilmeden önce verinin analize uygun güvenilirlik derecesinde olup olmadığı test edilir. Güvenirlilik bir ölçekte tüm değişkenlerin birbiri ile tutarlılığını ve iç uyumunu ortaya koyan bir kavramdır (Kurtuluş, 2010, s.184). Güvenirlilik bireylerin test maddelerine verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılık olarak tanımlanabilir. Güvenirlilik testin ölçmek istediği özelliği ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Testin güvenilirlik katsayısı olarak hesaplanan (r), test puanlarına ilişkin bireysel farklılıkların ne derece gerçek ve ne derece hata faktörüne bağlı olduğunu yorumlamak amacıyla kullanılmaktadır. Test maddelerine verilecek cevapların üç veya daha fazla seçeneği olması durumunda Cronbach (α) katsayısı kullanılır (Büyüköztürk, 2007, ss. 169-170). 15 maddelik bir ölçekten hesaplanan Alfa değerine standart alfa denir ve değeri 0.75'in üstündeyse güvenilirliği yüksek, 0.50 ile 0.75 arasındaki değerlerde güvenilirliği orta, 0.50'in altı ise güvenilirliği düşük kabul

edilir. 15'in üstünde maddesi olan bir ölçekten hesaplanan Alfa katsayısı ise 0.90 ve üstü mükemmel güvenilir, 0.70 ila 0.90 arası yüksek güvenilir, 0.50 ila 0.70 arası orta güvenilir, 0.50'in altı ise düşük güvenilirliktedir (Hinton ve ark., 2004, s. 364).

Bu çalışmada kullanılan psikolojik dayanıklılık ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirliğinin test edilmesinde de Cronbach alfa katsayısı kullanılmış ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Alt Faktörlerine Ait Güvenilirlik Analizi

Ölçek	CronbachAlfa	Madde Sayısı
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	,932	25
Azim ve Kişisel Yeterlilik Alt Boyutu	,926	15
Olumsuzluğa Dayanıklılık Alt Boyutu	,841	7
Ruhsallığa Eğilim Alt Boyutu	,785	3

Tablo 4'de yer alan psikolojik sağlamlık ölçeği ve alt boyutlarına ait cronbach alfa değerleri incelendiğinde değerlerin ,785 ile ,932 aralığında olduğu anlaşılmış ve ölçekler güvenilir olarak tespit edilmiştir.

3.2.3 Katılımcıların Demografik Verilerine Ait Frekans Analizi

Katılımcıların demografik verilerine ait veriler analiz edilerek maddeler halinde açıklanmıştır.

3.2.3.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki cinsiyet durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 5'te açıklanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyetleri Ait Frekans Analizi

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Kadın	103	49,8	49,8	49,8
Cinsiyet Erkek	104	50,2	50,2	100,0
Toplam	207	100,0	100,0	

Ankete katılan 207 katılımcının 103'ü (%49,8) kadın, 104'ü (%50,2) erkektir.

3.2.3.2 Katılımcıların Medeni Durumları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki medeni durum dağılım verileri analiz edilerek Tablo 6'da açıklanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Ait Frekans Analizi

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Evli	117	56,5	56,5	56,5
Medeni Bekar	46	22,2	22,2	78,7
Durum Diğer	44	21,3	21,3	100,0
Toplam	207	100,0	100,0	

Ankete katılanların 117'si (%56,5) evli, 46'sı (%22,2) bekardır. 44 kişi (%21,3) ise "Medeni durumunuz nedir?" sorusunda diğer seçeneğini işaretlemiştir.

3.2.3.3. Katılımcıların Yaşları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki yaş durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 7’de açıklanmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların Yaş Durumlarına Ait Frekans Analizi

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
18-30	35	16,9	16,9	16,9
31-50	88	42,5	42,5	59,4
Yaş 50-65	58	28,0	28,0	87,4
65 üstü	26	12,6	12,6	100,0
Toplam	207	100,0	100,0	

Katılımcıların yaş grupları dağılımı incelendiğinde 35’i (%16,9) 18-30, 88’i (%42,5) 31-50, 58’i (%28,0) 50-65, 26’sı (%12,6) 65 üstüdür.

3.2.3.4. Katılımcıların Eğitim Durumları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki eğitim durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 8’de açıklanmıştır.

Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Ait Frekans Analizi

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
İlköğretim	73	35,3	35,3	35,3
Lise	79	38,2	38,2	73,4
Eğitim Ön lisans	25	12,1	12,1	85,5
Durumu Lisans ve üstü	30	14,5	14,5	100,0
Toplam	207	100,0	100,0	

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 73’ü (%35,3) ilköğretim, 79’u (%38,2) lise, 25’i (%12,1) ön lisans ve 30’u (%14,5) lisans ve üstü mezundur.

3.2.3.5. Katılımcıların Gelir Durumları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki aylık gelir durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 9’da açıklanmıştır.

Tablo 9. Katılımcıların Gelir Durumlarına Ait Frekans Analizi

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
0-1000 TL	70	33,8	33,8	33,8
1001-2000 TL	32	15,5	15,5	49,3
Gelir Durumu 2000 TL üstü	105	50,7	50,7	100,0
Toplam	207	100,0	100,0	

Katılımcıların 70’i (%33,8) 0-1000 TL arası, 32’si (%15,5) 1001-2000 TL arası ve 105’i (%50,7) ise 2000 TL üstü aylık gelire sahiptir.

3.2.3.6. Katılımcıların Meslek Durumları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki mesleklerine ait dağılım verileri analiz edilerek Tablo 10’da açıklanmıştır.

Tablo 10. Katılımcıların Meslek Durumlarına Ait Frekans Analizi

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Meslek	İşçi	66	31,9	31,9
	İşveren	7	3,4	35,3
	Kamu	33	15,9	51,2
	İşsiz	101	48,8	100,0
	Toplam	207	100,0	100,0

Katılımcıların 66'sı (%31,9) işçi, 7'si (%3,4) işveren, 33'ü (%15,9) kamu çalışanı, 101'i (%48,8) ise işsizdir.

3.2.3.7. Katılımcıların Tedavi Görme Sıklıkları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki diyabet tedavisi görme sıklığına ait dağılım verileri analiz edilerek Tablo 11'de açıklanmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların Tedavi Görme Sıklıklarına Ait Frekans Analizi

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Tedavi Sıklığı	Haftada bir-iki gün	20	9,7	9,7
	Haftada üç-dört gün	10	4,8	14,5
	Ayda bir gün	53	25,6	40,1
	Ayda iki gün	22	10,6	50,7
	Diğer	102	49,3	100,0
	Toplam	207	100,0	100,0

Katılımcıların 20'si (%9,7) diyabet hastalığı ile ilgili haftada bir-iki gün, 10'u (%4,8) haftada üç-dört gün, 53'ü (%25,6) ayda bir gün, 22'si (%10,6) ayda iki gün tedavi görmektedir. 102(%49,3) hasta ise bu soruda diğer seçeneğini işaretlemiştir.

3.2.4 Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri cevaplar analiz edilerek başlıklar halinde verilmiştir.

3.2.4.1 Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Frekans Analizi

Katılımcılara diyabet hastalığının sosyal yaşamlarına olan etkilerini araştırmak için sorulan 11 maddelik sosyal yaşam ölçeğine ait frekans analizi Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Frekans Analizi

Maddeler		N	%
Daha önce yaptığımız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	124	59,9
	Hayır	83	40,1
Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	174	84,1
	Hayır	33	15,9
Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	93	44,9
	Hayır	114	55,1
Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	161	77,8
	Hayır	46	22,2
Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Evet	140	67,6
	Hayır	67	32,4
Çaresizlik, eksiklik, yarımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	88	42,5

	Hayır	119	57,5
	Evet	84	40,6
Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Hayır	123	59,4
	Evet	71	34,3
Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Hayır	136	65,7
	Evet	68	32,9
Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Hayır	139	67,1
	Evet	81	39,1
İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Hayır	126	60,9
	Evet	122	58,9
Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Hayır	85	41,1

Tablodaki değerler incelendiğinde:

1. Katılımcıların 124'ü (%59,9) diyabet hastalığı sonrası günlük aktivitelerinde değişiklik olduğunu 83'ü (%40,1) olmadığını,
2. 174'ü (%84,1) gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerinde değişiklik yaşadığını 33'ü (%15,9) yaşamadığını,
3. 93'ü (%44,9) diyabet hastalığının cinsel yaşamına etkisinin olduğunu 114'ü (%55,1) olmadığını,
4. 161'i (%77,8) uyku düzenine etkisinin olduğunu 46'sı (%22,2) olmadığını,
5. 140'ı (%67,6) eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadığını 67'si (%32,4) yaşamadığını,
6. 88'i (%42,5) çaresizlik, eksiklik, yarımsızlık duygusu yaşadığını 119'u (%57,5) yaşamadığını,
7. 84'ü (%40,6) hastalığından kaynaklı özgüven problemi yaşadığını 123'ü (%59,4) yaşamadığını,
8. 71'i (%34,3) eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinde bir değişiklik yaşadığını 136'sı (%65,7) yaşamadığını,
9. 68'i (%32,9) aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğu kişilerle ilişkisinde bir değişiklik olduğunu 139'u (%67,1) olmadığını,
10. 81'i (%39,1) iş yaşamında problem yaşadığını, 126'sı (%60,9) yaşamadığını,
11. 122'si (%58,9) hastalığından kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadığını 85'i (%41,1) yaşamadığını belirtmiştir.

3.2.4.2 Psikolojik Sağlık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Psikolojik sağlık düzeylerini ölçmek amacıyla katılımcılardan Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği'ni cevaplamaları istenmiştir. Ölçek 25 maddeden oluşur ve puanlama 'hiç doğru değil' (0) ve 'her zaman doğru' (4) arasında değişen 5'li likert tipi şeklinde yapılmıştır. Her katılımcının 25 soruya verdikleri cevaplara ait puanlar toplanarak toplam soru sayısı olan 25'e bölünmüş ve katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri tespit edilmiştir. Buna göre bir katılımcının psikolojik sağlık düzeyi maksimum 4 ve minimum 0 puan olabilmektedir. Aynı yöntemle katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri alt boyutlarına ait düzeyleri de hesaplanmıştır. Aşağıda Tablo 13'te

207 katılımcının psikolojik sağlamlık düzeyleri ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi (Genel)	207	,88	3,84	2,28	,546
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	207	,87	4,00	2,36	,591
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	207	,43	3,86	1,83	,644
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	207	,00	4,00	2,95	,801

Tabloya göre katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri ortalaması 2,28, azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri ortalaması 2,36, olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri ortalaması 1,83 ve ruhsallığa eğilim düzeyleri ortalaması ise 2,95 olarak bulunmuştur. Bu verilere göre katılımcıların diyabet hastalığı sonrası ruhsallığa eğilimlerinin yüksek olduğu, olumsuzluğa dayanıklılık ve azim ve kişisel yeterlilik düzeylerinin orta seviyede kaldığı genel psikolojik sağlamlılık düzeylerinin de orta seviyede kaldığı anlaşılmıştır.

Aşağıda Tablo 14'te katılımcıların psikolojik sağlamlık ölçeği maddelerine verdikleri cevapların tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

Tablo 14. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Maddeleri Tanımlayıcı İstatistikleri

Madde	Ort.	S.S
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	3,30	1,07
9. İyi ya da kötü, herşeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	3,10	,91
25. Başarımla gurur duyarım.	3,03	,86
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	2,88	,66
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	2,80	,77
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	2,71	,76
2. Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.	2,69	,81
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	2,57	,76
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	2,54	,75
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	2,52	,90
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	2,49	,76
20. Yaşamdaki sorunlarla başederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	2,44	,88

Madde	Ort.	S.S
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	2,43	,94
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	2,31	,88
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	2,22	,83
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	2,22	,85
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	2,01	,95
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla başedebilirim.	1,82	,84
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	1,81	,88
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	1,73	,89

4. Önüme çıkan herşeyle başa çıkabilirim.	1,70	,86
23. Zoru severim.	1,67	1,08
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	1,53	,96
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	1,29	,95
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	1,29	,93

Tabloya göre katılımcılar psikolojik sağlamlık ölçeği sorularından en yüksek puanı (3,30) 3 numaralı maddeye (3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.), en düşük puanı (1,29) da 14 numaralı madde (14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.) ve 6 numaralı maddeye (6.Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.) vermişlerdir.

3.2.5. Analiz Türünün Belirlenmesi

Ankette kullanılan psikolojik sağlamlık ölçeği ve alt boyutlarına yönelik yapılan Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testlerinde anlamlılık (p) kısmındaki değerler incelendiğinde psikolojik sağlamlılık ve azim ve kişisel yeterlilik ölçeklerinin normal dağılıma sahip oldukları ($p > ,05$) fakat olumsuzluğa dayanıklılık ve ruhsallığa eğilim ölçeklerin normal dağılmadığı ($p < ,05$) anlaşılmaktadır. Fakat verilere ait histogramlara bakıldığında tüm verilerin normal dağılıma yakın oldukları görülmektedir.

Tablo 15. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Normallik Testleri

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	S.D	P	İstatistik	S.D	P
Psikolojik Sağlamlık(Genel)	,033	207	,200	,997	207	,977
Azim ve Kişisel Yeterlilik	,043	207	,200	,994	207	,614
Olumsuzluğa Dayanıklılık	,066	207	,029	,985	207	,026
Ruhsallığa Eğilim	,197	207	,000	,881	207	,000

S.D: Serbestlik Derecesi

Sadece normallik testlerindeki sonuçlara göre karar vermek yanıltıcı olabileceğinden, test sonuçlarına ek olarak verilerin çarpıklık(skewness) ve basıklık(kurtosis) değerlerine de bakmak önemlidir. Aşağıdaki Tablo 16.'da tüm psikolojik sağlamlılık ölçeği ve alt boyutlarına ait çarpıklık ve basıklık değerleri verilmiştir.

Tablo 16. Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	N	Çarpıklık		Basıklık	
		İstatistik	Std. Hata	İstatistik	Std. Hata
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	207	,001	,169	-,075	,337
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	207	-,080	,169	-,217	,337
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	207	,243	,169	,117	,337
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	207	-1,207	,169	1,321	,337
Valid N (listwise)	207				

Çarpıklık ve basıklık değerleri eğer $\pm 1,5$ aralığında olursa verilerin normal dağıldığı söylenebilir. (Doğan, N. Başokçu, T.O; 2010; s.65-71). Ölçeklere ait çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde değerlerin $\pm 1,5$ aralığında olduğu anlaşılmış ve verilerin normal dağıldığı varsayılmıştır. Psikolojik sağlamlılık ölçeği ve alt boyutlarının birbirleri ile olan ilişkisi pearson korelasyon analizi ile araştırılmıştır. Bağımsız değişkenlerin psikolojik sağlamlılık ölçeği ve alt boyutları bakımından analizleri için bağımsız örneklem t-testi (Independent Samples t-Test) ve tek yönlü varyans analizi (One-Way Anova) testleri kullanılmıştır. Katılımcıların demografik verileri ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasındaki ilişki ki-kare analizleri ile araştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < ,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.2.6. Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Birbirleri ile Olan İlişkisi

Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki veya daha çok değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon analizinde amaç; bağımsız değişken (X) değiştiğinde, bağımlı değişkenin (Y) ne yönlü değişeceğini görmektir.

İki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesi “r” simgesiyle gösterilen korelasyon katsayısıyla ölçülür. Korelasyon katsayısı iki değişkenin değişimlerinde, ne dereceye kadar uygunluk olduğunu belirler, fakat hiçbir şekilde neden sonuç ilişkisi kurmaz. Korelasyon katsayısının alabileceği en küçük değer -1, en büyük değerse +1 olur, başka bir tanımla korelasyon katsayısı, $-1 \leq r \leq +1$ arasında değer alır. Korelasyon katsayısının işareti pozitifse, değişkenlerden birinin değeri artarken diğersinin de arttığını gösterir. Korelasyon katsayısının işareti negatifse, değişkenlerden birinin değeri artarken diğersinin değerinin azaldığını gösterir. Yani ters yönlü ilişki söz konusudur. $r = 0$ olduğunda ise değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin bulunmadığı söylenebilir. r’nin +1’e eşit olması, değişkenler arasında pozitif ve tam doğrusal bir ilişkinin varlığını ortaya koyar. r’nin -1’e eşit olması ise, değişkenler arasında negatif ve tam doğrusal bir ilişkiyi belirler. Değişkenler arasındaki ilişki kuvvetlendikçe ± 1 ’e, zayıfladıkça 0’a yaklaşan bir korelasyon katsayısı elde edilir (Şıklar, 2006: 269).

Psikolojik sağlamlılık ölçeği ve alt boyutlarının birbirleri ile olan ilişkisini tespit edebilmek için pearson korelasyon analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Psikolojik Sağlamlılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arası İlişki

		Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi	Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Ruhsallığa Eğilim Düzeyi
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi	Korelasyon K. (r) P	1			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	Korelasyon K. (r) P	,965** ,000	1		
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Korelasyon K.(r) P	,902** ,000	,814** ,000	1	
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	Korelasyon K.(r) P	,433** ,000	,272** ,000	,246** ,000	1

****.** $p < 0.01$

Tablodaki pearson korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde psikolojik sağlamlılık ölçeği ve alt boyutları arasında pozitif yönde ($r > 0$) istatistiksel açıdan anlamlı ($p < .05$) ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. En kuvvetli ilişki psikolojik sağlamlılık düzeyi ile azim ve kişisel yeterlilik düzeyi arasında olduğu ($r = .965$; $p = .000 < .05$) ve en düşük ilişkinin ise azim ve kişisel yeterlilik düzeyi ile ruhsallığa eğilim düzeyi arasında olduğu anlaşılmıştır. ($r = .272$; $p = .000 < .05$)

3.2.7. Katılımcıların Demografik Verileri ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

Ankete katılan hastaların demografik verileri ile 11 maddeden oluşan sosyal yaşam ölçeği maddeleri arası ilişkileri tespit edebilmek için her bir demografik veriye göre ayrı ayrı ki-kare analizleri yapılmış ve sonuçlar aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların Cinsiyetleri ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek		Ki-Kare	
		N	%	N	%		
S1. Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	62	60,2	62	59,6	X^2	,007
	Hayır	41	39,8	42	40,4	df	1
						p	,932
S2. Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	93	90,3	81	77,9	X^2	5,944
	Hayır	10	9,7	23	22,1	df	1
						p	,015*
S3. Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	40	38,8	53	51,0	X^2	3,076
	Hayır	63	61,2	51	49,0	df	1
						p	,079
S4. Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	82	79,6	79	76,0	X^2	,399
	Hayır	21	20,4	25	24,0	df	1
						p	,528
S5. Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Evet	72	69,9	68	65,4	X^2	,483
	Hayır	31	30,1	36	34,6	df	1
						p	,487

Tablo 18 (devamı). Katılımcıların Cinsiyetleri ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Cinsiyet					
		Kadın		Erkek		Ki-Kare	
		N	%	N	%		
S6. Çaresizlik, eksiklik, yardımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	49	47,6	39	37,5	X^2	2,148
	Hayır	54	52,4	65	62,5	df	1
						p	,143
S7. Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Evet	46	44,7	38	36,5	X^2	1,416
	Hayır	57	55,3	66	63,5	df	1
						p	,234
S8. Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Evet	40	38,8	31	29,8	X^2	1,871
	Hayır	63	61,2	73	70,2	df	1

								<i>p</i>	,171
S9. Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	35	34,0	33	31,7	X^2			,119
	Hayır	68	66,0	71	68,3	<i>df</i>			1
								<i>p</i>	,730
S10. İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Evet	30	29,1	51	49,0	X^2			8,614
	Hayır	73	70,9	53	51,0	<i>df</i>			1
								<i>p</i>	,003*
S11. Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Evet	61	59,2	61	58,7	X^2			,007
	Hayır	42	40,8	43	41,3	<i>df</i>			1
								<i>p</i>	,934

Tabloda ki-kare testlerindeki değerler incelendiğinde; sosyal yaşam ölçeği 2. ve 10. maddeleri ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ($p < .05$), gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerinde değişiklik yaşayan kadınların oranının (%90,3) erkeklere göre daha fazla olduğu ve iş yaşamında problem yaşayan erkeklerin oranının (%49,0) kadınlara göre daha fazla olduğu ve bu durumların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Medeni Durumları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Medeni Durum							
		Evli		Bekar		Diğer			
		N	%	N	%	N	%		
S1. Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	77	65,8	22	47,8	25	56,8	X^2	4,668
	Hayır	40	34,2	24	52,2	19	43,2	<i>df</i>	2
								<i>p</i>	,097
S2. Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	105	89,7	33	71,7	36	81,8	X^2	8,196
	Hayır	12	10,3	13	28,3	8	18,2	<i>df</i>	2
								<i>p</i>	,017*
S3. Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	62	53,0	12	26,1	19	43,2	X^2	9,728
	Hayır	55	47,0	34	73,9	25	56,8	<i>df</i>	2
								<i>p</i>	,008*
S4. Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	93	79,5	31	67,4	37	84,1	X^2	4,084
	Hayır	24	20,5	15	32,6	7	15,9	<i>df</i>	2
								<i>p</i>	,130

Tablo 19 (devamı). Katılımcıların Medeni Durumları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Medeni Durum							
		Evli		Bekar		Diğer			
		N	%	N	%	N	%		
S5. Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Evet	76	65,0	35	76,1	29	65,9	X^2	1,944
	Hayır	41	35,0	11	23,9	15	34,1	<i>df</i>	2
								<i>p</i>	,378
S6. Çaresizlik, eksiklik, yardımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	42	35,9	22	47,8	24	54,5	X^2	5,233
	Hayır	75	64,1	24	52,2	20	45,5	<i>df</i>	2
								<i>p</i>	,073

S7. Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Evet	45	38,5	21	45,7	18	40,9	X^2	,711
	Hayır	72	61,5	25	54,3	26	59,1	df	2
								p	,701
S8. Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Evet	47	40,2	8	17,4	16	36,4	X^2	7,709
	Hayır	70	59,8	38	82,6	28	63,6	df	2
								p	,021*
S9. Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	42	35,9	11	23,9	15	34,1	X^2	2,189
	Hayır	75	64,1	35	76,1	29	65,9	df	2
								p	,335
S10. İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Evet	45	38,5	21	45,7	15	34,1	X^2	1,313
	Hayır	72	61,5	25	54,3	29	65,9	df	2
								p	,519
S11. Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Evet	58	49,6	30	65,2	34	77,3	X^2	11,101
	Hayır	59	50,4	16	34,8	10	22,7	df	2
								p	,004*

Tabloda ki-kare testlerindeki değerler incelendiğinde; sosyal yaşam ölçeği 2,3,8 ve 11'inci maddeleri ile katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ($p < .05$), gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerinde değişiklik yaşayan evlilerin oranının (%89,7) bekarlara göre daha fazla olduğu, bekarların evli ve diğer kategorisindeki katılımcılara göre daha az oranda (%26,1) hastalığın cinsel yaşamında etkisinin olduğu, bekarların evli ve diğer kategorisindeki katılımcılara göre daha az oranda (%17,4) eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinde bir değişiklik yaşadığı, diğer kategorisindeki katılımcıların evli ve bekar katılımcılara göre daha fazla oranda (%77,3) hastalığından kaynaklı ekonomik sorun yaşadığı ve bu durumların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların Yaşları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Yaş								Ki-Kare	
		18-30		31-50		50-65		65 üstü			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
S1. Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	13	37,1	58	65,9	39	67,2	14	53,8	X^2	10,568
	Hayır	22	62,9	30	34,1	19	32,8	12	46,2	df	3
										p	,014*
S2. Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	26	74,3	76	86,4	54	93,1	18	69,2	X^2	10,650
	Hayır	9	25,7	12	13,6	4	6,9	8	30,8	df	3
										p	,014*
S3. Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	9	25,7	56	63,6	20	34,5	8	30,8	X^2	22,334
	Hayır	26	74,3	32	36,4	38	65,5	18	69,2	df	3
										p	,000*
S4. Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	22	62,9	71	80,7	48	82,8	20	76,9	X^2	5,781
	Hayır	13	37,1	17	19,3	10	17,2	6	23,1	df	3
										p	,123
S5. Eskisine göre öfke, gerginlik,	Evet	30	85,7	68	77,3	28	48,3	14	53,8	X^2	21,148

çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Hayır	5	14,3	20	22,7	30	51,7	12	46,2	df	3
										p	,000*
S6. Çaresizlik, eksiklik, yardımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	16	45,7	33	37,5	26	44,8	13	50,0	X^2	1,775
	Hayır	19	54,3	55	62,5	32	55,2	13	50,0	df	3
										p	,620
S7. Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Evet	15	42,9	42	47,7	17	29,3	10	38,5	X^2	5,043
	Hayır	20	57,1	46	52,3	41	70,7	16	61,5	df	3
										p	,169
S8. Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Evet	6	17,1	24	27,3	29	50,0	12	46,2	X^2	14,466
	Hayır	29	82,9	64	72,7	29	50,0	14	53,8	df	3
										p	,002*
S9. Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	6	17,1	29	33,0	23	39,7	10	38,5	X^2	5,504
	Hayır	29	82,9	59	67,0	35	60,3	16	61,5	df	3
										p	,138
S10. İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Evet	18	51,4	39	44,3	14	24,1	10	38,5	X^2	8,695
	Hayır	17	48,6	49	55,7	44	75,9	16	61,5	df	3
										p	,034*
S11. Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Evet	26	74,3	50	56,8	33	56,9	13	50,0	X^2	4,528
	Hayır	9	25,7	38	43,2	25	43,1	13	50,0	df	3
										p	,210

Tabloda ki-kare testlerindeki değerler incelendiğinde; sosyal yaşam ölçeği 1,2,5,8 ve 10'uncu maddeleri ile katılımcıların yaş durumları arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ($p < .05$), daha önce yaptığı günlük aktivitelerinde bir değişiklik olan 18-30 yaş grubu katılımcıların oranının (%62,9) diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu, 50-65 yaş grubu katılımcıların diğer yaş gruplarına göre daha fazla oranda (%93,1) gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadığı, 18-30 yaş grubu katılımcıların diğer yaş gruplarına göre daha fazla oranda (%85,7) eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadığı, 50 yaş altı katılımcıların diğer katılımcılara göre daha az oranda eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinde bir değişiklik yaşadığı, 50 yaş üstü katılımcıların diğer katılımcılara göre daha az oranda iş yerinde bir problem yaşadığı ve bu durumların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların Eğitim Durumları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		İlköğretim		Lise		Ön lisans		Lisans			
		N	%	N	%	N	%	N	%	Ki-Kare	
S1. Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	42	57,5	54	68,4	12	48,0	16	53,3	X^2	4,534
	Hayır	31	42,5	25	31,6	13	52,0	14	46,7	df	3
										p	,209
S2. Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	61	83,6	70	88,6	21	84,0	22	73,3	X^2	3,809
	Hayır	12	16,4	9	11,4	4	16,0	8	26,7	df	3
										p	,283
S3. Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	25	34,2	41	51,9	10	40,0	17	56,7	X^2	6,834
	Hayır	48	65,8	38	48,1	15	60,0	13	43,3	df	3
										p	,077

S4. Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	58	79,5	63	79,7	18	72,0	22	73,3	X^2	1,121
	Hayır	15	20,5	16	20,3	7	28,0	8	26,7	df	3
										p	,772
S5. Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Evet	41	56,2	59	74,7	18	72,0	22	73,3	X^2	6,843
	Hayır	32	43,8	20	25,3	7	28,0	8	26,7	df	3
										p	,077
S6. Çaresizlik, eksiklik, yardımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	36	49,3	31	39,2	9	36,0	12	40,0	X^2	2,240
	Hayır	37	50,7	48	60,8	16	64,0	18	60,0	df	3
										p	,524
S7. Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Evet	26	35,6	36	45,6	11	44,0	11	36,7	X^2	1,873
	Hayır	47	64,4	43	54,4	14	56,0	19	63,3	df	3
										p	,599
S8. Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Evet	29	39,7	28	35,4	6	24,0	8	26,7	X^2	2,952
	Hayır	44	60,3	51	64,6	19	76,0	22	73,3	df	3
										p	,399
S9. Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	29	39,7	24	30,4	7	28,0	8	26,7	X^2	2,570
	Hayır	44	60,3	55	69,6	18	72,0	22	73,3	df	3
										p	,463
S10. İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Evet	21	28,8	28	35,4	16	64,0	16	53,3	X^2	12,775
	Hayır	52	71,2	51	64,6	9	36,0	14	46,7	df	3
										p	,005*
S11. Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Evet	43	58,9	45	57,0	17	68,0	17	56,7	X^2	1,040
	Hayır	30	41,1	34	43,0	8	32,0	13	43,3	df	3
										p	,792

Tabloda ki-kare testlerindeki değerler incelendiğinde; sosyal yaşam ölçeği 10'uncu madde ile katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı ilişkinin olduğu ($p < .05$), önlisans ve lisans mezunu katılımcıların iş yaşamında ilköğretim ve lise mezunu katılımcılara göre daha fazla oranda problem yaşadığı ve durumun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Gelir Durumları ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Aylık Gelir							
		0-1000		1001-2000 TL		2000 TL üstü		Ki-Kare	
		N	%	N	%	N	%		
S1. Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	39	55,7	22	68,8	63	60,0	X^2	1,554
	Hayır	31	44,3	10	31,3	42	40,0	df	2
								p	,460
S2. Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, vb. gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	61	87,1	28	87,5	85	81,0	X^2	1,536
	Hayır	9	12,9	4	12,5	20	19,0	df	2
								p	,464
S3. Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	21	30,0	10	31,3	62	59,0	X^2	17,185
	Hayır	49	70,0	22	68,8	43	41,0	df	2
								p	,000*
S4. Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	58	82,9	29	90,6	74	70,5	X^2	7,339
	Hayır	12	17,1	3	9,4	31	29,5	df	2
								p	,025*

S5. Eskisine göre öfke, çabuk sinirlenme vb. psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Evet	43	61,4	21	65,6	76	72,4	X^2	2,371
	Hayır	27	38,6	11	34,4	29	27,6	df	2
								p	,306
S6. Çaresizlik, eksiklik, yardımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	35	50,0	13	40,6	40	38,1	X^2	2,491
	Hayır	35	50,0	19	59,4	65	61,9	df	2
								p	,288
S7. Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Evet	28	40,0	13	40,6	43	41,0	X^2	,016
	Hayır	42	60,0	19	59,4	62	59,0	df	2
								p	,992
S8. Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Evet	32	45,7	14	43,8	25	23,8	X^2	10,443
	Hayır	38	54,3	18	56,3	80	76,2	df	2
								p	,005*
S9. Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	31	44,3	9	28,1	28	26,7	X^2	6,294
	Hayır	39	55,7	23	71,9	77	73,3	df	2
								p	,055
S10. İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Evet	10	14,3	8	25,0	63	60,0	X^2	40,023
	Hayır	60	85,7	24	75,0	42	40,0	df	2
								p	,000*
S11. Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Evet	44	62,9	16	50,0	62	59,0	X^2	1,501
	Hayır	26	37,1	16	50,0	43	41,0	df	2
								p	,472

Tabloda ki-kare testlerindeki değerler incelendiğinde; sosyal yaşam ölçeği 3,4 ve 10'uncu maddeleri ile katılımcıların gelir durumları arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ($p < .05$), 2000 TL üstü aylık gelire sahip katılımcıların diğer gelir gruplarına göre daha fazla oranda (%59,0) hastalığın cinsel yaşamına etkisinin olduğu, uyku düzenine ise 2000 TL üstü gelire sahip katılımcıların diğer gelir gruplarına göre daha az oranda (%29,5) etkisinin olduğu, yine 2000 TL üstü gelire sahip katılımcıların diğer gelir gruplarına göre daha fazla oranda (%60,0) iş yaşamında problem yaşadığı ve bu durumların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Meslekleri ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Meslek									
		İşçi		İşveren		Kamu		İşsiz		Ki-Kare	
		N	%	N	%	N	%	N	%		
S1.Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	37	56,1	5	71,4	18	54,5	64	63,4	X^2	1,692
	Hayır	29	43,9	2	28,6	15	45,5	37	36,6	df	3
										p	,639
S2.Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	51	77,3	5	71,4	29	87,9	89	88,1	X^2	4,703
	Hayır	15	22,7	2	28,6	4	12,1	12	11,9	df	3
										p	,195
S3.Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	36	54,5	5	71,4	21	63,6	31	30,7	X^2	17,394
	Hayır	30	45,5	2	28,6	12	36,4	70	69,3	df	3
										p	,001*
S4.Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	46	69,7	4	57,1	25	75,8	86	85,1	X^2	7,471
	Hayır	20	30,3	3	42,9	8	24,2	15	14,9	df	3
										p	,058
S5.Eskisine göre öfke, gerginlik,	Evet	49	74,2	5	71,4	26	78,8	60	59,4	X^2	6,362

çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Hayır	17	25,8	2	28,6	7	21,2	41	40,6	df	3	p	,095
S6.Çaresizlik, eksiklik, yardımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	26	39,4	3	42,9	10	30,3	49	48,5	X^2	3,765		
	Hayır	40	60,6	4	57,1	23	69,7	52	51,5	df	3	p	,288
S7.Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Evet	27	40,9	3	42,9	11	33,3	43	42,6	X^2	,903		
	Hayır	39	59,1	4	57,1	22	66,7	58	57,4	df	3	p	,825
S8.Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Evet	14	21,2	1	14,3	7	21,2	49	48,5	X^2	17,826		
	Hayır	52	78,8	6	85,7	26	78,8	52	51,5	df	3	p	,000*
S9.Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	17	25,8	1	14,3	7	21,2	43	42,6	X^2	5,954		
	Hayır	49	74,2	6	85,7	26	78,8	58	57,4	df	3	p	,059
S10.İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Evet	45	68,2	3	42,9	15	45,5	18	17,8	X^2	43,235		
	Hayır	21	31,8	4	57,1	18	54,5	83	82,2	df	3	p	,000*
S11.Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Evet	50	75,8	2	28,6	15	45,5	55	54,5	X^2	13,700		
	Hayır	16	24,2	5	71,4	18	54,5	46	45,5	df	3	p	,003*

Tabloda ki-kare testlerindeki değerler incelendiğinde; sosyal yaşam ölçeği 3, 8, 10 ve 11'inci maddeleri ile katılımcıların meslekleri arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ($p < .05$), işverenlerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla oranda (%71,4) hastalığın cinsel yaşamlarına etkisinin olduğu, işsiz katılımcıların diğer katılımcılara göre daha fazla oranda (%48,5) eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinde bir değişiklik yaşadığı, işçi katılımcıların diğer katılımcılara göre daha fazla oranda (%68,2) iş yaşamında problem yaşadığı, yine işçi katılımcıların diğer katılımcılara göre daha fazla oranda (%75,8) hastalığından kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadığı ve bu durumların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların Tedavi Görme Sıklığı ile Sosyal Yaşam Ölçeği Maddeleri Arası İlişki

		Tedavi Görme Sıklığı											
		Haftada bir-iki gün		Haftada üç-dört gün		Ayda bir gün		Ayda iki gün		Diğer			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Ki-Kare	
S1. Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	14	70,0	9	90,0	28	52,8	18	81,8	55	53,9	X^2	11,642
	Hayır	6	30,0	1	10,0	25	47,2	4	18,2	47	46,1	df	4
												p	,020*
S2. Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	Evet	20	100,0	10	100,0	47	88,7	22	100,0	75	73,5	X^2	9,144
	Hayır	0	,0	0	,0	6	11,3	0	,0	27	26,5	df	4
												p	,058
S3. Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	Evet	15	75,0	2	20,0	13	24,5	4	18,2	59	57,8	X^2	31,972
	Hayır	5	25,0	8	80,0	40	75,5	18	81,8	43	42,2	df	4
												p	,000*

S4. Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	Evet	20	100,0	8	80,0	41	77,4	19	86,4	73	71,6	X^2	8,962
	Hayır	0	,0	2	20,0	12	22,6	3	13,6	29	28,4	df	4
												p	,062
S5. Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	Evet	16	80,0	5	50,0	35	66,0	8	36,4	76	74,5	X^2	14,909
	Hayır	4	20,0	5	50,0	18	34,0	14	63,6	26	25,5	df	4
												p	,005*
S6. Çaresizlik, eksiklik, yardımsızlık duygusu yaşadınız mı?	Evet	9	45,0	3	30,0	15	28,3	10	45,5	51	50,0	X^2	7,488
	Hayır	11	55,0	7	70,0	38	71,7	12	54,5	51	50,0	df	4
												p	,112
S7. Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	Evet	9	45,0	4	40,0	21	39,6	7	31,8	43	42,2	X^2	,989
	Hayır	11	55,0	6	60,0	32	60,4	15	68,2	59	57,8	df	4
												p	,911
S8. Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	Evet	14	70,0	7	70,0	13	24,5	14	63,6	23	22,5	X^2	33,865
	Hayır	6	30,0	3	30,0	40	75,5	8	36,4	79	77,5	df	4
												p	,000*
S9. Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	Evet	13	65,0	6	60,0	11	20,8	11	50,0	27	26,5	X^2	21,043
	Hayır	7	35,0	4	40,0	42	79,2	11	50,0	75	73,5	df	4
												p	,000*
S10. İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	Evet	10	50,0	4	40,0	15	28,3	5	22,7	47	46,1	X^2	8,157
	Hayır	10	50,0	6	60,0	38	71,7	17	77,3	55	53,9	df	4
												p	,086
S11. Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	Evet	7	35,0	6	60,0	34	64,2	7	31,8	68	66,7	X^2	14,539
	Hayır	13	65,0	4	40,0	19	35,8	15	68,2	34	33,3	df	4
												p	,006*

Tabloda ki-kare testlerindeki değerler incelendiğinde; sosyal yaşam ölçeği 1, 3, 5, 8, 9 ve 11'inci maddeleri ile katılımcıların meslekleri arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ($p < .05$), haftada 3-4 gün tedavi gören hastaların diğer gruplara göre daha fazla oranda (%90,0) daha önce yaptığı günlük aktivitelerinde bir değişiklik olduğu, haftada 1-2 gün tedavi olan katılımcıların diğer gruplara göre daha fazla oranda (%75,0) hastalığın cinsel yaşamına etkisinin olduğu, ayda 2 gün tedavi olan hastaların diğer gruplara göre daha az oranda (%36,4) eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadığı, tedavi görme sıklığı ayda bir gün ve diğer grubu olan olan katılımcıların daha az oranda (%24,5 ; %22,5) eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinde bir değişiklik yaşadığı ve daha az oranda (%20,8 ; %26,5) aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğu kişilerle ilişkisinde bir değişiklik olduğu, tedavi sıklığı haftada 1-2 gün ve ayda 2 gün olan katılımcıların daha fazla oranda (%65,0; %68,2) hastalığından kaynaklı ekonomik sorun yaşadığı ve bu durumların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

3.2.8. Katılımcıların Demografik Verilerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Katılımcıların demografik verilerine göre psikolojik sağlamlılık düzeyi ve alt boyutlarının anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için independent sample(bağımsız

örneklem) t testleri ve one way anova testleri yapılmış ve sonuçlar maddeler halinde verilmiştir.

3.2.8.1 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Tablo 25. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	df	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	Kadın	103	2,21	,572	-1,883	205	,061
	Erkek	104	2,36	,514			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	Kadın	103	2,26	,629	-2,604	205	,010
	Erkek	104	2,47	,533			
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Kadın	103	1,80	,648	-,757	205	,450
	Erkek	104	1,87	,642			
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	Kadın	103	2,96	,805	,255	205	,799
	Erkek	104	2,93	,801			

Tablodaki t testi sonuçları incelendiğinde;

Katılımcıların cinsiyetlerine göre azim ve kişisel yeterlilik düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı şekilde farklılaştığı ($t(205); p=,010 < ,05$) erkek katılımcıların azim ve kişisel yeterlilik düzeylerinin (2,47) kadınların azim ve kişisel yeterlilik düzeylerine (2,26) göre anlamlı şekilde yüksek olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların diğer düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı farklılaşmadığı tespit edilmiştir. ($p>,05$)

3.2.8.2 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Tablo 26. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi-Bağımsız Örneklem t Testleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	df	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	Evli	117	2,31	,561	2,191	2	,114
	Bekar	46	2,36	,550			
	Diğer	44	2,14	,487			
	Toplam	207	2,29	,547			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	Evli	117	2,35	,617	3,115	2	,047
	Bekar	46	2,52	,559			
	Diğer	44	2,22	,519			
	Toplam	207	2,36	,591			
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Evli	117	1,88	,657	3,978	2	,020
	Bekar	46	1,94	,617			
	Diğer	44	1,60	,593			
	Toplam	207	1,83	,644			
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	Evli	117	3,11	,591	11,240	2	,000
	Bekar	46	2,49	1,053			

Diğer	44	2,98	,816
Toplam	207	2,95	,801

Tablodaki one way anova sonuçları incelendiğinde katılımcıların azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri, olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri ve ruhsallığa eğilim düzeyleri medeni durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaktadır. ($p<,05$) Bu farklılaşmaların hangi alt gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Tukey Post-Hoc testleri yapılmış ve aşağıda tablo halinde verilmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Tukey Post-Hoc Testleri

	(I) Medeni Durum	(J) Medeni Durum	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	Evli	Bekar	-,170	,102	,221
		Diğer	,137	,103	,384
	Bekar	Evli	,170	,102	,221
		Diğer	,306*	,123	,015
	Diğer	Evli	-,137	,103	,384
		Bekar	-,306*	,123	,015
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Evli	Bekar	-,058	,111	,861
		Diğer	,283*	,112	,033
	Bekar	Evli	,058	,111	,861
		Diğer	,340*	,134	,031
	Diğer	Evli	-,283*	,112	,033
		Bekar	-,340*	,134	,031
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	Evli	Bekar	,628*	,133	,000
		Diğer	,129	,135	,606
	Bekar	Evli	-,628*	,133	,000
		Diğer	-,499*	,161	,006
	Diğer	Evli	-,129	,135	,606
		Bekar	,499*	,161	,006

Tablodaki tukey post-hoc testleri incelendiğinde;

- Bekar katılımcıların azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri (2,52) diğer(dul) kategorisindeki katılımcılara göre (2,22) anlamlı şekilde yüksektir. ($p=,015$)
- Diğer (dul) katılımcıların olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri (1,60) evli(1,88) ve bekar (1,94) katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür. ($p=,033$; $p=,031$)
- Bekar katılımcıların ruhsallığa eğilim düzeyleri (2,49) evli (3,11) ve diğer (dul) (2,98) katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür. ($p=,000$; $p=,006$)

3.2.8.3 Katılımcıların Yaşlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Tablo 28. Katılımcıların Yaşlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi- One Way Anova Testleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	df	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	18-30	35	2,41	,502	4,919	3	,003
	31-50	88	2,40	,473			
	50-65	58	2,10	,599			

	65 üstü	26	2,14	,597			
	Toplam	207	2,29	,547			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	18-30	35	2,59	,476	7,548	3	,000
	31-50	88	2,48	,491			
	50-65	58	2,12	,654			
	65 üstü	26	2,21	,684			
	Toplam	207	2,36	,591			
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	18-30	35	1,98	,509	4,125	3	,007
	31-50	88	1,95	,557			
	50-65	58	1,67	,734			
	65 üstü	26	1,61	,751			
	Toplam	207	1,83	,644			
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	18-30	35	2,54	1,118	3,755	3	,105
	31-50	88	3,01	,790			
	50-65	58	3,06	,615			
	65 üstü	26	3,03	,524			
	Toplam	207	2,95	,801			

Tablodaki one way anova testleri incelendiğinde katılımcıların yaş gruplarına göre psikolojik sağlamlık düzeyleri ($F(3)=4,919$, $p=,003$), azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri ($F(3)=7,548$, $p=,000$), olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri ($F(3)=4,125$, $p=,007$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmaların yaş grubu değişkeninin hangi alt grupları arasında olduğunu tespit edebilmek için tukey post-hoc testleri yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 29. Yaş Değişkenine Göre Post-Hoc Testleri

	(I) Yaş	(J) Yaş	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	18-30	31-50	,016	,106	,999
		50-65	,310	,114	,011
		65 üstü	,277	,138	,187
	31-50	18-30	-,016	,106	,999
		50-65	,294*	,090	,007
		65 üstü	,260	,119	,128
	50-65	18-30	-,310	,114	,011
		31-50	-,294*	,090	,007
		65 üstü	-,033	,125	,993
	65 üstü	18-30	-,277	,138	,187
		31-50	-,260	,119	,128
		50-65	,033	,125	,993
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	18-30	31-50	,108	,113	,774
		50-65	,473*	,121	,001
		65 üstü	,385	,146	,044
	31-50	18-30	-,108	,113	,774

Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	50-65	50-65	,365*	,096	,001
		65 üstü	,277	,126	,126
		18-30	-,473*	,121	,001
	50-65	31-50	-,365*	,096	,001
		65 üstü	-,088	,133	,912
		18-30	-,385	,146	,056
	65 üstü	31-50	-,277	,126	,126
		50-65	,088	,133	,912
		18-30	,028	,126	,996
	18-30	50-65	,315	,135	,009
		65 üstü	,370	,163	,110
		18-30	-,028	,126	,996
	31-50	50-65	,286	,107	,010
		65 üstü	,341	,141	,075
		18-30	-,315	,135	,009
	50-65	31-50	-,286	,107	,010
		65 üstü	,055	,149	,983
		18-30	-,370	,163	,008
	65 üstü	31-50	-,341	,141	,007
		50-65	-,055	,149	,983

*, $p < 0.0125$

Tablodaki tukey post-hoc testleri incelendiğinde;

- 50-65(2,10) yaş grubundaki katılımcıların 18-30 (2,41) ve 31-50 (2,40) yaş gruplarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşüktür ($p=,011$; $p=,007$)
- 50-65 (2,12) yaş grubundaki katılımcıların 18-30 (2,59) ve 31-50 (2,48) yaş gruplarına göre azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşüktür($p=,001$; $p=,001$)
- 50-65 (1,67) yaş grubu ve 65 yaşüstü(1,61) katılımcıların 18-30 (1,98) ve 31-50 (1,95) yaş grubundaki katılımcılara göre olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşüktür. ($p=,009$; $p=,010$; $p=,008$; $p=,007$) Diğer bir ifadeyle 50 yaş üzeri katılımcıların 50 yaşın altındaki katılımcılara göre olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri anlamlı şekilde düşüktür.

3.2.8.4 Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Tablo 30. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi - One Way Anova Testleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	df	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	İlköğretim	73	2,09	,535	4,992	3	,002
	Lise	79	2,38	,519			
	Ön lisans	25	2,38	,490			
	Lisans	30	2,42	,585			

	Toplam	207	2,29	,547			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	İlköğretim	73	2,12	,604	7,773	3	,000
	Lise	79	2,44	,534			
	Ön lisans	25	2,52	,521			
	Lisans	30	2,63	,573			
	Toplam	207	2,36	,591			
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	İlköğretim	73	1,63	,695	3,974	3	,009
	Lise	79	1,95	,593			
	Ön lisans	25	1,86	,474			
	Lisans	30	2,00	,674			
	Toplam	207	1,83	,644			
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	İlköğretim	73	3,01	,611	8,848	3	,000
	Lise	79	3,15	,733			
	Ön lisans	25	2,88	,932			
	Lisans	30	2,32	,969			
	Toplam	207	2,95	,801			

Tablodaki one way anova testleri incelendiğinde katılımcıların eğitim durumlarına göre psikolojik sağlık düzeyleri ($F(3)=4,992$, $p=,002$), azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri($F(3)=7,773$, $p=,000$), olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri ($F(3)=3,974$, $p=,009$) ve ruhsallığa eğilim düzeyleri ($F(3)=8,848$, $p=,000$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmaların eğitim durumu değişkeninin hangi alt grupları arasında olduğunu tespit edebilmek için tukey post-hoc testleri yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların Eğitim Durumlarına göre Tukey Post-Hoc Testleri

	(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Psikolojik Sağlık Düzeyi(Genel)	İlköğretim	Lise	-,292*	,086	,005
		Ön lisans	-,286	,123	,097
		Lisans	-,325	,115	,056
	Lise	İlköğretim	,292*	,086	,005
		Ön lisans	,006	,122	1,000
		Lisans	-,034	,114	,991
	Ön lisans	İlköğretim	,286	,123	,097
		Lise	-,006	,122	1,000
		Lisans	-,040	,144	,993
	Lisans	İlköğretim	,325	,115	,056
		Lise	,034	,114	,991
		Ön lisans	,040	,144	,993
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	İlköğretim	Lise	-,313*	,092	,004
		Ön lisans	-,398	,131	,014
		Lisans	-,509*	,122	,000
	Lise	İlköğretim	,313*	,092	,004
		Ön lisans	-,085	,129	,914
		Lisans	-,196	,121	,371
	Ön lisans	İlköğretim	,398	,131	,014
		Lisans			

Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Lisans	Lise	,085	,129	,914
		Lisans	-,111	,153	,886
		İlköğretim	,509*	,122	,000
	Lisans	Lise	,196	,121	,371
		Ön lisans	,111	,153	,886
		Lise	-,312	,102	,012
	İlköğretim	Ön lisans	-,223	,146	,424
		Lisans	-,366	,137	,011
		Lise	,312	,102	,012
	Lise	Ön lisans	,089	,145	,928
		Lisans	-,054	,135	,978
		İlköğretim	,223	,146	,424
	Ön lisans	Lise	-,089	,145	,928
		Lisans	-,143	,171	,837
		İlköğretim	,366	,137	,011
	Lisans	Lise	,054	,135	,978
		Ön lisans	,143	,171	,837
		Lise	-,139	,123	,675
	İlköğretim	Ön lisans	,129	,176	,883
		Lisans	,687*	,165	,000
		Lise	,139	,123	,675
	Lise	Ön lisans	,268	,174	,417
		Lisans	,825*	,163	,000
		İlköğretim	-,129	,176	,883
	Ön lisans	Lise	-,268	,174	,417
		Lisans	,558	,206	,036
		İlköğretim	-,687*	,165	,000
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	Lisans	Lise	-,825*	,163	,000
		Ön lisans	-,558*	,206	,010
		Lise	-,825*	,163	,000

Tablodaki tukey post-hoc testleri incelendiğinde;

- Eğitim durumu ilköğretim (2,09) olan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri eğitim durumu lise (2,38) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,005),
- Eğitim durumu ilköğretim (2,12) olan katılımcıların azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri eğitim durumu lise (2,44) ve lisans(2,63) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,004; p=,000),
- Eğitim durumu ilköğretim (1,63) olan katılımcıların olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri eğitim durumu lise (1,95) ve lisans (2,00) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,012; p=,011),
- Eğitim durumu lisans (2,32) olan katılımcıların ruhsallığa eğilim düzeyleri diğer katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,000; p=,000; p=,010).

3.2.8.5. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Tablo 32. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi – One Way Anova Testleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	df	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	0-1000 TL	70	2,00	,522	16,125	2	,000
	1001-2000 TL	32	2,38	,581			
	2000 TL üstü	105	2,44	,479			
	Toplam	207	2,29	,547			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	0-1000 TL	70	2,02	,571	21,749	2	,000
	1001-2000 TL	32	2,43	,617			
	2000 TL üstü	105	2,57	,490			
	Toplam	207	2,36	,591			
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	0-1000 TL	70	1,54	,565	12,557	2	,000
	1001-2000 TL	32	1,91	,786			
	2000 TL üstü	105	2,01	,580			
	Toplam	207	1,83	,644			
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	0-1000 TL	70	2,99	,788	4,183	2	,017
	1001-2000 TL	32	3,27	,459			
	2000 TL üstü	105	2,82	,864			
	Toplam	207	2,95	,801			

Tablodaki one way anova testleri incelendiğinde katılımcıların aylık gelir durumlarına göre psikolojik sağlamlık düzeyleri($F(2)=16,125$, $p=,000$), azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri($F(2)=21,749$, $p=,000$), olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri($F(2)=12,557$, $p=,000$) ve ruhsallığa eğilim düzeyleri($F(2)=4,183$, $p=,017$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmaların aylık gelir durumu değişkeninin hangi alt grupları arasında olduğunu tespit edebilmek için tukey post-hoc testleri yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre Post Hoc Testleri

	(I) Aylık Gelir	(J) Aylık Gelir	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	0-1000 TL	1001-2000 TL	-,379*	,109	,002
		2000 TL üstü	-,437*	,079	,000
	1001-2000 TL	0-1000 TL	,379*	,109	,002
		2000 TL üstü	-,058	,103	,839
	2000 TL üstü	0-1000 TL	,437*	,079	,000
		1001-2000 TL	,058	,103	,839
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	0-1000 TL	1001-2000 TL	-,402*	,115	,001
		2000 TL üstü	-,545*	,083	,000
	1001-2000 TL	0-1000 TL	,402*	,115	,001
		2000 TL üstü	-,143	,109	,389

Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	2000 TL üstü	0-1000 TL	,545*	,083	,000
		1001-2000 TL	,143	,109	,389
	0-1000 TL	1001-2000 TL	-,372*	,130	,013
		2000 TL üstü	-,467*	,094	,000
	1001-2000 TL	0-1000 TL	,372*	,130	,013
		2000 TL üstü	-,095	,123	,723
	2000 TL üstü	0-1000 TL	,467*	,094	,000
		1001-2000 TL	,095	,123	,723
	0-1000 TL	1001-2000 TL	-,280	,168	,221
		2000 TL üstü	,171	,122	,339
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	1001-2000 TL	0-1000 TL	,280	,168	,221
		2000 TL üstü	,452*	,159	,014
	2000 TL üstü	0-1000 TL	-,171	,122	,339
		1001-2000 TL	-,452*	,159	,014

Tablodaki tukey post hoc testleri incelendiğinde;

- Aylık geliri 0-1000 TL olan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri(2,00) aylık geliri 1000 TL'nin üzerinde olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,002; p=,000),
- Aylık geliri 0-1000 TL olan katılımcıların azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri(2,02) aylık geliri 1000 TL'nin üzerinde olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,001; p=,000),
- Aylık geliri 0-1000 TL olan katılımcıların olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri (1,54) aylık geliri 1000 TL'nin üzerinde olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,013; p=,000),
- Aylık geliri 1000-2001 TL arası olan katılımcıların ruhsallığa eğilim düzeyleri(3,27), aylık geliri 2000 TL üstü olan katılımcılara(2,82) göre anlamlı şekilde yüksektir.(p=,014).

3.2.8.6. Katılımcıların Mesleklerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Tablo 34. Katılımcıların Mesleklerine Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi – One Way Anova Testleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	df	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	İşçi	66	2,52	,499	13,329	3	,000
	İşveren	7	2,57	,301			
	Kamu	33	2,44	,531			
	İşsiz	101	2,06	,506			
	Toplam	207	2,29	,547			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	İşçi	66	2,63	,501	18,254	3	,000
	İşveren	7	2,71	,297			
	Kamu	33	2,61	,549			
	İşsiz	101	2,09	,549			
	Toplam	207	2,36	,591			

Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	İşçi	66	2,08	,602	10,626	3	,000
	İşveren	7	2,12	,667			
	Kamu	33	2,03	,624			
	İşsiz	101	1,59	,594			
	Toplam	207	1,83	,644			
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	İşçi	66	3,00	,762	2,478	3	,062
	İşveren	7	2,90	,659			
	Kamu	33	2,61	1,032			
	İşsiz	101	3,03	,728			
	Toplam	207	2,95	,801			

Tablodaki one way anova testleri incelendiğinde katılımcıların meslek durumlarına göre psikolojik sağlamlık düzeyleri ($F(3)=13,329$, $p=,000$), azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri ($F(3)=18,254$, $p=,000$), olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri ($F(3)=10,626$, $p=,000$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmaların meslek durumu değişkeninin hangi alt grupları arasında olduğunu tespit edebilmek için tukey post-hoc testleri yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 35. Katılımcıların Mesleklerine Göre Tukey Post-Hoc Testleri

		(I) Meslek	(J) Meslek	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	İşçi	İşveren		-,053	,200	,994
			Kamu	,074	,107	,901
			İşsiz	,459*	,080	,000
	İşveren	İşçi		,053	,200	,994
			Kamu	,127	,209	,931
			İşsiz	,511	,197	,012
	Kamu	İşçi		-,074	,107	,901
			İşveren	-,127	,209	,931
			İşsiz	,385*	,101	,001
	İşsiz	İşçi		-,459*	,080	,000
			İşveren	-,511	,197	,012
			Kamu	-,385*	,101	,001

Tablo 35 (devamı). Katılımcıların Mesleklerine Göre Tukey Post-Hoc Testleri

		(I) Meslek	(J) Meslek	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	İşçi	İşveren		-,085	,210	,978
			Kamu	,021	,113	,998
			İşsiz	,543*	,084	,000
	İşveren	İşçi		,085	,210	,978
			Kamu	,106	,220	,963
			İşsiz	,628	,206	,011
	Kamu	İşçi		-,021	,113	,998
			İşveren	-,106	,220	,963
			İşsiz	,522*	,106	,000
	İşsiz	İşçi		-,543*	,084	,000
			İşveren	-,628	,206	,011
			Kamu	-,522*	,106	,000
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	İşçi	İşveren		-,047	,240	,997
			Kamu	,050	,129	,980
			İşsiz	,485*	,096	,000
	İşveren	İşçi		,047	,240	,997

	Kamu	,096	,251	,981
	İşsiz	,531	,236	,011
	İşçi	-,050	,129	,980
Kamu	İşveren	-,096	,251	,981
	İşsiz	,435*	,121	,002
	İşçi	-,485*	,096	,000
İşsiz	İşveren	-,531	,236	,011
	Kamu	-,435*	,121	,002

Tablodaki tukey post hoc testleri incelendiğinde işsiz katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri (2,06), azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri (2,09) ve olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri (1,59) diğer katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür.

3.2.8.7. Katılımcıların Tedavi Sıklıklarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi

Tablo 36. Katılımcıların Tedavi Görme Sıklıklarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi – One Way Anova Testleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	df	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	Haftada bir-iki gün	20	2,29	,420	4,550	4	,002
	Haftada üç-dört gün	10	1,85	,681			
	Ayda bir gün	53	2,35	,473			
	Ayda iki gün	22	1,96	,416			
	Diğer	102	2,37	,577			
	Toplam	207	2,29	,547			
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	Haftada bir-iki gün	20	2,33	,433	6,687	4	,000
	Haftada üç-dört gün	10	1,81	,772			
	Ayda bir gün	53	2,40	,500			
	Ayda iki gün	22	1,96	,497			
	Diğer	102	2,49	,600			
	Toplam	207	2,36	,591			

Tablo 36 (devamı). Katılımcıların Tedavi Görme Sıklıklarına Göre Psikolojik Sağlamlılık Düzeyi ve Alt Boyutları Analizi – One Way Anova Testleri

		N	Ortalama	Standart Sapma	F	df	p
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Haftada bir-iki gün	20	1,81	,629	3,138	4	,016
	Haftada üç-dört gün	10	1,41	,781			
	Ayda bir gün	53	1,86	,517			
	Ayda iki gün	22	1,52	,541			
	Diğer	102	1,93	,686			
	Toplam	207	1,83	,644			
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	Haftada bir-iki gün	20	3,22	,347	4,193	4	,003
	Haftada üç-dört gün	10	3,07	,681			
	Ayda bir gün	53	3,22	,762			
	Ayda iki gün	22	2,97	,790			
	Diğer	102	2,74	,846			
	Toplam	207	2,95	,801			

Tablodaki one way anova testleri incelendiğinde katılımcıların tedavi sıklıkları durumlarına göre psikolojik sağlamlık düzeyleri($F(4)=5,550$, $p=,002$), azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri($F(4)=6,687$, $p=,000$), olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri($F(4)=3,138$, $p=,016$) ve ruhsallığa eğilim düzeyleri($F(4)=4,193$, $p=,003$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmaların tedavi sıklığı değişkeninin hangi alt grupları arasında olduğunu tespit edebilmek için tukey post-hoc testleri yapılmış ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 37. Katılımcıların Tedavi Sıklıklarına Göre Tukey Post-Hoc Testleri

	(I) Tedavi Görme Sıklığı	(J) Tedavi Görme Sıklığı	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Psikolojik Sağlamlık Düzeyi(Genel)	Haftada bir-iki gün	Haftada üç-dört gün	,436	,205	,212
		Ayda bir gün	-,058	,139	,994
		Ayda iki gün	,330	,163	,261
		Diğer	-,078	,129	,975
	Haftada üç-dört gün	Haftada bir-iki gün	-,436	,205	,212
		Ayda bir gün	-,494	,182	,056
		Ayda iki gün	-,106	,202	,985
		Diğer	-,514	,175	,030
	Ayda bir gün	Haftada bir-iki gün	,058	,139	,994
		Haftada üç-dört gün	,494	,182	,056
		Ayda iki gün	,387	,134	,034
		Diğer	-,020	,090	,999
	Ayda iki gün	Haftada bir-iki gün	-,330	,163	,261
		Haftada üç-dört gün	,106	,202	,985
		Ayda bir gün	-,387	,134	,034
		Diğer	-,408	,124	,011
	Diğer	Haftada bir-iki gün	,078	,129	,975
		Haftada üç-dört gün	,514	,175	,030
		Ayda bir gün	,020	,090	,999

		Ayda iki gün	,408	,124	,011
Tablo 37 (devamı). Katılımcıların Tedavi Sıklıklarına Göre Tukey Post-Hoc Testleri					
	(I) Tedavi Görme Sıklığı	(J) Tedavi Görme Sıklığı	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Azim ve Kişisel Yeterlilik Düzeyi	Haftada bir-iki gün	Haftada üç-dört gün	,513	,217	,130
		Ayda bir gün	-,072	,147	,988
		Ayda iki gün	,366	,173	,219
		Diğer	-,167	,137	,742
	Haftada üç-dört gün	Haftada bir-iki gün	-,513	,217	,130
		Ayda bir gün	-,585	,193	,056
		Ayda iki gün	-,147	,214	,959
		Diğer	-,680*	,186	,003
	Ayda bir gün	Haftada bir-iki gün	,072	,147	,988
		Haftada üç-dört gün	,585	,193	,056
		Ayda iki gün	,438	,142	,020
		Diğer	-,095	,095	,856
	Ayda iki gün	Haftada bir-iki gün	-,366	,173	,219
		Haftada üç-dört gün	,147	,214	,959
		Ayda bir gün	-,438	,142	,020
		Diğer	-,533*	,132	,001
	Diğer	Haftada bir-iki gün	,167	,137	,742
		Haftada üç-dört gün	,680*	,186	,003
		Ayda bir gün	,095	,095	,856
		Ayda iki gün	,533*	,132	,001
Olumsuzluğa Dayanıklılık Düzeyi	Haftada bir-iki gün	Haftada üç-dört gün	,393	,245	,495
		Ayda bir gün	-,050	,166	,998
		Ayda iki gün	,288	,195	,580
		Diğer	-,127	,154	,923
	Haftada üç-dört gün	Haftada bir-iki gün	-,393	,245	,495
		Ayda bir gün	-,443	,218	,253
		Ayda iki gün	-,105	,241	,992
		Diğer	-,520	,209	,098
	Ayda bir gün	Haftada bir-iki gün	,050	,166	,998
		Haftada üç-dört gün	,443	,218	,253
		Ayda iki gün	,338	,160	,220
		Diğer	-,077	,107	,952
	Ayda iki gün	Haftada bir-iki gün	-,288	,195	,580
		Haftada üç-dört gün	,105	,241	,992
		Ayda bir gün	-,338	,160	,220
		Diğer	-,415	,148	,045
	Diğer	Haftada bir-iki gün	,127	,154	,923
		Haftada üç-dört gün	,520	,209	,098
		Ayda bir gün	,077	,107	,952
		Ayda iki gün	,415	,148	,045

Tablo 37 (devamı). Katılımcıların Tedavi Sıklıklarına Göre Tukey Post-Hoc Testleri

	(I) Tedavi Görme Sıklığı	(J) Tedavi Görme Sıklığı	Ortalama Farkları (I-J)	Standart Hata	p
Ruhsallığa Eğilim Düzeyi	Haftada bir-iki gün	Haftada üç-dört gün	,150	,301	,987
		Ayda bir gün	-,003	,204	1,000
		Ayda iki gün	,247	,240	,842
		Diğer	,481	,190	,088
	Haftada üç-dört gün	Haftada bir-iki gün	-,150	,301	,987
		Ayda bir gün	-,153	,268	,979
		Ayda iki gün	,097	,296	,998
		Diğer	,331	,258	,700
	Ayda bir gün	Haftada bir-iki gün	,003	,204	1,000
		Haftada üç-dört gün	,153	,268	,979
		Ayda iki gün	,250	,197	,710
		Diğer	,485*	,132	,003
	Ayda iki gün	Haftada bir-iki gün	-,247	,240	,842
		Haftada üç-dört gün	-,097	,296	,998
		Ayda bir gün	-,250	,197	,710
		Diğer	,234	,183	,702
	Diğer	Haftada bir-iki gün	-,481	,190	,088
		Haftada üç-dört gün	-,331	,258	,700
		Ayda bir gün	-,485*	,132	,003
		Ayda iki gün	-,234	,183	,702

Tablodaki tukey post-hoc testleri sonuçları incelendiğinde;

- Tedavi görme sıklığı haftada üç-dört gün (1,85) olan katılımcıların psikolojik sağlamlılık düzeyleri tedavi sıklığı diğer (2,37) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür.(p=,030),
- Tedavi görme sıklığı ayda 2 gün (1,96) olan katılımcıların psikolojik sağlamlılık düzeyleri tedavi sıklığı diğer (2,37) ve ayda bir gün(2,35) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde düşüktür. (p=,034; p=.011),
- Tedavi sıklığı diğer (2,49) olan katılımcıların azim ve kişisel yeterlilik düzeyleri haftada üç dört (1,81) ve ayda iki gün (1,96) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksektir. (p=,003; p=.001),
- Tedavi sıklığı diğer (1,93) olan katılımcıların olumsuzluğa dayanıklılık düzeyleri tedavi sıklığı ayda iki gün (1,52) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksektir. (p=,045),
- Tedavi sıklığı diğer (2,74) olan katılımcıların ruhsallığa eğilim düzeyleri tedavi sıklığı ayda bir gün (3,22) olan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksektir. (p=,003).

3.3. Sonuç ve Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde diyabet hastalarında hastalık sürecinin sosyal yaşam üzerindeki etkisi ve hastaların psikolojik sağlamlılık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Bursa ilinde ikamet eden ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa Orhangazi Devlet Hastanesi, Bursa Gemlik Devlet Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi ve Orhangazi Sağlık Hayat Merkezi'nde diyabet tanısı almış 18 yaşın üzerindeki 207 hastaya uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Sosyal Yaşam Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış demografik bilgi formundan elde edilen bulgulardan çıkan sonuçlar belirtilecek olup elde edilen bulguların sonucundan yola çıkılarak bu bulgular ilgili alanyazın ile karşılaştırılarak desteklenecek veya reddedilecektir.

Bu çalışmada elde edilen verilerin sonuçlarına göre diyabet hastalarının sosyal yaşamlarının ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin tüm demografik faktörlerden etkilendiği anlaşılmaktadır. Öyle ki cinsiyet değişkeni ile bireylerin sosyal yaşama yönelik uyumları arasında kısmen bir ilişki olduğu ancak psikolojik sağlamlık düzeyleri ile aralarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Özellikle diyabet hastası olan erkeklerin sosyal yaşama daha kolay uyum sağladıkları ve psikolojik sağlamlılık düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Medeni durum değişkeni incelendiğinde ise bireylerin sosyal yaşama yönelik uyumları arasında kısmen bir ilişki olduğu ancak psikolojik sağlamlık düzeyleri ile aralarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Öyle ki evli bireylerin günlük yaşama daha kolay adapte olabildikleri ancak bekar bireylerin olumsuzluğa yönelik dayanıklılıklarının daha fazla oldukları anlaşılmaktadır. Yaş değişkeni incelendiğinde de özellikle 18-30 ile 31-50 yaşları arasındaki bireylerin sosyal uyum, yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin diğer yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Eğitim durumuna göre bireylerin üniversite mezunu olmalarının diyabet hastalığı ile ilgili sosyal yaşantılarına uyumlarını azaltırken psikolojik sağlamlık düzeylerini tam tersi şekilde yükselttiği görülmektedir. Gelir durumuna göre ise bireylerin sosyal yaşantılarında çeşitli farklılıklara neden oldukları ve 2000 TL ve üzerinde gelire sahip bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumun diyabet hastalığına bağlı olarak kullanılan ilaç ve tedavi masraflarını karşılama olasılığının diğerlerine göre daha fazla olması olduğu düşünülmektedir.

Diyabet hastası bireylerin mesleklerine göre sosyal yaşantılarında çeşitli farklılıkların olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle çalışan bireylerin günlük yaşama uyumlarının çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde çalışan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin de çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Tedavi görme sıklığına göre incelendiğinde de haftalık tedavi görme sıklığı arttıkça bireylerin günlük yaşantılarına uyumlarının güçleştiği görülmektedir. Ancak bireylerin tedavi görme süreleri uzadıkça da psikolojik sağlamlık düzeylerinin azaldığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %50,2'sinin erkek (N=104), %49,8'inin ise kadın (N=103) olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın cinsiyet değişkeni açısından homojen bir dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra araştırmaya katılan hastaların

yarısından fazlasının (%56,5) evli oldukları, yaş dağılımına göre en fazla 31-50 yaşları (%42,5) arasında oldukları, eğitim durumuna göre en fazla ilköğretim ve lise mezunu (%35,5, %38,2) oldukları, gelir düzeyine göre en fazla 2000 TL ve üzerinde (%50,7) gelire sahip oldukları, yarısına yakınının işsiz (%48,8) oldukları ve yarısına yakınının tedavi sıklığının belirtilen tarihlerin dışında (%49,3) oldukları anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Sosyal Yaşam Ölçeği ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde “Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?” maddesine evet diyen kadınların erkeklere göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda kadınların gün içerisindeki fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının erkeklere göre değişkenlik gösterebileceği ve bu durumun da erkeklerin sağlıklı ilgili algılarının kadınlara göre daha yüksek olmasına neden olduğu söylenebilir. Güven (2007: 32) tarafından yapılan diyabetli hastaların yaşam kalitesinin ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi çalışmasında da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Öyle ki yapılan çalışmada erkeklerin sağlıklı ilgili genel algılarının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Çıtıl, Günay, Elmalı ve Öztürk (2010: 259) tarafından yapılan diyabetli hastaların sosyal yaşam kalitesinin belirlenmesi çalışmasında erkeklerin sağlıklı ilgili genel algılarının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazının araştırma bulgumuzu desteklediği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte “İş yaşamında problem yaşıyor musunuz?” maddesine evet diyen erkeklerin de kadınlara göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda diyabet hastası erkeklerin iş yaşamlarının kadınlara göre daha fazla problemlili olduğu düşünülmektedir. Taşkaya (2014) tarafından yapılan çalışmada da erkek diyabetli hastaların iş yaşantılarının kadınlara göre daha olumsuz olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Koç, Başer, Özkara, Kahveci, Alsancak, Yaşar ve Yılmaz (2015: 79) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalığının erkeklerin iş hayatlarını kadınlara göre daha fazla etkilediği görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde araştırma bulgumuz ile ilgili alanyazının paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra diyabet hastalarının cinsiyet değişkeni ile sosyal yaşam ölçeğine ilişkin diğer maddeleri arasında herhangi bir ilişki görülmemektedir. Böylece H₀₁ “Diyabet hastalarının cinsiyetleri ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.” hipotezinin kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Sosyal Yaşam Ölçeği ile medeni durum değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde “Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?” maddesine evet diyen evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki diyabet hastası evli bireylerin gün içerisinde fiziksel, mental sağlık durumlarının bekar bireylere göre daha fazla değiştiği düşünülmektedir. Çolpan (2010: 42) tarafından yapılan çalışmada da diyabetli bekar bireylerin fiziksel ve mental iyi oluş düzeyinin evli bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte “Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?” maddesine evet diyen evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda diyabet hastalığının evli bireylerin cinsel yaşamını bekar bireylere göre daha fazla etkilediği düşünülmektedir. Çiftçi ve Yeni (2012: 83) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastalığının evli olan kadınların cinsel yaşamlarını olumsuz

etkilediği ve evlilik ilişkilerine zarar verdiği görülmektedir. Aynı şekilde “Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?” maddesine evet diyen evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda diyabet hastası olan evli bireylerin akraba, eş, dost ziyaretlerini bekar bireylere göre daha fazla etkilediği düşünülmektedir. Tezcan (2017) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastası olan evli bireylerin bekar bireylere göre kişilerarası ilişki düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde “Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?” maddesine evet diyen bekar bireylerin evli bireylere göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda diyabet hastası bekar bireylerin diyabet hastalığının neden olduğu ekonomik durumlardan evli bireylere göre daha fazla etkilendikleri düşünülmektedir. Diğer maddelerle ise medeni durum değişkeni arasında herhangi bir ilişki olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazın ile araştırma bulgumuzun paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda H_{02} “Diyabet hastalarının medeni durum ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.” hipotezinin kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Sosyal Yaşam Ölçeği ile yaş değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde “Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?, Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?, Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?, Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?, Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı? ve İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?” maddeleri ile diyabet hastası bireylerin yaşları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki 50-65 yaşları arasındaki diyabet hastası bireylerin daha önce yaptıkları günlük aktivitelerinde daha fazla değişiklik olduğu, kendilerini eskisine göre daha fazla yorgun ve halsiz hissettikleri ve eskisine göre eş, dost ziyaretlerinde daha fazla değişiklik olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra 35-50 yaşları arasındaki diyabet hastası bireylerin ise cinsel yaşamlarının daha fazla etkilendiği ve eskisine göre daha fazla öfkelenedikleri ve gerginlik yaşadıkları görülmüştür. Aynı şekilde 18-30 yaşları arasındaki diyabet hastası bireylerin de iş yaşamlarında daha fazla problem yaşadıkları görülmüştür. Tezcan (2017: 33) tarafından yapılan çalışmada da 45-64 yaşları arasındaki diyabet hastası bireylerin fiziksel aktivitede bulunmalarının önceki yaşlara göre daha az olduğu ve artık yaptıkları aktivitelerden daha fazla yoruldukları görülmektedir. Aynı şekilde Akın (2013) tarafından yapılan çalışma da 40-48 yaşları arasındaki diyabet hastası bireylerin fiziksel aktivitede bulunmalarının diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu ve yaptıkları aktivitelerde daha fazla yıprandıkları görülmektedir. Yıldız (2008) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastası bireylerin yaşları ilerledikçe cinsel problem yaşama risklerinin arttığı görülmektedir. Diğer maddelerle ise yaş değişkeni arasında herhangi bir ilişki görülmemektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde araştırma bulgularımızla paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda H_{03} “Diyabet hastalarının yaşları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.” hipotezinin kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Sosyal Yaşam Ölçeği ile eğitim durumu değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde sadece “İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?” maddesi ile eğitim durumu arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki ön lisans mezunu diyabet hastası bireylerin iş yaşamlarında daha fazla problem yaşadıkları görülmektedir. Nitekim ilgili alanyazında da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Üren ve Yılmaz Karabulutlu (2018) tarafından yapılan çalışmada üniversite mezunu olan diyabet hastası bireylerin sosyal ve kişisel faktörlerinin diğer bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Doğan (2008) tarafından yapılan çalışmada da üniversite mezunu olan diyabet hastası bireylerin iş ve sosyal yaşamlarında daha fazla problem yaşadıkları görülmektedir. Böylece ilgili alanyazının araştırma bulgumuzu desteklediği anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra diğer maddeler ile eğitim durumu değişkeni arasında herhangi bir ilişki olmadığı görülmektedir. Bu doğrultuda H_{04} “Diyabet hastalarının eğitim durumları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.” hipotezinin desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Sosyal Yaşam Ölçeği ile gelir durumu değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde “Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?, Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?, Eskisine göre eş, dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı? ve İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?” maddeleri ile gelir durumu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki aylık geliri 2000 TL ve üzerinde olan diyabet hastası bireylerin cinsel yaşamlarının daha fazla etkilendiği ve iş yaşamlarında daha fazla problem yaşadıkları görülmektedir. Aynı şekilde aylık geliri 1001-2000 TL arasında olan diyabet hastası bireylerin de uyku düzenlerinin daha fazla etkilendiği görülmektedir. Aylık geliri 1000 TL’nin altında olan diyabet hastası bireylerin de eskisine göre eş, dost, akraba ziyaretlerinde daha fazla değişikliğe neden olduğu görülmektedir. Üren ve Yılmaz Karabulutlu (2018) tarafından yapılan çalışmada da ekonomik durumu kötü olan diyabet hastası bireylerin sosyal ve kişisel ilişkilerinin diğer bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Adakan, Vural, Şahintürk, Boylubay, Yılmaz, Kulaksızoğlu, Yeşil ve Ünal (2017) tarafından yapılan çalışmada da düşük ekonomik gelire sahip diyabet hastası bireylerin cinselliğe bağlı olarak depresyona yakalanma ve anksiyete yaşama düzeylerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Böylece ilgili alanyazının araştırma bulgularımızı desteklediği görülmektedir. Bunun yanı sıra diğer maddeler ile gelir durumu arasında da herhangi bir ilişki görülmemektedir. Bu doğrultuda H_{05} “Diyabet hastalarının aylık gelir durumları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.” hipotezinin kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Sosyal Yaşam Ölçeği ile meslek değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde “Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?, Eskisine göre eş, dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?, İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı? ve Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?” maddeleri ile meslekler arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki işveren olan diyabet hastası bireylerin cinsel yaşamlarının daha fazla etkilendiği görülmektedir. Bunun yanı sıra işsiz olan diyabet hastası bireylerin eskisine göre akraba, eş, dost ziyaretlerinin daha fazla değişiklik gösterdiği görülmektedir. İşçi olan diyabet

hastası bireylerin de iş yaşantılarında daha fazla problem yaşadıkları ve hastalıklarına bağlı olarak daha fazla ekonomik sorun yaşadıkları görülmektedir. İlgili alanyazında da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Zengin, Fırat ve Acar (2017) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastası bireylerin meslek grupları ile cinsel ilişki düzeyleri arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Üren ve Yılmaz Karabulutlu (2018) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastası bireylerin meslekleri ile sosyal ve kişisel ilişki düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. İlgili çalışmada işsiz olan bireylerin sosyal ilişki düzeylerinin diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazının araştırma bulgularımızı desteklediği anlaşılmaktadır. Ancak sosyal yaşam ölçeğinin diğer maddeleri ile meslek değişkeni arasında herhangi bir ilişki görülmemektedir. Bu doğrultuda H_{06} “Diyabet hastalarının meslekleri ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.” hipotezinin kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Sosyal Yaşam Ölçeği ile tedavi görme sıklığı değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde “Daha önce yaptığımız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?, Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?, Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?, Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?, Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu? ve Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?” maddeleri ile tedavi görme sıklığı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki haftada 3-4 gün tedavi gören bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla değişiklik olduğu ve eskisine nazaran eş, dost, akraba ziyaretlerinde daha fazla değişiklik olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra haftada 1-2 gün tedavi gören bireylerin cinsel yaşantılarının daha fazla etkilendiği, eskisine nazaran daha fazla öfkelenildiği ve gerginlik yaşadığı ve aile, yakın çevrelerinde kurdukları sosyal ilişkilerde daha fazla değişiklik olduğu görülmektedir. Ayda 1 gün tedavi gören bireylerin ise hastalıklarına bağlı olarak daha fazla ekonomik problem yaşadıkları görülmektedir. Yaşmut (2019: 26) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastası olan bireylerin tedavi sürelerinin dengesiz olmasının günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği görülmektedir. Benzer şekilde Gökçe (2019: 16) tarafından yapılan çalışmada da tedavi süresini dengesiz olarak sürdüren diyabet hastası bireylerin diyet listelerini sürekli değiştirdiklerinden ekonomik anlamda daha fazla zarar ettikleri görülmektedir. Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde araştırma bulgularımızla paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra sosyal yaşam ölçeğinin diğer maddeleri ile tedavi görme sıklığı değişkeni arasında da herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu doğrultuda H_{07} “Diyabet hastalarının tedavi sıklıkları ile sosyal yaşam ölçeği maddeleri arasında anlamlı ilişki yoktur.” hipotezinin kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile cinsiyet değişkeni arasındaki farklılık incelendiğinde sadece azim ve kişisel yeterlilik düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki erkek diyabet hastası bireylerin azim ve kişisel yeterlilik düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek bulunmaktadır. Diğer boyutlarla ilişki olarak ise cinsiyet değişkeni ile herhangi

bir farklılık görülmemiştir. Nitekim ilgili alanyazında da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Göcek (2012: 52) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aynı şekilde Yılmaz (1994: 52) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastalarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde araştırma bulgumuzla paralellik göstermektedir. Bu doğrultuda H₀₈ “Diyabet hastalarının cinsiyetlerine göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.” hipotezinin desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile medeni durum değişkeni arasındaki farklılık incelendiğinde olumsuzluğa dayanıklılık düzeyi ve ruhsallığa eğilim düzeyi ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Öyle ki bekar olan diyabet hastası bireylerin olumsuzluğa dayanıklılık düzeylerinin evli bireylere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra evli olan diyabet hastası bireylerin de ruhsallığa eğilim düzeylerinin bekar bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer alt boyutlarla ise medeni durum değişkeni arasında herhangi bir farklılık görülmemektedir. İlgili alanyazında araştırma bulgularımızla paralellik gösterecek çalışmalar yer almaktadır. Kızıltaş, Arslan, Tekin, Fidancı, Kızıltaş, Kuzulu, Çelik ve Çiğdem (2016: 192) tarafından yapılan çalışmada bireylerin medeni durumları ile psikolojik belirtileri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Tezcan (2017: 36) tarafından yapılan çalışmada da medeni durum değişkeni ile sağlıklı yaşam ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazında farklı görüşlerin bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda H₀₉ “Diyabet hastalarının medeni durumlarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.” hipotezinin kısmen desteklendiği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile yaş değişkeni arasındaki farklılık incelendiğinde psikolojik sağlamlık düzeyi ile yaş değişkeni arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki 18-50 yaşları arasındaki diyabet hastası bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğer yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Koç ve ark. (2015: 79) tarafından yapılan çalışma da benzer bulgulara rastlanmaktadır. İlgili çalışmada 50 yaş altındaki diyabet hastası bireylerin kendine güven ve motivasyon düzeylerinin 50 yaş üzerindeki bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Altekin, Uysal, Topkaya ve Cimilli (2006: 85) tarafından yapılan çalışma da diyabet hastası bireylerin yaş değişkeni ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde araştırma bulgumuzla paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda H₀₁₀ “Diyabet hastalarının yaşlarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.” hipotezinin desteklenmediği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile eğitim durumu değişkeni arasındaki farklılık incelendiğinde psikolojik sağlamlık düzeyi ile eğitim

durumu arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki lisans mezunu düzeyindeki diyabet hastası bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir diğer deyişle diyabet hastası bireylerin eğitim düzeyi arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyleri de artmaktadır. İlgili alanyazında da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Türten Kaymaz ve Akdemir (2016: 64) tarafından yapılan çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça hastalığa yönelik psikolojik uyumlarının ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin arttığı görülmektedir. Aynı şekilde Yuet, Alexander ve Chun (2002: 388) tarafından yapılan çalışmada KOAH hastası olan bireylerin eğitim düzeyi azaldıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de azaldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazın ile araştırma bulgumuzun uyumlu olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda H₀₁₁ “Diyabet hastalarının eğitim durumlarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.” hipotezinin desteklenmediği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile gelir durumları değişkeni arasındaki farklılık incelendiğinde psikolojik sağlamlık düzeyi ile diyabetli hastaların gelir durumları arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki 2000 TL ve üzerinde gelir düzeyine sahip diyabet hastası bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir diğer deyişle diyabet hastası bireylerin aylık gelir düzeyi arttıkça psikolojik sağlamlık düzeylerinin de arttığı görülmektedir. İlgili alanyazında da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Kızıldaş ve ark. (2016: 192) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastası bireylerin gelir düzeyi ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Türten Kaymaz ve Akdemir (2016: 64) tarafından yapılan çalışmada da gelir düzeyi ile diyabet hastası bireylerin psikolojik uyum düzeyleri arasında da anlamlı farklılık görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazın ile araştırma bulgumuzun uyumlu olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda H₀₁₂ “Diyabet hastalarının aylık gelirlerine göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.” hipotezinin desteklenmediği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile meslek değişkeni arasındaki farklılık incelendiğinde psikolojik sağlamlık düzeyi ile diyabet hastası bireylerin meslekleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Öyke (2008: 40) tarafından yapılan çalışmada da benzer bulgulara rastlanmaktadır. İlgili çalışmada çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Ramirez, Ferriol ve Domenech (2003: 94) tarafından yapılan çalışmada da çalışan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazın ile araştırma bulgumuzun paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda H₀₁₃ “Diyabet hastalarının mesleklerine göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.” hipotezinin desteklenmediği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile tedavi görme sıklıkları arasındaki farklılık incelendiğinde psikolojik sağlamlık düzeyleri ile diyabet hastası bireylerin tedavi görme sıklıkları arasında pozitif yönlü anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Öyle ki tedavi görme süresi ayda bir ve diğer olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Nitekim ilgili alanyazında da benzer bulgulara rastlanmaktadır. Türten Kaymaz ve Akdemir (2016: 64) tarafından yapılan çalışmada 4-12 ay arasında kontrollerine giden diyabet hastası bireylerin 12 ay ve üzerinde bir sürede kontrollerine giden bireylere göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde Badur (2009: 38) tarafından yapılan çalışmada da diyabet hastası bireylerin kontrollerine düzenli devam etmesinin psikolojik sağlamlık düzeylerini arttıracakı görülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde ilgili alanyazının araştırma bulgumuzla uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda H_{014} “Diyabet hastalarının tedavi sıklıklarına göre psikolojik sağlamlılık düzeyleri ve alt boyutları anlamlı farklılaşmamaktadır.” hipotezinin desteklenmediği anlaşılmaktadır.

ÖNERİLER

Bu araştırma diyabetin sosyal yaşam üzerindeki etkisi ve hastaların psikolojik sağlık düzeyleri araştırmak için gerçekleştirilmiştir. İncelenen diğer çalışmalar ve araştırma sonucunda ulaşılan veriler ışığında bu konuyla ilgili gerçekleştirilmesi gereken bazı önerilere yer verilmiştir.

Bu çalışma sadece Bursa ilinin çeşitli merkez ve ilçelerindeki hastanelerinde tanı ve tedavi gören diyabet hastaları ile sınırlandırıldığından araştırmanın kapsamının dar olduğu düşünülmektedir. Öyle ki yerli literatür için araştırmanın evreni temsil gücünün artırılması için Türkiye'nin çeşitli illerinden örneklem alınmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Diyabet hastası bireylerin sosyal yaşantılarına uyumlarının artırılması için sosyal uyum eğitimlerinin verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Sosyal uyum süreçlerine çevresi içinde birey anlayışıyla hareket edilmeli ve hastaların aileleri ve iletişim halinde olduğu diğer bireylere(çalışma arkadaşları, okul arkadaşları vb.) yönelik bilgilendirme ve bilinçlendirme eğitimleri yapılmalıdır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı bünyesinde hastaların sosyal uyum süreçlerini arttıracak hastane doktorları, diyetisyenleri, psikologları ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan bir ekip oluşturulup multidisipliner çalışmalarla hastalar beslenme, ilaç ve uyum problemlerini giderilmesi amacıyla çeşitli eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

Sağlık kuruluşlarında sosyal hizmet uzmanı ve psikologlardan oluşan ekibin grup çalışması yapması ve böylelikle hastaların birbirleriyle konuşup kendi sorunlarını anlatması ve benzer sorun yaşayan diğer hastaların deneyimlerinden ve tavsiyelerinden yararlanması için ortam oluşturulması önerilmektedir.

Diyabet hastalarının hastalıkla yaşamalarını daha kolay hale getirmek ve psikolojik sorunların oluşmasını engellemek için yeterli sosyal desteğin ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yapılacak bilgilendirme ve yardımın sağlanması yönünde planlamaların yapılması önerilmektedir. Özellikle 14 Kasım Dünya Diyabet Günü'ne diyabetle yaşam konusunda etkinlikler düzenlenerek diyabet hastalarının psikolojik sağlık düzeylerinin arttırılmaya çalışması önerilmektedir.

Hastaların sosyal uyumlarını arttırmaya yönelik kurulacak sosyal hizmet ekiplerinde özellikle yapılacak bilgilendirme çalışmalarının ve eğitimlerin düşük eğitim düzeyine sahip hastalar ve hasta yakınları dikkate alınarak hazırlanması, sadece yazılı materyal yerine görsel ve yazılı materyallerin tercih edilmesi hizmetin daha kapsamlı verilmesini sağlayacaktır.

Diyabet hastalarının sosyal uyumlarının ve psikolojik sağlık düzeylerinin arttırılması konusunda sosyal hizmet alanı çalışanlarının verebilecekleri eğitim, müdahale hizmeti ve bilgilendirme çalışmalarının etkililiğini belirleyebilmek amacıyla ön test ve son test uygulaması yaparak genel olarak kabul edilebilen bir sosyal uyum ve psikolojik sağlık

programının geliştirilebileceği önerilmektedir. Böylelikle diyabet hastalarının da hastalık sürecine karşı olumlu etkileri olacağı düşünölmektedir.



KAYNAKÇA

- Aba, N. ve H. Tel. (2012). Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Özbakım Gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(1). (18-23).
- Acar, N. V. (2003). *Grupla Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Adakan, F. Y., R. Vural, Y. Şahintürk, Ş. M. Boylubyay, Ü. Yılmaz, B. Kulaksızozğlu, B. Yeşil ve A. Ünal. (2017). Diyabetik ve Non-diyabetik Kişilerde Sosyo-Demografik ve Klinik Faktörlerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2). (19-28).
- Ağır, M. (2017). Yaşam Kalitesi, Değerler ve Umut-Umitsuzluk. *Marmara Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11. (84-103).
- Akın, A. İ. (2013). *Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Aksüllü, N. ve S. Doğan. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(2). (76-84).
- Aktürk, Z. ve H. Acemoğlu. (2011). *Sağlık Çalışanları için Araştırma ve Pratik İstatistik, Örnek Problemler ve SPSS Çözümleri*. Erzurum:Ailem Yayınları.
- Akyolcu, N. (1999). Hasta ve Ailesinin Hastalığa Adaptasyonu. *Hemşirelik Bülteni*, 9. (23-31).
- Altekin, E., S. Uysal, Ö. Topkaya ve C. Cimilli. (2006). Diyabet Hastalarında Depresyon ve Öfke Yönetiminin Leptin Düzeyleri ve Glisemik Kontrol İle İlişkisi. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 4(2). (83-87).
- Altuntaş, Y. (2001). Yaşlılık ve Tip 2 Diabetes Mellitus. M. Yenigün (Ed.). *Her Yönüyle Diabetes Mellitus* içinde (245-253). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Anderson, R. J., K. E. Freedland, R. E. Clouse ve P. J. Lustman. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes: A Meta-Analysis. *Diabetes Care*, 24(6). (1069-1078).
- Aras, A ve H. Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişki Faktörlerinin Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Türk Toraks Dergisi*. 10(2). (63-71). https://www.turkthoracj.org/content/files/sayilar/145/buyuk/pdf_Toraksder_622.pdf, Erişim Tarihi: 14.04.2019.
- Arıkan, Ç. (2001). Tedavi Kurumlarında Çok Disiplinli Ekiplerde Yer Alan Sosyal Hizmet Uzmanına İlişkin Genel Bir Değerlendirme. Kasım Karataş ve Çiğdem Arıkan (Eds.). *İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet: Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan* içinde (27-32). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.
- Arkar, H., Ö. Sarı ve H. Fidaner. (2004). Relationships Between Quality of Life, Percived Social Support, Social Network and Loneliness in a Turkish Sample. *Yeni Symposium*, 42(1). (20-27).
- Arslan, Ş. ve Y. Gökçe Kutsal. (1999). Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Geriatri*, 2(4). (173-178).
- Arslantaş, D., S. Metintaş, A. Ünsal ve C. Kalyoncu. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2). (81-89).

- Aslan, H., S. R. Diler, N. Z. Alparslan ve T. Tetiker. (1997). Diyabetik Hastalarda Depresyon, Kaygı, Aleksitimi ve Kan Şekeri Kontrolü. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(1). (48-52).
- Atasoy, A., A. Atay, S. Ahbab, M. Hanedar ve M. Yenigün. (2014). Diyabetik Nefropati'ye Genel Bir Bakış. *Haseki Tıp Bülteni*, (16-19). http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_10037/16-19.pdf , Erişim tarihi: 11.02.2019.
- Atılğan, S. v.d. (2005). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Psikolojik Değerlendirme ve Metabolik Kontrol ile İlişkisi. *41.Ulusal Diyabet Kongresi Final ve Program Özet Kitabı*, 11-15 Mayıs. (9).
- Aydemir, İ. ve V. Işıkhani. (2013). Hasta Hakları Birim Sorumlularının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(1). (7-24).
- Badur, F. (2009). *Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bağrıaçık, N. (2004). Diyabet Yaz Kampları ve Yararları. *Diabet*, 23. (5-8).
- Bağrıaçık, N. (1997). *Diabetes Mellitus: Tanımı, Tarihçesi, Sınıflaması ve Sıklığı*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Diabetes Mellitus Sempozyumu, 18-19 Aralık. (9-18). İstanbul.
- Bahar, A. (2006). Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1). (3-19).
- Bahar, A., G. Sertbaş ve A. Sönmez. (2006). Diabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7. (18-26).
- Bahadır, Ç. T. ve M. H. Atmaca. (2012). Diyabet ve Egzersiz, *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 29(1). (16-22).
- Bayramova N. ve A. Karadakovan. (2004). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu Dergisi*, 7(2). (39-47).
- Berterö, C. M. (2000). Types and Sources of Social Support for People Afflicted with Cancer, *Nursing and Health Sciences*, 2(2). (93-101).
- Bisschop, M. I., D. M. Kriegsman, A. T. Beekman ve D. J. Deeg. (2004). Chronic Diseases and Depression: The Modifying Role of Psychosocial Resources. *Social Science & Medicine*, 59(4). (721-733).
- Bulutlar, O. N. (2015). Diyabet Hastalarına Beslenme Açısından Yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek Sayı). (39-44).
- Buzlu, S. (2002). Diyabetin Psikososyal Yönü: Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. S. Erdoğan (Ed.). (195-203). İstanbul: Yüce Yayın Dağıtım.
- Buzlu, S. (1999). Diyabetin Psikolojik Yönü. *Hemşirelik Bülteni*, 7. (107-113).
- Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *American Journal of Psychiatry*, 161(2). (195-216).
- Çıtıl, R., O. Günay, F. Elmalı ve Y. Öztürk. (2010). Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 32(4). (253-264).
- Çelik, M., A. M. Büyükbeşe, A. Çetinkaya, Ç. H. Ekerbiçer. (2004). Diyabete Psikososyal Yaklaşım. *Diabet Bilimi Dergisi*, 2. (180-184).

- Çetinkalp, S. ve C. Yılmaz. (2002). Diyabetes Mellitüs için Genel Güncel Bilgiler. C. Yılmaz (Ed.). *Diyabet Hemsiresi El Kitabı* içinde (13-42). İzmir: Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti.
- Çiftçi, H. ve E. Yeni. (2012). Diyabetes Mellitus'un Kadın Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi. *Kadın Cinsel Sağlığı*, 5. (83-86).
- Çoban,A.(2016).Çocukluk Çağı Diyabetinde Sosyal Hizmet,Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Çoker, R. (2018). *Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarının Diyabet Tedavilerinde Kullandıkları Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Çolak, R., Y. Özkan, v.d. (2004). GAPDİAB Diyabet Yaz Kampına Katılan Diyabetik Hastaların Psikolojik Değerlendirilmesi. 40. *Ulusal Diyabet Kongresi Kitabı*. 14-18 Mayıs, (83-86). Antalya: Türk Diyabet Cemiyeti.
- 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*. (Uzmanlık Tezi). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.
- Dragest, S. ve T. C. Lindstrom. (2003). The Mental Health of Women Suspected Breast Cancer: The Relationship Between Social Support, Anxiety, Coping and Defence in Maintaining Mental Health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4). (401-409).
- Dirik, G., P. Sertel ve M. Kartal. (2011). Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yasadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi. *Düzce Tıp Dergisi*, 13(1). (45-52).
- Dilmaç, B. ve Z. Şimşir. (2017). Psiko-Sosyal Hizmetler. *Tıbbi ve Psiko-Sosyal Hizmet* içinde (31-47). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Doğan, D. (2008). *Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitim Düzeyi ile Diyabet Başlangıç Yaşı, Vücut Kitle İndeksi, HBA1C Düzeyi ve Mikroanjiopatik Komplikasyonların Karşılaştırılması*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- Doğan, N. ve T. O. Başokçu. (2010). İstatistik Tutum Ölçeği için Uygulanan Faktör Analizi ve Aşamalı Kümeleme Analizi Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 1(2). (65-71).
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4). (39-44).
- Duyan, V. (2001). Sosyal Desteğin Tanımı, Kaynakları, İşlevsel Boyutları, Yararları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 18(11). (11-14).
- Duyan,V.(2012).Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri.2.Baskı. Ankara:Öz Baran Ofset Yayınları
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psikososyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*. Ankara: 72TDFO Yayınları.
- Elbi, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3). (3-18).
- Engin,F.(2014). 13-16 Yaş Tip 1 Diyabetli Çocukların Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin Araştırılması.(Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi.Ankara
- Eren, İ., Ö. Erdi ve İ. Çivi. (2004). Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikiyatri*. 7. (85-94).
- Eren, İ., Ö. Erdi ve R. Özçankaya. (2003). Tip 2 Diyabetik Hastalarda Kan Şekeri Kontrolü ile Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14. (184-191).

- Eylen, B. (2001). *Bilgi Verici Danışmanlığın Kansere Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Fromer, J. M. (2002). *Diyabetle Sağlıklı Yaşam*. (Çev.: Betül Yanık). İstanbul: Kuraldışı Yayınları.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/200204> . Erişim Tarihi:03.07.2020
- Göcek, E. (2012). *Diyabet Hastalarının Psikolojik Sıkıntı ve Travma Sonrası Gelişimlerinin Kaynaklarının Korunması Kuramı Kapsamında İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Gökçe, E. Ö. (2019). *Tip 2 Diyabet Hastalarında Tıbbi Beslenme Tedavisi Uyumu*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.
- Grigsby Allison, B., J. Anderson Ryan, E. Freedland Kenneth, E. Clouse Ray ve J. Lustman Patrick. (2002). Prevalence of Anxiety in Adults with Diabetes a Systematic Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53. (1053-1060).
- Gulliford, M. C. ve D. Mahabir. (1999). Relationship of Health-Related Quality of Life to Symptom Severity in Diabetes Mellitus: A Study in Trinidad and Tobago. *Journal Clin. Epidemiol*, 52(8). (773-780).
- Gülseren, L., Z. Hekimsoy, Ş. Gülseren vd. (2001). Diyabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yeti Yitimi ve Yaşam Kalitesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2). (89-98).
- Güven, R. (2007). *Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Hinton, P. R., I. McMurray ve C. Brownlow. (2014). *SPSS Explained*. Routledge.
- IFSV. (7 Ağustos 2014). *Sosyal Hizmet Nedir?*. <https://www.ifsw.org/tr/sosyal-hizmet-nedir/>, Erişim tarihi: 02.05.2019.
- İmamoğlu, Ş. vd. (Ocak 2001). Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesi. Şazi İmamoğlu (Ed.). *Diyabet ve Siz içinde* (12-18). Ulusal Diyabet Danışma Kurulu Yayını.
- İnan, S. (2014). Diabetik Retinopati ve Etiyopatogenezi, *Kocatepe Tıp Dergisi-Kocatepe Medical Journal*, 15(2). (207-217).
- Kara, K. ve S. Çınar. (2015). Diyabet Bakım Profili ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki. *Kafkas Journal Medicine Science*, 1(2). (57-63).
- Karadeniz, Ş. (2005). Diyabetik Retinopati. *Diyabet Yaşam Dergisi*. 24. (44-49).
- Karasar, N. (2017). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Kaymaz, T. T. ve N. Akdemir. (2016). Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2). (61-67).
- Kızıldaş, Ö., İ. Arslan, O. Tekin, İ. Fidancı, B. Kızıldaş, A. Kuzulu, M. Çelik ve E. Çiğdem. (2016). Tip 2 Diyabet Hastalarında Psikolojik Belirtilerin İncelenmesi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(3). 187-194.
- Kiergkegaard, S. (2004). *Ölümcül Hastalık Umutsuzluk*. (Çev.: M. Mukadder Yakupoğlu). Ankara: Doğubatı Yayınları.

- Koç, E. M., D. A. Başer, A. Özkara, R. Kahveci, A. D. Alsancak, İ. Yaşar ve T. E. Yılmaz. (2015). Diyabet Tanısıyla İzlenen Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye İçin Bir Pilot Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(2).(76-82).
- Koç, M., Y. Yavuzer, Z. Demir ve M. Çalışkan. (2001). *Gelişim ve Öğrenme*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kol, E. (2009). *Türkiye’de Sağlık İşletmelerinde Sosyal Hizmet Uygulamaları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Koloğlu, E. G. (2005). *Endokrinoloji Temel ve Klinik*. 2. Baskı. Ankara: NM Medikal&Nobel Yayınları.
- Konca, G. (2015). *Tip I Diyabet Hastalarındaki Depresyon ve Anksiyete Oranlarının İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kongar, E. (2007). *Sosyal Çalışmaya Giriş*. Ankara: Sabev Yayınevi (Tıpkıbasımı).
- Korugan, Ü. (1997). Diabetes Mellitus Genetiği. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Diabetes Mellitus Sempozyumu*, 18-19 Aralık. (19-24). İstanbul.
- Koşar, N. ve B. Tufan. (1999). *Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Tarihçesine Genel Bir Bakış, Yaşamboyu Sosyal Hizmet: Prof.Dr. Sema Kut’a Armağan*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Y.O. Yayını, No. 4.
- Koştay, M. (2011). Sosyalleşme. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 29(0). <http://www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/37/770/9798.pdf>. Erişim tarihi: 02.05.2019.
- Kumcağız, H. (2007). *Grupla Psikolojik Danışmanın Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyine Etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Kurtuluş, K. (2010). *Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Türkmen Kitapevi.
- Kuşgözoğlu, T. (2013). Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları. İ. Tomanbay (Ed.). *Sosyal Hizmet Uygulamaları* içinde (84-106). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.
- Küçük, L. (2015). Diyabetin Ruhsal Boyutu. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı). (52-56).
- Lamiser Atık,E.(2013).Liseli Ergenlerde Bağlanma Stilleri ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Arasındaki İlişkide Öz-Yansıtma ve İçgörünün Rolü.(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Mete, E. H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(Ek3)3. (15-19).
- Oğuzhanoglu, N. K. (2001). Tıbbi Durumlar ve Depresyon. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*, 1(3). (116-125).
- Oğuztürk, Ö., F. Akça ve G. Şahin. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyi ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Üzerinden İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 1(14). (85-93).
- Olgun, N. (2002). Hipoglisemi ve Hiperglisemi. S. Erdoğan (Ed.). *Diyabet Hemsireliği Temel Bilgiler*. İstanbul: Diyabet Hemşireliği Derneği Yayınları.
- Oral, M. ve T. Tuncay. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2). (93-114).
- Öyke, N. (2008). *Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj Basımevi.

- Özbesler, C. (2013). Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(2). (6-12).
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerinin Etkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özer, M. ve Ö. Ö. Karabulut. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Turkish Journal of Geriatrics-Geriatri*, 6(2). (72-74).
- Özata, M. (2005). *Diyabet Hakkında Bilmeniz Gereken Her Şey (Şekerli Yaşam)*. İstanbul: Epsilon Yayınları.
- Özer, E. (2004). Diyabet Tedavisinde Egzersiz. *Diyabet ve Yaşam Dergisi*, 23. (33-35). İstanbul: Türk Diyabet Vakfı Yayınları.
- Özge, A., A. Yazar, D. E. Yalçımka, H. Çamdeviren ve A. Karakell. (2001). Tip II Diabetes Mellituslu Hastalarda Tuzak Nöropati Gelişiminin Hastalık Süresi ve Kan Şekeri Regülasyonu ile İlişkisi. A. Özge (Ed.). *I. Ulusal Diyabetik Nöropati Sempozyumu Kitabı* içinde (233-239). Mersin.
- Özkan, S. ve Z. Durna. (2006). İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Özbakım Gücünün Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2). (121-135).
- Özkalp, E. (1994). *Sosyolojiye Giriş*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özmen, M. (2000-2001). Diyabette Psikososyal Problemler. *Türk Diyabet Yıllığı*, (112-117).
- Öztürk, B. (2014). *Farklı Egzersiz Programlarının Tip 2 Diyabetik Hastalarda Fonksiyonel Performans ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pak, D. M. (2017). Nadir Hastalıklarda Sosyal Hizmetin Rolü. *Sağlık ve Toplum*, 27(3). (3-13).
- Paschalides, C., A. J. Wearden, R. Dunkerley, C. Bundy, R. Davies ve C. M. Dickens. (2004). The Associations of Anxiety, Depression and Personal Illness Representations with Glycaemic Control and Health-Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6). (557-564).
- Polat, G. (2014). Madde Bağımlılığı Tedavisinde Sosyal Hizmet Mesleği, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(2). (145-146).
- Ramirez, M. J. F., E. E. Ferriol ve F. G. Domenech. (2003). Psychosocial Adjustment in Patients Surgically Treated for Laryngeal Cancer, *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 129(1). (92-97).
- Redekop, W. K, M. A. Koopmanschap, R. P. Stolk, vd. (2002). Health- Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 25(3). (458-463).
- Richard, R. ve P. Mark. (1999). Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 15. (205-218).
- Savcı, A. B. (2006). *Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Satman, I., T. Yılmaz, A. Şengül, vd. (2002). Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25. (1551-1557).
- Sever, F., G. Sürmeli, M. Şahin ve E. M. Tutak. (2003). Diabet Hastalarının Sosyo-Ekonomik Özellikleri, Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Güçlükler ve Sosyal Destek Sistemleri. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Araştırma Raporu*, Ankara.

- Seyyar, A. (2011). *Sosyal Politika Bilimine Giriş*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Şahin, A. (2015). *Tip 1 Diyabetes Mellitus Hastalarında Rokuronyumun Nöromusküler Blokaj Etkisinin Gözlenmesi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara.
- Şıklar, E. ve A. F. Yüzer. (Ed.). (2006). *İstatistik*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Yayınları.
- Taşkaya, S. (2014). *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmetli Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>, Erişim tarihi: 07.05.2019.
- Tezcan, B. (2017). *Diyabet Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11270/tibbi-sosyal-hizmet-uygulamasi-yonergesi.html>, Erişim tarihi: 05.05.2019.
- Tomanbay, İ. (2007). *Sosyal Olmak*. Ankara: SABEV Yayınları.
- Turan, E. ve M. Kulaksızoğlu. (2015). Tip 2 Diyabet Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı). (86-94).
- Tümekaya, S. (2001). Hastalık Yönetimi ve Sosyal Çalışmacılar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 12(3). (59-63).
- Türten Kaymaz, T. ve N. Akdemir. (2016). Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2). (61-67).
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11(2). (2-12).
- Uludağ, A. ve H. H. Tekin. (2017). Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmet. *Tıbbi ve Psiko-Sosyal Hizmet içinde* (83-106). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Ünlüsoy, F. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekeri İzlemenin Yaşam Kalitesi ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Üren, Y. ve E. Yılmaz Karabulutlu. (2018). Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3). (376-386).
- Yaşmut, O. (2019). *Diyabet Takip ve Tedavisinde Diyabet Tedavi ve Bakım Standartlarına Uyumun Değerlendirilmesi ve Hastaların Farkındalık Durumu*. (Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
- Yıldız, H. (2008). *Diyabetik Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, S. (1994). *Diyabet Hastalığının Çocuk ve Adolesana Psikolojik Etkileri*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yolcuoğlu, İ. G. (2012). Türkiye’de Sosyal Politika ve Sosyal Hizmetlerin Geliştirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 23(2). (145-158).

- Yuet, L. M., Alexander, M. ve Chun, C. J. P. (2002). Coping and Adjustment in Chinese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *International Journal of Nursing Studies*, 39(4). (383-395).
- Yüksel, S. (2007). *Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Zastrow, C. (2017). *Sosyal Hizmete Giriş*. 2. Baskı. Ankara: Nika Yayınevi.
- Zengin, O., E. Fırat ve B. Acar. (2017). Bazı Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Diyabetli Bireylerin Psikososyal Uyum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(3). (73-80).
- Zengin, O. (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(3). (29-34).



EKLER

Ek1: Hasta Bilgi Formu

1	Cinsiyetiniz	1) Kadın ()	2) Erkek ()				
2	Medeni Durumunuz	1) Evli ()	2)Bekar ()	3) Diğer ()			
3	Yaşınız	1) 18-30 ()	2) 30-50 ()	3) 50-65 ()	4) 65 ve üstü ()		
4	Eğitim Durumunuz	1) Okur-Yazar()	2)İlköğretim ()	3) Lise ()	4) Ön lisans ()	5) Lisans ()	6) Lisans üstü ()
5	Aylık Geliriniz	1) 0-1000 ()	2) 1000-2000 ()	3) 2000+ ()			
6	Mesleğiniz	1) İşçi ()	2) İşveren ()	3) Kamu ()	4) İşsiz ()		
7	Diyabet hastalığınızla ilgili ne sıklıkta tedavi görüyorsunuz?	1) Haftada bir-iki gün ()	2) Haftada üç-dört gün ()	3) Ayda bir gün ()	4) Ayda iki gün ()	5) Diğer ()	

Ek 2: Sosyal Yaşam Anketi

1	Daha önce yaptığınız günlük aktivitelerinizde bir değişiklik oldu mu?	()	()
2	Gün içerisinde eskisine göre yorgunluk, halsizlik gibi belirtilerde değişiklik yaşadınız mı?	()	()
3	Cinsel yaşamınızda etkisi oldu mu?	()	()
4	Uyku düzeninizde etkisi oldu mu?	()	()
5	Eskisine göre öfke, gerginlik, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkileri yaşadınız mı?	()	()
6	Çaresizlik, eksiklik, yarımsızlık duygusu yaşadınız mı?	()	()
7	Hastalığınızdan kaynaklı özgüven problemi yaşadınız mı?	()	()
8	Eskisine göre eş dost, akraba ziyaretlerinizde bir değişiklik yaşadınız mı?	()	()
9	Aile, arkadaş ve yakın ilişki içinde olduğunuz kişilerle ilişkinizde bir değişiklik oldu mu?	()	()
10	İş yaşamınızda bir problem yaşadınız mı?	()	()
11	Hastalığınızdan kaynaklı ekonomik olarak sorun yaşadınız mı?	()	()

Ek 3:Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız

	Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2. Stres olduğumda beni rahatlatarak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.	0	1	2	3	4
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	0	1	2	3	4
4. Önüme çıkan herşeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	0	1	2	3	4
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	0	1	2	3	4
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	0	1	2	3	4
9. İyi ya da kötü, herşeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4

10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	0	1	2	3	4
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	0	1	2	3	4
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	0	1	2	3	4
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	0	1	2	3	4
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	0	1	2	3	4
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	0	1	2	3	4
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla başedebilirim.	0	1	2	3	4
20. Yaşamdaki sorunlarla başederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	0	1	2	3	4
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	0	1	2	3	4
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
23. Zoru severim.	0	1	2	3	4
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	0	1	2	3	4
23. Başarımla gurur duyarım.	0	1	2	3	4

Yayın hakkı © 2001. 2003 by Kathryn M Cocinoc M I), and Jooathan K. T. Dauidon. M I). Trmslationby O/lcm Kararmak. 2006

Ek 4: Bakanlık İzin Onayı



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA KAMU
HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
11.01.2019 13:42 - 00124690 - 799 - 5.030



00097132513

Sayı : 69124690-799
Konu : Şerife DOĞAN Anket Uygulama
İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünün 31.05.2019 tarih ve E.1900015451 sayılı ekli yazısında Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet tezli yüksek lisans programı öğrencisi Şerife DOĞAN'ın "Diyabet Hastalarında Hastalık Sürecinin Sosyal Yaşam Üzerindeki Etkisi ve Hastaların Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri" konulu tez çalışması için Müdürlüğümüze bağlı Orhangazi Devlet Hastanesi, Gemlik Devlet Hastanesi, Bursa Devlet Hastanesi ve Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anket uygulama isteği Başkanlığınızca uygun görülmüş olup;

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Mehmet DEMİR
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../ 07 / 2019
e-imzalıdır.
Dr. Özcan AKAN
İl Sağlık Müdürü

Ek: Şerife DOĞAN Anket Uygulama İzni Belgeleri

Bursa Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı İdari Hizmetler Birimi
Telefon: 0 224 600 33 00 Faks No: Dahili: 1009
e-Posta: mehmetali.altun@saglik.gov.tr İnternet Adresi: bursa@saglik.gov.tr

Bilgi için: Mehmet Ali ALTUN
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 224) 600 33 00

Bu belge elektronik imzalı olarak oluşturulmuştur. Belgenin elektronik imzalı olarak oluşturulmuş olduğunu doğrulamak için belgeyi aşağıdaki linkten kontrol edebilirsiniz.

Ek5: Yazılı Onam Formu

Değerli Katılımcı;

Aşağıda yer alan anket formundaki bilgilerden Prof Dr. Dr. Musa Şahin danışmanlığında gerçekleştirilecek olan Yüksek Lisans Tez çalışmasında yararlanılacaktır. Anket soruları genel olarak değerlendirileceği için isminiz istenmeyecektir. Araştırmanın amacı ‘‘Diyabet Hastalarında Hastalık Sürecinin Sosyal Yaşam Üzerindeki Etkisi Ve Hastaların Psikolojik Sağlamlılık Düzeyleri’’ni araştırmaktır. Bu nedenle sorulara içtenlikle cevap veriniz. Lütfen soruları cevaplarken diyabet tanısı aldıktan sonraki durumunuzu göz önünde bulundurunuz. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Şerife Doğan

Yalova Üniv. Sosyal Bil. Ens.

Sosyal Hizmet A.B.D.

Yüksek Lisans Öğrencisi

ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Diyarbakır’da doğdu. Diyarbakır’da 1998 yılında ilköğretime başladı ve 2006 Yılında mezun oldu. 2006 yılında Mardin Anadolu Öğretmen Lisesinde ortaöğretim eğitime başladı ve Eşit Ağırlık (TM) alanında 2010 yılında mezun oldu. 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi sosyal hizmet bölümüne başladı ve 2015 yılında mezun oldu.

2015 yılında Iğdır Devlet Hastanesine sosyal çalışmacı olarak atandı ve yaklaşık 9 ay burada çalıştı. 2016 yılında Orhangazi Devlet Hastanesinde sosyal çalışmacı olarak görev yapmaya başladı. 2020 yılının Şubat ayında bu görev yerinden ayrılarak Muş Merkez Toplum Sağlığı Merkezinde sosyal çalışmacı olarak halen çalışmaya devam etmektedir. 2017 yılında Yalova Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı’nda yüksek lisansa başlayıp 2020 yılında yüksek lisansını tamamladı.

