

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

TİP 2 DİYABET HASTALARININ
DUYGUDURUMLARI, HASTALIK TEMSİLLERİ
VE ÜST BİLİŞSEL YAPILARI ARASINDAKİ
İLİŞKİLERİN FENNELL DÖRT EVRE MODELİ
ÇERÇEVESİNDEN İNCELENMESİ

DİDEM ACAR

2502150495

Tez Danışmanı

DOÇ. DR. NURAN AYDEMİR

İSTANBUL-2021

ÖZ

Tip 2 Diyabet Hastalarının Duygudurumları, Hastalık Temsilleri ve Üst Bilişsel Yapıları Arasındaki İlişkilerin Fennell Dört Evre Modeli Çerçevesinden İncelenmesi

Didem Acar

Fennell Dört Evre Modeli (FDEM), kronik hastalığı olan bireylerin kriz, stabilizasyon, çözülme ve bütünleşme olmak üzere dört evreden geçerek hastalığa uyum sağladıklarını, duygusal zorlanmalar başta olmak üzere birçok psikolojik değişkenin de bu evrelere göre farklılaştığını önermektedir. Ayrıca kronik hastalıklara eşlik eden duygusal zorlanmaların mekanizması araştırılmakta ve güncel yaklaşımlar bu zorlanmaların hastalık temsillerinin ötesinde üst bilişsel inançlarla açıklanabileceğine işaret etmektedir. COVID-19 sürecinde yürütülmüş bu çalışmada Tip 2 diyabet hastaları için FDEM'in geçerliği değerlendirilmiş ve hastalık temsilleri, üst bilişsel inançlar, semptom kontrolüne dair üst bilişler, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiler COVID-19 korku ve duyarlılık düzeyi dikkate alınarak incelenmiştir.

Araştırma örneklemini 153 Tip 2 diyabeti olan yetişkin birey oluşturmuştur. Veriler Fennell Evre Envanteri, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, Üst bilişler Ölçeği-30, Semptom Kontrolü Hakkındaki Üst Bilişler Ölçeği-Kısa Form, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, COVID-19 Önleyici Davranışları için Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği ve sosyodemografik ve tıbbi bilgi formu kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular bireylerin sosyodemografik değişkenlerinin evrelere göre farklılaşmadığını; hastalık temsilleri, üst bilişler, semptom kontrolüne dair üst bilişler, depresyon ve kaygı düzeyleri için farklılaştığını göstermiştir. Bildirilen bu değişkenler için anlamlı farklar daha çok kriz ve bütünleşme evreleri arasında gözlenmiştir. Cinsiyet, daha önceki psikiyatrik hastalık varlığı, aylık gelir, COVID-19 korkusu ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler hem depresyon hem de kaygı düzeylerini daha fazla yordamıştır.

Çalışmanın sonuçları Tip 2 diyabet hastalarında hastalığa uyum evrelerinin önemli olabileceğini ve müdahalelerde dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Ayrıca depresyon ve kaygı düzeylerinin düzenlenmesinde hastalık

temsillerinin doğrudan hedef alınması yerine, üst bilişlerin de hedeflenmesinin faydalı olabileceği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabet, hastalık temsilleri, üst bilişler, kaygı, depresyon, COVID-19 korkusu



ABSTRACT

Investigation of Mood, Illness Representations and Metacognitive Structures of Patients with Type II Diabetes in The Framework of Fennell Four Phase Model

Didem Acar

The Fennell Four Phase Model (FFPM) suggests that individuals with chronic illnesses adapt to the disease by going through four phases: crisis, stabilization, resolution and integration; and many psychological variables, especially emotional difficulties differ according to these phases. In addition, the mechanism of co-morbid emotional difficulties is being investigated and current approaches indicate that these difficulties can be explained by metacognitive beliefs beyond illness representations. In this study, validity of FFPM was evaluated for Type 2 diabetes and the relationships between illness representations, metacognitive beliefs, metacognitions about symptom control, anxiety and depression levels were examined by considering the fear and susceptibility level of COVID-19.

The study sample consisted of 153 patients with Type 2 diabetes. The data were collected using the Fennell Phase Inventory, Brief Illness Perception Questionnaire, Metacognition Questionnaire-30, Metacognitions about Symptoms Control Scale-Revised, The Hospital Anxiety and Depression Scale, Protection Motivation Theory Scale for COVID-19 Preventive Behaviors and sociodemographic and medical information form.

Findings revealed that sociodemographic variables of individuals did not differ according to stages but illness representations, metacognitions, metacognitions about symptom control, depression and anxiety levels differed. Significant differences for these specified variables were mostly observed between crisis and integration phases. Metacognitive beliefs predicted both depression and anxiety levels more after controlling for gender, previous psychiatric illness, monthly income, fear of COVID-19, and illness representations.

The results of the study suggest that stages of the adaptation to illness maybe important for patients with Type 2 diabetes and should be considered in interventions.

In addition, it can be said that targeting metacognitions rather than directly targeting illness representations may be beneficial in regulation of depression and anxiety levels.

Keywords: Type 2 diabetes, illness representations, metacognitions, anxiety, depression, fear of COVID-19



ÖNSÖZ

...

Buraya, bir inanç bir inat koydum.

Tut ki unuttun, tekrar bak, o inat neyse, sen osun.

...

Birhan Keskin

Akademik tutkumun temsili olan doktora eğitim sürecim, yürüttüğüm bu çalışma ile tamamlansa da, yeni akademik kapıların anahtarı niteliğindedir. Yolu uzun, inişli çıkışlı, hatta zaman zaman virajlı doktora eğitimimin hem psikolog kimliğim hem de akademisyen kimliğime etkisi büyük. Yolların kısalması, engellerin aşılması, virajların alınması çokça zorluk içermiş ve aşağıda sunacağım kurum ve isimlerin desteği ile bu süreç tamamlanmıştır.

Tanıştığımız ilk günden beri kapsayıcılığına hayran kaldığım, sağlığı bütüncül olarak görmenin yanı sıra, insanı da tüm yönleriyle görmeyi ve kabul etmeyi öğreten, bilgisi ve karakteri ile örnek olan değerli hocam Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'e teşekkürü borç bilirim. Bu uzun yolda, gelişimime sunduğunuz her bir katkı ve yol arkadaşlığınız için müteşekkirim.

Doktora eğitimimin önemli parçası olan tezime, sundukları akademik katkılar ve bu süreçteki destekleyici tavırlarından dolayı tez izleme ve savunma jüri üyelerim Prof. Dr. Orçun Yorulmaz'a, Prof. Dr. Sevim Cesur'a, Doç Dr. Nuran Aydemir'e, Dr. Öğr. Ü. Elif Ergüney Okumuş'a çok teşekkür etmek isterim.

Sadece akademik hayata değil uygulama alanına da katkı sunmasını umduğum tez çalışmamın, veri toplama aşamasında diyabet hastalarına ulaşmama yardımcı olan, üyesi olduğu kurumun kaynaklarını paylaşmaktan çekinmeyen, saha bilgisinin yanı sıra akademik bilgileriyle desteğini esirgemeyen, Bursa Uludağ Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Erdiç Ertürk'e teşekkürlerimi sunarım. Bu süreçte klinik bilgilerini aktarmaktan çekinmedikleri, pozitif tutumları ile endokrinoloji polikliniğinde beni rahat hissettirdikleri için Uzm Dr. Yasemin Ünsal ve Uzm. Dr. Ensar Aydemir'e teşekkür ederim. Veri toplama sürecimde sundukları

kolaylıkların ötesinde, duygusal olarak zorlanmalarına da destek olan sevgili İç Hastalıkları Anabilim Dalı hemşireleri Gülnaziye Yılmaz ve Dilara Görgün'e teşekkür ederim. Sizin desteğiniz ve güleryüzünüz ile sürecim daha da kolaylaştı. Ve canım Dr. Merve Kökkülünk, iyi ki yollarımız hastane odasında kesişti. Desteğin ve güçlü duruşunla bana beni hatırlattığın için teşekkürler...

Tez sürecimde stajyer öğrencim olan sevgili Beyzanur Öztürk'e, akademik kaynaklarımın gözden geçirilmesi sürecindenki özverili çalışmasından dolayı teşekkür ederim.

Tez sürecimin yanı sıra doktora eğitim sıralarını paylaştığım, birlikte öğrenmenin ötesinde birlikte büyüdüğüm, an'ları anı'lara dönüştürdüğüm dönem arkadaşlarım Ünzile Özge Kıcalı ve Kadir Özden'e teşekkür ederim.

İçinde yer almaktan mutluluk duyduğum, klinik sağlık ekibinde yer alan meslektaşlarım birlikte öğrenmek ve çalışmak çok keyifli ve öğreticiydi, teşekkür ederim.

Mesleki ve duygusal açıdan gelişimimi destekleyen her bir muhabbet ya da akademik tartışmanın parçası olan İ.Ü. Psikoloji Bölümü üyeleri ve meslektaşlarım, sizinle çalışmak ve zenginleşebilmek çok keyifliydi, müteşekkirim.

Kurumsal ve mesleki desteklerin ötesinde bizzat hastalık süreçlerini paylaşarak çalışmama destek veren araştırma katılımcılarıma, gönüllü olarak sundukları bu destek için çok teşekkür ederim. Siz olmasanız bu çalışma olmazdı.

Ve son olarak, bugünkü ben olmamda desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım ailem, yolumun en yakın takipçisi sizsiniz. Yolumdaki engelleri aşmamda desteğiniz ve güveniniz çok kıymetli, müteşekkirim. En çok da canım annem, bir ağaç gibi tek ve hür, bir orman gibi kardeşçe yaşamayı senden öğrendim. Kızın olmak gurur verici...

Didem Acar

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

ÖZ	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

DİYABET VE SAĞLIK PSİKOLOJİSİ

1.1. Diyabet.....	6
1.1.2. Diyabetin sınıflandırılması	7
1.1.2.1. Tip 1 Diyabet.....	8
1.1.2.2 Tip 2 Diyabet.....	8
1.1.2.3. Gestasyonel Diyabet	8
1.1.2.4 Diğer spesifik türler.....	9
1.1.3. Diyabet Yaygınlığı.....	9
1.1.4. Sağlık Psikolojisi Çerçevesinden Diyabet.....	11
1.1.5. Diyabette Gözlenen Psikolojik Durumlar.....	14
1.1.6. Tip 2 Diyabet Hastalarında Depresyon ve Kaygı	19
1.2. DİYABET VE HASTALIK TEMSİLLERİ	22
1.2.1. Hastalık Temsilleri.....	22
1.2.1.1.Hastalık Temsillerinin Bileşenleri.....	24
1.2.2. Hastalık Temsillerinin Teorik Arka Planı: Kendini Düzenleyici Model.....	29
1.2.3. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Temsilleri.....	30
1.2.4. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Temsilleri ve Sağlık Sonuçları İlişkisi	36
1.3. DİYABET VE ÜST BİLİŞLER.....	39
1.3.1. Üst Biliş (metacognition).....	39
1.3.1.1. Üst Biliş Bileşenleri	40
1.3.2. Kendini Düzenleyici ve Yürütücü İşlevler Modeli (The Self-Regulatory Executive Function Model, S-REF Model)	41

1.3.2.1. Bilişsel Dikkat Sendromu (Cognitive Attentional Syndrome-CAS)	42
1.3.3. Kronik Sağlık Koşullarında Üst Bilişlerin Sağlığa Etkisi	43
1.3.4. Semptom Kontrolü Hakkında Üst Bilişler	46
1.3.5. Diyabet Hastalarında Üst Bilişlerin Sağlığa Etkisi	46
1.4. KRONİK HASTALIKLARA UYUMDA EVRE YAKLAŞIMLARI	48
1.4.1. Fennell Dört Evre Modeli.....	49
1.4.2. Fennell Dört Evre Modeli'nin Evreleri.....	50
1.4.2.1. Kriz Evresi	50
1.4.2.2. Stabilizasyon Evresi	51
1.4.2.3. Çözülme Evresi	52
1.4.2.4. Bütünleşme Evresi	53
1.4.3. Fennell Dört Evre Modelini Destekleyici Çalışmalar.....	54
1.4.4. Hastalık Evreleri Bağlamında Hastalık Temsilleri	60
1.4.5. Hastalık Evreleri Bağlamında Üst Bilişler	61

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLER

2.1. Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler	63
2.2. Araştırmanın Amacı, Deseni ve Hipotezler.....	64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Katılımcılar	70
3.2. Veri Toplama Araçları	74
3.2.1. Fennell Evre Envanteri (FEE)	75
3.2.2. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)	76
3.2.3. Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)	77
3.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)	78
3.2.5. Semptom Kontrolü Hakkındaki Üst Bilişler Ölçeği-Kısa Form (SKHÜBÖ-KF).....	80
3.2.6. COVID-19 Önleyici Davranışları İçin Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği ...	81
3.2.7. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu	82
3.3. İşlem.....	82
3.4. Veri Analizi	83

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Araştırma Değişkenlerinin Tanımsal İstatistik Değerlerine, Sosyodemografik ve Hastalık ve COVID-19 Süreci Karşılaştırmalarına Dair Bulgular	84
4.2. Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler	91
4.3. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesine İlişkin Bulgular	94
4.4. T2D Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yordayıcıları.....	98

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Araştırmanın Katılımcılarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	105
5.2. Araştırma Değişkenlerine Dair Gruplar Arası Fark ve Korelasyon Bulgularının Değerlendirilmesi	110
5.2.1. Araştırma Değişkenleri için Gruplar Arası Farkların Değerlendirilmesi ...	110
5.2.2. Araştırma Değişkenleri Arası İlişkilerin Değerlendirilmesi	113
5.3. Fennell Evre Modeli Çerçevesinde Ele Alınan Araştırma Değişkenlerine Dair Bulguların Değerlendirilmesi	118
5.4. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları.....	130
5.5. Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler	135
KAYNAKÇA.....	138
EKLER.....	172
ÖZGEÇMİŞ	186

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Dair Bulgular.....	70
Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Süreçlerine Dair Bulgular.....	72
Tablo 3. Katılımcıların COVID-19 Yaşantısına Dair Bulgular.....	73
Tablo 4. Katılımcıların Aldıkları Ölçüm Puanlarına Dair Betimsel İstatistik Bulguları.....	83
Tablo 5. Araştırma Değişkenlerinin Birbirleriyle Olan İlişkilerine Dair Korelasyon Sonuçları.....	92
Tablo 6. Katılımcıların Evre Puanlarına Dair Betimsel Bulgular.....	93
Tablo 7. Katılımcıların Bulundukları Evrelere Göre Sonuç Değişken Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	96
Tablo 8. Katılımcıların Kaygı ve Depresyon Puanlarının Yordayıcılarına Dair Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları.....	100

KISALTMALAR LİSTESİ

COVID-19	: Koronavirüs hastalığı-Corona virüs disease
GD	: Gestasyonel Diyabet
T1D	: Tip 1 Diyabet
T2D	: Tip 2 Diyabet
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
HB1AC	: Glikozillenmiş Hemoglobin
KDM	: Kendini Düzenleyici Model
S-REF	: Kendini Düzenleyici ve Yürütücü İşlevler Modeli- The Self-Regulatory Executive Function Model
CAS	: Bilişsel Dikkat Sendromu- Cognitive Attentional Syndrome
KYS	: Kronik Yorgunluk Sendromu
FDEM	: Fennell Dört Evre Modeli
FEE	: Fennell Evre Envanteri
KHAÖ	: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
ÜBÖ-30	: Üst Biliş Ölçeği-30
HADÖ	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
SKHÜBÖ-KF	: Semptom Kontrolü Hakkındaki Üst Bilişler Ölçeği-Kısa Form

GİRİŞ

Kronik hastalık, seyri yavaş, altı ay ve daha uzun süren, birden fazla nedeni olan, kişinin yaşam kalitesini etkileyen, sürekli tıbbi hizmet almasını gerektiren ve bu sebeple kişinin gündelik hayatını kısıtlayan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2010). En yaygın görülen dört kronik hastalıktan biri olan Tip 2 Diyabet (T2D) (Dünya Sağlık Örgütü, t.y.b) aynı zamanda en yaygın görülen endokrin bozukluklar arasındadır (Bastaki, 2005; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017). T2D bireylerin yaşamlarında çok sayı ve çeşitlilikte değişikliğe yol açarak iyilik hali ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Benzer şekilde bu hastalığa uyum gösterme ve hastalığın yönetilmesi, bireylerin hayatlarında çeşitli değişiklikler yapmalarını ve sağlık davranışları geliştirmelerini (Örn. egzersiz, sağlıklı beslenme, düzenli metabolik kontrol vb.) gerektirmektedir.

Söz konusu hastalığa uyum olduğunda, bu süreci etkileyen birçok faktörün bulunduğu ve objektif olarak benzer koşullardaki bireylerin daha başarılı ya da daha az başarılı olmak üzere farklı düzeylerde uyum sağlayabildikleri bilinmektedir (Smedema, Bakken-Gillen, ve Dalton, 2009). Bu çerçevede kronik koşullara uyumun hem *durum* hem de *süreç* olarak ele alınması mümkündür. Durum olarak uyum, yaşam kalitesinin iyiliği kadar; özel, sosyal ya da mesleki koşullarda uygulanan kısıtlamalarla birlikte fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevselliğin uygun düzeyde erişilebilir olmasına karşılık gelmektedir (Sharpe ve Curran, 2006). Dahası, kronik koşullara sahip bireylerin çoğu, mümkün olan en iyi düzeyde işlevselliğe erişmeden önce değişim ve uyum sürecinden geçmektedir. Bu bireylerin bazıları ise kronik durumun işlevsel ve/ya duygusal doğasının önemli zorlanmalarını bırakarak kısmen uyum sağlayabilmektedir. Bu sebeple de uyumun bir süreç olarak ele alınması önerilmektedir (Hammond ve Hirst-Winthrop, 2018).

Hastalığa uyum süreci, tanıdan hastalık kabulüne uzanan düzlemde farklı evreleri içermektedir. Bu çerçevede, yeni fikirleri, sorgu alanlarını şekillendirdiğinden ve ortaya çıkardığı şablonlarla çıkarımda bulunmayı sağladığından; tıbbi servislerin kullanımı, sağlıklı davranışların durdurulması ve koruyucu-önleyici davranışların benimsenmesinde evre modellerinin kullanımı önerilmektedir (Weinstein, Rothman,

ve Sutton, 1998). Kronik hastalıklar bağlamında ise evre modelleri, araştırmacılara kronik hastalıkların doğasını, değişimin mekanizmalarını, hastalıkların içsel ve dışsal taleplerle baş etme girişimlerine dair boylamsal süreçlerini anlamada yardımcı olmaktadır (Jason, Fennell, Klein, Fricano, ve Halpert, 1999). Bu kapsamda ele alınabilecek modellerden biri, Fennell'in başta kronik yorgunluk sendromu olmak üzere, kronik hastalığı olan bireyler için geliştirdiği Fennell Dört Evre Modelidir (FDEM) (Fennell, 1995). Modele göre bireyler, hastalık deneyimleri ile uzlaşmak için belli evrelerden geçmekte ve model bireylerin bu geçişlerdeki fiziksel, psikolojik, sosyal ve çalışma performanslarına dair de kapsayıcı bilgiler sunmaktadır.

Diyabet hastalarının gerek hastalığa gerekse tedaviye uyumlarını etkileyen çok sayıda faktör olsa da, bu faktörlerin başında hastalığa eşlik eden ve bireylerin metabolik kontrollerinin önünde engel işlevi gören psikolojik zorlanmalar gelmektedir. Bu zorlanmalar, metabolik kontrol, komplikasyon gelişimi, gelecekteki fiziksel engellilik ve hatta ölüm oranları üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğundan diyabet yükünü de artırmaktadır (Garrett ve Doherty, 2014; Katon, Lin, ve Kroenke, 2007). Eşlik eden zorlanmaların bireyler üzerindeki etkisine ek olarak hastalık maliyetini artırarak sağlık sistemini de olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Struijs, Baan, Schellevis, Westert, ve Van Den Bos, 2006). Bu nedenle alanda çalışan uzmanların, diyabet hastalarında gözlenen psikolojik zorlanmalara karşı gözünün açık olması ve hasta ile her temasta ruh sağlığı taramalarının gerçekleştirilmesi ihtiyacıdır (Fisher ve ark., 2008).

T2D hastalarında gözlenen psikolojik zorlanmaların başında depresyon ve kaygı gelmektedir. Depresyon ve kaygı, hastalarda belirti düzeyinde meydana gelebildiği gibi, belirtilerin yoğunluğuna göre psikolojik bozukluk eş tanısı ile de gözlenebilmektedir (Ali, Stone, Peters, Davies, ve Khunti, 2006; Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, ve Lustman, 2002). Bu noktada, bireylerin hastalığa göstermeleri beklenen duygusal tepkiler ile uygunsuz patolojik durumun ayırt edilmesi önem arz etmektedir (Küçük, 2015).

Güncel teorik yaklaşımlar, diyabet gibi kronik fiziksel hastalığa sahip bireylerin yaşadıkları sürekli sıkıntıları “bilişsel paradigma” ile açıklamakta ve bireylerin hastalıklarını olumsuz olarak değerlendirmelerinin sonucunda duygusal sıkıntılarının devam ettiğini ileri sürmektedir (Cook ve ark., 2015a). Bu doğrultuda

alışmalar tek başına baş etmeye odaklanmaktan çıkarak Kendini Düzenleyici Model'in (Leventhal, Diefenbach, ve Leventhal, 1992; Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal, ve Ozakinci, 2005) en önemli bileşeni olan hastalık temsillerine odaklanmaktadır. Hastalık tipinin, süresinin, sonuçlarının, nedenlerinin ve kontrol edilebilirlik algısının bilişsel ve duygusal değerdendirilmesini içeren hastalık temsilleri (Diefenbach ve Leventhal, 1996) hastaların duygu durumlarını yordayan önemli değışkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Özetle alışmalar düşük düzeyde hastalık belirtisi algılamamanın (zayıf hastalık kimliği) ve daha az hastalık sonucu beklemenin daha uyumlu sağık sonuçları (örn. daha düşük kaygı ve depresyon) ile ilişkili olduğuna; daha fazla hastalık sonucu beklemenin, hastalık belirtilerini yüksek algılamamanın ve kronik süre algısının düşük rol işlevselliğı, düşük sosyal işlevsellik ve düşük enerji ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Hagger ve Orbell, 2003). Diğer yandan bu araştırmalar hastalık temsilleri ile sağık sonuçları arasındaki ilişkinin mekanizmalarını açıklamakta yetersiz kaldıklarından eleştirilmektedir (Hagger ve Orbell, 2003). Bazı araştırmacılar hastalık temsillerinin sağık sonuçlarında nedensel rolünün bulunmamasının anlaşılabilir olduğunu, kronik fiziksel hastalığı olan birçok bireyin tanı sonrasında olumsuz düşünceler deneyimleseler de hepsinin sıkıntı yaşamadığını, bu düşüncelere yoğun endişe ile tepki verildiğinde psikolojik sıkıntının ortaya çıkabileceğine dikkat çekmektedir (Cook ve ark., 2015a).

Bu bağlamda, güncel çalışmalar kronik sağık koşullarında yaşanan sıkıntıları açıklamada alternatif bakış açısı sunan ve üst bilişsel terapinin de temeli olan Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlev Modeline (S-REF) odaklanmaktadır (Cook ve ark., 2015a; Heffer-Rahn ve Fisher, 2018; Purewal ve Fisher, 2017). Bu model psikolojik rahatsızlıkların mekanizmalarının anlaşılmasında çokça kullanılsa da, fiziksel sağık koşulları için yeni yeni test edilmeye başlanmıştır. Parkinson hastaları (Allott, Wells, Morrison, ve Walker, 2005) ve kronik yorgunluk sendromu (KYS) olan bireylerle (Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Nikcevic, ve Spada, 2012) yürütölen ilk çalışmalar üst bilişsel inançlar ile duygusal sıkıntıların ilişkili olduğuna işaret etmektedir.

Bu çalışmaların ötesinde, kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin yaşadığı sıkıntıların hastalık temsillerinden çok üst bilişsel inançlarla açıklanıp açıklanamayacağı da merak konusudur. Bu bağlamda yürütölen çalışmalardan birinde ise, kanser tanısı almış bireylerin kaygı, depresyon ve travma sonrası stres belirtilerinin

üst bilişler ile ilişkili olduğu ve yaş, cinsiyet ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra, üst bilişlerin ek varyansı açıkladığı gösterilmiştir (Cook ve ark., 2015a). Benzer bulgular diyabeti (Purewal ve Fisher, 2017) ve multipl sklerozu (Heffer-Rahn ve Fisher, 2018) olan bireylerle de tekrarlanmıştır.

Kronik fiziksel hastalıklarda dikkat çekmeye başlayan üst bilişsel kavramlardan diğeri de semptom kontrolüne dairdir. Özellikle KYS olan bireylerde fiziksel işlevsellikteki bozulmaların ve yorgunlukla ilişkili semptomların ciddiyetini yordayan iki tür üst bilişten bahsedilmektedir (Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Wells, ve Spada, 2011). Bunlar, kontrol düşüncelerine ihtiyaç hakkındaki inançlar ve kişinin belleğine ne derece güvendiğine karşılık gelen bilişsel güven eksikliğidir. Bu araştırmacılara göre, kontrol düşüncelerine ihtiyaç hakkındaki inançlar semptom hakkındaki düşüncelerin tekrarlı ve olumsuz olarak yorumlanmasına yol açmakta ve işlevsel olmayan baş etme stratejilerini harekete geçirmektedir. Benzer şekilde bilişsel güven eksikliği semptom ciddiyetine katkıda bulunmaktadır (Maher-Edwards ve ark., 2011).

Aktarılan bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, mevcut araştırma kapsamında, FDEM'in uygunluğunun T2D hastalarında değerlendirilmesi; kaygı, depresyon, hastalık temsilleri ve üst bilişler ile semptom kontrolüne dair üst bilişlerin Fennell'in her bir evresi ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve bu hastaların yaşadığı psikolojik sıkıntıların (depresyon, kaygı) yordayıcılarının belirlenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca araştırma coronavirus (COVID-19) salgını sürecinde gerçekleştirildiğinden, bildirilen değişkenler arasındaki ilişkiler COVID-19 ile ilgili korku ve duyarlılık düzeyi de dikkate alınarak değerlendirilecektir.

Bildirildiği üzere farklı kronik hastalıklarda hastalık temsilleri ve üst bilişlerin sağlık sonuçları ile ilişkisini test eden araştırmalara alanyazında rastlansa da, bu değişkenleri hastalık evreleri ile birlikte değerlendirilen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dahası, alanyazında hastalıklara uyum “süreçten çok sonuç” olarak ele alındığından, T2D'ye uyum süreci evre çerçevesinden ilk kez bu çalışmada değerlendirilecektir. Ayrıca çalışmada semptom kontrolüne dair üst bilişler de değerlendirileceğinden, üst bilişlerin daha geniş bir bakış açısı ile ele alınması mümkün olacaktır.

Okumakta olduğunuz doktora araştırmasının ilk bölümünde diyabet, diyabet yaygınlığı, diyabetin sınıflandırılması, diyabete eşlik eden psikolojik durumlarla

birlikte hastalık temsilleri, üst biliş kavramları, bu kavramların kuramsal arka planları ve hastalık uyumunu evrelere göre değerlendiren teorik açıklamalara yer verilecektir. İkinci bölümde araştırma değişkenlerinin birbirleriyle ilişkileri ve hipotezler sunulacaktır. Üçüncü bölümde çalışmanın yöntemine dair katılımcılar, veri toplama araçları, işlem ve veri analizi hakkında bilgi verilecektir. Dördüncü bölümde bulgular incelenecektir. Beşinci ve son bölümde ise tartışma ve sonuca yer verilecektir.



BİRİNCİ BÖLÜM

DİYABET VE SAĞLIK PSİKOLOJİSİ

Bu bölümde diyabet, diyabet yaygınlığı, diyabetin sınıflandırılması, diyabete eşlik eden psikolojik durumlarla birlikte hastalık temsilleri, üst biliş kavramları, bu kavramların kuramsal arka planları ve birbirleri ile olan ilişkilerine dair deneysel araştırmaların bulgularına son olarak da hastalık uyumunu evrelere göre değerlendiren teorik açıklamalara yer verilecektir. Araştırmanın hedeflenen örneklem grubu T2D hastaları olduğundan, belirtilen değişkenlere dair açıklama ve araştırma sonuçları T2D hastaları ile sınırlandırılacaktır.

1.1.Diyabet

Halk arasında şeker hastalığı olarak bilinen, tıpta ise “diabetes mellitus” olarak isimlendirilen diyabet hastalığı, Yunanca “akıp gitmek” anlamına gelen diabetes ve Latince “bal kadar tatlı” anlamına gelen mellitus kelimelerinden türetilmiştir (Ahmed, 2002). Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki bozulmalara bağlı olarak organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamaması, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik, geniş spektrumlu bir metabolizma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (t.y.a) ise diyabeti “zamanla kalp, ve kan damarları başta olmak üzere gözlere, böbreklere, sinirlere ciddi zararlar veren yüksek kan şekeri düzeyleri ile karakterize kronik ve metabolik bir hastalık” olarak tanımlayarak hastalığın çok yönlü etkisini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, diyabetin, hasta açısından ruhsal, duygusal, psikoseksüel sorun ve çatışmalara yol açabildiği de bilinmektedir (Özdemir, Hocaoglu, Koçak, ve Ersöz, 2011).

Diyabet, susuzluk, poliüri (sık idrara çıkma), görme bulanıklığı ve kilo kaybı gibi belirgin semptomlarla kendini göstermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2019). Ulusal Diyabet Konsensus Ekibi (2019) diyabetin klinik bulgu ve belirtilerini; ağız kuruluğu, polifaji (aşırı yemeye yol açan açlık hissi) veya iştahsızlık, polidipsi (aşırı susama ya da su içme), poliüri (idrara miktarı ve atılımında artış), noktüri (gece idrara çıkma), kilo kaybı, bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yolu

enfeksiyonları, vulvovajinit (vajina ve vulva iltihabı), mantar enfeksiyonları, kaşıntı, ciltte kuruma ve yorgunluk olarak özetlemektedir. Ayrıca, bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntı gibi daha az görülen belirtilerle de ortaya çıkma mümkündür (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2020).

Etiyolojik açıdan diyabet 1889’larda pankreas ve insulin hormonu eksikliği ile ilişkilendirilmiştir (Ahmed, 2002). Ancak diyabetin sadece insulin eksiliği ile açıklanması sınırlı bir bakış açısı sunmakta olup hastalığın gelişmesinde birçok risk faktörünün bulunduğunu söylemek mümkündür. Adeghate, Schattner, ve Dunn (2006) genetik risk faktörlerinin yanı sıra T1D ve T2D için risk faktörlerini ayrı ayrı sıralamıştır. Buna göre cinsiyet farklılıkları, etnik köken, ve konum (kırsal ya da kentsel yaşam) her iki diyabet türü için risk faktörü iken, mevsimsel değişimler, beslenme faktörleri, toksik ajanlar, virüsler/enfeksiyonlar ve immünolojik durumlar T1D için; fiziksel aktivite azlığı, vücut ağırlığı-yağ dağılımı, obezite, ciddi ve uzamış stres, ilaçlar, anormal insülin salgısı ve etkisi T2D için risk faktörlerini oluşturmaktadır (Adeghate ve ark., 2006). Bu farklı faktörler, diyabetin biyopsikososyal yaklaşımla ele alınmasının hem hastalığın anlaşılması hem de yönetilmesinde önemli olduğunu düşündürmektedir.

Diyabete pek çok hastalık eşlik edebilmekte, bu hastalıkların bazıları diyabete bağlı gelişirken, bazıları diyabetten bağımsız meydana gelmektedir. Diyabete bağlı, kalp hastalıkları, göz hastalıkları, böbrek hastalıkları, diyabetik ayak, obezite gelişebilirken, depresyon, kaygı, nörolojik bozukluklar, kas iskelet sistemi hastalıkları, akciğer hastalıkları veya kanser türleri de eş tanılar arasında yer almaktadır. Eşlik eden bu hastalıklar, diyabet yükünü ağırlaştırmakta (Struijs ve ark., 2006) hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır (Pati ve ark., 2020; Wexler ve ark., 2006).

1.1.2.Diyabetin sınıflandırılması

Diyabet, Tip 1, Tip 2, gestasyonel diyabet (GD) ve diğer spesifik tipler olmak üzere dört grupta sınıflanmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2020; Ulusal Diyabet Konsensus Ekibi, 2019).

1.1.2.1. Tip 1 Diyabet

Ulusal Diyabet Konsensus Ekibi (2019) Tip 1 diyabeti (T1D), 30 yaşından önce başlayan, akut ve semptomatik olarak genelde zayıf kategorisinde kiloya sahip bireylerde ortaya çıkan bir hastalık olarak tanımlamaktadır. T1D ağırlıklı olarak çocuk ve gençlerde görülüyor olsa da, son yıllarda yetişkinlerde görülen olguların sayısı artmakta olup bu olgular “erişkinde latent otoimmün diyabet” olarak isimlendirilmektedir (Ulusal Diyabet Konsensus Ekibi, 2019). T1D, vücudun savunma sisteminin insülin üreten hücrelere saldırdığı otoimmün tepkiye bağlı meydana gelmektedir. Sonucunda ise, vücut ya çok az insülin üretmekte ya da hiç üretememektedir. T1D’de insülin eksikliğinin yanısıra hastaların %90’ında otoimmün, %10’unda ise non-otoimmün B-hücre yıkımı varlığından bahsedilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2020). Hastalığın nedenleri tam bilinmemekle birlikte, gen ve çevre etkileşimi ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020).

1.1.2.2 Tip 2 Diyabet

Tüm diyabetlilerin %90-95’ini oluşturan (Dünya Sağlık Örgütü, 2019; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017) Tip 2 diyabet (T2D) genellikle 30 yaş sonrası başlangıçlı, yavaş seyreden çoğunlukla semptom olmadan fazla kilolu ya da obez bireylerde ortaya çıkan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalık ağırlıklı olarak, vücut insüline tam olarak yanıt veremediğinde ortaya çıkan insülin direnci ile karakterizedir. İnsülin tam olarak çalışmadığında kan şekeri yükselmeye devam ederken daha fazla insülin salgılanır. Bu süreç; pankreasın tükenmesi, buna bağlı olarak daha az insülin üretimi ve yüksek kan şekeri (hiperglisemi) neden olabilmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020). T2D’nin görüldüğü bireylerde ailede diyabet yükünün yoğun olduğu belirtilmektedir (Ulusal Diyabet Konsensus Ekibi, 2019).

1.1.2.3. Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel diyabet (GD), gebelik sırasında (genellikle ikinci veya üçüncü üç aylık dönemde) tanımlanan karbonhidrat intoleransı olarak ele alınmaktadır (Ulusal

Diyabet Konsensus Ekibi, 2019). Bu diyabette tanısal eşiğin altında gözlenen bir hiperglisemi söz konusudur (Dünya Sağlık Örgütü, 2020). Bu nedenle genelde asemptomatik olarak gözlenmektedir. Doğumla birlikte iyileşme görülse de, sonraki gebeliklerde tekrarlayabilmesinin mümkün olduğu belirtilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2020). Gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınların yaklaşık yarısının doğumdan sonraki beş ila on yıl içinde T2D geliştirme riskine sahip oldukları (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020) ve bu riskin gebelikte normal glikoz intoleransı olan bireylere göre altı kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Anna ve ark., 2008).

1.1.2.4 Diğer spesifik türler

Belirtilen diyabet türlerinin yanında beta hücre fonksiyonunun genetik bozulmaları, insulin etkisinde genetik bozulmalar, ekzokrin pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç ve kimyasal maddelerle oluşan diyabet, enfeksiyonlar ve bağışıklık sistemi ile ilişkili diyabetin sık olmayan formları, ve diyabetle birlikte görülebilen diğer genetik sendromlara seyrek de olsa rastlanmaktadır (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2019).

1.1.3. Diyabet Yaygınlığı

Diyabet en yaygın görülen endokrin bozukluklardan biridir (Adeghate ve ark., 2006; Bastaki, 2005). Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (2019) verilerine göre, 20-79 yaşları arasında olan 11 bireyden 1'i toplamda ise 463 milyon insan diyabet hastalığına sahiptir. Dünyada 2019 yılı itibariyle en yüksek diyabetli hasta sayısı Çin'de görülürken, bu verileri Hindistan ve Amerika takip etmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2019). Diyabetin yaygınlığına dair 2010 yılı verileri, 2025 için beklenen diyabet oranını 438 milyon olarak bildirmiş olsa da, şimdiden bu beklentinin 25 milyon üzerine çıktığı açıktır. Öngörülere göre 2030 yılında bu yaygınlığın 538 milyon, 2045 yılı itibariyle de 700 milyon olması beklenmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2019).

Diyabetin yaygın olarak gözleendiği Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise 2015 yılı itibariyle her yaştan tahmini 30 milyon birey diyabet tanısı almaktadır. Diğer

yandan, tanı alan bu bireylerin 7,2 milyonunun hastalıklarının farkında olmadıkları ya da hastalıklarını bildirmedikleri raporlanmaktadır (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017). Uluslararası Diyabet Fedarasyonu (2019) verileri ise iki diyabet hastasından birinin, toplamda ise 232 milyon insanın tanı almadığını ve tanı almamanın %66.8’lik (üç diyabet hastasından ikisi) oran ile düşük gelirli ülkelerde en yüksek seviyeye ulaştığını bildirmektedir. Tanılanmamış diyabet oranlarının hastalık yaygınlık ve artış oranlarında yer almayışı ise bildirilen oranların gerçek oranların altında kaldığını düşündürmektedir (Carlsson, Andersson, ve Ahlbom, 2016).

Türkiye’de ise 1997-1998 yılları arasında yürütülmüş olan TURDEP (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması) – I sonuçları, 20 yaş üzeri bireylerde diyabet yaygınlığının %7.2 olduğunu göstermiştir (Satman ve ark., 2002). Ocak - Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 540 merkezin katılımı ile tekrarlanan TURDEP-II sonuçları, bu oranının %16.5 olduğunu göstermiştir (Satman ve ark., 2013). Bu veriler, dünyada olduğu gibi ülkemizde de diyabetin artış eğiliminde olduğunu destekler görünmektedir. Sözmen, Unal, Capewell, Critchley, ve O’Flaherty’nin (2015) yürüttükleri bir çalışmada, 2025 yılında 25 yaş üstü bireyler için diyabet oranının %31.5’e ulaşacağını öngörmüşlerdir. Dahası bu artış oranının kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olacağı belirtilmiştir. Buna göre kadınlar için 1997 yılında %8.7 olan oranın 2025 yılına kadar %34.7’ye; erkekler için ise 1997 yılında %6.3 olan oranın 2025 yılına kadar %28.2’ye ulaşacağı tahmin edilmiştir.

Diyabet türlerine göre yaygınlık incelendiğinde, T1D, diyabetli bireylerin %5’ini içeren grupta yer almaktadır (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2017). Uluslararası Diyabet Fedarasyonu’nun (2019) verilerine göre, 1.1 milyondan fazla çocuk ve ergen (<20 yaş) T1D’ye sahiptir. Türkiye’de ise, 18 yaş altında T1D yaygınlığı %0.08 olarak bildirilmiştir (Yeşilkaya ve ark., 2017). T2D ile karşılaştırıldığında T1D yaygınlık oranının daha düşük olduğunu söylemek mümkündür.

T2D için ise görülme sıklığı, geleneksel yaşam tarzı kalıplarından modern "Batılılaşmış" bir modele geçişle ilişkilendirilmektedir (Bloomgarden, 1996). Günümüz koşullarındaki aktivite değişiklikleri ve artan obezite sıklığı ağırlıklı 30 yaş sonrası gözlenen T2D'nin çocuk ve ergenlerde görülme sıklığında artışa yol açmıştır (Ulusal Diyabet Konsensus Ekibi, 2019). Türkiye'de Akdeniz bölgesini kapsayan (Adana, Antalya, Mersin, Hatay) bir çalışmada, T2D yaygınlığının %15 olduğu gösterilmiştir. TURDEP verileri ülkemizde gizli şeker yaygınlığının ise %30.8 olduğunu göstermiştir (Satman ve ark., 2013).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (2019) verilerine göre, altı canlı doğumdan birinde (toplamda 20 milyon) hamilelikte hiperglisemiden etkilenme ve bu sayının %84'ünde GD varlığı söz konusudur. Gebelikte yüksek kan şekeri (hiperglisemi) yaygınlığının yaşla birlikte hızla arttığı ve 45 yaşın üzerindeki kadınlarda en yüksek seviyeye eriştiği belirtilmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020). Ülkemizde gebelik dönemindeki bireylerle (n = 815) yürütülen bir çalışmada gestasyonel diyabet yaygınlığının %4.8 olduğu bulunmuştur (Erem, Kuzu, Deger, ve Can, 2015). Kasım-Aralık 2017 ayları arasında gerçekleştirilen taramaları içeren sistematik derleme sonucu ise, gestasyonel diyabetin yaygınlık oranının %7.7 olduğunu göstermiştir (Karaçam ve Çelik, 2019).

Gerek Türkiye gerek dünya için bildirilen bu yaygınlık oranları, diyabetin küresel olarak savaşılmaya gerektiğini desteklemektedir. Bu doğrultuda, 2013 Dünya Sağlık Toplantısında "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin onaylanan "2013-2020 Küresel Eylem Planı"nın içerisinde diyabet de yer almıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2013). Gerekli önlemler alınmadığı takdirde, diyabetin her geçen gün daha fazla insanı etkileyerek, eşlik eden diğer bozukluklar ile sağlık sisteminin sürdürülmesini tehdit edeceği açıktır (Coşansu, 2015). Bu durum diyabetin erken dönemde ele alınmasını ve etkili yönetimini zorunlu kılmaktadır (Çapoğlu, Yıldırım, Hacıhasanoğlu Aşlar, ve Çayköylü, 2019).

1.1.4. Sağlık Psikolojisi Çerçevesinden Diyabet

Sağlıklı bir bütün olarak ele alan, psikoloji ve sağlık arasında doğrudan ve dolaylı ilişkiler olduğunu ileri süren sağlık psikolojisi, hastalıkların etiyolojisinde

davranışların rolünü değerlendirme, sağlıksız davranışları yordama, psikoloji ve fizyoloji arasındaki etkileşimi ele alma, hastalık deneyimi ve hastalık tedavisinde psikolojinin rolünü vurgulama hedeflerine sahiptir. Bu doğrultuda biyopsikososyal yaklaşımı referans alarak birey, grup, toplum ve politikalar düzleminde sağlık sistemine katkılar sunma çabasıdır (Ogden, 2016).

Diyabet biyopsikososyal bağlamda ele alındığında, stres ve başa çıkmanın ilaç uyumu aracılığıyla diyabetin yordayıcısı olan glisemik kontrole etki ettiği belirtilmektedir (Peyrot, McMurry, ve Kruger, 1999). Benzer şekilde, depresyon ve diyabete ilişkin zorlanma da beslenme düzeni, egzersiz, ilaç uyumu ve uykuyu etkileyerek glisemik kontrol üzerinde dolaylı bir etkiye sahiptir (Snoek, Bremmer, ve Hermanns, 2015). Çalışmalar, diyabet hastalarının psikolojik sağlıklarının öz bakım uyumsuzluğu ile ilişkili olduğunu (Gonzalez, Shreck, Psaros, ve Safren, 2015); psikolojik sağlığın, öz bakımda kötüleşme, randevulara gelmeme, düzensiz yeme, kendine zarar verme için insülin kullanımı, yetersiz glisemik kontrol ve komplikasyon riskinde artışa yol açarak klinik sonuçları kötüleştirdiğini göstermektedir (Britneff ve Winkley, 2013; Young-Hyman ve ark., 2016). Hatta bazı çalışmalar düşük sosyoekonomik statü ve gelir düzeyi nedeniyle beslenme düzeni, hareketli yaşam gibi konularda sağlıklı seçimler yapmakta zorlanan şizofreni hastalarında diyabetin yüksek oranda gözlemlendiğini bildirmektedir (Suvisaari, Keinänen, Eskelinen, ve Mantere, 2016). Bildirilen bu çalışmaların incelediği kavramlar birbirinden bağımsız gibi görünse de, bu kavramların sağlık temelinde buluştukları ve diyabetin tek yönlüden çok multidisipliner bakış açısıyla ele alınmasına hizmet ettikleri açıktır. Bu durum, diyabetin nedensel faktörlerinin yanı sıra doğurduğu sonuçların da çok boyutlu olarak ele alınmasını gerekli kılmaktadır (Taşkale, 2020).

Sağlık psikolojisi, hastalıkların sağlık sistemine olan yüklerini de dikkate aldığından diyabetin sağlık sistemi için maliyeti önem kazanmaktadır. Bu bağlamda, dünyada diyabetin 2019 yılı içerisindeki maliyeti en az 760 milyar ABD doları olarak bildirilmekte, bu miktar yetişkinlere yapılan toplam harcamaların %10'una karşılık gelmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020). Diğer yandan ABD'de 2014 yılında her 1000 diyabetli bireyden 1'ine hastane yatışı verildiği, 14'üne acil serviste müdahale yapıldığı raporlanmıştır (National Center for Chronic Disease Prevention

and Health Promotion, 2017). Türkiye’de ise diyabetin ve eşlik eden kardiyovasküler, böbrek ve gözle ilgili komplikasyonların maliyet değerlendirme sonuçları, diyabetin maliyetinin 2025 yılında 13 milyar TL’yi bulacağı şeklindedir (Karşıdağ ve Malhan, 2011; Olgun, Yalın, ve Demir, 2011). Ancak bu maliyet yüksekliğine diyabete eşlik eden ek sorunların büyük oranda etki ettiği bildirilmiştir. Diyabete eşlik eden sorunlar doktor ziyareti, ambulans kullanımı ve hastane yatışlarını arttırarak hastalık maliyetini arttırmaktadır (Struijs ve ark., 2006). Diğer yandan, diyabette hastaların günlük olarak çok sayıda kararlar alması ve karmaşık bakım faaliyetlerini sürdürmesi gerektiğinden (Powers ve ark., 2017) hastalığın yönetilmesi de önemlidir. Diyabetin yönetilmesi; iyilik halini ve yaşam kalitesini sürdürme, risk etkenlerini kontrol altına alma, hastalık belirtilerini yönetme, meydana gelen/gelebilecek olan komplikasyonların sıklığını azaltma hedeflerini içermektedir (Conti ve ark., 2017). Ancak diyabetli bireylerin yaklaşık üçte birinin diyabetlerini kendi kendilerine yönetme yeteneklerini engelleyen psikolojik ve/veya sosyal sorunlarının olduğu belirtilmektedir (Grigsby ve ark., 2002). Bu sebeple, tedavi maliyetinin azaltılması ve diyabet yönetiminde diyabete eşlik eden sorunların göz önünde bulundurulması önemlidir. Özellikle, iyi glikoz kontrolünün önündeki psikiyatrik ve psikolojik engellerin ele alınmasının, hem birey hem de sağlık sistemi üzerindeki diyabet yükünü ve komplikasyonları azaltmaya yardımcı olabileceği bildirilir (Garrett ve Doherty, 2014; Katon ve ark., 2007). Bu kapsamda, diyabet bakımının her hasta için ayrı ayrı yapılması ve kanıta dayalı tedavilerin prognoz ve eş tanılar göz önünde bulundurularak hastalarla işbirliği içerisinde gerçekleştirilmesi önerilmektedir (American Diabetes Association, 2017).

Dahası diyabetli bireylerde yaygın olarak gözlenen ruh sağlığı ve hastalıkları belirtileri ile hastalık belirtilerinin ayrıştırılması, ihtiyaç duyulan tedavi hizmetinin sağlanmasında önemlidir (Taşkale, 2020). Diyabetli bireylerin iyi oluş ve tedavi uyumlarını değerlendirme amacıyla geliştirilmiş ölçeklerde, diyabetle kaygı ve depresyon belirtileri arasındaki benzerlikler ölçüm ve puanlama hataları ile sonuçlanabilmektedir (Bradley ve Lewis, 1990). Örneğin, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, kalp çarpıntısı, baş dönmesi belirtileri sıklıkla hipoglisemi (düşük kan şekeri)/hiperglisemi (yüksek kan şekeri) ve kaygı/depresyon için ortaklık gösterdiğinden, bu hastalıkların karıştırıldığı belirtilmektedir (Pearce, Pereira, ve

Davis, 2013). Buna göre, hastalığa bağlı doğal beklendik tepki ile uygunsuz patolojik durumun ve hastalığa bağlı somatik bulgularla depresyona bağlı psikofizyolojik bozuklukların ayırt edilmesi önemlidir (Küçük, 2015). Bu nedenle, tanılama alanına katkı sunmaları için sağlık psikologlarına önemli görev düşmekte (Taşkale, 2020) diyabeti olan bireylerin psikolojik sıkıntı ve ruhsal bozukluklar için yapılandırılmış görüşmeler yoluyla düzenli olarak taranması gerekmektedir (Katon ve ark., 2010). Diyabet, hastanın ailesinde de krize yol açabildiğinden, dengeli ilişkilerin, iş birliğinin olduğu, çatışmaların az, rollerin belli olduğu ailelerde hastalığa uyumun daha kolay olduğu bilinmektedir (Mete, 2008). Bu nedenle diyabet tedavi ekibinde sağlık uzmanları kadar ailelerin de rolü göz ardı edilmemeli, diyabetli bireyler tedavi süresince değişen çevre ve sosyal ortamları da göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (Taşkale, 2020).

1.1.5. Diyabette Gözlenen Psikolojik Durumlar

Psikolojik zorlanmalar ve diyabet arasında çift yönlü bir ilişki bulunmakta; psikolojik zorlanmalar diyabetin ortaya çıkışını etkileyebildiği gibi, fiziksel bir durum olan diyabet ve meydana gelen komplikasyonları da psikolojik zorlanmaları etkileyebilmektedir (Küçük, 2015; Pearce ve ark., 2013). Diyabet belli psikolojik problemlerle ilişkilendirilmekte ve bu ilişkinin glisemik kontrol, komplikasyon gelişimi, gelecekteki fiziksel engellilik ve ölüm oranları üzerinde doğrudan bir etkisinin olduğu belirtilmektedir (Garrett ve Doherty, 2014).

Diyabetin psikolojik ve duygusal sıkıntıya neden olmasının temelinde öz kimlikteki büyük değişikliklerin ve kayıpların (Örn. özgürlük ve spontanlık kaybı, yaşam tarzı seçimleri, sağlık ve ilişkiler) etkili olabileceği belirtilmektedir (Pearce ve ark., 2013). Diyabet kontrol edilmesi gereken bir durum olmaktan ziyade yönetilmesi gereken bir durum olduğundan hastaların engellenmişlikleri de bu süreçte artabilmektedir (Pearce ve ark., 2013). Bu nedenle, diyabetli birçok bireyin üzgün, kızgın, bunalmış, korkmuş, suçlu, utanmış ve cesareti kırılmış hissettiği bildirilmektedir (Skovlund ve Peyrot, 2005).

Kronik bir hastalık olan diyabet, tanı-tedavi düzleminde, yeni tanıya alışma, öz yönetimi bozan diyabet sıkıntısı, hipoglisemi korkusu, komplikasyon korkusu, ve

psikolojik insülin direnci gibi zorlanmaları içeren uzun bir süreçtir (Çapoğlu ve ark., 2019; Garrett ve Doherty, 2014; Robinson, Coons, Haensel, Vallis, ve Yale, 2018). Özellikle öz yönetim gerektirdiğinden, hastalar *diyabet tanısına alışmada ve diyabeti kabullenmede* güçlük yaşamaktadırlar. Bu güçlüğü ise depresif veya yas tipi bir tepkiden, inkar ve kaçınmaya kadar çeşitli şekillerde ortaya çıkabildiği; sıklıkla da zayıf glisemik kontrolle sonuçlanabildiği belirtilmektedir (Garrett ve Doherty, 2014). *Hipoglisemi korkusu*, hipogliseminin tekrar etmesini engellemek ve durumun kaygısından kaçınmak için bireyin kan şekeri düzeyini yüksek tutma eğiliminde olmasıdır (Garrett ve Doherty, 2014). Bu durum zamanla glisemik kontrolün bozulması (Garrett ve Doherty, 2014), kardiyovasküler komplikasyon riskinde artma, ve yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlanabilmektedir (Robinson ve ark., 2018). Benzer şekilde, *komplikasyon korkusu* da paradoksal olarak diyabet komplikasyonlarının gelişmesine hizmet edebilmektedir. Buna göre, birey yüksek glukoz seviyesi ile karşılaşp elinden gelini yaptığı halde diyabetini kontrol edemediğinde hayal kırıklığı yaşamakta ve gerekli öz bakım davranışlarından kaçınabilmektedir. Bu kaçınma ise komplikasyon geliştirme riskini artırmaktadır (Garrett ve Doherty, 2014). *Diyabet sıkıntısı* ise dört birbiriyle bağlantılı alandan oluşmaktadır: 1) diyabetle yaşamının duygusal yükü; 2) diyabetin öz yönetimine dair sıkıntı; 3) sosyal ilişkilerle ilişkili stres ve 4) hasta-uzman ilişkisine dair stres. Diyabet sıkıntısının, olumsuz fizyolojik sonuçların (Örn. yüksek glikozillenmiş hemoglobin-Hb1AC, diyastolik kan basıncı) yanı sıra yüksek ölüm oranları, kardiyovasküler bozukluklar (Dalsgaard ve ark., 2014) ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Carper ve ark., 2014). *Psikolojik insülin direnci* ise, doktorun diyabet tedavisine insülin ekleme tavsiyesine karşı gösterilen güçlü olumsuz tepkiye karşılık gelmektedir. Önerilen bu tedavi değişikliğinden dolayı, hastalar öz yönetim konusunda başarısız oldukları ya da hastalıklarının çok ciddileştiği yönünde yanlış inançlara kapılmaktadır. Özellikle, önceleri insülin kullanmamış olan T2D hastalarında psikolojik insülin direncinin yaygın olduğu belirtilmiştir (Bahrmann ve ark., 2014; Holmes-Truscott, Skinner, Pouwer, ve Speight, 2016).

Bildirilen tüm bu zorlanmalara rağmen diyabet hastalarının hepsi negatif tepki geliştirmemektedir. Pearce ve arkadaşları (2013) bu durumun en iyi Lazarus ve

Folkman'ın (1984) başa çıkma teorisi ile açıklanabileceğini önermektedir. Buna göre, psikolojik sorunların ortaya çıkmasını belirleyen, olaydan ziyade bireyin baş etme becerisini nasıl yorumladığıdır. Bu çerçevede bir bireyin hastalığa verdiği uyumlu duygusal tepkiler ile uyumsuz olanların ayrılması önemlidir (Pearce ve ark., 2013). Sunulacağı üzere çalışmalar diyabet hastalarında en sık rapor edilen psikolojik bozuklukların, depresyon, kaygı ve yeme bozukluğu olduğuna işaret etmektedir.

Ali ve arkadaşları (2006) tarafından 10 kontrollü çalışanın gözden geçirildiği (Ocak 1980- Mayıs 2005 arası) meta-analiz çalışmasında (n=51331) T2D hastalarında depresyon yaygınlık oranının sağlıklı popülasyona kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Roy ve Lloyd (2012) bu oranın sağlıklı bireylere oranla T1D hastaları için üç kat, T2D hastaları için ise iki kat daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Çalışmalar, diyabet hastalarında klinik olarak depresif belirtilerin yaygınlık oranının yaklaşık %30 (Ali ve ark., 2006; Barnard, Skinner, ve Peveler, 2006), majör depresif bozukluk yaygınlık oranının ise yaklaşık %10 olduğuna işaret etmektedir (Egede, 2004; Moussavi ve ark., 2007). Bu oranlar depresyonun kronik hastalığı olmayan popülasyondaki yaygınlık oranlarının iki katına karşılık gelmektedir. Peyrot ve Rubin (1999) ise diyabeti olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, diyabet hastalarında depresyon dönemlerinin daha uzun sürdüğünü ve tekrarlama riskinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Diğer yandan depresyonu olan bireylerin T2D geliştirme riskinin yaklaşık %40 ila %60 oranında daha yüksek olduğu da veriler arasındadır (Mezuk ve ark., 2013; Yu, Zhang, Lu, ve Fang, 2015). Ancak bu ilişkidense diyabete bağlı depresyonun ortaya çıkma ihtimalinin daha güçlü olduğu bildirilmektedir (Gonzalez, Kane, Binko, Shapira, ve Hoogendoorn, 2016).

Diyabete eşlik eden depresyon klinik sonuçları kötüleştirmektedir. Depresyon eş tanısının düşük fiziksel ve psikolojik sağlık, daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ve azalmış tedaviye katılım ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Ciechanowski, Katon, ve Russo, 2000). Park, Katon, ve Wolf (2013) ise 10 araştırmayı değerlendirdikleri (n= 42 363) meta analizde, depresyonun ölüm riskindeki artışla ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Diyabetli hastalarda yaygın kaygı, ağırlıklı olarak enjeksiyona bağı kaygı ve hipoglisemi korkusu ile ilişkilendirilmektedir (Bahar ve Tanrıverdi, 2017). Hipoglisemi korkusunun, aşırı sık glikoz kontrolü gibi obsesif-kompulsif davranışlara neden olabileceği öngörülerek kaygının diyabette aşırı denetim/kontrol olarak ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Pearce ve ark., 2013). Diğer yandan diyabet gibi kronik bir hastalığın, hem fiziksel belirtilerle ilgili endişeler hem de hastalığın ilerleme endişeleri nedeniyle, kaygı belirtileri geliştirme riskinde artışa neden olabileceği bildirilmektedir (Goldbacher ve Matthews, 2007).

Sistemantik bir derlemede ise 18 çalışma (n=4076; 2854'i diyabetli birey, 1492'si kontrol) gözden geçirilmiş ve sonuçlar diyabetli bireylerin %14'ünde yaygın kaygı bozukluğunun gözlemlendiğine işaret etmiştir (Grigsby ve ark., 2002). Aynı çalışmada, diyabetli bireylerin %27'sinde tanılanmış kaygı, %40'ında artmış kaygı semptomları gözlenmiştir. Davranışsal Risk Faktörü Gözetim Sisteminin 2006 yılı verilerinin değerlendirildiği çalışmada ise, diyabet hastalarında kaygının yaşam boyu yaygınlığının %19.5 olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi, medeni durum, mesleki durum, sigara içme, boş zaman aktivitesi ve vücut kitle indeksi için yapılan ayarlamalar sonrası, diyabetli bireylerde yaşam boyu kaygı yaygınlığının diyabeti olmayan bireylerden ise %20 daha yüksek olduğu bulunmuştur (Li ve ark., 2008). Bir meta analiz çalışmasında ise, kaygı bozukluğu için olasılık oranının 1.20 (1.10-1.31), kaygı belirtileri için bu oranın 1.48 (1.02-1.93), kaygıyı değerlendiren çalışmaların toplam oranının ise 1.25 (1.10-1.39) olduğu gösterilmiştir (Smith ve ark., 2013). Neden sonuç ilişkisi söz konusu olmasa da, Hasan, Clavarino, Mamun, ve Kairuz (2016) ise ısrarcı kaygı belirtilerinin, uzun vadede diyabet geliştirme riski ile ilişkili olduğuna işaret etmişlerdir.

Bildirilen çalışmalar ile tutarlı olarak, Katar'da 889 sağlıklı ve 889 diyabet hastasının karşılaştırıldığı çalışmada, diyabet hastalarının depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Bener, Al-Hamaq, ve Dafeeah, 2011). Aynı çalışmada yüksek depresyonun yordayıcıları, sistolik kan basıncı, diyabet süresi, ve obezite olurken; yüksek kaygının yordayıcıları sistolik kan basıncı, obezite, ve sigara içme; yüksek stresin yordayıcıları ise, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve fiziksel aktivite olarak bildirilmiştir. Diyabet

türlerine göre yapılan karşılaştırmalar sonucu, T2D hastalarına kıyasla, T1D hastalarında yaşam kalitesinin daha düşük, depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğuna işaret etmiştir. Ayrıca yaşam kalitesinin yaşla birlikte azaldığı, sigara kullanımının, düşük eğitim düzeyinin, kilo alımının, bir işte çalışmamanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve depresyon, anksiyete belirtilerini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Gen, 2019).

Diyabet hastalığının doğası, bireylerin diyetlerine ve aktivite düzeylerine çok dikkat etmelerini gerekli kılmakta, bu durum da aşırı diyet ve egzersize odaklananlar için problem yaratmaktadır. Ayrıca insülin tedavisi kilo alımı ile ilişkilendirilmekte ve insülin/kan glikoz seviyelerinin manipülasyonu kilo kaybetmek için kullanılabilir. Bu bağlamda, Tip 1 diyabetli genç kadınların üçte biri ile yarısının, kilolarını kontrol etmek için insülini atladığı veya değiştirdiği tahmin edilmektedir (Larrañaga, Docet, ve García-Mayor, 2011). Özellikle T1D hastalarında gözlenen ve kilo kontrolü için insülin sınırlaması ya da kısıtlamasını içeren bu davranış “diablumia” olarak isimlendirilmekte ve bu tür bozulmuş yeme davranışlarının düşük metabolik kontrol ile ilişkisinin farkında olunması önerilmektedir (Larrañaga ve ark., 2011). Beş yıllık süreç değerlendirilmesinde, bu sürecin bir noktasında diyabet hastalarının (n = 126 T1D’li kız) yaklaşık yarısında bozulmuş yeme davranışının ortaya çıktığı boylamsal bir çalışma ile gösterilmiştir. Buna göre, katılımcıların %43.9’unun aktif diyet kısıtlaması, %6.1’nin tıknırcasına yeme atakları, %3.1’inin insülin ihmalı, %3.1’inin kendi kendini kusturma, ve %25.5’inin kilo kontrolü için yoğun ve aşırı egzersiz yaptıkları görülmüştür. Ancak bu durumun azalmış glisemik kontrolle ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir (Colton, Olmsted, Daneman, Rydall, ve Rodin, 2007). Yeme bozukluğu tanısı açısından değerlendirildiğinde ise, sağlıklı kadın popülasyonu ile karşılaştırıldığında, T1D hastalarında, bulimiya nervoza sıklığının (Mannuccini ve ark., 2005), T2D hastalarında ise tıknırcasına yeme bozukluğunun daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Gorin ve ark., 2008; Mannuccini ve ark., 2002). Anoreksiya nervoza diyabet popülasyonunda yüksek oranda görülmüyor olsa da, hem anoreksiya hem de bulimiya nervozada kilo verme amacıyla insülin kullanımı ihmal edildiğinde, bu davranışın komplikasyon ve ölüm riski ile sonuçlanabileceği vurgulanmaktadır (Goebel-Fabbri ve ark., 2008; Takii ve ark., 2008).

1.1.6. Tip 2 Diyabet Hastalarında Depresyon ve Kaygı

T2D ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişki net olmasa da, hastalarda depresyon ve kaygı oranlarının yüksek olduğu gösterilmektedir. Rehman ve Kazmi Farhana (2015) 240 T2D hastası ile yürüttükleri çalışmada, örneklem %48'inin depresyon ve %70'inin kaygı yaşadıklarını göstermiştir. Malezya'da ayaktan tedavi gören hastalarda (n=169; 18-90 yaş arası; yaş ortalaması 36.9) ise depresyon oranının %40.3, kaygı oranının %31.4 olduğu bildirilmiştir (Ganasegeran, Renganathan, Manaf, ve Al-Dubai, 2014). Farklı çalışmalarda yaygınlık oranlarında görülen bu farklılığının ölçüm araçlarındaki farklılıktan kaynaklanabileceği önerilmektedir.

Diyabet varlığı, artan depresyon ve kaygı belirtilerini olumlu yönde etkilerken (Almawi ve ark., 2008) özellikle depresif belirtilerin hareketsiz yaşam tarzı, sigara içme ve aşırı yeme gibi davranışsal faktörler aracılığı ile olumsuz metabolik sonuçlara yol açabildiği önerilmektedir (Bouwman ve ark., 2010). Turhan (2007) da yürüttüğü çalışmada (n=100) diyabetin depresyon ve kaygı oluşumunda risk faktörü olduğunu, tedavi süresi uzadıkça ise kaygı oranının arttığını göstermiştir.

Söz konusu hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri olduğunda, çok sayıda değişkenin bu sürece katkı sunabileceği bildirilmektedir. Bunlardan biri diyabet hastalarının baş etme şekilleridir. Örneğin, altı aydan uzun süredir T2D'i olan bireylerin depresif duygu durumlarının %76'sının fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, zihinsel sağlık, hastalığı anlama, hastalık sonuçları, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve çaresiz/suçlayıcı yaklaşım tarafından yordandığı gösterilmiştir (Akın, 2013). Baş etme biçimleri açısından bu çalışma ile tutarsız olarak, kendini suçlama, mizah ve dışavurumun T1D hastalarında, problem odaklı stratejilerin ise T2D hastalarında yaygın olduğu ve kaygı ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir (Tuncay, Musabak, Gok, ve Kutlu, 2008).

T2D hastalarının diyabet ve kaygı düzeylerini yordayan değişkenlerden diğeri cinsiyettir (Alzahrani, Alghamdi, Alqarni, Alshareef, ve Alzahrani, 2019). Çalışmaların büyük çoğunluğu kadın hastalarda depresyon ve kaygı oranlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Demmer ve ark., 2015; Rehman ve Kazmi Farhana, 2015; Roupa ve ark., 2009). Diğer yordayıcı

değişkenlerden medeni hal ve sosyoekonomik durum açısından ise, evli olmanın ve yüksek sosyoekonomik düzeyin hastaların kaygı düzeyinde koruyucu olduğu, farklı türde tedavi alan (tıbbi beslenme tedavisi, oral antidiyabetik, insülin) 100 hastada gösterilmiştir (Özbek, 2014). Birlikte yaşama durumu da T2D hastalarında duygudurumu etkileyen değişkenlerden biridir. Yalnız yaşayan hastaların, değer verdikleri kişilerle yaşayanlara göre daha savunmasız olduğu ve duygusal açıdan daha büyük risklerle karşı karşıya kaldıkları bildirilmektedir (Roupa ve ark., 2009). Ailenin koruyucu rolü ise daha iyi sosyal kaynaşma pratiği, duygusal destek ve aile üyelerine karşı sorumluluk duygusu sunması ile açıklanmaktadır (Roupa ve ark., 2009). Diyabet tanısından sonra geçen sürenin diğer bir yordayıcı değişken olduğu ve bu sürenin kısa oluşunun da hastalarda depresyon ve kaygı düzeyini azaltan faktörlerden olduğu bildirilmektedir (Alzahrani ve ark., 2019; Özbek, 2014). Ayrıca beden kitle indeksinin de depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkili olduğu ve indeks puanı arttıkça bu belirtilerin şiddetlenme riskini artırabildiği raporlanmıştır (Roupa ve ark., 2009).

Diyabete eşlik eden komplikasyonların (nöropati, diyabetik ayak, vs.) varlığı da hastaların duygu durumları üzerinde etkiye sahip olan değişkenlerden biridir. Diyabet süresine (beş yıldan az ve on yıldan fazla) göre gruplandırılan hastalarla yürütülen bir çalışmada, kaygı, depresyon ve yeti yitimi düzeyinin diyabete bağlı komplikasyon oranı ile artış gösterdiği bulunmuştur (Altunoglu ve ark., 2012). Benzer şekilde, Rehman ve Kazmi Farhana (2015) da 120 komplikasyonlu ve 120 komplikasyonsuz T2D hastasını karşılaştırdıkları çalışmada, komplikasyon varlığının depresyon ve kaygı oranlarını artırdığını göstermişlerdir.

Diyabet hastalarında, eşlik eden duygusal zorlanmaların (örn. depresyon, kaygı bozukluğu) olmasının somatik semptom bildirme oranı ile de ilişkili olduğu öngörülmektedir (Ludman ve ark., 2004). T2D hastaları (n=120) ile yürütülen bir çalışmada, depresyon ve kaygının, genel somatik şikayet artışı ile ilişkili olduğu, bu ilişkiye ek olarak, bildirilen bu somatik şikayetlerin diyabetin ve diyabet ilaçlarının yan etkileri ile açıklanma eğiliminde olduğu gösterilmiştir (Asman, Hoogendoorn, McKee, ve Gonzalez, 2020). Araştırmacılar depresyon ve kaygı ile somatik şikayet arasındaki ilişkinin, semptom örtüşmesinden çok, duygusal sıkıntı göstergelerinin bilişsel ve duygusal özellikleri ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir. Diyabetin de

aralarında bulunduğu farklı kronik sağlık durumlarında (koroner kalp hastalığı, KOAH, astım, romatoid artirit; n=16.922) kaygı ve depresyon eş tanısının etkisini araştıran bir meta analiz çalışmasında, eş tanı varlığının yüksek sayıda tıbbi semptom bildirimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Katon ve ark., 2007).

Eren, Erdi, ve Şahin (2008) ise majör depresif bozukluk tanısı almış (n=60) ve almamış (n=48) T2D hastalarını karşılaştırdıkları çalışmada, eş tanı varlığının daha düşük fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişki, çevresel ve sosyal baskı alanı ile yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğine işaret etmişlerdir. Diğer yandan, çalışmalar T2D hastalarında fiziksel hastalık eş tanısının yüksek kaygı ve depresyon ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Ganasegeran ve ark. (2014) yürüttükleri çalışmada, eştanı olarak iskemik kalp hastalığının yüksek kaygı, dislipidemi ve hipertansiyonun ise yüksek depresyon puanları ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Komplikasyon ve komorbiditenin duygudurum üzerindeki olumsuz etkilerine dair bu çalışmalar, hastayla yapılan her görüşmede tekrarlayan ruh sağlığı ve sağlık taraması ihtiyacını vurguluyor görünmektedir (Fisher ve ark., 2008).

T2D hastalarında kaygı ve depresyon düzeyinin, algılanan yaşam kalitesinin yordayıcılarından olduğu farklı çalışmalarla desteklenmektedir. Bu çalışmalardan birinde, komplikasyon varlığı, hipertansiyon varlığı, daha uzun diyabet süresi, kırmızı et ağırlıklı diyet ve depresyonun da düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Jing ve ark., 2018). Diğer bir çalışma 45 T2D hastası ile yürütülmüş ve kaygı düzeyi ile tanı alma zamanının yaşam kalitesinin yordayıcılarından olduğu bulunmuştur (Martino ve ark., 2019). Depresyon ve kaygının metabolik kontrol ile ilişkisine dair ise, geniş bir örneklemden (n=2667) elde edilen veriler, depresif belirtilerin metabolik kontrol ile ilişkili, kaygının ise ilişkisiz olduğunu göstermiştir (Bouwman ve ark., 2010).

Diğer yandan, diyabet ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin stresli bir ortamda şiddetlenebileceğine işaret edilmektedir (Mukhtar ve Mukhtar, 2020). Mevcut çalışmanın yürütülmeye başlandığı dönemde etkisi gözlenen COVID-19 salgını stresli çevre örneklerinden biridir. Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde başlayan ve tüm dünyayı etkisi altına alan bu ölümcül pandeminin diyabet hastalarında belirsizlik ve

kaygı için yeni bir neden olduğu belirtilmektedir (Alessi ve ark., 2020). Bir çalışmada T2D hastalarından oluşan örneklemin (n=489) %31'inin COVID-19 enfeksiyonunu kapma ile ilgili endişe düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Sacre ve ark., 2021). Bir başka çalışmada ise orta düzeyde depresyonu olan diyabet hastalarında COVID-19 korkusunun maksimum düzeyde olduğu gözlenmiştir (Basit ve ark., 2021). Bu bulgular, T2D hastalarının duygudurumlarının COVID-19 salgınından etkilenebileceğine işaret etmektedir. Bu nedenle mevcut çalışmada, katılımcıların depresyon ve kaygı düzeylerinin yordayıcılarının belirlenmesinde COVID-19 korku ve duyarlılık düzeyleri kontrol değişkeni olarak kullanılacaktır.

Sunulduğu üzere, psikopatolojik faktörler ve kronik durumlar arasındaki ilişkilere dair bulgular tartışma ve gelişmeye açık görünmektedir. Ayrıca kronik durumlarda yaşanan psikolojik zorlanmaların anlaşılmasına hastalık temsilleri alternatif bir yaklaşım sunduğundan; metnin devamında hastalık temsilleri, kuramsal arka planı ve temsillerin T2D ile ilişkisine değinilecektir.

1.2. DİYABET VE HASTALIK TEMSİLLERİ

1.2.1. Hastalık Temsilleri

Kronik koşulların gelişmesi, iyileşmesi ve bu koşullara uyumda önemli bir faktör olan hastalık temsilleri uzun yıllardır çalışıla gelen, sağlık psikolojisinin önemli kavramlarından biridir. Bir sonraki başlık altında detayları sunulacağı üzere Kendini Düzenleyici Modelin (KDM) önemli bir önermesi olan hastalık temsilleri, hastalıklara anlam vermek ve anlamak (make sense) üzere oluşturulmuş zihinsel yapılardır (Tunç, 2014). Alanyazın incelendiğinde, oluşturulan bu zihinsel yapıların hastalık bilişleri (Ogden, 2007), hastalık algısı (Weinman, Petrie, Moss-Morris, ve Horne, 1996), hasta şeması (Schussler, 1992) ve sokaktaki insan temsilleri (lay representations) (Leventhal, Breland, Mora, ve Leventhal, 2010), gibi farklı ifadelerle isimlendirildiği ve bu konuda fikir birliğinin bulunmadığı görülmektedir. Bu çalışmada daha kapsayıcı olduğu düşünülerek “hastalık temsilleri” tercih edilmiştir.

Hastalığa dair bakış açısını sunan temsiller, bireyin ulaştığı içsel ve dışsal bilgileri içermektedir (Reynolds ve ark., 2009). Bu algılar, sosyokültürel kontekste meydana gelmekte ve birçok faktör tarafından belirlenmektedir (Reynolds ve ark.,

2009). Hastalık temsillerinin üç temel bilgi kaynağı bulunmaktadır. Bu kaynaklardan birincisi, bireyin daha önceki sosyal iletişimlerinden ve hastalıkla ilgili kültürel bilgilerinin bir araya gelmesinden oluşan “sokaktaki insan” bilgisidir. İkincisi, doktor ya da ebeveyn gibi otorite, önemli diğeri olarak algılanan dış çevreden edinilen bilgilerdir. Üçüncü kaynak ise, bireyin yaşadığı hastalığa dair bedensel ya da belirti bilgilerini içeren hastalıkla ilgili güncel deneyimleridir (Diefenbach ve Leventhal, 1996; Hagger ve Orbell, 2003). Diefenbach ve Leventhal (1996) kişilik özellikleri ve kültürel alt yapının da temsilleri etkileyebileceğini belirtmektedir.

Kronik hastalıklara sahip bireylerle yürütülen görüşmelere dayalı nitel çalışmalar ve hastalık temsillerinin altında yatan çok boyutlu yapıyı değerlendirmek üzere yürütülen niceliksel çalışmalar, temsillerin beş boyuttan oluştuğuna işaret etmiştir. Bunlar kimlik, nedenler, sonuçlar, süre ve kontrol/tedavidir (Lau, Bernard, ve Hartman, 1989; Nerenz, Leventhal, ve Love, 1982; Weinman ve ark., 1996).

Diefenbach ve Leventhal (1996) kişilerin hastalık tehdidine yönelik algıladıkları bilişsel gerçekliğin yanı sıra bu hastalık tehdidine yönelik duygusal tepkilerin (örn. korku, kaygı ve endişe) de meydana geldiğini belirtmektedir. Bu iki süreç bilişsel temsiller ve duygusal temsiller olarak adlandırılmakta ve birlikte hastalık temsillerini oluşturmaktadır. Ayrıca duygusal ve bilişsel temsillerin birbirlerini etkiledikleri böylece de bireylerin yaşadıkları belirtilerin şiddetinin artması, azalması ya da yeni belirtilerin meydana gelmesine yol açtıkları ileri sürülmektedir (Leventhal, Nerenz, ve Steele, 1984). Bir diğeri ifadeyle, bireylerin bilişsel ve duygusal temsilleri eş zamanlı işlenmektedir. Leventhal (1970) bu durumu “eş zamanlı süreç modeli” (parallel process model) olarak isimlendirmektedir.

Ayrıca bireyin sağlık tehdidine gösterdiği duygusal ve davranışsal tepkilerini düzenlemeye yardımcı olan hastalık temsillerinin iki düzeyde etkileşimde bulunduğu belirtilmektedir (Leventhal, Brissette, ve Leventhal, 2003). Bunlardan biri semantik bilgiye dayanan özet (abstract) düzey (örn. bir hastalığı kronik ya da akut olarak etiketlemek), bir diğeri ise algısal deneyime dayanan somut (concrete) düzeydir (örn. fiziksel belirtiler). Buna göre, hastalıkla ilgili özet inançlar bireyin bedensel duyularının yorumlanmasını etkileyebilmektedir. Örneğin, göğüs ağrısı ve mide

bulantısı yaşayan bir birey, mide bulantısını kalp krizinin bir parçası olarak değerlendirmiyorsa, bu belirtilerini kalp krizinden ziyade hazımsızlık olarak yorumlayabilmektedir. Diğer yandan, somut duyular hastalığa dair özet inançlar üzerinde etkiye de sahip olabilmektedir (Leventhal ve ark., 2003). Örneğin, durumun asemptomatik olduğunu objektif olarak bilen hipertansiyonu olan bir kişi, yine de sadece yüksek tansiyonun göstergesi olarak algılanan 'belirtiler' (örn. baş ağrısı) yaşadığında ilaç alabilmektedir (Meyer, Leventhal, ve Gutmann, 1985). Hastalık temsillerinin iki düzeyinin etkileşimli çalışması KDM’de “simetri kuralı” olarak isimlendirilmektedir (Leventhal ve ark., 2005). Bu iki tür etkileşim ise özet ve somut hastalık inançları arasında tutarsızlık olabileceğini göstermekte (Leventhal ve ark., 1984) ve bu tutarsızlığın hastanın tedavi prosedürüne uyumunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Hemphill, Stephens, Rook, Franks, ve Salem, 2013). Başka bir ifadeyle, sağlıkla ilgili verilecek kararların gerçekte tutarlılığının daha yüksek olması için, bireyin bedensel belirtilerini değerlendirirken birçok kanaldan (örn. görsel, işitsel, sosyal kaynaklar v.b.) bilgi toplayıp hastalık temsillerinin beş boyutu çerçevesinde durumu değerlendirmesinin gerekli olduğuna dikkat çekilmektedir (Leventhal, Phillips, ve Burns, 2016). Leventhal ise, hastalık hakkındaki somut temsillerin soyut bilgiye göre bireyin eylemleri üzerinde daha etkili olabileceğini öne sürmektedir (Leventhal ve ark., 1992).

1.2.1.1.Hastalık Temsillerinin Bileşenleri

Değinildiği üzere, kronik koşulları olan bireylerin hastalık temsilleri kimlik, nedenler, sonuçlar, süre, kontrol/tedavi olmak üzere beş temel boyuttan oluşmaktadır. KDM’in önerdiği bu temel boyutlara sonradan duygusal temsiller ve hastalık tutarlılığı (coherence) olmak üzere iki kavram daha eklenmiştir.

Hastalık temsillerinin “kimlik” alt boyutu, hastalığa yönelik etiketlere ve bireylerin hissettiği bedensel belirtilere karşılık gelmektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996). Kronik koşullara sahip bireylerde, kimlik alt boyutunda belirtileri yüksek algılamının hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları ile olumsuz ilişkiye sahip olduğu belirtilmektedir. KDM’ye dayanan 45 deneysel çalışmanın meta-analiz sonuçları, güçlü kimliğin (belirtileri fazla algılamak) psikolojik iyilik hali, rol

işlevselliği, sosyal işlevsellik ve canlılık (vitality) ile negatif ilişkiye sahip olduğunu göstermiştir. Baş etme stratejileri açısından ise, güçlü kimlik kaçınma ve duygu ifadesi ile pozitif ilişkili bulunmuştur (Hagger ve Orbell, 2003). Güçlü hastalık kimliğinin, Huntington hastalarında düşük psikolojik iyiliği (Helder ve ark., 2002) açıkladığı gösterilmiştir. Diğer yandan kanser hastalarında (Scharloo ve ark., 2005), saçkıran hastalarında (Willemse, Doef, ve Middendorp, 2018) ise güçlü hastalık kimliği düşük fiziksel işlevsellik, duygusal işlevsellik ve genel sağlığı açıklamıştır. Kimliğin sağlık sonuçları kadar sağlık davranışlarıyla da ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Buna göre, yeni bir sağlık problemi yaşayan bireylerle yürütülen kapsamlı bir çalışmada, daha önceki sağlık bakımı kullanımından ya da doktorun problem ciddiyetini oranlamasından bağımsız olarak güçlü hastalık kimliğinin gelecekteki sağlık bakım kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Frostholm ve ark., 2005).

Herhangi bir hastalık durumunun ortaya çıkmasını takiben birey, bu hastalığın neden ortaya çıktığına dair açıklamalar sunmaktadır. “Nedenler” biyomedikal olarak doğruluğu fark etmeksizin, bireyin hastalığının gelişimine dair sunduğu nedensel algılara karşılık gelmektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996). Bu algılar, kişisel deneyimlerin yanı sıra modern dünyanın çevre kirliliği ya da stres gibi algılanan zarar verici yönlerinden etkilenebilmektedir (Petrie ve Wessely, 2002). Nedenler, tıbbi faktörler (örn. mikrop, virüs) ile bireylerin sorumluluğunda olan faktörleri (örn. beslenme alışkanlığı, yaşam şekli) içermektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996). Hagger ve Orbell (2003) yürüttükleri meta-analiz çalışmalarında algılanan nedenlerin biyolojik (örn. virüs, bağışıklık sistemi), çevresel (örn. kimyasallar, hava kirliliği), duygusal (örn. stres, depresyon) ve psikolojik (örn. çok çalışma, kişilik) olmak üzere dört grupta ele alınabileceğini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise, kronik hastalığı olan bireylerin, hastalıklarını genetik, beslenme alışkanlıkları, iş ortamları, stres ya da çevresel faktörlerle açıklamaya yatkın oldukları gösterilmiştir (Vaughan, Morrison, ve Miller, 2003). Nedensel faktörlerin, hastaların mantıklı bir yolla hastalıklarını kontrol etmelerini ya da aradıkları tedavi türünü etkileyebilmesinden dolayı bazı hastalıklarda özellikle önemli oldukları belirtilmektedir (Petrie ve Weinman, 2006). Tedavi davranışlarının yanı sıra, bireylerin hastalıklarından dolayı kendilerini suçladıkları durumlarda (örn. etiyolojisi bilinmeyen hastalıklar, kanser, cinsel yolla bulaşan

hastalıklar) nedensel inançların güçlü şekilde duygusal tepkileri etkileyebildikleri belirtilmektedir (Petrie ve Weinman, 2006).

Hastalık temsillerinin diğer bileşeni olan “sonuçlar”; hastalığın fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal sonuçlarıyla ilişkili beklenti ve inançlarına karşılık gelmektedir. Bu inançlar hastalığın fiziksel sonuçları ve yol açtığı fiziksel değişimlerin günlük yaşama etkilerinin yanı sıra hastalığa bağlı kısa ve uzun süreli meydana gelebilecek tüm etkileri içermektedir (Leventhal ve ark., 2005). Diğer yandan, bireylerin hastalıklarının sonuçlarıyla ilgili görüşleri, sübjektif olarak durumun algılanan ciddiyetini yansıtmaktadır (Petrie ve Weinman, 2006). Hastalığın sonuçlarına dair algılar ile sağlık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ciddi hastalık sonuç algısının olumlu sağlık sonuçlarıyla (örn. psikolojik iyilik hali, fiziksel, sosyal ve rol işlevselliği) ve olumsuz sağlık sonuçlarıyla (örn. psikolojik sıkıntılar) ilişkili olduğu gösterilmiştir (Hagger ve Orbell, 2003). Bireylerin sahip olduğu sonuç inançlarının, zaman içerisinde daha gerçekçi inançlara dönüşebileceği de belirtilmektedir (Hale, Treharne, ve Kitas, 2007).

“Süre” bileşeni ise, hastalığın başlangıç zamanı, hastalığın süresi ve hastalığın seyri hakkındaki inançlar olarak tanımlanabilir (Heijmans ve De Ridder, 1998). Diğer bir ifadeyle, bireyin hastalığının ne kadar devam edeceği, akut (kısa süreli) veya kronik (uzun süreli) olup olmadığı ile ilgili sorulara verdiği cevaplardır (Hale ve ark., 2007). Zamana ait algının, saat ya da takvimi içerecek şekilde objektif değerlendirmenin yanı sıra öznel değerlendirmeyi de içerdiği belirtilmektedir (Leventhal ve ark., 2010). Brown (2002) hastalığın ne kadar süreceği ile ilgili inançların zaman ilerledikçe tekrar değerlendirildiğini hatta kronik hastalığı olan her bir bireyin kendi içinde, ne olup bittiğini merak eden akut bir hasta bulunduğunu belirtmiştir. Yürütülen çalışmalarda, Huntington hastalarında hastalık süresinin uzun olması ile başa çıkma stratejileri arasında (Helder ve ark., 2002), diyaliz hastalarında kaçınmacı başa çıkma ile süre algısı (akut/kronik) arasında negatif yönde ilişki olduğu; diyabet hastalarında ise süre algısı ile kaygı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Paschalides ve ark., 2004). Ayrıca çalışmalar, hastalık süresi ile güçlü hastalık kimliği arasında pozitif ilişki olduğuna işaret etmektedir (Helder ve ark., 2002).

“Kontrol/tedavi” bileşeni ise, hastalığın iyileştirilip iyileştirilemeyeceğine, kontrol altında tutulmasına ve bireyin bunu başarmadaki rolüne dair inançları içermektedir (Hale ve ark., 2007). Bireyin yanı sıra karar verici pozisyonunda bulunan kişiler (örn. doktor) tarafından hastalık sonuçlarının kontrol edilebilirliğine dair inançlar da bu bileşen kapsamındadır (Ogden, 2007). Özetle, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyutlarındaki yüksek puanların hastalığın kontrol edilebilirliğine dair güçlü inancın göstergesi olduğu belirtilmektedir (Moss-Morris ve ark., 2002). Bazı araştırmacılar ise, kişisel ve tedavi kontrolünün farklı paternleri yansıtabileceğini; kişisel kontrolün, kontrol inançlarının içsel odağına, tedavi kontrolünün ise kontrol inançlarının dışsal odağına işaret edebileceğini önermiştir (Broadbent, Petrie, Main, ve Weinman, 2006). Petrie ve Weinman (2006) ise süre ve nedensel inançların hastalığın kontrol ve tedavisi hakkındaki inançlar ile yakın ilişkiye sahip olduğunu ve yüksek düzeyde kontrolün süre algısı (daha kısa sürmek) ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Tedavi/kontrol bileşeninin baş etme ile ilişkisine dair araştırma sonuçları, hastalığın algılanan kontrol edilebilirliğinin, bilişsel yeniden değerlendirme, duyguları ifade etme ve problem odaklı baş etme stratejileri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Hagger ve Orbell, 2003). Sağlık sonuçları için ise aynı meta-analiz çalışması, hastalığın tedavi edilebilir/kontrol edilebilir olmasına dair inançların; psikolojik iyi oluşun uyumsal sonuçları, sosyal işlevsellik ve canlılık ile anlamlı ve pozitif ilişkiye sahip olduğunu, psikolojik stres ve hastalık durumu ile negatif ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir (Hagger ve Orbell, 2003). Araştırmalar, kontrol ve tedavi edilebilirliğe dair inançların multipl skleroz hastalarında depresyonu yordadığını (Heffer-Rahn ve Fisher, 2018), Huntington hastalarında psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğunu (Helder ve ark., 2002), T1D hastalarında glikoz izleme, diyet, egzersiz gibi sağlık davranışlarını yordadığını (Griva, Myers, ve Newman, 2000) göstermiştir. Ek olarak, tedavi/kontrol bileşeninin sağlık sonuçlarının yanı sıra özellikle tedavi uyumunda önemli olduğu ve bu sebeple “tedavi algısı” olarak da isimlendirildiği belirtilmektedir (Leventhal ve ark., 2016).

Bileşenleri sunulan bilişsel temsillerle eş zamanlı işleyen “duygusal temsiller” hastaların hastalıklarına karşı geliştirdikleri duygusal tepkileri ele alış biçimleriyle meydana gelmektedir (Moss-Morris ve ark., 2002). Bu ele alış şekline göre de bireyler

herhangi bir eylemde bulunup bulunmayacaklarına karar vermektedir (Leventhal, Brownlee, Diefenbach, Leventhal, ve Patrick-Miller, 1997). Hastalığa verilen güçlü duygusal temsillerin daha düşük yaşam kalitesi (Gray ve Rutter, 2007), yüksek düzeyde depresyon (Evans ve Norman, 2009), kaygı, uykusuzluk ve algılanan stres (Knibb ve Horton, 2008) ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Hastalık tutarlılığı, hastalıkla ilgili kendini düzenleme mekanizmasının içsel yönü ile hastanın, hastalığı kontrol etmek için gösterdiği davranışlar arasındaki tutarlılığa karşılık gelmektedir (Leventhal ve ark., 2005; Phillips, Leventhal, ve Leventhal, 2013). Bu alan bireyin hastalıkla ilgili sürecini anlama ve anlamlandırma düzeyini değerlendiren algıları içermektedir (Moss-Morris ve ark., 2002). Tutarlılık, hastanın benimsediği davranışın sürekliliğini sağlayan önemli bir kendini düzenleme faktörüdür ve sistem uyum içinde olmadığında, hastanın değerlendirme sonrası eylem planları ve temsillerini değiştirmesine yardımcı olmaktadır (Phillips, Cohen, Burns, Abrams, ve Renninger, 2016). Kronik hastalıklarda hastalık tutarlılığının düşük olması, düşük fiziksel/psikolojik işlevsellik, güçlü hastalık kimliği, ciddi hastalık sonuçları, kroniklik, duygusal tepkilerin yüksekliği olarak kavramsallaştırılabilecek düşük uyum ile ilişkilendirilmektedir (Gould, Brown, ve Bramwell, 2010).

Sunulan hastalık temsilleri bileşenlerinin birbirleriyle de ilişkili olduğu belirtilmekte ve bu bulgu pek çok çalışma ile doğrulanmaktadır (Hagger ve Orbell, 2003). Bileşenlerinin hiyerarşik bir ilişkileneceği yerine birbirine bağımlı olduğu önerilen hastalık temsilleri (Hagger ve Orbell, 2003) aynı zamanda kümülatif bir etkiye sahiptir. Bu nedenle de hastalık temsillerinin baş etme prosedürleri, eylem planları ve sonuç seçimleri ile ilişkili olması beklenmektedir (Hale ve ark., 2007). Bazı araştırmacılar ise, hastalık temsili bileşenlerinden her birinin ayrı ayrı ele alınması yerine (Heijmans ve De Ridder, 1998) bu bileşenlerin, hastalık bilgisi ve öğrenmesi kapsamında hastalığa dair bilgi ve inançların organizasyonuna karşılık gelen şemalar olarak ele alınmasını önermektedir (Duwe, Holloway, Chin, ve Morrow, 2018).

1.2.2. Hastalık Temsillerinin Teorik Arka Planı: Kendini Düzenleyici Model

Kendini Düzenleyici Model (KDM), hastalığa uyumu, hastalık davranışlarını, kendini yönetim seçeneklerini yordama ve açıklamada en sık kullanılan teorilerden biridir (Leventhal ve ark., 1992; Leventhal ve ark., 2005). Modelin farklı çalışmalarda “Hastalık Algıları Modeli”, “Hastalık Temsilleri Modeli”, “Paralel Süreçler Modeli” “Kendini Düzenlemenin Sağduyu Modeli” ya da “Sağ Duyu Modeli”, “Kişisel Model” gibi farklı isimlerle ele alındığı görülmektedir (Lawson, Bundy, ve Harvey, 2008). Model, 1960’ların sonları ve 1970’lerin başında, akut durumlarla ilgili korku mesajlarının sağlığı artırıcı eylemler (örn. sigarayı bırakmak, emniyet kemeri takmak) üzerindeki etkisine dair yürütülen araştırmalara dayanmaktadır (Leventhal ve ark., 2003). Ayrıca modelin oluşturulmasında, Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model; Rosenstock, 1974) ve korku-dürtü süreçleri ile ilgili yeniden gözden geçirilmiş Dürtü Azaltma Kuramı (Drive-Reduction Theory; Dollard ve Miller, 1950) önemli rol oynamaktadır (Leventhal ve ark., 1997). Modelin dayanağı olan korku mesajı araştırmaları, korku mesajının sağlık davranışının değiştirilmesinde tek başına yeterli olmadığını, korku mesajı eylem planı ile birlikte sunulduğunda günler hatta haftalar süren davranış değişikliği meydana getirdiğini göstermiştir (Leventhal, Meyer, ve Nerenz, 1980). Buna göre, etkin bir baş etme için somut bilgi ve yönergelere ihtiyaç duyulmaktadır (Leventhal ve ark., 1997). Tehdide yönelik somut bilgilerin ise sağduyuya dayanan bir hastalık temsiline karşılık geldiği ve bu temsillerin ne olduğu ve doğasının KDM’nin temel öğelerinden biri olduğu belirtilmektedir (Leventhal ve ark., 1980; Leventhal ve ark., 1984).

KDM’nin temelinde üç prensip bulunmakta ve bireyler üç aşamadan geçerek hastalık süreçlerini anlamlandırmaktadır (Diefenbach ve Leventhal, 1996). KDM’nin prensipleri;

1. Hastalar sağlık bakım süreçlerinde aktif katılım gösteren, yaşadıkları belirtilerin anlamı hakkında bilgi arayıp varsayımda bulunan ve bu varsayımları test eden bireylerdir (Diefenbach ve Leventhal, 1996; Weinman ve Petrie, 1997).

2. Hastalık temsili, bireylerin başa çıkmalarını ve gerçekleştirdikleri eylemlerin sonucunu değerlendirmelerini düzenleyen temel bilişsel yapıdır.
3. Bu temsiller bireysel ve kişiye özgü olup her zaman tıbbi gerçeklerle örtüşmeyebilmektedir.

KDM'ye göre, bireyin sağlık süreçlerinde geçtiği aşamalardan biri, somut ve soyut bilgi kaynaklarının karşılaştırılıp, sağlık tehditlerinin anlamlandırılmasında kullanılan hastalık temsillerinin oluşturulduğu “yorumlama aşamasıdır”. Diğer, sağlık tehdidini anlamlandırmaya yönelik yapılan yorumlar doğrultusunda eylem planı hazırlanıp hazırlanmayacağına karar verilen “başa çıkma aşamasıdır”. Bu aşama eylemin kendisinin yanı sıra eylem niyetini de içermektedir. Son aşama ise, eylem planlarının etkililiğinin değerlendirilip hali hazırdaki yöntemlerin devamlılığına ya da alternatif yolların kullanımına karar verilen “değerlendirme aşamasıdır”. Belirtilen bu üç aşama doğrusal şekilde birbirini takip ediyor gibi görünse de, aşamalar arasındaki ilişkinin dinamik ve paralel bir yapıya sahip olduğu, ilişkilerin çift yönlü olduğu belirtilmektedir (Hagger ve Orbell, 2003).

Bu çalışmada, KDM'nin temel değişkeni olan hastalık temsillerinin gerek hastalık evreleri gerekse de üst bilişlerle ilişkisi araştırılacağından bu bölümde hastalık temsillerinin hastalık evrelerine göre değişiminin yanı sıra diyabet hastalarının hastalık temsillerine ve bu temsillerin üst bilişlerle ilişkisine dair araştırma sonuçları da özetlenecektir.

1.2.3. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Temsilleri

Hastalıkla ilgili yaşantı ve beklentiler doğrultusunda geliştirilen, hastalık temsilleri olarak isimlendirilen düşünce ve duyguların, bireylerin hastalıklarına dair sergileyecekleri davranışların can alıcı noktası olduğu bilinmektedir (Kocaman ve ark., 2007). Söz konusu diyabet olduğunda, bu temsiller başarılı kendini yönetim davranışlarının (Örn. diyet, egzersiz programına uyum, kan şekeri izleme vb.) kolaylaştırıcısı ya da engelleyicisi olarak etki edebilmektedir (Glasgow, Hampson, Strycker, ve Ruggiero, 1997; Harvey ve Lawson, 2009). Bu sebeple hastaların subjektif hastalık algılarının anlaşılması, T2D'yi yönetme motivasyonlarının

anlaşılmasına da ışık tutmaktadır (Dimova, Ward, Swanson, ve Evans, 2019). Farklı bileşenlerden oluşan hastalık temsillerinin alt boyutları T2D'si olan Türk göçmenlerinde yarı yapılandırılmış görüşmelerle (n=24) değerlendirilmiştir (Yılmaz-Aslan, Brzoska, Bluhm, Aslan, ve Razum, 2014). KDM çerçevesinde yürütülen çalışmanın sonuçları, modelle tutarlı olarak diyabet hastalarında da algılanan süre sonuçlar, nedenler, kontrol edilebilirlik, kimlik, tutarlılık ve duygusal tepkiler olmak üzere yedi ayrı alt boyutun varlığına işaret etmiştir (Yılmaz-Aslan, Brzoska, Bluhm, Aslan, ve Razum, 2014).

T2D hastalarında hastalık temsillerinin kimlik alt boyutunu test eden araştırma sonuçları, hastalık belirtilerinin yorgunluk, kilo kaybı, artan susama ihtiyacı ve görme problemleri ile deneyimlendiğini belirtmiştir (Habte, Kebede, Fenta, ve Boon, 2016; Jayne ve Rankin, 2001; Jezewski ve Poss, 2002). T2D hastaları ile yürütülen diğer çalışmalarda ise hastalar koşullarını görünmez olarak tanımlamışlardır. Buna göre, hastalar herhangi bir belirti deneyimlemediklerini çünkü günlük aktivitelerinin bu koşullardan etkilenmediğini bildirmişlerdir. Hatta hastalar “hasta hissetmemenin anlamının hasta olmamak” olduğuna inandıklarını, hastalık belirtilerini deneyimlemiyorlarsa hastalığın varlığını inkar edebileceklerine inandıklarını bildirmişlerdir (Dietrich, 1996; Murphy ve Kinmonth, 1995; Nguyen, 2014). Van Puffelen ve arkadaşları (2015) ise yeni tanı almış T2D hastaları ile yürüttükleri çalışmada (n=192) diyabetle ilişkili komplikasyon belirtmeyen katılımcıların belirti bildirmediğini ve hastalığın yaşamlarına etkilerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Bir diğer çalışmada ise hastalar T2D'nin idrardaki şekerle bağlantılı olduğunu, idrarlarında şeker yoksa diyabetlerinin olmadığına inandıklarını bildirmişlerdir (Nguyen, 2014).

T2D hastalarının nedensel temsillerine dair farklı faktörlere vurgu yapan farklı çalışmaların çoğu, kalıtım, diyet (çok fazla şeker yemek), fiziksel aktivite yokluğu, şans/kötü şans ve strese dikkat çekmektedir (Dimova ve ark., 2019). Suudi Arabistan'da T2D hastaları (n=383) ile yürütülen çalışmada, diyabetin nedensel faktörleri diyet ya da yeme alışkanlıkları gibi kalıtsal olarak ele alınabilecek faktörlerle açıklanmıştır (Al-Ghamdi ve ark., 2018). Çinli T2D hastaları ile 2016-2017 yılları arasında yürütülen çalışmada ise diyabetin nedensel faktörü olarak diyet

davranışlarının en yüksek ortalama, psikolojik faktörlerin ise en düşük ortalama sahip olduğu gösterilmiştir (Tang ve Gao, 2019). İzgi (2014) ise yürüttüğü çalışmada, hastaların %51,2'sinin hastalık nedenini stres, %25,4'ünün kalıtsallık, %10,2'sinin diyet ve yemek alışkanlıkları ile açıkladığı gösterilmiştir. Diyabetin nedensel algılarında psikolojik faktörlere yapılan vurgu az olsa da, korku, öfke, acı gibi güçlü duyguların T2D başlangıcını tetikleyen risk faktörlerinden olabileceği de belirtilmektedir (Everett, 2011; Habte ve ark., 2016; Jezewski ve Poss, 2002). Libyalı T2D hastaları ile yürütülen bir çalışmada ise (n=523) diyabetin en sık algılanan nedeni, Allah'ın takdiri olarak bildirilmiştir (Ashur, Shah, Bosseri, Morisky, ve Shamsuddin, 2015).

T2D sonuç algılarına dair ise alanyazında çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar tutarlı olarak hastaların fiziksel (daha kötü sağlık durumları, beden değişimleri), psikososyal (gönüllü ve gönülsüz sosyal izolasyon, etkileşim eksikliği, sosyal işlev becerilerinde azalma, sosyal rollerde değişim) ve finansal sonuçlarına dair beklentilerine (özel bir diyet gereksiniminin maliyeti) dikkat çekmektedir (Dimova ve ark., 2019). Bazı çalışmalarda ise, sonuç beklentisi ile bağlantılı olarak, hastaların komplikasyon gelişmesine dair korku ve kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (Alcozer, 2000; Baggio, Santos, Sales, ve Marcon, 2013; Jayne ve Rankin, 2001; Jezewski ve Poss, 2002). Diyabetin sonuçlarının ciddiyetine dair bulgular ise tutarsızdır. Bazı çalışmalar T2D hastalarında diyabetin kalıcı olduğu ve ciddi sonuçlarının olduğuna dair fikir birliğinden bahsederken (Al-Ghamdi ve ark., 2018), bazı çalışmalar T2D hastalarının orta düzeyde sonuç algısına sahip olduklarına işaret etmektedir (Ashur ve ark., 2015). Ayrıca hastalık ciddiyetine insülin alımının etki ettiği ve insülin alan katılımcıların almayanlara kıyasla hastalıklarını daha ciddi olarak algıladıkları gösterilmiştir (Hampson, Glasgow, ve Toobert, 1990). Bu bulgu araştırmacılar tarafından insülin alan hastaların durumlarını ciddi olarak değerlendirirler de, iyileştirici bir eylemle belirtilerinin rahatlayacağına inandıkları şeklinde yorumlanmıştır (Hampson ve ark., 1990). Tanı süresinin de sonuç algısını etkileyen bir değişken olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda Hollanda'da T2D hastaları ile yürütülen bir çalışmada ise tanı almalarının ilk yılında hastaların diyabeti daha az ciddi

sonuçlarla ve kontrol edilebilir bir durum olarak algıladıkları bildirilmiştir (Van Puffelen ve ark., 2015).

T2D hastalarının süre algılarına dair bulgular sunan araştırma sonuçları (Ashur ve ark., 2015; Jayne ve Rankin, 2001; Nguyen, 2014) ağırlıklı olarak diyabetin kalıcı/kronik olarak algılandığına işaret etmektedir. T2D hastaları ile yürütülen bir çalışmada (n=86) ise katılımcıların hastalıklarını döngüsel olarak algıladıkları ileri sürülmüştür (Nsereko ve ark., 2013). Ayrıca diyabetin gidişinin belirsiz olarak algılanabildiğine dair araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Ashur ve ark., 2015). Bu bulgu ile paralel olarak, T2D hastalarının süre inançları ile diyet yönetim ilişkilerinin araştırıldığı çalışmada, 116 hasta ile başta, 6 ay ve 12 ay sonra görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar, hastalığının belirtilerini sabit gören hastalarda, süre inançlarının hastalık uyumu geliştirme ile pozitif ilişkiye sahip olduğunu; belirtilerini değişken olarak gören bireylerde ise bu ilişkinin bulunmadığını göstermiştir (Hemphill ve ark., 2013). Farklı kültürlerden katılımcıların (86 Avrupalı, 86 Güney Asyalı ve 87 Pasifik Adalı) yer aldığı bir çalışmada ise Pasifik Adalıların ve Güney Asyalıların hastalık süre algılarının daha kısa süreli olduğu bulunmuştur (Bean, Cundy, ve Petrie, 2007). Son olarak, diyabetin uzun süreli bir hastalık olarak algılanması, diyabetle ilgili daha fazla anlayış (tutarlılık) ve daha düşük olumsuz duygusal temsil ile ilişkili bulunmuştur (Abubakari, Cousins, Thomas, Sharma, ve Naderali, 2016).

T2D hastalarının, kontrol algılarına dair farklı araştırma sonuçları mevcuttur. Sonuçlar, hastaların diyabeti tedavi edilebilir ve kendileri tarafından kontrol edilebilir algılamalarının (Ashur ve ark., 2015; Nsereko ve ark., 2013; Tang ve Gao, 2019) yanı sıra tersi bulgulara da işaret etmektedir. Bir yıldan daha fazla süredir T2D'si olan bireylerle yürütülmüş 22 derinlemesine görüşme, yedi odak grup (53 katılımcı içeren) görüşmesi sonucu elde edilen niteliksel bulgular, hastaların hastalıklarını tedavi edilemez gördüklerine, tedavilerinin sadece şeker kontrolü olduğuna inandıklarına ve zamanla hastalıklarının şiddetleneceğini düşündüklerine işaret etmektedir (Lai, Chie, ve Lew-Ting, 2007). Diyabetik kontrolün, belirtilerden kaçınma ya da komplikasyondan kaçınma gibi farklı şekillerde ele alınabileceği de tartışma konularındandır (Murphy ve Kinmonth, 1995). Bazı araştırma sonuçları ise kontrol algısının ailede diyabet hikayesinin varlığı ve aile üyelerindeki kontrol algısı ile

bağlantılı olabileceğine işaret etmektedir (Scollan-Koliopoulos, O'Connell, ve Walker, 2007; Scollan-Koliopoulos, Walker, ve Rapp, 2011; White, Smith, Hevey, ve O'Dowd, 2009).

Duygusal temsillere dair T2D hastaları ile yürütülen araştırma sonuçları hastalıkla ilgili büyük oranda olumsuz duyguya sahip olunduğuna işaret etmektedir. Dimova ve arkadaşları (2019) hastalık algısı ile ilgili gözden geçirme çalışmasında, bu duyguların utanç, küçük düşme, suçluluk, korku, endişe, üzüntü, umutsuzluk, öfke ve hiddetle ilgili olabildiğine işaret etmiştir. Aynı çalışmada, T2D'de, hastaların duygusal temsillerinin ailede diyabet öyküsünün varlığı, tanı alma süreci, belirtilerin deneyimlenmesi ve T2D'nin nedenleri hakkındaki inançlarla ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Ailede diyabet hastalığının olmasının daha olumsuz duygularla ilişkili olduğu ve ailesinde diyabet öyküsüne sahip olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, ailesinde diyabeti olan hastaların diyabeti daha sıkıntı verici, üzücü, öfkelenendirici ve kaygı verici algılama eğiliminde oldukları bildirilmektedir (Scollan-Koliopoulos ve ark., 2011). Tanı alma sürecinin ise belirti yaşama, diyabet şüphesi, doktor ziyareti ve tanı alma sıralaması ile gerçekleştiğinde hastaların şok yaşamadıkları ve hasta hissedip doktora gittiklerinde ve tanı aldıklarında beklediklerinden daha az ciddi bir tanı aldıkları için rahatlama yaşayabildikleri ileri sürülmektedir. Belirti yokluğu, rutin testler ve tanı gibi rutin bir tanı alma sürecinden geçen hastaların ise, T2D diyabet ve diğer hastalıkların etkileşimi hakkında endişelenseler de duygusal tepki vermedikleri belirtilmiştir (Peel, Parry, Douglas, ve Lawton, 2004). Ayrıca belirti bildirmeyen hastaların, tanı almaları halinde bu durumu sürpriz olarak değerlendirdikleri de bildirilmiştir (Jayne ve Rankin, 2001). Abubakari ve arkadaşları (2016) ise tanı sonrası geçen uzun sürenin olumsuz duygusal temsillerin oluşması ile ilişkili olabileceğini önermiştir.

Duygusal temsillerle benzer şekilde, hastalık tutarlılığının da aile öyküsü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Buna göre, ailesinde diyabet öyküsü bulunan hastalar, ailesinde diyabet öyküsü bulunmayan hastalarla karşılaştırıldığında, kendi diyabetlerini daha az kavramış olduklarını ve hastalıklarını öngörülemez hissettiklerini bildirmişlerdir (Scollan-Koliopoulos ve ark., 2011). Yeni tanı almış 158 diyabet hastası (Tip 1; n = 32 ve Tip 2; n = 126) ile yürütülen boylamsal bir çalışmada tanıdan

sonraki iki yıl boyunca hastalık tutarlılığının (diyabet anlayışı) artarken, diyabete verilen duygusal tepkilerin azaldığı gösterilmiştir (Lawson ve ark., 2008). Olumsuz duygusal temsillerle ilgili belirtildiği gibi, tanı sonrası geçen uzun sürenin diyabetle ilgili daha fazla anlayışla (tutarlılık) ilişkili olduğu belirtilmektedir (Abubakari ve ark., 2016). Bu bulgu, hastaların durumlarının gerçekliğiyle yüzleşmelerinin ardından olumsuz duygularla dolup taşmak yerine, hastalığı anlamak ve hastalıkla yüzleşmek için ellerinden gelenin en iyisini yapmayı hedeflemelerinin önemli olması ile ilişkilendirilmiştir (Abubakari ve ark., 2016).

Bildirilen hastalık temsillerinin zaman içerisindeki değişimleri de merak konusudur ve bu kapsamda T2D hastaları ile yürütülmüş boylamsal çalışmalar bulunmaktadır. Buna göre, yeni tanı almış 158 diyabet hastası (Tip 1; n = 32 ve Tip 2; n = 126) ile yürütülen boylamsal bir çalışmada tanıdan üç ay (zaman 1), altı ay (zaman 2), bir yıl (zaman 3) ve iki yıl (zaman 4) sonra ölçüm alınmış ve diyabetin kişisel modelleri, belirtiler hakkındaki inançları, tedavi etkililiği, sonuçlar ve gelecekteki komplikasyonlarla ilgili ilişkilerine dair veri toplanmıştır. Araştırma sonuçları, diyabetin içsel nedenlerine dair atıfların tanıdan sonra azaldığını göstermiştir. Verilerin tümü değerlendirildiğinde ise, tanıdan sonraki ilk iki yıl boyunca hastaların belirtiler, diyabetin kontrol edilebilirliği, süre ve sonuçlara dair inançları arasında anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür (Lawson ve ark., 2008). T2D hastalarının tanıyı takip eden üç yıl boyunca hastalık inançlarının tutarlılığının (stability) test edildiği diğer araştırmada (n=207) diyabetin süresi ile ilgili algıların, diyabetin ciddiyeti ve diyabetin algılanan etkisinin üç yıllık süreçte değişmediği gösterilmiştir. Bu doğrultuda, bireylerin hastalık hakkındaki inançlarının tanı aldıktan sonra şekillendiğini ve genişletilmiş takip boyunca tutarlı kaldığını söylemek mümkündür (Skinner ve ark., 2014). Ayrıca bu çalışmada diyabetin algılanan etkisinin dört ayda diyabet sıkıntısının, üç yıllık takipte depresyonun önemli bir yordayıcısı olarak kaldığı gösterilmiştir. Buna göre, erken şekillenen hastalık inançlarının üç yıl sonra da duygusal sıkıntının yordayıcısı olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, tutarlılığını koruyan hastalık temsillerinin hastalık uyumunu artırmak adına değişimlenmesi müdahale programlarını gerektirmektedir. Bu nedenle, hastalık algılarını değiştirmek adına hasta ve aile üyelerini içeren müdahale programları

geliştirilmekte ve etkinlikleri test edilmektedir (Keogh ve ark., 2007). Diyabet hastalarında hastalık algıları ve glisemik kontrole dair yürütülen araştırmaların dahil edildiği meta-analiz çalışmasında dört randomize kontrollü çalışmadan ikisi hastalık algılarının değiştiğine işaret etmiştir (Mc Sharry, Moss-Morris, ve Kendrick, 2011).

1.2.4. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Temsilleri ve Sağlık Sonuçları İlişkisi

T2D hastalarının hastalıklarını değerlendirme şekilleri çok sayıda sağlık sonucuna etki etmektedir. Bu kapsamda yürütülmüş bir meta-analiz çalışmasında (Hagger ve Orbell, 2003) T2D hastalarının hastalık temsillerinin diyet, kan şekeri testi (HbA1c), insülin alımı, diyabet bakım düzeyi, kendini yönetim davranışları (Örn.; egzersiz, diyet, ayak bakımı, vb.) ve tedaviye uyum gibi çeşitli sağlık sonuçları için test edildiği görülmüştür. Meta-analiz sonuçları, belirtilen bu sonuç değişkenlerinin kontrol/tedavi inançları ($r= 0.12$), sonuçlarla ilgili inançlar ($r= 0.01$) ve kimlik ($r= -0.01$) ile anlamlı ancak orta düzeyde ilişkiye sahip olduğunu, süre inançlarının ($r= 0.01$) ise anlamlı ilişkiye sahip olmadığını göstermiştir. Bu bulgular, hastalık inançlarının test edilen davranışlardaki varyansın %2'sinden azını yordadığına işaret etmektedir (Hagger ve Orbell, 2003).

T2D hastaları ile yürütülen çalışmalarda ele alınan önemli sonuç değişkenlerinden biri metabolik kontrol olarak da isimlendirilen kan şekeri ölçümü (HbA1c) sonucudur. İnsülin bağımlı diyabet hastaları ($n=64$) ile yürütülen bir çalışmada çoklu regresyon analiz sonuçları, metabolik kontrol varyansının %30.8'inin diyabete özgü öz-etkinlik, sonuçlar ve kimlik alt boyutları tarafından açıklandığını göstermiştir (Griva ve ark., 2000). Hastalık algısı ölçeklerinin (kısa ve uzun formu) ile alt boyutlarının HbA1c ile ilişkisinin test edildiği bir meta-analiz çalışmasında ise dokuz enlemesine kesitsel, dört randomize kontrollü çalışma değerlendirmeye alınmıştır. Sonuçlar, daha güçlü kimlik, sonuçlar, döngüsel süre algısı, endişe (concern) ve duygusal temsillerin HbA1c ile pozitif ilişkiye; kişisel kontrolün ise HbA1c ile negatif ilişkiye sahip olduğunu göstermiştir (Mc Sharry ve ark., 2011). Kontrol inançları ile ilgili bu bulgu ile tutarlı olarak Güney Asya (Hindistan, Fiji, Sri Lanka, Pakistan veya Bangladeş) kökenli T2D hastalarında ($n=86$) daha fazla tedavi/kontrol algısı hastanın daha iyi glikoz ölçmesi ile ilişkili bulunmuştur. Bu

bulgu, diyabeti daha kontrol edilebilir olarak algılayan bireylerin şeker düzeylerini düzenli olarak ölçme eğiliminde oldukları şeklinde yorumlanmıştır (Bean ve ark., 2007). Avrupa (n=86) ve Pasifik Ada (Samoa, Tonga, Cook Adaları, Maori, Tokelau) (n=87) kökenli bireylerde ise, daha kısa süre algısının daha düşük glikoz ölçüm pratiği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Bean ve ark., 2007). Bu araştırma sonucu ise bireylerin hastalığın kısa zamanda yok olmasını beklediklerinden ya da umduklarından dolayı hastalıklarını izlemeye ya da kendilerine hatırlatmaya daha az ihtiyaç duydukları şeklinde yorumlanmıştır (Bean ve ark., 2007). Bir başka çalışmada ise, T2D hastalarından (n= 615) psikolojik değişkenler, metabolik kontrol ve yaşam kalitesi ile ilgili ölçümler alınmıştır. Önemli klinik özellikler (tanı süresi, beden kitle indeksi, tedavi türü) kontrol edildikten sonra, diyabete psikolojik algının metabolik kontroldeki (HbA1c) farklılıkların %8'ini açıkladığı gösterilmiştir (Paddison, Alpass, ve Stephens, 2008).

Hastalık temsillerinin etkisinin araştırıldığı sonuç değişkenlerinden bir diğeri, tedavi ya da ilaca uyumdur. Metabolik kontrolde olduğu gibi tedaviye uyum için de kontrol inançlarının önemli olduğu, bu inançların insülin bağımlısı diyabet hastalarında tüm tedavi unsurlarına uyumla ilişkili olduğu ve toplam uyumun %39'unu yordadığı gösterilmiştir (Griva ve ark., 2000). T1D (n=49) ve T2D (n=108) hastalarının hastalık ve tedavi algıları, kan şekeri kontrolü ve tedaviye uyumları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, tedaviye uyumun, daha az ciddi sonuç algısı, daha yüksek kişisel kontrol, daha yüksek tedavi kontrolü, daha az belirti, daha düşük duygusal temsil ve diyet yönetim inancı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Broadbent, Donkin, ve Stroh, 2011). Akgüç (2013) de benzer bulguları 100 T2D hastası ile yürüttüğü çalışmada elde etmiştir. Benzer değişkenlerin T2D'si olan İranlı hastalarda (n=102) test edildiği çalışmada hastalığa dair süre algısının (diyabetin kronik olacağı inancı) daha yüksek düzeyde ilaç uyumunu yordadığı gösterilmiştir (Aflakseir, 2012). Kültürlerarası karşılaştırma sunan bir çalışmada ise, tersi yönde, diyabetin daha kısa süreceğini düşünen bireylerin ilaca daha fazla uyum gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada, diyabetin daha az ciddi sonucu olduğu inancının daha fazla uyumla ilişkili olduğuna ve bildirilen bu inançların ilaç alımı üzerindeki etkisinin Pasifik Ada (Samoa, Tonga, Cook Adaları, Maori, Tokelau) kökenlilerde

oldukça güçlü olduğuna işaret edilmektedir (Bean ve ark., 2007). Libyalı T2D hastaları (n=523) ile yürütülen bir çalışmada ise düşük ilaç uyumunun anlamlı yordayıcıları arasında düşük tedavi kontrol algısı ve yüksek kimlik algısının bulunduğu gösterilmiştir (Ashur ve ark., 2015).

Diyabet hastalarında hastalık temsillerinin yaşam kalitesi, daha özelde ise kaygı ve depresyonla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Ancak hastalık temsilleri ile kendine bakım davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısının daha fazla, hastalık temsilleri ile psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısının ise az olduğu öne sürülmektedir (Skinner ve ark., 2003). Kişisel modelin diyabet görüşmesi ile yürütülen ilk çalışmalarda, 60 yaş üstü 78 diyabet hastasına erişilmiştir. Sonuçlar; neden, tedavi etkililiği ve ciddiyet boyutlarının yaşam kalitesinin ciddi yönleri ve olumsuz duygulanım ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Hampson, Glasgow, ve Foster, 1995). Bir diğer çalışmada ise, hastalık temsillerinin depresyon ile üç aylık takipte de ilişkili olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde, Paschalides ve arkadaşları (2004) 184 T2D hastası ile yürüttükleri çalışmada, kimlik, sonuçlar ve kontrol alt boyut puanlarının kaygı ve depresyonla, zaman alt boyutunun ise sadece kaygı ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Buna göre, daha fazla algılanan belirtiler, daha kötü beklenen sonuçlar, diyabetin algılanan kontrol eksikliği depresyon ile ilişkilidir (Paschalides ve ark., 2004). Benzer şekilde, Türkiye’de yürütülen bir çalışmada da T2D hastalarının (n=162) hastalıklarını anlayamayışları ve hastalıklarına anlam veremeyişleriyle birlikte hastalıklarının çok ciddi sonuçları olduğuna yönelik negatif algılarının depresif duygudurumunu yordadığı gösterilmiştir (Akın, 2013).

Bu doğrultuda yürütülen çalışma sonuçları, diyabetin kişisel olarak kontrol edilebiliyor olmasının yaşam kalitesi ile pozitif ilişkili olduğuna, diyabetin ciddi sonuçları olacağı ve olumsuz duygusal temsillerin ise düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğuna işaret etmiştir (Paddison ve ark., 2008). Ayrıca çalışmada, hastalık temsillerinin yaşam kalitesindeki değişimlerin %16’sını açıkladığı gösterilmiştir. Tüm bu bulgular, algılanan yaşam kalitesini açıklamada, diyabetin kişisel algılarının objektif hastalık ciddiyeti kadar önemli olabileceğini göstermektedir (Paddison ve ark., 2008).

Son olarak, hastalık temsillerinin doğrudan sağlık sonucunun yanı sıra sağlığın gelişmesine hizmet eden durumlara da etkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Bununla paralel olarak, hastalık temsillerinin diyabet kliniğine katılımı üzerindeki etkisini araştıran çalışmada (n=442) pozitif hastalık temsiline sahip olanlara kıyasla, negatif hastalık temsili olan katılımcıların diyabet kliniklerine daha fazla gittikleri bulunmuştur (Thongsai, 2015). Diğer bir çalışmada hasta-doktor ilişkisi ve diyabetle ilgili sıkıntı arasındaki ilişkide hastalık temsillerinin tam aracı etkisinin olduğu gösterilmiştir (Bridges ve Smith, 2016).

Hastalık temsilleri T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeyleri başta olmak üzere deneyimledikleri birçok sağlık sonucunun ve sağlık davranışının anlaşılmasına ışık tutmaktadır. Daha güncel çalışmalarda ise bu temsiller hakkındaki düşüncelerin de önemli olabileceğine vurgu yapıldığından, metnin devamında bilişler hakkında bilişler olarak özetlenebilecek “üst biliş kavramına” bu kavramın teorik arka planına, T2D, depresyon ve kaygı ile ilişkisine yer verilecektir.

1.3. DİYABET VE ÜST BİLİŞLER

1.3.1. Üst Biliş (metacognition)

“Biliş ile ilgili biliş; düşünce hakkındaki düşünce” olarak ifade edilen üst biliş, ilk kez Flavell (1979) tarafından tanımlanmıştır. Bu tanıma göre üst biliş, bilişin değerlendirilmesini, gözlenmesini veya kontrol edilmesini içeren herhangi bir bilgi veya bilişsel süreçtir. Biliş, kişinin, bir durum ve/ya olay üzerine algılaması, anlaması, düşünmesi, hatırlaması iken; üst biliş, kişinin bu süreçleri üzerinde farkındalık kazanıp düşünmesi süreci olarak açıklanmaktadır (Wells, 2000). Ak, Torun Yazıhan, Sütçügil, ve Hacıömeroğlu (2012) ise üst bilişin, düşünce içeriğinden çok nasıl düşünüldüğüne dair olduğunu belirtmektedir. Ayrıca üst biliş, düşünce/duyguların anlaşılması ve bunun sentezi ile kişinin, kendisinin ve başkalarının temsillerinin oluşturulmasına dair sahip olduğu bilişleri de kapsamaktadır (Vohs ve ark., 2014). Sıklıkla üst biliş olarak ele alınsa da, alanyazında biliş üstü (Kılınç ve Doğan, 2014), yürütücü biliş (Çalışkan ve Sünbül, 2011; Sökmen ve Kılıç, 2016) ve bilişsel farkındalık (Demir ve Kaya, 2015; Karatay, 2010) gibi farklı ifadelerin üst biliş yerine kullanıldığına rastlanmaktadır.

1.3.1.1. Üst Biliş Bileşenleri

Üst biliş çok yönlü bir kavramdır. Bilişi değerlendiren, izleyen veya kontrol eden bilgileri (inançları), süreçleri (deneyimleri) ve stratejileri içermektedir (Wells, 2000). "Üst bilişsel bilgi", insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inanç ve teorilere karşılık gelmektedir. Bir kişinin hafızasının veya konsantrasyon gücünün etkinliği hakkındaki inançları buna örnek olarak verilebilir (Wells, 2009). Üst bilişsel bilgi içeriğine göre ise, olumlu ve olumsuz üst bilgi olmak üzere iki geniş alanda ele alınmaktadır. *Olumlu üst bilişsel inançlar*, bilişsel dikkat sendromunu oluşturan ve sürdüren bilişsel etkinliklere katılmanın yararları ya da avantajları ile ilgili iken (örn. Eğer tekrar tekrar endişelenirsem semptomları ya da erken işaretleri belirleyebilirim), *negatif üst bilişsel inançlar*, düşüncelerin ve bilişsel deneyimlerin kontrol edilemezliği, anlamı, önemi ve tehlikeliliği ile ilgili inançlardır (örn. Hastalığın geri dönüşü ile ilgili endişemi durduramam) (Wells, 2009; Wells ve Mathews, 1994). "Üst bilişsel deneyimler" ise, bireylerin zihinsel durumları hakkında sahip oldukları durumsal değerlendirme ve duygulardır. Örneğin, yaygın kaygının bir özelliği olan endişe hakkında endişe, üst bilişsel deneyime bir örnektir (Wells, 2009).

Üst bilişsel stratejiler, duygusal ve bilişsel öz düzenlemeye hizmet eden düşünmeyi kontrol etmek ve değiştirmek için yapılan tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Stratejilerin seçiminin ise bilişsel etkinliklerin doğasını yoğunlaştırabileceği, bastırabileceği veya değiştirebileceği belirtilmektedir. Bu sayede düşüncelerin veya olumsuz duyguların azaltılması amaçlanmaktadır. Örneğin, bir kişi hazırlıklı olma çabasından dolayı, dikkatini tehdide verebilir veya üzücü düşüncelerini bastırmaya çalışabilir ya da duygusundan uzaklaşmayı seçebilir (Wells, 2009).

Wells'e göre (2009) kişilerin olayları yorumlaması ve yaptığı seçimler üst bilişsel işlevlerine bağlıdır. Bu doğrultuda, düşünceleri deneyimlemenin iki yolla gerçekleştiği belirtilmiş ve Wells tarafından "modlar" olarak isimlendirilmiştir (Wells, 2000, 2009). Bu yollardan biri olan *nesne modda*, düşünceler veya inançlar kendilik veya dünyanın doğrudan deneyimlerinden ayırt edilememekte, kişi düşüncelerini gerçeklik olarak görmektedir. *Üst bilişsel modda* ise, düşünceler bilinçli olarak benlikten ve dünyadan ayrı olaylar olarak gözlemlenmekte ve deneyimlenmektedir. Ek olarak, üst bilişsel modun, nesne modun üst seviyesinde olduğu belirtilmekte ve

bireyin geride durup düşüncelerini bilinçli deneyimin çok yönlü manzarasının bir parçası olarak gözlemlediği mod olarak tasvir edilmektedir (Wells, 2009).

Üst bilişlerin, bilişleri kontrol eden, düzenleyen, denetleyen ve yorumlayan yapısı göz önünde bulundurulduğunda, bu yapıda meydana gelebilecek herhangi bir bozulmanın pek çok psikolojik rahatsızlığın gelişmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Wells, 2009; Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

1.3.2. Kendini Düzenleyici ve Yürütücü İşlevler Modeli (The Self-Regulatory Executive Function Model, S-REF Model)

Üst bilişsel yaklaşım psikopatolojilerin gelişmesi ve sürmesini transdiagnostik bir yaklaşım olan “Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli” (The Self-Regulatory Executive Function Model, S-REF Model) ile açıklamaktadır (Wells, 2009). Model, bilişsel süreçler için otomatik ve refleksif işleme, düşünce ve davranışların bilinçli olarak işlenmesi ve üst bilişsel bilgiler ile benliğe yönelik inançların uzun süreli bellekte depolanması olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır (Wells, 2000). Normal koşullar altında, S-REF işlem süresinin kısa olduğu belirtilmektedir. Örneğin, açlığı işaret eden iç tepkiler farkındalığa girdiğinde, S-REF, bu tür tepkilerin değerlendirilmesine ve bireyi "normatif" bir tokluk durumuna döndürecek stratejilerin uygulanmasına rehberlik eden öz bilgiye erişmektedir. S-REF'in öz düzenleme yapılandırması, dikkati benliğe odaklamakta ve dış uyaranların, vücut durumu uyaranlarının ve bilişlerin kişisel önemini nesne modunda değerlendirmekte ve bu değerlendirmeler kabul edilmektedir. Psikolojik bir problemde ise kişi kendi kendini düzenleme hedefine ulaşamamakta ve S-REF yapılanması kalıcı hale gelmektedir (Wells, 2000).

Bu modelde, üst bilişsel inançlar (Örn. kontrol hakkındaki inançlar ve biliş yürütme) duygusal sıkıntının işlevsel belirleyicileri olarak ele alınmaktadır. Diğer bir deyişle, bilişsel olaylara verilen esnek ve işlevsel olmayan tepkiler psikolojik problemlerin ortaya çıkışında önemli rol oynamaktadır (Wells, 2009). Hastalık algısı bağlamında ise model, bu algıların tek başına duygusal sıkıntının gelişmesi ve sürmesini açıklamada yetersiz olduğunu ileri sürmektedir. Örneğin, epilepsi hastalarında olumsuz hastalık temsilleri yaygındır, ancak bu bireylerin çoğunluğu klinik düzeyde depresyon ya da kaygı yaşamamaktadır (Fisher, Reilly, ve Noble,

2018). S-REF model, olumsuz hastalık algılarından bu algılara verilen bireysel tepkilerin duygusal sıkıntıya yol açmasını açıklamaktadır (Fisher, Reilly, ve Noble, 2018). Bu tepki stili ise Bilişsel Dikkat Sendromu (Cognitive Attentional Syndrome-CAS) olarak isimlendirilmektedir (Wells, 2009).

1.3.2.1. Bilişsel Dikkat Sendromu (Cognitive Attentional Syndrome-CAS)

S-REF modeline göre, psikolojik problemler, bilişsel-dikkat sendromu (CAS) olarak isimlendirilen tekrarlayıcı bir düşünmeyle ortaya çıkmaktadır. CAS'ı, kişinin olumsuz düşünceler, inançlar ve duygularla başa çıkmak için verdiği yanıt olarak ele almak mümkündür. Ancak CAS, bu deneyimlerin bozulmasını veya üst biliş seviyesinden düzenlenmesini engellemektedir. CAS üç süreci içermektedir: i) perseveratif düşünme (endişe, ruminasyon, kuşkuculuk), ii) dikkat stratejileri (semptomlara odaklanma, olumsuz düşünce ve duyguları izleme), iii) işlevsel olmayan baş etme stratejileri (aktiviteyi azaltmak, istenmeyen imge ve düşünceleri bastırmak)(Wells ve Mathews, 1994). Diğer bir deyişle, CAS endişe (gelecekteki tehditleri tespit edip bunlardan kaçınma) ve ruminasyon (geçmiş analiz etmeyi ve olayların anlamını sorgulama) sürecindeki tekrarlı olumsuz düşüncelere karşılık gelmektedir (Wells, 2009, 2013).

CAS'ın bilişsel dikkat stratejisi ise tehdit izlemenin hâkimiyetindedir. Buna sağlık kaygısı olan hastanın, kanser belirtilerini aramak için vücudunu taraması, obsesyonel bozukluğu olan kişinin çevreyi kir veya vücut sıvısı belirtileri için taraması örnek verilebilir. Wells'e göre (2013) tehdidi izleme, işlenmek için mevcut olan bilgi türünü saptırmakta, uyarılma ve tehdidin devam etmesi için tehlike hissini korumaktadır. CAS'ın kendini düzenleme üzerinde paradoksal etkileri olan işlevsel olmayan baş etmelerin ise düşünce üzerindeki kontrol kaybını güçlendirdiği belirtilmektedir (Wells, 2009). Çünkü bu sayede kişi, düşünceleri ve olumsuz duygularını kontrol etmek, bunlarla etkili şekilde başa çıkabilmek için zihnini kullanmayı deneyimleyememektedir. Örneğin, genel kaygısı olan kişi, endişelenmeyi bırakmak ve zihnini dinlendirebilmek için genellikle güvence arayacaktır. Bu davranış, bilişin kontrolünü başka birisine aktardığından, birey bu süreçte kendi kendini kontrol etmeyi keşfedememekte ve zihinsel kontrolün kaybına dair inançlar geliştirmekte ve/ya bu inançları devam ettirmektedir. Zihinsel kontrol eksikliğine dair

bu üst bilişsel inançların, ise CAS'ı daha da beslediği ileri sürülmektedir (Wells, 2013).

Bu bağlamda, CAS'ın üst bilişsel kaynağının bilgi ve inançlar olduğunu söylemek mümkündür. Ancak, benlik ve dünya hakkındaki sıradan bilişsel inançların bu alanda olmadığı ve doğası gereği bu inançların üst bilişsel olduğu belirtilmektedir. Daha önce değinildiği üzere, bu inançlar CAS'ın bazı yönlerine dahil olma ihtiyacına dair olumlu inançlar ve düşüncelerin, duyguların kontrol edilemezliği, tehlikesi veya önemi hakkındaki olumsuz inançlar olmak üzere iki türdür. Bu üst bilişsel inançlar, kontrol girişiminde bulunulmaması ve zihinsel olayların olumsuz ve tehdit edici yorumlarına yol açması nedeniyle CAS'ın sürekliliğine sebep olmaktadır. Bu inançların etkisini zihinsel olayların yanı sıra duygusal deneyimlere veya duygu durumlarına da genişletmek mümkündür (Wells, 2009).

1.3.3. Kronik Sağlık Koşullarında Üst Bilişlerin Sağlığa Etkisi

Psikopatolojileri açıklamada son yıllarda dikkat çeken üst biliş yaklaşımı, özellikle obsesif kompulsif bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunun açıklamasında kullanılmakta ve bu psikopatolojilerin tedavisinde üst bilişsel terapinin faydalı olduğunu destekleyen geniş bir araştırma bulgusu bulunmaktadır (Wells, 2009, 2013).

Yakın tarihli bir meta-analiz, psikopatolojisi olan bireylerde üst bilişlerin beş boyutunun da yaygın olduğuna işaret etmiştir. Özellikle, Sun, Zhu, ve So (2017) psikiyatrik tanılar arasında (örn. majör depresyon, yaygın kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, vb.) tehlike ve kontrol edilemezlik ile ilgili olumsuz üst bilişsel inançların ve kontrol ihtiyacına ilişkin inançların etkilerinin güçlü olduğunu bildirmişlerdir. Diğer yandan bildirilen bu psikiyatrik tanılarda olumlu üst bilişsel inançların orta düzeyde fakat daha az tutarlı etkiye sahip oldukları, düşük bilişsel güven ve yüksek bilişsel öz farkındalığın ise orta düzeyde etkiye sahip oldukları bildirilmiştir (Sun ve ark., 2017). Klinik olmayan örneklemelerde ise, üst bilişsel inançların algılanan stres ve olumsuz duygular ile ilişkili olduğu (Spada, Nikčević, Moneta, ve Wells, 2008), stresli yaşam olaylarının depresyon ve kaygı başlangıcını yordadığı (Yılmaz, Gençöz, ve Wells, 2011), olumsuz üst bilişsel inançların hem kaygı hem de depresyonun en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Spada, Mohiyeddini,

ve Wells, 2008).

Daha güncel çalışmalarda ise üst bilişsel model, kronik fiziksel koşullar için test edilmeye başlanmış, Parkinson hastalığı (Allott ve ark., 2005), KYS (Maher-Edwards ve ark., 2012; Maher-Edwards ve ark., 2011) ve kanser (Cook ve ark., 2015a, 2015b) gibi farklı sağlık koşullarında yaşanan duygusal sıkıntıları açıklamada kullanılmıştır. İşlevsel olmayan üst bilişsel inançların olumsuz duyguların gelişmesine etkisi aracılığıyla tıbbi tedavi uyumunu da etkileyebileceği belirtilmektedir (Lenzo, Sardella, Martino, ve Quattropani, 2020).

Cook ve arkadaşları (2015a, 2015b), kanser hastaları ile yürüttükleri çalışmalarda olumsuz üst bilişsel inançların kaygı, depresyon ve travma sonrası stres semptomları ile ilişkili olduğunu ve bu ilişkilerin CAS aracılığıyla gerçekleştiğini göstermişlerdir. İdiyopatik Parkinson hastaları (n=106; 93'ünün hastalıkları durma sürecindedir) ile yürütülen bir çalışmada, günlük yaşamın motor deneyimleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük kontrol edildiğinde, üst bilişsel faktörlerin (endişe ile ilgili olumlu inançlar, kontrol edilemezlikle ilgili üst bilişler ve bilişsel güven yoksunluğu) kaygı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Brown ve Fernie, 2015). Ayrıca, ilk kez, üst bilişin bağımsız olarak, hastalığın durma sürecindeki sıkıntının gelişimi ile ilişkilendirilebileceği öne sürülmüştür. Multipl skleroz hastalarında (n=132) üst bilişlerin duygusal sıkıntıya etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise demografik/klinik değişkenler ve hastalık değerlendirmeleri kontrol edilmiştir (Heffer-Rahn ve Fisher, 2018). Hiyerarşik regresyon sonuçları, kontrol değişkenleri sonrasında üst bilişlerin duygusal sıkıntıyı açıkladığını göstermişlerdir. CAS'ın ise, pozitif üst bilişler ile sıkıntı arasındaki ilişkide tamamen, olumsuz üst bilişsel inançlar ve sıkıntı arasındaki ilişkide kısmen aracı etkisinin olduğu bildirilmiştir (Heffer-Rahn ve Fisher, 2018). KYS olan bireylerle (n=96) yürütülen bir çalışmada ise, olumsuz duygular ve üst bilişlerin semptom ciddiyeti ile pozitif ilişki içinde olduğu, üst bilişlerin depresyon ve kaygıdan daha çok semptom ciddiyetinin yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Üst bilişin alt boyutları bağlamında ise, bilişsel güven eksikliğinin hastalığın fiziksel ve zihinsel faktörlerini yordadığı, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı hakkındaki inançların ise olumsuz duygu ve bilişsel güven eksikliğinden bağımsız olarak KYS'nin zihinsel faktörünü yordadığı gösterilmiştir (Maher-Edwards ve ark., 2011).

Epilepsi hastalarında (n=349) çevrimiçi anket ile yürütülen bir çalışmada ise,

demografik değişkenler, fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalıklar, epilepsi özellikleri ve ilaç tedavisine dair değişkenler kontrol edildikten sonra üst bilişsel inançların kaygıdaki ek varyansın %20'sini, depresyondakinin ise %24'ünü açıkladığı gösterilmiştir. Ayrıca endişe, kontrol edilemezlik ve endişe tehlikesi ile ilgili olumsuz inançlar ile kaygı ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ederek üst biliş modelinin temel ilkesini desteklemiştir (Fisher ve Noble, 2017). Kalp hastası (n=102) ve meme-prostat kanseri hastalarından (n=105) oluşan örnekleme ise, kontrol edilemezlik ve tehlike ile olumlu inançların her iki grupta da ortak ve kaygının bağımsız yordayıcıları olduğu gösterilmiştir (Anderson ve ark., 2019). Kontrol edilememe ve tehlike üst bilişleri ile endişeye ilişkin olumlu inançlar, fiziksel hastalık türünden bağımsız olarak kaygıya bağımsız katkılar sunuyor gibi görünmektedir (Anderson ve ark., 2019).

Belirtilen araştırma bulguları, fiziksel hastalık sahibi olan bireylerde üst bilişlerin kaygı ve depresyon belirtilerine etkisini araştıran çalışmaları bir araya getiren sistematik derleme ile desteklenmiştir (Capobianco, Faija, Husain, ve Wells, 2020). 1997-2009 yılları arasına ait farklı veri tabanlarının (Web of Science, PsychINFO vb.) gözden geçirilmesi sonrası bu derlemeye toplamda 2851 katılımcıyı içeren 13 uygun çalışma dâhil edilmiştir. Sonuçlar, bir dizi hastalıkta kontrol edilemezlikle ilgili olumsuz üst bilişsel inançların hem kaygı hem de depresyon ile tutarlı şekilde ilişkilendirildiğini göstermiştir. Çalışmaların büyük çoğunluğunun depresyon ve kaygı sonuçları için üst bilişleri değerlendirirken, iki araştırmanın travma belirtilerini değerlendirdiği gösterilmiştir. Buna göre, travma belirtileri ile kontrol edilemezlik ve tehlikeye ilişkin negatif üst bilişsel inançlar arasında anlamlı ve pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (Capobianco ve ark., 2020). Diğer bir sistematik derlemede ise kronik tıbbi durumları olan bireylerin yanı sıra bu bireylerin bakım verenlerinin de örnekleme dahil edildiği araştırmaların bulguları bir araya getirilmiştir. Derlemede, tıbbi durumları olan bireylerde üst bilişlerle kaygı, depresyon ve algılanan yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye dair kanıtların Wells'in kuramı doğrultusunda sunulması hedeflenmiştir. Sonuçlar, kronik tıbbi durumu olan bireyler kadar bu bireylerin bakıverenlerinde de, üst bilişlerin yaşam kalitesi, depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Lenzo ve ark., 2020).

Araştırmalar işaret ettiği üzere, üst bilişsel model farklı kronik tıbbi durumlarda

özellikle depresyon ve kaygıyı açıklamakta faydalı görünmektedir. Diğer yandan bu durumları yaşayan bireylerin, hastalık süreçleri boyunca belirtilerine odaklandıkları ve bu duruma dair bilişlerin de duygudurumu etkilediği vurgulanmaktadır. Bu nedenle metnin devamında güncel bir kavram olan semptom kontrolü hakkındaki üst bilişlere değinilecektir.

1.3.4. Semptom Kontrolü Hakkında Üst Bilişler

Psikopatoloji merkezli geliştirilmiş olan üst bilişsel modelin, kronik fiziksel hastalıklarda desteklendiğine dair çalışmaların ötesinde güncel çalışmalar, semptom kontrolünün önemine dikkat çekmektedir. KYS'si olan bireylerle yürütülen bir çalışmada, Üst Bilişsel Profil Oluşturma Görüşmesinden (Wells, 2000) faydalanılmış ve sonuçlar, çoğu hastanın dikkatlerini belirtilerine odakladıklarına; bunun da duygudurumu olumsuz etkilemesine ek olarak, hedefe ulaşmanın engellenmesi, belirtilerin yoğunlaşması gibi dezavantajlara yol açtığına işaret etmiştir (Maher-Edwards ve ark., 2012). Bu doğrultuda, Fernie, Maher-Edwards, Murphy, Nikčević, ve Spada (2015) semptomların değerlendirilmesinin yanı sıra özellikle bilişsel ve dikkat süreçlerine atıfta bulunan ve belirtiler üzerinde düşünmeyi gerektiren ifadelerden oluşan bir ölçek geliştirmişlerdir.

Bu ölçekten faydalanarak fibromiyalji hastalarında (n=348) yürütülen bir çalışmada, hastaların stres, kaygı, depresyon ve genel üst biliş puanları kontrol edildikten sonra, semptom kontrolü ile ilgili pozitif üst bilişlerin fiziksel işlevsellikteki bozulmayı anlamlı şekilde yordadığı, semptom kontrolü ile ilgili olumsuz üst bilişlerin ise genel fibromiyalji etki değerini anlamlı şekilde yordadığı ortaya konmuştur (Kollmann, Gollwitzer, Spada, ve Fernie, 2016). Tüm bu sonuçlar, semptom kontrolü hakkındaki üst bilişlerin kronik sağlık koşullarındaki üst bilişsel süreçleri anlamamıza yardımcı olan ayrı bir yapı olabileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda üst bilişlere yeni bir bakış sunan bu yapının daha fazla araştırılması ihtiyaç gibi görünmektedir. Semptom kontrolüne dair üst bilişleri değerlendiren sınırlı araştırma bulunmakla birlikte, bu tez çalışmasında bu kavram ilk kez T2D hastaları için test edilecektir.

1.3.5. Diyabet Hastalarında Üst Bilişlerin Sağlığa Etkisi

Üst bilişler kronik sağlık koşullarında yeni yeni araştırılmaya başlandıktan,

diyabeti olan bireylerle yürütölmüş sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlıklı ve diyabetli bireyleri (n=35) nedensel-karşılaştırma (causal-comparative) yöntemi ile değerdendiren çalışma sonuçları, diyabeti olan bireylerin üst bilişlerin alt boyutlarından endişe ile ilgili pozitif inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven ve kontrol düşüncelerine ihtiyaç ortalama puanlarının sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğunu, bilişsel öz farkındalık için ise gruplar arasında fark bulunmadığını göstermiştir (Siavoshifar, 2016). Araştırmacılar bulguların, diyabet hastalarının hastalık düşüncelerini ve farkındalıklarını kontrol etmeyi öğrenme ihtiyaçlarının rasyonelini oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Purewal ve Fisher (2018) ise T1D (n=335) ya da T2D (n=279) tanısı olan 614 katılımcı ile yürüttükleri çalışmada, hastalık algısı, yaş ve cinsiyet kontrol edildikten sonra üst bilişsel inançların T1D hastalarında kaygının açıklanmasına %38, depresyonun açıklanmasına %29 oranında katkı sunduğunu, T2D hastalarında ise kaygının açıklanmasına %33, depresyonun açıklanmasına %27 oranında katkı sunduğunu göstermişlerdir.

Diyabet hastalarında üst bilişlerin etkisi göz önüne alındığında, üst bilişsel terapinin duygu durum üzerindeki etkisini gösteren çalışmalar da önem kazanmaktadır. Bu bağlamda, Mirhosseini, Zarch, ve Nasireian (2020) 30 T2D hastası (n=15 test, n=15 kontrol grubu) ile yürüttükleri çalışmada, üst bilişsel terapi modölünün (haftada bir katılım gerektiren 8 seans, her bir seans 45 dk.) bireylerin depresyonlarını azaltarak zihinsel sağlıklarını geliştirdiğini göstermiştir. Benzer bir çalışmada, T2D hastalarının depresyon düzeylerinin azalmasına üst bilişsel terapiye ek olarak davranışsal aktivasyonun da yardımcı olduğu gösterilmiştir (Bayegan, Sotodeh Asl, Karami, ve Dahraei, 2020).

İlk çalışmalar üst bilişsel inançların T2D hastalarının depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilişkili olduğuna işaret etmekte, üst bilişsel terapinin ise T2D hastalarının duygudurumlarının düzenlenmesine katkı sunduğunu desteklemektedir. Diğer yandan, söz konusu kronik hastalıklar olduğunda hastaların duygudurum ve hastalığa dair inançlarının uyum süreçlerine göre değişebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle metnin devamında hastalığa uyum sürecine dair evre yaklaşımlarına değinilecektir.

1.4. KRONİK HASTALIKLARA UYUMDA EVRE YAKLAŞIMLARI

Hastalığa uyum sürecinin karmaşık doğası, var olan çok sayıda teori, model ya da çeşitli evre modelleri ile gösterilmektedir. Genel itibariyle sağlık ve kronik koşullara uyumla ilgili temel bileşenleri bir araya getiren üç temel paradigmadan bahsedilmektedir. Bunlar, hastalığı vurgulayan biyomedikal modeller, hastalığa uyumu değerlendiren psikolojik modeller ve sağlık, işlevsellik ve iyilik halini bir bütün olarak ele alan biyopsikososyal modellerdir (Larson, 1999). Bu bağlamda kronik koşulların özelde ise diyabetin sadece tıbbi değil biyopsikososyal çerçevede kapsamlı olarak ele alınmasının gerekliliği daha önce vurgulanmıştı.

Söz konusu hastalığa uyum olduğunda, bu süreci etkileyen birçok faktörün bulunduğu ve objektif olarak benzer koşullardaki bireylerin daha başarılı ya da daha az başarılı olmak üzere farklı düzeylerde uyum sağlayabildikleri bilinmekte (Smedema, Bakken-Gillen, ve Dalton, 2009), uyumun süreç olarak ele alınması önerilmektedir (Hammond ve Hirst-Winthrop, 2018).

Hastalığa uyum süreci ise hastalık tanısından hastalık kabulüne uzanan farklı evreleri içermektedir. Alanyazında ise Bilişsel Adaptasyon Modeli (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman, ve Wood, 1984), Adaptasyon Modeli (Crate, 1965), Psikososyal Uyumun Tekrarlayan Modeli (Kendall ve Buys, 1998), Kronik Hastalıkların Değişen Yaklaşımlar Modeli (Paterson, 2001) ve Fennell Evre Modeli (Fennell, 1995) olmak üzere birçok model hastalığa uyum sürecini evre yaklaşımına göre ele almakta ve farklı hastalık uyum evrelerini tanımlamaktadır.

Kronik hastalıklara dair belirtilen bu modeller birlikte değerlendirildiğinde, her bir modelin kendi kapsamında sınırlılığının olduğunu söylemek mümkündür. Modellerin çoğu genellikle birkaç alana, öncelikli olarak da psikolojik ve bilişsel uyuma odaklanmaktadır. Ancak diyabet hastalığı söz konusu olduğunda, hastalığın bireyin tüm yaşam alanlarından etkilenebildiği bilinmektedir. Bu çerçevede değerlendirildiğinde, Fennell Dört Evre Modeli (FDEM), özelde KYS olmak üzere diğer kronik hastalıkların da değerlendirilmesi ve tedavisi için kapsayıcı bir yaklaşım sunmaktadır (Fennell, 1995). Buna göre model, kronik hastalığı olan bireylerin hastalık deneyimleri ile uzlaşmak için belli evrelerden geçtiğini savunmakta ve bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çalışma performanslarını da uyum kapsamında

dikkate almaktadır. Mevcut tez kapsamında T2D hastalarının FDEM kapsamında ele alınması hedeflendiğinden metnin devamında model hakkında bilgi verilecektir.

1.4.1. Fennell Dört Evre Modeli

KYS'si olan bireylerde geliştirilen model, bireylerin *Kriz*, *Stabilizasyon*, *Çözülme* ve *Bütünleşme* olmak üzere dört evreden geçerek hastalıklarına uyum sağladıklarını önermektedir (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999; Fennell, 2003b).

Model gelişimsel bir dizi evreyi hiyerarşi içinde takip eden uyum modellerine kıyasla daha esnektir. Modelde evreler net olmamakla birlikte, gelişimsel bir sıraya da saptanmış değildir. Bu çerçevede, evrelerin herhangi bir aşamada meydana gelebileceği, bir diğeri ile örtüşebileceği ve bu kapsamda bireyin uyum sürecinde birden fazla evrede bulunabileceği ileri sürülmektedir (Jason ve ark., 1999). Ayrıca diğer modellerden farklı olarak FDEM sistem temelli olup birey, bireyin ailesi, çalışma ortamı, sosyal çevresi ve bakım verenlerinin interaktif ve bağımsız faktörler olarak hastalık deneyimini etkileyebileceğini önermektedir. Son olarak model diğer uyum modellerinin tersine, kabul ya da reddetme gibi bir son önermekten ziyade kronik hastalıkları periyodik bir deneyim olarak ele almaktadır. Buna göre, birey dördüncü evre olan çözülmeye geçse de, hastalık deneyimi boyunca daha önceki evrelere geri dönebilmektedir. Ancak bu geri dönüşlerin ilerleme süresinden daha kısa olabileceği belirtilmektedir (Jason ve ark., 1999).

FDEM, bireylerin istekli olarak girmedikleri ve damgalama, hastalık travmatizasyonu ile ilgili problemlerin öneminin vurgulandığı bir sürecin haritası olarak ele alınmaktadır (Fennell, 2003b; Jason ve ark., 1999). Sürecin metaforik temsili olarak bu harita, bireyler yolculuklarını tamamlayana kadar bir evreden diğerine geçilmesine rehberlik etmektedir. Bu yolculukta tıkanmaların olması durumunda, bir evreden diğerine sırasıyla geçilmesindense, diğer hiyerarşik olmayan evre modellerinde olduğu gibi bireyler bir önceki evreye geri dönebilmekte ya da tekrarlayabilmektedir. Bu süreç bütünleşmeye erişilene kadar devam edebilmektedir. Bütünleşme meydana geldiğinde ve yolculukta her bir evreye varıldığında ise kendilik bu süreçlerin taleplerine göre değişmektedir (Fennell, 2003b). Ayrıca bu haritanın hastalığın uyum sürecini anlamaya ek olarak klinisyenlerin hastalarını daha etkili

şekilde tedavi etmesine ve doktorun engellenmişliğinin azalmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir. Model kronik hastalığı olan bireylerin problemlerini çözmelerine yardım etmek ve olumlu bir değişim yaratmak için adım adım, araştırma temelli bir yaklaşım sunmaktadır (Fennell, 2011). Kronik hastalığı olan bireyler içinde bulundukları hastalık evresine göre çeşitli tedavi yöntemlerine farklı yanıt verebilecekleri için araştırmalar hastalık evresi ile eşleştirilmiş en iyi tıbbi uygulamaların, hem hekimlere hem de ilgili sağlık profesyonellerine hastalarını daha etkili tedavi etmede, uyumu artırmada, zaman ve kaynaklardan tasarruf etmede yardımcı olduğunu da göstermektedir (Fennell, 2011). Bu çerçevede değerlendirildiğinde, modelin araştırmacılar kadar uygulamacılar için de önemli katkılar sunan bir model olduğu söylenebilir.

1.4.2. Fennell Dört Evre Modeli'nin Evreleri

Fennell'e göre hastalığın başlaması ile birey yeni hastalığının travmatik yönlerini deneyimlediği *kriz* evresine girmektedir. Hastalık ile ilgili kaotik deneyimlerin ve duygusal zorlanmaların akabinde semptomların dengelendiği *stabilizasyon* evresi gelmektedir. Bunu *çözülme* evresi izlemekte ve bu evrede bireyler hastalığın kronik ve belirsiz doğasını kabul etmekte, deneyimlerinin anlamını yaratmaktadır. Son evre olan *bütünleşme* ise, bireyler hastalık öncesi ve sonrası benlik kavramlarını birleştirmektedir (Jason ve ark., 1999; Van Hoof, Coomans, Cluydts, ve De Meirleir, 2004a).

1.4.2.1. Kriz Evresi

Modelin birinci evresi olan kriz boyunca hastaların bir şeylerin yanlış gittiğinin farkına vardıkları ve bu evrede hastalığın travmasına tepki verildiği belirtilir (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999). Bu evre boyunca inkar baş etme mekanizması olarak kullanılabilir. Ancak, bireyin koşulları kötüleştiğinde, inkarın korkulu, girici düşüncelere ve ölümle ilgili düşüncelere yol açtığı hatta bu düşüncelerin utanç ve yalnızlık duyguları ile birleşerek yoğunlaşmaya başlayacağı belirtilmektedir. Ayrıca bu evrede hastalar sağlık uzmanlarından kafa karıştırıcı tavsiyeler alabilmekte ve kendi koşullarını da nasıl tarif edeceklerini bilmediklerinden kafa karışıklığı yaşayabilmektedirler. Sosyal çevre açısından bakıldığında, aile ya da bazı arkadaşlar

hastaların yaşadıkları sıkıntıları abarttıklarına yanlış yorumladıklarına ya da psikolojik sıkıntılar yaşadıklarına inanabilmektedir. Bu durumun uzun sürmesi halinde ise sosyal çevrenin sosyal izolasyona yol açabildiği belirtilmektedir (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999). Çalışma ortamı açısından değerlendirildiğinde ise, bu evrede hastaların işlevselliklerinin azalması ile birlikte işe gitme sıklıklarının azaldığı bildirilmektedir (Fennell, 1995). Bu evrede en temel görevin, yeni hastalık deneyimi ile bağlantılı ani belirtiler, ağrı ya da travmalarla baş edilmesi olduğu vurgulanmaktadır (Fennell, 2003b). Müdahale olarak ise bu süreçte hasta ile birlikte çalışarak, hastanın hastalıkları ve zorlanmalarının doğrulanması ve hastanın şimdiki durumuna odaklanması için eğitilmesi önemlidir (Fennell, 2003c).

1.4.2.2. Stabilizasyon Evresi

Stabilizasyon olarak isimlendirilmiş ikinci evre, hastaların belirtilerinin stabilize olup, benzer ya da döngüsel seyir izlediği evredir. Bu evrede hastaların belirtileri tanımlanıp tanıları konulduğundan, hastalar önemli oranda rahatlama yaşayabilmektedir (Fennell, 1995). Bunun akabinde hastalar her ne kadar bilişsel ve psikolojik olarak daha oryante olsalar da hastalıkla ilişkili belirsizlik, etiyoloji yokluğu ya da belli bir tedavinin olmayışının hastaları hayal kırıklığına uğratabileceği belirtilmektedir (Jason ve ark., 1999). Hastalar bu süreçte, etkili bir tedavi için profesyonel arayışındadırlar ancak sağlık bakım verenlerinden gelen desteğin azlığından yakınmalarının yanı sıra hastalığa dair yoğun araştırmaları sonrasında kafa karışıklığı ve umutsuzluk yaşamaktadırlar (Fennell, 1995). Bu evrede hastalığa uyum ve bilgi arama stratejileri düzensiz şekilde gerçekleşmekte ve hastalar hastalıklarına düşük oranda uyum (accomodation to illness) göstermektedir (Jason, Fricano, ve ark., 2000).

Stabilizasyon evresinde hastalar, hastalık öncesi aktivite düzeylerini sürdürme gayretinde olurlar ancak bu durum onları zorlar ve hastalıklarının nüks etmesine, ardından gelen üzüntü ve başarısızlık duygularına sebep olur (Fennell, 2003b). Hastaların eskiden olduğu gibi performans gösterememeleri, aile ve toplum baskısından dolayı standart programlarını sürdürmeye çalışmaları ancak başarısız olmaları, hastaların suçluluk ve utanç duymalarına da yol açabilmektedir (Fennell,

1995). Sosyal açıdan ise bu evrede aile üyeleri ve arkadaşlar ile çatışmalar artabilmekte ve sosyal çevre hastaların eski durumlarına dönmelerini bekleyebilmektedir. Ancak bu normalizasyon sürecindeki başarısızlığın, hastaları sosyal çevrelerinden uzaklaştırdığı belirtilmektedir (Fennell, 1995).

İş performansı açısından ise, hastalar içinde bulundukları krizi ani çözümlerle ya da hasta izni kullanarak yönetmeye çalışmakta ve süreç içinde işlerini kaybetme riski ile karşı karşıya kalabilmektedir (Fennell, 1995). Bu evrenin temel görevi dengede kalmak ve yaşam paternlerini kronik hastalığın getirdiği sınırlamalara göre yeniden yapılandırmaktır (Fennell, 2003b). Bu sürece uygun müdahaleler, hastaların deneyimleri ile ilgili bilgi toplamalarını, deneyimlerini ayırmalarını, iç görüş geliştirmelerini ve yaşamları ile ilgili yeni standart ve hedefler yaratmalarını desteklemektir (Fennell, 2003c).

1.4.2.3. Çözülme Evresi

Üçüncü evre olarak tanımlanan çözülmede, hastalar hastalıktan önceki insan olamayacaklarının farkına varmakta ve hastalık öncesi benlik algılarının geri dönmeyeceğini kabul etmektedir (Fennell, 1995, 2003b; Jason ve ark., 1999). Bu evre boyunca bazı bireylerin hastalıklarının tutarlı şekilde devam ettiği ancak sıklıkla hastaların geri dönüşler yaşadıkları belirtilir (Fennell, 1995). Hatta bu geri dönüşler sonrası umutsuz girişimler sonucunda hastaların ikinci evreye saplanabileceği vurgulanmaktadır (Jason ve ark., 1999). Sonuç olarak bireyler hastalık öncesindeki gibi olamayacaklarını fark etmelerinin ardından ikinci bir duygusal krize girebilirler; buna ek olarak yaşamlarının değişmesinden dolayı acı çekebilir ve demoralize olabilirler (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999). Bu evrede bireylerin ebeveyn, çalışan, sevgili ya da arkadaş olarak önceden planladıkları yaşam rollerini sürdüremeyeceklerini anladıkları belirtilir (Fennell, 1995). Buna bağlı olarak bireyler ikinci evreye dönmek için yeni roller ve değerler araştırırlar (Jason ve ark., 1999).

Sosyal açıdan ise bu evrede bireylerin etiketlenme, izolasyon ve terk edilme yaşadıkları belirtilir. Bu evrede yeni arkadaşlıklar kurulur ve destek, bireyin kendisiyle benzer süreçleri yaşayan diğer bireylerden elde edilir. İş açısından ise, bireyler çalışma saatlerinde azalma ihtiyacı duysalar ya da yarı zamanlı iş arasalar da (Fennell, 1995)

bu süreçteki kararların bireylerin elinde olmadığı ve sıklıkla işten çıkarılma yaşayabilecekleri ileri sürülmektedir (Jason ve ark., 1999). Bu sürecin temel görevi ise yeni bir benlik, kişisel olarak anlamlı bir yaşam felsefesi ve bununla bağlantılı maneviyat geliştirmektir (Fennell, 2003b). Fennell (2003a) bu anlamın üç dönüşümsel süreçle geliştirilebileceğini önermektedir: a) acı ve acının kendisini reddetmekten ziyade kabul ederek, b) acının kendisine şefkatle yaklaşarak c) birinin kendi acısına ve bu acıyla başetme becerisine saygı geliştirerek. Bu evre boyunca gerçekleştirilecek müdahalelerin, anlam geliştirme, acı süreçlerini kolaylaştırma ve desteklemeye yardım etme, iç görüyü sürdürme ve deneyimleri yeniden çerçevelendirmeye yardım etmek olduğu belirtilmektedir (Fennell, 2003c).

1.4.2.4. Bütünleşme Evresi

Modelin dördüncü ve son evresi olan bütünleşme boyunca, hastalar bir döngü içerisinde olduklarını ya da hastalıklarına rağmen sağlıklarının anlamlı olarak gelişebileceğini fark etmektedir (Jason ve ark., 1999). Bu evrede hastalar, hastalık öncesi ve sonrası deneyimlerini birleştirerek yeni bir kimlik oluşturmaktadır (Fennell, 2003b; Jason ve ark., 1999). Fennell (1995) bu evrede bireylerin daha önceki alışkanlıklarını sürdürmenin yanı sıra değerlerini yeniden değerlendirmeyi seçebileceklerini ve yaşamın yeni normlarını geliştireceklerini belirtmektedir. Ayrıca bu evrede bireylerin, üçüncü evrede deneyimledikleri yeni rolleri aldıkları ve böylece yeni yaşam yollarının farklı değerlerini belirledikleri belirtilmektedir (Jason ve ark., 1999). “Nasıl yapmalı”ya karşı “nasıl olmalı”nın öğrenildiği bu süreçte bireyler aile ve toplum düzeni ile ilgili ihtiyaçlarını belirgin hale getirebilmekte (Fennell, 1995) ve hem yaşadıkları hem de kendileri için şefkati sürdürmektedir (Jason ve ark., 1999). Fennell (1995) sosyal açıdan ise, kendiliğin yeniden bir formülasyonu olarak bireylerin yeni arkadaşlıklar ya da bazen yeni partnere sahip olabileceklerini belirtmektedir. Ek olarak bu süreçte bireylerin hastalıktan dolayı yabancılaştıkları aile üyeleri, arkadaşları ve sevgilileri ile bütünleştikleri vurgulanmaktadır (Fennell, 1995).

İş açısından ise, bireylerin programlarını modifiye etmelerinin yanı sıra işlerini değiştirebildikleri ya da ihtiyaçları doğrultusunda yeni işler bulabildikleri belirtilmektedir (Fennell, 1995). Böylece bu evrede bireyler kendilerini gelecek için

hazırlamaktadır (Jason ve ark., 1999). Fennell (2003b) bu evrede yaşanan tüm değişimlerin, bireyin sağlığının tehlikeye düşmesine ya da sıkıntı yaratmasına rağmen mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaşmak anlamına geleceğini vurgulamaktadır. Buna göre bütünleşme “hastalığın sadece bir yön olduğu eksiksiz bir yaşamı deneyimlemek” anlamına gelmektedir (Fennell, 2003b).

Hastalığa uyum sürecini evreler bağlamında anlamaya fırsat sunan model, hastalığa uyumun ilk evrelerinin zorlayıcı olabildiğine işaret etse de, hastalık öncesi ve sonrası kişiliğin birleştirildiği evrede hastalık uyumunun mümkün olabildiğine dikkat çekmektedir. Modeli ağırlıklı olarak KYS’si olan bireylerde test eden araştırma sonuçları, modelin geçerliği hakkında fikir sunacağından metnin devamında bu araştırma bulguları özetlenecektir.

1.4.3. Fennell Dört Evre Modelini Destekleyici Çalışmalar

Fennell Evre Envanteri (FEE) hastaların bulundukları evreleri sınıflandırmak için geliştirilmiştir (Fennell, Jason, ve Klein, 1998). Envanter, her bir evreye dair beşer soruyu içeren dört faktörden oluşmaktadır. Her bir evre için hazırlanan ifadelerde hastalık deneyiminin fiziksel/davranışsal, psikolojik ve sosyal/interaktif yönlerinin yer almasına dikkat edilmiştir (Jason ve ark., 1999). Gerek FDEM gerekse FEE’nin görgül olarak araştırılması örneklemin KYS’li bireylerle sınırlı olduğu birçok çalışma ile gerçekleştirilmiştir (Jason ve ark., 1999; Jason, Fennell, Taylor, Fricano, ve Halpert, 2000; Jason, Fricano, ve ark., 2000; Reynolds, Brown, ve Jason, 2009; Van Hoof ve ark., 2004a).

FEE için gerçekleştirilen ilk çalışma, envanterin faktör yapılanmasını test etmektedir (Jason ve ark., 1999). Çalışma, 400 KYS tanısı almış bireyi içermektedir ve katılımcılar iki eşitlenmiş gruba ayrılmıştır. Sonuçlar, iki grup arasında karşılaştırılabilir faktör çözümlerine işaret etmiştir ve her iki grup da Kriz, Stabilizasyon ve Bütünleşmeyi içeren üç faktör çözümünü içermektedir. Çalışmada belirlenen faktörlerin teorik olarak FDEM’i desteklediği belirtilmektedir (Jason ve ark., 1999). Çalışma sonucunda ise Kriz ve Bütünleşme için yazılan ifadelerin evrelere uygun şekilde yüklendikleri bulgusu elde edilmiştir. Fennell (2003b) bu sonucun her iki evrenin yakınsak ve ayırt edici geçerliğini desteklediğine işaret etmektedir.

Çalışmada, Stabilizasyon ve Çözölme maddelerinin ise birlikte yüklendikleri görölmüştür. Bu bulgu ise belirtilen evrelerin yakınsak geçerliğinin desteklenirken ayırt edici geçerliğinin desteklenmediğine işaret etmiştir (Fennell, 2003b). Jason ve arkadaşları (1999) bu çalışmada ayrıca her bir evrede bulunan katılımcıların bireysel farklılıklarını değerlendirmişlerdir. Buna göre, Kriz puanı yüksek olan bireylerin yüksek düzeyde yeti yitimi, yorgunluk ciddiyeti, daha düşük eğitim seviyesi ve daha yüksek düzeyde hastalık ciddiyetine sahip oldukları bildirilmiştir. Araştırmacılara göre, FDEM'in ilk evresinin daha yüksek hastalık ciddiyeti ve yeti yitimi ile ilişkili olduğunu söylemek mümkündür. Bütünleşme puanı yüksek olan katılımcıların ise daha yüksek düzey eğitim, daha yüksek mesleki statü ve daha düşük düzey yeti yitimine sahip oldukları görölmüştür. Son olarak Stabilizasyon puanı yüksek olan bireylerin ise, daha kısa hastalık süresine (KYS süresi) sahip olduğu bulunmuştur (Jason ve ark., 1999).

Jason, Fennell, ve arkadaşları (2000), Jason ve arkadaşlarının (1999) veri setini kullanarak ek bir çalışma daha gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmada ise, veriler kümeleme analizi ile incelenmiş ve bulgular Kriz, Stabilizasyon, Çözölme ve Bütünleşme olmak üzere dört evre ile tutarlı dört küme çözümlemesini göstermiştir. Araştırmacılar elde edilen bu kümelerde bulunan bireylerin nasıl farklılaştığını da test etmişlerdir. Buna göre, birinci kümenin, modelin Kriz evresi ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Bu kümedeki bireyler, anlamlı olarak daha yüksek kriz ham puan ortalamasına ancak bütünleşme faktöründe en düşük ham puan ortalamasına sahip olmuştur. Birinci küme katılımcıları diğer küme katılımcılarına kıyasla daha fazla işlevsellikte kayıp, daha yüksek hastalık ciddiyeti yaşadıklarını, hastalıklarının ise daha ciddi ve engelleyici olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir (Jason, Fennell, ve ark., 2000). Aynı zamanda birinci kümedeki bireylerin en kısa hastalık süresine sahip oldukları bulunmuştur.

İkinci küme Kriz, Stabilizasyon ve Bütünleşme faktörlerinde orta düzeyde puan ile nitelendirilmiştir. Bu profil bulgusunun ise en çok FDEM'in Stabilizasyon evresi ile tutarlı olduğu belirtilmiştir. Bu kümede yer alan bireylerin ise, diğer kümelere göre daha düşük düzeyde hastalık ciddiyetine, yorgunluğa ve yeti yitimine sahip oldukları bulunmuştur (Jason, Fennell, ve ark., 2000). Araştırmacılar orta düzeyde faktör ortalama puanının, bireylerin duygusal kararlılıklarının değiştiğine

ancak hastalığı anlamının ve onunla nasıl başa çıkılacağına ilk dönemlerinde oldukları anlamına geldiğini belirtmektedir.

Üçüncü kümede yer alan bireylerin ise, diğer kümeler ile karşılaştırıldığında, anlamlı olarak en yüksek puanı Stabilizasyon faktöründen, ikinci en yüksek puanı ise Kriz ve Bütünleşme faktöründen aldıkları görülmüştür. Bu sonuçlar üçüncü kümenin, bütünleşmeye doğru ilerlemenin olduğu ancak hastalık öncesi ve sonrası bütünleşme ile ilişkili konularla baş etmelerin de devam ettiği, FDEM'in üçüncü evresi olan Çözülme ile en tutarlı olduğunu göstermiştir. Ayrıca üçüncü kümede yer alan bireylerin, daha fazla hastalık ciddiyeti, daha yüksek düzeyde yorgunluk ve yeti yitimi yaşadıkları bulunmuştur. Jason, Fennell, ve arkadaşları (2000) Kriz ve Bütünleşme faktöründen elde edilen yüksek puanların, üçüncü kümedeki bireylerin koşullarının kronik doğasının gerçekleşmesi ile ilişkili acının ikinci duygusal krizine karşılık gelebileceğini önermiştir.

Son olarak, dördüncü küme ise Bütünleşme puanının en yüksek, Kriz ve Stabilizasyon faktör ortalamalarının en düşük oluşu ile nitelendirilmiştir. Buna göre, dördüncü kümenin FDEM'in Bütünleşme evresini temsil ettiği önerilmiştir. Bu kümedeki bireylerin, yüksek ihtimalle hastalık deneyimini daha fazla anlamaya, daha yüksek oranda kendilik algısı geliştirmeye, hastalık öncesi ve sonrası kendiliği bütünleştirmeye işaret ettiği belirtilmektedir. Ek olarak, dördüncü kümedeki bireylerin en uzun hastalık süresine sahip oldukları bulunmuştur (Jason, Fennell, ve ark., 2000).

Jason, Fricano, ve arkadaşları (2000) KYS tanısı olan 65 bireyle yürüttükleri diğer çalışmada Fennell'in evrelerine göre farklılaşmaları incelemişlerdir. Bu çalışmada örneklem, hastalıklarını kendileri bildirmek yerine doktor tarafından tanı almış katılımcılardan oluşmuştur. Katılımcılar Kriz, Stabilizasyon, Çözülme ve Bütünleşme evrelerine göre sınıflandırılmış, belirtileri, yeti yitimleri ve baş etme becerileri araştırılmıştır. Katılımcıların evrelere yerleştirilmesinde Jason, Fennell, ve arkadaşları (2000) kümeleme analizine göre geliştirilen ve algoritmik kriterleri içeren, belli bir prosedürden faydalanmıştır. Çalışmada, 65 katılımcının ilgili evrelere yerleştirilmesi sonrası Bütünleşme evre kriterlerini karşılayan sadece bir katılımcı bulunduğundan, bu grup ileriki analizlerden çıkarılmıştır. Sonuçlar, diğer evrelere kıyasla Kriz evresinde bulunan bireylerin daha fazla hastalık, belirti ve yorgunluk ciddiyeti, artmış psikolojik sıkıntı ve daha fazla işlevsel bozulma yaşadıklarını

göstermiştir. Ayrıca bu evredeki bireylerin baş etme stratejisi olarak hastalığı benimseme (accommodating to illness) ya da bilgi aramayı daha az kullandıkları bulunmuştur. Araştırmacılar bu bulgunun, FDEM'in önerdiği, Kriz evresinin hastalık inkarı ve daha az aktif baş etme stratejileri ile karakterize olduğu bilgisi ile tutarlı olduğunu belirtmektedir. Bulgular modelle tutarlı olarak, Stabilizasyon grubunun artan hastalık uyumuna ek plato ya da belirtilerde azalma yaşadıklarına işaret etmiştir. Ayrıca bu grubun hastalıkla baş etmede daha fazla strateji kullandıkları ve Kriz grubuna kıyasla daha fazla hastalıkla ilgili bilgi arama eğiliminde oldukları bulunmuştur. Jason, Fricano, ve arkadaşları (2000) çözülme evresinde belirtilerin nüks etmesinin mümkün olduğunu ancak Kriz evresine göre bu belirtilerle baş etmek adına psikolojik donanımın daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada da, Çözülme evresindeki bireyler genel sağlık, fiziksel ve psikolojik işlevselliklerinde orta düzeyde bozulma bildirmişlerdir ve bu bozulmalar Stabilizasyon grubundan daha fazla, Kriz grubundan daha azdır. Ayrıca Kriz grubundakilere kıyasla Çözülme grubundaki bireyler anlamlı olarak daha yüksek oranda hastalıkla baş etme stratejileri göstererek, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi aramışlardır (Jason, Fricano, ve ark., 2000).

Bildirilen araştırmaları takip eden diğer çalışma Belçikalı KYS tanısı olan 44 hasta ile yürütülmüştür. FEE'nin test edildiği bu çalışmada sonuçlar FDEM'i desteklemiştir (Van Hoof, Coomans, Cluydts, ve De Meirleir, 2004b). Çalışmada, faktör sayısı dört ile sınırlı tutularak faktör analizi gerçekleştirilmiştir ve dört faktörlü yapının varyansın %57.4'ünü açıkladığı bulunmuştur. Çalışmada .45 düzeyinde yüklenemediği görüldüğü için iki madde FEE'den çıkarılmıştır. Dört faktörün güvenirlik değerleri orta-mükemmel arasında değişmektedir. Araştırma sonucuna göre Kriz evresinde bulunan katılımcılar daha fazla uyku problemleri, sübjektif yorgunluk, düşük motivasyon ve destek için aile ve arkadaşlara dikkat etme olarak tanımlanabilecek sosyal işlevsellikte artış bildirmişlerdir (Van Hoof ve ark., 2004b). Stabilizasyon evresinde daha işlevsel baş etme stratejilerinin ve aktif bilgi aramanın kullanıldığı görülmüştür. Çözülme evresinde ise, gelişmiş bağışıklık korumasına sahip olduğu bulunmuştur. Son olarak, Bütünleşme evresinin hastalık sürecinde aktif olma istekliliğine işaret eden destek arama ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Van Hoof ve ark., 2004b). Van Hoof ve arkadaşları (2004a) bağışıklık sistemi ile ilgili

de ölçüm aldıkları diğer çalışmalarında benzer sonuçlar elde ederek FDEM ve Kriz, Stabilizasyon, Çözölme evreleri arasındaki farklılıkları doğrulamışlardır.

KYS olan bireylerle yürütülen bir başka çalışmada, Fennell Evreleri ile hastalık ciddiyetinin fiziksel, psikolojik işaretleri ve baş etme stilleri arasındaki ilişki araştırılmıştır (Reynolds ve ark., 2009). Çalışmada katılımcılar Kriz, Stabilizasyon ve Çözölme evrelerine yerleştirilmiş ve Bütünleşme evresinde az sayıda katılımcı olduğu için analizlere dahil edilmemiştir. Çalışma sonuçları hipotezlendiği gibi, Kriz grubunun depresyon, kaygı, öz-etkinlik ve genel sağlık için düşük işlevsellik gösterdiğine işaret etmiştir. Ancak gruplar arasında algılanan stres, yorgunluk ciddiyeti ve ağrı için farklılık bulunmamıştır. Daha önceki çalışmalarla tutarlı olarak, Çözölme evresi ile karşılaştırıldığında Stabilizasyon evresinde fiziksel işlevselliğin daha iyi olduğu bulunmuştur. Baş etme stilleri açısından ise Kriz evresinde bulunan bireylerin, diğer evrelere kıyasla inkar ve davranışsal geri çekilme gibi daha az işlevsel baş etme stratejilerini daha fazla kullandıkları, Çözölme evresine kıyasla ise kendilerini daha fazla suçlama eğiliminde oldukları görülmüştür (Reynolds ve ark., 2009).

2010 yılında yürütülen bir doktora tezinde ise FDEM'in multipl skleroz (MS) hastaları için uygunluğunun yanı sıra hastalığa uyum düzeyine göre sosyal desteğin işlevi araştırılmıştır (Berea, 2010). 152 katılımcı ile yürütülen çalışmanın sonuçları FDEM'nin MS hastaları için uygun olduğunu destekleyen bulgular sunmuştur. FEE ifadeleri için gerçekleştirilen faktör analizi sonuçları dört yapıllı bir modeli destekleyip Kriz, Stabilizasyon, Çözölme ve Bütünleşme evrelerini doğrulamıştır. Kümeleme analizi sonuçları da Fennell'in her bir evresini temsil eden dört gruba işaret etmiştir. Sonuçlar, Kriz evresini tanımlayan birinci kümenin daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığını ve MS'le baş etmede daha aktif stratejileri kullandıklarını, Bütünleşme evresini tanımlayan ikinci kümenin aktif baş etme stratejileri kullandığını, daha fazla psikolojik işlevsellik ve yaşam doyumuna sahip olduklarını göstermiştir. Çözölme tanımlayan üçüncü evrenin ise aktif baş etme stratejilerine katılsa da MS ile ilgili konulardan uzaklaşmada zorluk yaşadığı bulunmuştur. Stabilizasyon grubunun ise, Kriz grubuna kıyasla gelişmiş psikolojik işlevselliğe ve duygusal kararlılığa sahip olduğu görülmüştür. Sosyal destek açısından yapılan değerlendirmeler ise destek ihtiyacının faydalı ya da faydasız algılanmasının evrelere göre değişmediğini

göstermiştir. Bu bulgu MS hastalarının, uyumun hangi evresinde olduklarından bağımsız olarak benzer sosyal destek ihtiyaçlarına sahip oldukları şeklinde yorumlanmıştır (Berea, 2010).

Bu bölümde aktarıldığı üzere, kronik koşullara uyumun süreç gerektirdiği açıktır. Birçok yaklaşım hastalıkla karşılaşılmasını takiben, bireylerin birçok yönden (bilişsel, duygusal, sosyal) değişim yaşadığına işaret etmekte ve bu sürecin doğrusal olmadığını belirtmektedir. Farklı aşamalar arasında tekrarları içeren ve dairesel bir süreç olarak özetlenebilecek uyumun, hastalığın yaşamın “sadece” bir parçası olduğu farkındalığı elde edildiğinde ve birey bu doğrultuda bir yaşam sürebildiğinde gerçekleşebileceğine işaret etmektedir. Bildirilen yaklaşımlar arasında FDEM’in diğer yaklaşımlara kıyasla hem daha esnek hem de daha kapsayıcı olduğu nettir. Bu sebeple mevcut çalışmanın hedeflerinden biri FDEM’in diyabet hastalarına uygunluğu kadar, bu örneklemede evreler arasındaki farklılaşmaların da değerlendirilmesidir.

Alanyazında genelde kronik hastalıklar, özelde ise T2D’ye uyumu evreler halinde değerlendirmeye rastlanmamıştır. Benzer şekilde, kronik hastalıklara uyumun değerlendirilmesinde kullanılan ölçek sayısı da azdır. Bu çerçevede dilimize uyarlaması gerçekleştirilmiş Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (Atik ve Karatepe, 2016) ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği (Acaroğlu Değirmenci, 2019) bulunmaktadır. Ancak bu ölçüm araçları bireylerin hastalığa uyum düzeylerini süreçten çok sonuç olarak değerlendirmektedir. Dilimize kazandırılmış olan Fennell Evre Envanteri (Acar ve Sertel Berk, 2021b) ise bireylerin hastalığa uyumunu süreç olarak değerlendirme imkânı sunmaktadır. Hem kronik hastalıkları sonuç değil süreç olarak ele aldığından hem de kronik hastalıkların evre temelli değerlendirilmesine yardımcı olduğundan mevcut çalışmada Fennell Evre Envanteri (Acar ve Sertel Berk, 2021b) tercih edilmiştir.

Bireyleri iş, aile, sosyal hayat gibi farklı yönlerde etkilediğinden disiplinler arası ele alınması gereken kronik hastalıklardan olan diyabet hastalığının, toplumda yaygın şekilde gözlendiğine daha önce değinilmişti. Diyabetin daha yaygın türü olduğundan bu çalışmada T2D hastaları ile çalışılmasına karar verilmiştir. Diğer yandan T2D’in sadece bireyler üzerinde değil sağlık sistemindeki yükü de dikkate alındığında, hastaların evre temelli yaklaşımla değerlendirilmesi ve elde edilecek

bulguların T2D hastaları için geliştirilecek müdahalelere ışık tutarak hastalığın sağlık sisteminde oluşturduğu yükün de azaltmasını desteklemesi umulmaktadır.

Diğer yandan, daha önce aktarıldığı üzere hastalığa dair bilişlerin hastalığa uyum süreci boyunca değişmesi beklendiktir. Ancak bu süreci gerek hastalık temsilleri gerekse üst bilişler açısından ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Metnin devamında bu değişkenleri evreler bağlamında anlamaya yardımcı olabilecek araştırma bulgularına yer verilecektir.

1.4.4. Hastalık Evreleri Bağlamında Hastalık Temsilleri

Aktarıldığı üzere KDM dinamik bir modeldir; algıların yarattığı davranışların sonuçları sürekli olarak değerlendirilmekte ve bu da algıların değişmesine neden olabilmektedir (Wearden ve Peters, 2008). Bu bağlamda, değişen yapıya sahip temsillerin hastalık evrelerine göre değişmesi de beklendiktir. Bu kapsamda kronik böbrek yetmezliği olan bireylerde (Jansen ve ark., 2013), Parkinson hastalarında (Hurt, Weinman, Lee, ve Brown, 2012), kanser hastalarında (Aydın, 2019) hastalığın gidişatına göre değerlendirmeler yapılarak hastalığın evrelendirildiği ve hastalık temsilleri ile ilişkisinin test edildiği araştırmalar bulunmaktadır. Kanser hastaları (n=162) ile yürütülen bir çalışmada hastalık temsillerinin bileşenlerinden süre (akut/kronik) ve tedavi kontrolü puan ortalamalarının evrelere göre farklılaştığına işaret edilmiştir. Buna göre, 1. Evre kanser hastalarının süre (akut/kronik) puanlarının ortalaması 4. Evre kanser hastalarına kıyasla daha yüksek bulunurken, 2. Evre kanser hastalarının tedavi kontrolü puan ortalamalarının ise 3. Evre ve 4. Evre kanser hastalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Aydın, 2019). Böbrek hastaları ile yürütülen çalışmada ise, hastaların evrelendirmeleri tedavi türüne (diyaliz öncesi, hemodiyaliz ve periton diyaliz) göre gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar prediyaliz hastalarına kıyasla hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarının tedavi kontrolüne daha güçlü inandıklarını, daha fazla hastalık sonucu algıladıklarını göstermiştir (Jansen ve ark., 2013).

Sharpe ve Curran (2006) ise hastalık inançlarının rolüne odaklanan bir evre modeli önermektedir. Modele göre, uyum, belirtilerin temsilleri ile başlayan ve hastalığın seyri boyunca devam eden hastalık durumundaki değişimlere cevap veren

bir süreçtir. Hastalığa uyum sürecinde, sağlık problemi ile karşılaşılmasının ardından temsillerin baştan geliştirilebileceği vurgulanırken; hastalığın ciddiyeti ya da sonuçları, birey karakteristikleri ya da önceki deneyime göre faydalı temsillerin geliştirilemeyebildiği durumda, bireylerin hastalık temsillerini, dünya ve kendilerinin adaptif görüşleri ile birleştirmek için alternatif yollar bulmak zorunda oldukları belirtilmektedir. Modelde öz şemaların, dünya şemalarının ve hastalığa özgü inançların uyum için önemli olduğu öne sürülmektedir.

Özetlendiği üzere, alanyazında kronik hastalıklara uyumda evrelerden bahsediliyor olsa da, uyuma göre ele alınan evrelerdeki hastalık temsillerinin değişimini test eden az sayıda araştırma mevcuttur. Özellikle T2D hastalarında, hastalık evrelerine göre hastalık temsillerinin ele alındığı araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple, bu çalışmanın hedeflerinden biri de, T2D hastalarının hastalık temsillerinin, aktarıldığı üzere Fennell Dört Evre Modeli'ne göre araştırılmasıdır.

1.4.5. Hastalık Evreleri Bağlamında Üst Bilişler

Kronik sağlık koşullarında üst bilişlerin etkisini değerlendiren çalışmalar göz önüne alındığında, üst bilişsel inançların hastalığın seyri ile ilişkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Alinyazındaki bu boşluğun anlaşılmasının, kronik sağlık koşullarına sahip bireylerde, üst bilişlerin zamana bağlı değişimini gözlemede önemli olacağı düşünülmektedir.

Söz konusu psikolojik rahatsızlıklar olduğunda da üst bilişlerin seyrini değerlendiren çok az sayıda çalışma mevcuttur (Austin ve ark., 2015). Bu çalışmalardan biri şizofreni spektrum bozukluğu olan bireylerle (n=376) yürütülmüştür. Çalışmada hastalığın gidişatı, ICD-10 kriterlerine dayanan yarı yapılandırılmış görüşmelerle son bir yıl göz önüne alınarak belirlenmiştir. Buna göre katılımcılar, hafiflemiş (remitted), epizodik ve psikotik olmak üzere, 3 kategoride gruplandırılmıştır. Psikotik grupta olan bireyler, tüm bilişsel alanlarda, diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek; pozitif inançlar, kontrol ihtiyacı ve bilişsel özbilinç alanlarında ise epizodik gruba göre anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Epizodik gruptaki bireyler ise hafiflemiş (remitted) gruptaki bireylere göre daha yüksek düzeyde üst biliş sergilemeseler de, kontrol edilemezlik/tehlike düşüncelerine dair daha yüksek bir

eğilim göstermişlerdir. Özetle, çalışma uyumsuz üst bilişsel inanç düzeylerinin hastalığın seyrinin bir fonksiyonu olarak değiştiğini ve hafiflemiş hastalar ile hasta olmayanlar arasında ayırım yapıldığını ortaya koymuştur (Austin ve ark., 2015). Ayrıca bu çalışma ile üst bilişsel inançlardaki yükselmeler, S-REF modeliyle uyumlu olarak, psikotik semptomların şiddeti ve süresi ile ilişkilendirilmiştir ve hastalık seyrinin anksiyete ve depresyona göre daha iyi yordayıcı olabileceğine işaret edilmiştir (Austin ve ark., 2015). Bir başka çalışmada ise, hastalığın gidişatına göre karşılaştırma sunulmasa da, hastalığın tek bir evresi dikkate alınarak üst bilişlerin duygu durumla ilişkisi değerlendirilmiştir (Donnellan ve ark., 2016). Felç sonrası akut evrede olan 130 hastanın 64'ü ile yürütülen bu çalışmada, toplam üst biliş puanının hem kaygı hem de depresyon ile ilişkili olduğu, özellikle de bilişsel güven, bilişsel öz farkındalık ve kontrol edilemezlik/tehlike alt boyutları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Donnellan ve ark., 2016). Yürütücü işlevler hariç toplam üst biliş ise, sadece depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Erken evre (2 yıllık ilk tedaviyi alan) şizofreni hastaları (n=96) ile yürütülen bir başka çalışmada da sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, hastaların endişe ile ilgili pozitif inançlar dışında tüm üst biliş puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Ostefjells ve ark., 2015).

Sunulan araştırma sonuçları kronik hastalıklarda üst bilişlerin süreç olarak ele alınmadığını ancak tek bir hastalık evresi için (akut evre ya da erken evre) üst bilişlere dair araştırmaların olduğunu göstermiştir. Tek bir hastalık evresi için değerlendirilen üst bilişlere dair bulgular ise psikolojik ve fiziksel hastalıklarda depresyon ve kaygının anlaşılmasına ışık tutmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLER

Diyabet, diyabetin genel (biyolojik ve psikolojik) sunumu, hastalığa dair bilişler, kuramsal açıklamalar, hastalığa uyumun evre temelli değerlendirmeleri ve sağlık sonuçlarının (özellikle depresyon ve kaygı) işlendiği ilk bölümü takiben ikinci bölümde araştırma değişkenleri arası ilişkiler ile araştırma deseni ve hipotezlere yer verilecektir.

2.1. Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler

En yaygın gözlenen kronik ve endokrin bozukluklardan biri olan diyabetin, fiziksel sağlık kadar psikolojik sağlığı da olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğü ve bu nedenle biyopsikososyal bakış açısı ile ele alınmasının gerekliliği ve önemi önceki bölümlerde vurgulanmıştı. Bu çerçevede, özellikle T2D hastalarında sıkça gözlenen kaygı ve depresyon düzeyinin ve bu sağlık sonuçlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi alanyazına sunacağı katkı açısından önemlidir.

Bu çerçevede yürütülmüş olan çalışmaların değişkenler arası ilişkileri gözden geçirildiğinde çok sayıda çalışmanın kesitsel olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca tanı-tedavi düzleminde ele alındığında, hastalığa uyum önem kazanmakta ve alanyazında çalışmaların büyük çoğunluğunun hastalığa uyumu süreçten çok durum olarak ele aldığı göze çarpmaktadır. Ancak kronik hastalıkların sağlık sonuçları ve ilişkili değişkenlerin değişim mekanizmalarına dair boylamsal değişimi anlamada evre yaklaşımları önerilmektedir. Bilindiği kadarıyla T2D hastalarında psikolojik sağlık sonuçlarını ve bu sonuçların yordayıcılarını evre yaklaşımı ile ele alan bir çalışma mevcut değildir. Bu doğrultuda, mevcut çalışmada hastaların geçtikleri evreleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve çalışma performanslarını da gözeterek ele alan FDEM'den (Fennell, 1995) faydalanılacaktır.

T2D hastalarında hastalığa uyum ve sağlık sonuçlarında bilişlerin öneminden bahsedilmekte ve alanyazında KDM'nin önemli bir kavramı olan hastalık temsillerinden faydalanılmaktadır. Hastalığı değerlendirme şeklinin hastalık evresine

göre değişimini farklı hastalıklarda test eden alışmalar (Hurt ve ark., 2012; Jansen ve ark., 2013) bulunsa da diyabet hastaları ile yürütülmüş bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle mevcut çalışmanın hastalık temsillerinin hastalık sürecindeki değişimine ışık tutması beklenmektedir. Ayrıca kronik hastalıklarda gözlenen depresyon ve kaygı belirtilerini anlamada hastalık temsillerinin ötesinde st bilişlerin anlamlı etkisinin olduğunu gösteren alışmalar (Purewal ve Fisher, 2018) düşünce içeriğinden çok düşünme şeklinin de önemli olduğuna işaret etmektedir. Buna ek, bu hastalık grubunda, bilişsel süreçlerin de etkisiyle semptomlara odaklanan bir düşünme tarzının önemli olduğu ileri sürülmektedir. Bu çalışmada da ilk kez semptom kontrolüne dair st bilişler de değerlendirilecek olup st bilişlerin daha kapsamlı değerlendirmesi yapılacaktır. Böylece hem st bilişlerin hem de T2D'in belirtilerine dair st bilişlerin kaygı ve depresyon belirtilerine etkisi incelenecektir. Bu ervede mevcut çalışmada T2D hastalarında bilişlerin ve st bilişlerin hastalık evreleri ve birbirleri ile olan ilişkileri değerlendirilerek bu hastalıkta gözlenen kaygı ve depresyon belirtileri detaylı olarak anlaşılmaya çalışılacaktır.

2.2. Araştırmanın Amacı, Deseni ve Hipotezler

Kronik hastalık olarak T2D ve hastalık sürecine dair farklı değişkenlerin incelendiği bu çalışmanın amacı T2D hastaları için FDEM'in uygunluğunun değerlendirilmesi ve T2D hastalarında hastalık temsilleri, st bilişsel inançlar, semptom kontrolüne dair st bilişler, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki olası ilişkileri ortaya koymaktır. Bu ervede, T2D hastalarının hastalığa uyum süreçlerinin evrelendirilmesi FDEM takip edilerek gerçekleştirilecektir. Belirtilen ilişkilerin değerlendirilebilmesi için güncel ve metodolojik açıdan uygun ölçüm materyallerinden faydalanılmıştır. T2D'nin hastalığa uyum açısından evrelendirilmesi amacıyla FEE; Fennell Evre Envanteri (Acar ve Sertel Berk, 2021b; Fennell ve ark., 1998) hastalığa dair bilişleri değerlendirmek amacıyla KHAÖ; Kısa Hastalık Algısı lği (Broadbent, Petrie, Main, ve Weinman, 2006; Karataş ve ark., 2017), st bilişleri değerlendirmek amacıyla B-30; stbilişler lği-30 (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004; Yılmaz ve ark., 2008), semptom kontrolüne dair st bilişleri değerlendirmek amacıyla SKHÜBÖ; Semptom Kontrolü Hakkındaki st Bilişler

Ölçeği (Acar ve Sertel Berk, 2021a; Fernie ve ark., 2015); kaygı ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla HADÖ; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Aydemir ve ark., 1997; Zigmond ve Snaith, 1983) kullanılacaktır. Çalışma COVID-19 pandemi sürecinde yürütüldüğünden, bu sürece dair duyarlık ve korku düzeylerinin hastaların kaygı ve depresyon düzeylerini etkileyebileceği düşünüldüğünden COVID-19 Önleyici Davranışları İçin Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği'nin (Acar ve Kıcalı, 2021) algılanan duyarlık ve korku alt boyutları da kullanılacaktır.

Bu çalışmada, hastalık temsilleri, üst bilişler, semptomlara dair üst bilişler, hastalık evreleri ve kaygı, depresyon olarak belirlenen sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler COVID-19 duyarlılığı ve korkusu da dikkate alınarak incelenecek olup çalışma soruları ve hipotezleri şu şekilde sıralanabilir:

İlk olarak yordanan değişken olarak ele alınan T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeyleri sosyodemografik özelliklerden etkilendiğinden ve hastalık sürecine göre farklılaştığından mevcut çalışmada örneklemin depresyon ve kaygı düzeyinin ölçüm alınan ilgili değişkenler (cinsiyet, medeni durum, gelir seviyesi, çocuk varlığı, çalışma durumu, başka bir kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, daha önceden psikiyatrik tanı varlığı, tedavi türü) için farklılaşp farklılaşmadığı incelenerek çalışmanın genel betimsel tablosu sunulacaktır. Buna göre, *Hipotez 1: T2D hastalarının depresyon ve kaygı düzeyleri sosyodemografik ve hastalık süreci değişkenlerine göre farklılaşacaktır.*

Fennell'in ilk evre çalışması KYS olan bireylerde gerçekleştirilmiş ve MS gibi farklı hastalık gruplarında (Berea, 2010) ülkemizde de farklı kronik hastalığı olan bireylerde (Acar ve Sertel Berk, 2021b) test edilmiş ve FDEM'in çalıştığı görülmüştür. Ancak dört evreli modelin üç evreyi değerlendiren FEE ile değerlendirilmesi ve her bir çalışmada evreleri değerlendiren madde dağılımlarının farklı çıkması; modelin esneklik içeriyor olması ve bireyin uyum sürecinde birden fazla evrede bulunabilmesi (Jason ve ark., 1999) ile açıklanabilmektedir. Bu çerçevede modelin genellenebilmesi için farklı hastalık gruplarında hastalığa uyum sürecinin evre sınıflandırmasının yapılması önemlidir. *Çalışmanın ilk sorusu* FDEM çerçevesinde FEE'nin T2D hastalarını hastalığa uyum açısından ne derece evrelendirebildiğinin

değerlendirilmesidir. Buna göre, *Hipotez 2a*: FEE ile T2D hastalarında kriz, stabilizasyon ve bütünleşme olmak üzere üç evrenin ortaya çıkması beklenmektedir.

Hipotez 2b: Katılımcıların hastalık evrelerine göre sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk varlığı, eğitim durumu, ortalama aylık gelir, çalışma durumu) ve hastalık ilintili (hastalık süresi, tedavi türü, başka kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik tanı varlığı) değişkenleri farklılaşacaktır.

FDEM’de her zaman hiyerarşik bir ilerlemeden bahsetmenin mümkün olmadığı, evreler arasında geriye dönüşler yaşanabildiği bildirilse de (Jason ve ark., 1999), model bireylerin hastalığa uyum süreçlerini tamamlamalarına rehberlik eden bir harita işlevi görmektedir (Fennell, 2003b). Hastalığa uyumun tamamlanabilmesi için de krizden bütünleşme evresine geçiş gerekli görülmektedir. Benzer şekilde zaman içerisinde hastalıkla ilgili duygu ve düşüncelerin değişmesi beklenmektedir (Jason, Fennell, ve ark., 2000). Ancak hastalık süreçlerinde beklenen bu değişimlere dair sınırlı bulgu mevcuttur. Bu nedenle *çalışmanın diğer sorusu* T2D hastalarında evrelendirme mümkün olduğu takdirde, gözlenen hastalık evreleri arasında hastalık temsilleri, üst bilişler ve sağlık sonuçları açısından fark bulunup bulunmadığıdır.

KDM gibi dinamik bir model çerçevesinde ele alınan hastalık temsillerinin devam eden hastalık sürecindeki değişimlere cevap verdiği daha önce belirtilmişti. Hastalığın ilk öğrenildiği zamanlarda yaşanan duygu yoğunluğu göz önüne alındığında FDEM’e göre ilk aşamada hastalığın tehdit edicilik düzeyinin daha yüksek olması beklenmektedir. Bu nedenle *Hipotez 3*: Katılımcıların hastalık temsilleri puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen toplam hastalık temsili ve duygusal hastalık temsili puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Alanyazında klinik gruplarda özellikle olumsuz üst bilişsel inançların ve düşünceleri kontrol ihtiyacının önemi vurgulanmakta, özellikle olumsuz üst bilişsel inançların hem depresyon hem de kaygının yordayıcısı olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple *Hipotez 4*: Katılımcıların üst biliş puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen üst bilişlerden toplam üst biliş

puanı, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Alanyazında hastalığın öğrenilmesi ile birlikte hastaların belirtilerine daha fazla dikkat ettikleri ve uzun vadede bunun bozucu etkisinden bahsedilmektedir. Bu çerçevede, *Hipotez 5*: Katılımcıların semptom kontrolüne dair üst biliş puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen semptom kontrolüne dair üst bilişlerden bilişsel dikkate dair süreçler alt boyut puanı için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Son olarak çalışmalar T2D hastalarının duygu ve duygusal tepki yoğunluğunun hastalığın özellikle ilk birkaç senesinde yoğun olduğunu ve güçlü duyguların T2D başlangıcını tetikleyebildiğini göstermektedir. Ayrıca kronik hastalık koşullarına depresyon ve kaygının sıklıkla eşlik ettiğine de işaret edilmektedir. Özellikle hastalığın ilk öğrenildiği süreçten başlayarak hastalığa uyumun gerçekleştiği sürece kadar duygusal zorlanmaların gerçekleşmesi beklendiğinden;

Hipotez 6a: Katılımcıların depresyon puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen depresyon puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Hipotez 6b: Katılımcıların kaygı puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen kaygı puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Çalışmada, evreler arasındaki esneklik göz önünde bulundurulduğundan kriz ve bütünleşme evreleri arasındaki farkın belirgin olması beklenmiştir. Stabilizasyon evresinin düşük ayırtedici geçerliği dikkate alındığından ise stabilizasyon evresi ile kriz ve bütünleşme evreleri arasındaki farkın anlamlı olmaması beklenmiştir.

Alanyazında genelde kronik sağlık durumları özelde ise T2D’de depresyon ve kaygının önemli yordayıcıları olarak hastalığın değerlendirilme şekline vurgu yapılsa da üst bilişsel terapi yaklaşımı ile hastalığın değerlendirilmesinin ötesinde bu değerlendirilmelere verilen duygusal tepkilerin önemine dikkat çekilmektedir (Ak ve ark., 2012). Bu kapsamda, T2D hastalarında kaygı ve depresyonun yordayıcılarının

güncel yaklaşımlarla değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu nedenle mevcut *çalışmanın son sorusu* T2D hastalarında depresyon ve kaygı olarak belirlenen sağlık sonuçlarının yordayıcılarının neler olduğunun belirlenmesidir.

Hipotez 7a: T2D hastalarının kaygı düzeyleri ilgili sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, daha önceki psikiyatrik tanı varlığı, aylık gelir, yaş), COVID-19'a dair ölçümler ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordanacaktır.

Hipotez 7b: T2D hastalarının depresyon düzeyleri ilgili sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, daha önceki psikiyatrik tanı varlığı, aylık gelir, yaş), COVID-19'a dair ölçümler ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordanacaktır.

Çalışmanın hipotezleri şu şekilde sıralanabilir:

Hipotez 1: Yordanan değişken olarak ele alınan T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeyleri sosyodemografik ve hastalık süreci değişkenlerine göre farklılaşacaktır.

Hipotez 2a: FEE ile değerlendirme sonrası T2D hastaları üç evreye yerleşecek, kriz, stabilizasyon ve bütünleşme olmak üzere üç evre için dağılım gözlenecektir.

Hipotez 2b: Katılımcıların hastalık evrelerine göre sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk varlığı, eğitim durumu, ortalama aylık gelir, çalışma durumu) ve hastalık ilintili (hastalık süresi, tedavi türü, başka kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik tanı varlığı) değişkenleri farklılaşacaktır.

Hipotez 3: Katılımcıların hastalık temsilleri puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen toplam hastalık temsili ve duygusal hastalık temsili puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Hipotez 4: Katılımcıların üst biliş puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen üst bilişlerden toplam üst biliş puanı, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Hipotez 5: Katılımcıların semptom kontrolüne dair üst biliş puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen semptom kontrolüne dair üst bilişlerden bilişsel dikkatsel süreçler alt boyut puanı için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Hipotez 6a: Katılımcıların depresyon puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen depresyon puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Hipotez 6b: Katılımcıların kaygı puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen kaygı puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Hipotez 7a: T2D hastalarının kaygı düzeyleri ilgili sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, daha önceki psikiyatrik tanı varlığı, aylık gelir, yaş), COVID-19 korkusu ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordanacaktır.

Hipotez 7b: T2D hastalarının depresyon düzeyleri ilgili sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, daha önceki psikiyatrik tanı varlığı, aylık gelir, yaş), COVID-19 korkusu ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordanacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Çalışmanın yöntem bölümü, araştırma örnekleme, veri toplama araçları ve takip edilen işlemler hakkında bilgi sunacaktır.

3.1. Katılımcılar

Araştırmanın katılımcılarına Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Polikliniği ve “Tip 2 Diyabet” facebook grubu üzerinden ulaşılmıştır. Diyabet erken yaşlarda Tip 1 alt türü ile gözlemlendiğinden, ileri yaşlarda ise farklı hastalıkların eşlik etmesi karıştırıcı olduğundan katılımcıların 18-65 yaş arasında olmasına dikkat edilmiştir. Buna göre, mevcut çalışmaya; i) 18-65 yaş aralığında olmak, ii) tıp hekimi tarafından T2D tanısı almış olmak, iii) en az altı aydır T2D olmak, ve iii) çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, işleme kriterlerini karşılayan 162 kişi katılmıştır. Çalışmanın dışlama kriteri tanı konulmuş psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmaktır. Katılımcılardan 8 kişi psikiyatrik bir eş tanıya (Örn. kaygı bozukluğu, depresyon, panik bozukluk) sahip olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Normallik dağılım sınavında ise bir katılımcının rastgele cevap verdiği düşünüldüğünden çalışmadan çıkarılmış ve toplamda 153 kişinin verileri değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışma kriterlerini karşılayarak, çalışmanın örneklemini oluşturan 153 katılımcının %71,2'sine hastane %28,8'ine online platform üzerinden erişilmiştir. Araştırma örnekleminin sosyodemografik özelliklerine dair bulgular Tablo 1'de sunulmuştur. Bu bilgilere göre, 153 katılımcının 86'sı (%56.2) kadın, 67'si (%43.8) erkektir. Katılımcılar çoğunlukla orta ve orta üstü yaş grubunda ($Ort.= 50.66$, $SS=10.19$) bulunmaktadır. Katılımcıların %82.4'ü evli, %6.5'i bekar olup %3.9'u eşinden ayrılmış, %7.2'sinin ise eşi vefat etmiştir. Katılımcıların %60.8'i eş ve çocukları ile birlikte yaşarken, %20.3'ü sadece eş/partneri ile, %9.2'si çocukları ile %3.9'u ise yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %87.6'sı en az bir çocuk sahibi olduğunu, %12.4'ü çocuk sahibi olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu okuryazar olup %31.4'ü üniversite mezunu, %28.8'i ilkokul mezunu, %20.9'u lise mezunu, %9.2'si ortaokul mezunudur. Katılımcıların %60.1'i

çalışmadığını, %39.9'u çalıştığını bildirmiştir. Çalışmayan katılımcıların %27.5'i emeklilik, %5.9'u hastalıkları nedeniyle çalışmadıklarını bildirmişlerdir. Çalışan katılımcılar farklı mesleklere sahiplerdir ve bu katılımcıların %30.1'i ev hanımıdır. Katılımcıların % 57.5'i 1604-5200 TL arasında, %30.1'i 5201-10000 TL arasında, % 6.5'i 10001 TL ve üstü ve % 5.9'u 0-1603 TL arasında aylık ortalama gelire sahip olduğunu bildirmiştir. Bu katılımcıların %64.1'i gelir düzeyini orta, %22.2'si düşük, %7.8'i düşük orta, %3.3'ü yüksek orta %2.6'sı yüksek olarak değerlendirmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Dair Bulgular

Değişkenler	N	%
Medeni hal		
Bekar	10	6.5
Evli	126	82.4
Boşanmış	6	3.9
Eşi vefat etmiş	11	7.2
Birlikte yaşama		
Eş/Partner ile	31	20.3
Eş ve Çocuklar ile	93	60.8
Çocukları ile	14	9.2
Yalnız	6	3.9
Diğer	9	5.9
Çocuk varlığı		
Evet	134	87.6
Hayır	19	12.4
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	4	2.6
Okuryazar	6	3.9
İlkokul mezunu	44	28.8
Ortaokul mezunu	14	9.2
Lise mezunu	32	20.9
Üniversite mezunu	48	31.4
Lisansüstü eğitim	5	3.3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	61	39.9
Çalışmıyor	92	60.1
Çalışmama nedeni		
Emekli	42	27.5
Hastalığım nedeniyle	9	5.9
Diğer	19	12.4
Ortalama aylık gelir*		
0-1603 TL	9	5.9
1 604-5 200 TL	88	57.5

5 201-10 000 TL	46	30.1
10 001 TL ve üstü	10	6.5
Aile gelir düzeyi		
Düşük	34	22.2
Düşük orta	12	7.8
Orta	98	64.1
Yüksek orta	5	3.3
Yüksek	4	2.6

*Ortalama aylık gelir 2017 açlık ve yoksulluk sınırı dikkate alınarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların hastalık süreçlerine dair bilgileri Tablo 2’de özetlenmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların T2D tanısını almalarının üzerinden geçen süre 1-26 yıl (*Ort.*=9.94; *SS*= 6.54) arasında değişmektedir. T2D tedavileri ile ilgili olarak katılımcıların %59.5’i şeker düşürücü hap, %23.5’i insülin kullanmakta, %14.4’ü daha önceleri şeker düşürücü ilaç alırken şimdi insülin kullanmakta, %2’si ise sadece diyet yapmaktadır. Örneklemi oluşturan katılımcıların %70.6’sının başka bir kronik hastalığı bulunurken, %29.4’ünün başka bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Kronik hastalığı bulunan katılımcıların %22.9’unda tansiyon, %6.5’inde tiroid rahatsızlıkları, %7.8’inde ise kalp rahatsızlıkları eş tanı olarak bulunmaktadır. Katılımcıların %82.4’ünün ailesinde kronik hastalık bulunurken, %17.6’sının ailesinde kronik bir hastalık bulunmamaktadır. Ailesinde kronik hastalığı bulunan katılımcıların %35.9’unda diyabet hastalığı vardır. Ayrıca katılımcıların %17.6’sı daha önce psikiyatrik bir hastalık yaşarken, %82.4’ü ise daha önceden psikiyatrik bir hastalık yaşamamıştır. Psikiyatrik bir rahatsızlık yaşayan katılımcıların %11.8’i tanılarının depresyon olduğunu belirtmiştir. Son olarak katılımcıların %90.2’sinin ailesinde psikiyatrik bir hastalık bulunmazken, %9.8’inin ailesinde psikiyatrik bir hastalık bulunmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Süreçlerine Dair Bulgular

Değişkenler	Ort.	SS
T2D tanı sonrası geçen süre (yıl)	9.94	6.54
Değişkenler	N	%
T2D tedavi türü		
Oral antidiyabetik ilaç (şeker düşürücü hap)	91	59.5
İnsülin	36	23.5
Daha önce şeker düşürücü hap tedavisi iken şimdi insülin	22	14.4
Sadece diyet	3	2.0
Herhangi bir tedavi almıyorum	1	0.7
Başka kronik hastalık varlığı		
Var	108	70.6
Yok	45	29.4
Ailede kronik hastalık varlığı		
Var	126	82.4
Yok	27	17.6
Daha önce psikiyatrik hastalık varlığı		
Var	27	17.6
Yok	126	82.4
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı		
Var	15	9.8
Yok	138	90.2

Katılımcıların COVID-19yaşantısına dair bilgileri Tablo 3’te özetlenmiştir. Çalışmanın katılımcılarından %79.7’si pandemi sürecinde COVID-19 testi yaptırmamış, %16.3’ü test yaptırmış ve negatif çıkmış, %3.9’u ise test yaptırmış ve pozitif çıkmıştır. Katılımcıların %95.4’ü COVID-19 tanısı almazken %4.6’sı COVID-19 tanısı almıştır. Katılımcıların %41.2’sinin sevdiklerinden en az biri COVID-19 testi yaptırmazken, %35.9’u test yaptırıp pozitif çıkmıştır, %22.9’u ise test yaptırıp negatif çıkmıştır. Katılımcıların %58.2’sinin yakın çevresinde COVID-19 tanısı alan bulunurken, %41.8’inin çevresinde COVID-19 tanısı alan olmamıştır. Son olarak, katılımcıların %12.4’ü sevdiklerinden en az birinin COVID-19’a bağlı kaybını yaşarken, %87.6’sı bu süreçte herhangi bir kayıp yaşamamıştır.

Tablo 3. Katılımcıların COVID-19-19 Yaşantısına Dair Bulgular

Değişkenler	N	%
COVID-19 testi (kendisi)		
Hayır yaptırmadım	122	79.7
Evet yaptırdım ve negatif çıktı	25	16.3
Evet yaptırdım ve pozitif çıktı	6	4.0
COVID-19 tanı (kendisi)		
Evet	7	4.6
Hayır	146	95.4
COVID-19 testi (sevdiklerinden en az biri)		
Hayır yok	63	41.2
Evet var ve negatif çıktı	35	22.9
Evet var ve pozitif çıktı	55	35.9
COVID-19 tanı (sevdiklerinden en az biri)		
Var	64	41.8
Yok	89	58.2
COVID-19'a bağlı kayıp (sevdiklerinden en az biri)		
Evet yaşadım	19	12.4
Hayır yaşamadım	134	87.6

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, katılımcıların hastalık süreçlerinin değerlendirilmesinde Fennell Evre Envanteri (FEE) (Acar ve Sertel Berk, 2021b; Fennell ve ark., 1998) ve tıbbi bilgi formu, hastalık temsillerinin değerlendirilmesinde Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)(Broadbent ve ark., 2006; Karataş ve ark., 2017), üst bilişlerinin değerlendirilmesinde Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)(Wells ve Cartwright-Hatton, 2004; Yılmaz ve ark., 2008), semptom kontrolüne dair üst bilişlerin değerlendirilmesinde Semptom Kontrolü Hakkındaki Üst Bilişler Ölçeği-Kısa Form (SKHÜBÖ-KF) (Acar ve Sertel Berk, 2021a; Fernie ve ark., 2015) ve son olarak duygu durumlarının değerlendirilmesinde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)(Aydemir ve ark., 1997; Zigmond ve Snaith, 1983) kullanılmıştır. Katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumları, medeni halleri ve hastalık yaşantılarına ilişkin bilgiler ise sosyodemografik ve tıbbi bilgi formu aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcıların COVID-19'a dair korku ve duyarlık düzeyleri ise COVID-19 Önleyici Davranışları İçin Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği'nin (Acar ve Kıcalı, 2021) algılanan duyarlık ve korku alt boyutları ile ölçülmüştür.

3.2.1. Fennell Evre Envanteri (FEE)

Fennell Evre Envanteri; FEE (Fennell ve ark., 1998) kronik hastalıkların evrelerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Hastalık deneyiminin fiziksel/davranışsal, psikolojik ve sosyal/etkileşimli yönlerini ölçümleyen 20 maddeyi içeren bu envanter, Fennell'in Dört Evre Modelini temel alan ve bireylerin hastalığa alışma süreçlerine karşılık gelen beşer ifadenin bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur. Her bir ifade 1=kesinlikle katılmıyorum ile 5=kesinlikle katılıyorum arasında değişen 5'li Likert yapıda puanlanmaktadır. Kronik yorgunluk sendromu olan bireylerden oluşan iki örnekleme gerçekleştirilen faktör analizi sonuçları, envanterin model ile tutarlı olarak kriz, stabilizasyon ve bütünleşme alt boyutlarından oluştuğunu göstermiştir. Bu üç alt boyutun Cronbach's alpha düzeyleri .63 ile .83 arasında değişmektedir. Bireylerin modelin dört evresinden birisine yerleştirilmesi, kriz, stabilizasyon ve bütünleşme evrelerinin ortalama skorlarının hesaplanması ile sağlanır. Kriz evresinin hesaplanması 1, 5, 9, ve 17; stabilizasyon evresinin hesaplanması 2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 18 ve 19; bütünleşme evresinin hesaplanması ise 4, 8, 16, ve 20 nolu maddelerin ortalama puanları üzerinden elde edilir (Jason ve ark., 1999). Envanterin evrelere dair madde dağılımları farklı çalışmalarda farklılık gösterdiğinden (Berea, 2010) kümeleme analizi aracılığı ile farklı kesme puanlarını içeren algoritmik kriterlere dayanarak evrelendirmeler de yapılabilmektedir (Jason, Fricano, ve ark., 2000).

Envanterin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Fennell Evre Envanteri adıyla Acar ve ve Sertel-Berk tarafından herhangi bir kronik fiziksel duruma sahip (romatoid artirit, fibromiyalji, multiple skleroz, diyabet, tansiyon, tiroid hastalıkları) 170 katılımcıdan oluşan örnekleme gerçekleştirilmiştir (Acar ve Sertel Berk, 2021b). Çeviri ve geri çeviri sürecinin her aşamasında ortaya çıkan maddelerin gerek Türkçeye uygunlukları gerekse İngilizceye uygunlukları dil uzmanları tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışması sonucunda elde edilen 17 maddelik formun Fennell Evre Modeli ile tutarlı olarak üç evreden oluştuğu gözlenmiştir. Bir araya gelen maddelerin ilişkilendirme sebepleri üzerinden 1, 3, 4, 6, 7, 9, 17 nolu maddelerin kriz, 2, 10, 11, 14, 18 nolu maddelerin stabilizasyon, 12, 15, 16, 19, 20 nolu maddelerin

ise bütünleşme evrelerine karşılık geldiğine karar verilmiştir. Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için, .76, stabilizasyon için .76, kriz için .65, bütünleşme için ise .64 olarak bulunmuştur (Acar ve Sertel Berk, 2021b). Mevcut çalışmanın örneklem sayısı kümeleme analizi için yeterli olmadığından, araştırmada evrelerin doğrulanması medyana göre belirlenen kesme puanına göre gerçekleştirilecektir.

Mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayıları fiziksel kriz için .62, stabilizasyon için .59, bütünleşme için .67 olarak bulunmuştur. Ölçek EK 1’de sunulmuştur.

3.2.2. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) (Broadbent ve ark., 2006) 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından, fiziksel hastalığı olan hastaların algılarını değerlendirmek üzere geliştirilmiş Hastalık Algısı Ölçeğinin (HAÖ) (Weinman ve ark., 1996) kısaltılmış versiyonudur. Farklı hastalık gruplarında uygulanması mümkün olan HAÖ, 2002 yılında yenileme gerektiren önemli alanları gözden geçirilerek revize edilmiştir (Moss-Morris ve ark., 2002). Çok sayıda dile uyarlaması bulunan ölçeğin 80’den fazla ifade içeriyor olması, ölçeğin uygulanışını zorlaştırmaktadır. Bu sebeple kısa sürede değerlendirme yapma imkânı sağlayan Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) geliştirilmiştir. Ölçek bireylerin hastalıkla ilgili açıklamalarını değerlendiren sekiz maddeye ek olarak nedensel faktörleri değerlendiren bir madde ile toplam dokuz maddeden oluşmaktadır. Nedensel faktörleri değerlendiren 9. Madde dışında, 0-10 arasında değişen likert yapıda puanlanmaktadır. Ölçeğin beş ifadesi sonuçlar, süre, kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve kimlik özelinde hastalığın bilişsel temsillerini değerlendirirken, iki ifadesi ilgi ve duygular özelinde hastalığın duygusal temsillerini değerlendirmektedir. Ölçeğin yedinci ifadesi hastalık uyumunu (coherence) değerlendirirken, dokuzuncu ifade ile değerlendirilen hastalığın nedensel atıfları açık uçlu bir soru ile ölçümlenmektedir. Ölçekten elde edilen puan, bireylerin hastalığı ne kadar tehdit edici algıladıklarına ya da bireylerin hastalıkları ile ne kadar rahat olduklarına karşılık gelmektedir. Ölçeğin 3, 4 ve 7. maddeleri ters ifadelerdir. Ölçeğin sekiz ifadesinin toplanması ile elde edilen toplam puanın yüksek oluşu bireylerin hastalığı daha tehdit edici algıladıklarına karşılık gelmektedir. Ölçeğin her bir ifadesi

için test tekrar test güvenirlikleri .42 ile .75 arasında değişmektedir (Broadbent ve ark., 2006).

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ismiyle kanser hastalarında gerçekleştirilmiştir (Karataş ve ark., 2017). Açımlayıcı faktör analizi sonuçları sırasında bir maddenin analizlerden çıkarılmasına karar verildiğinden ölçeğin Türkçe formu 8 maddeden oluşmaktadır. Ancak ölçek orijinalinde olduğu gibi bilişsel ve duygusal hastalık temsilleri olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel hastalık temsilleri, kişisel kontrol (madde 2), tedavi kontrolü (madde 3) ve uyum (madde 6) ile ilgili ifadelerden oluşurken; duygusal hastalık temsilleri, sonuçlar (madde 1), hastalık kimliği (madde 4), ilgi (madde 5) ve duygular (madde 7) ile ilgili ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri .85, duygusal hastalık temsilleri için .83, bilişsel hastalık temsilleri için ise .80 olarak bulunmuştur (Karataş ve ark., 2017).

Mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayıları duygusal hastalık temsilleri için .65, bilişsel hastalık temsilleri için .57 , ölçek toplam puanı içinse .52 olarak bulunmuştur. Ölçek EK 2’de sunulmuştur.

3.2.3. Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) psikolojik bozuklukların ortaya çıkma ve devam etme mekanizmalarında rol oynadığı düşünülen çeşitli üstbilişsel inanç ve süreçleri değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Derecelendirme aralığı “1 = katılmıyorum” ile “4 = tamamen katılıyorum” arasında değişen 4’lü Likert tipi 30 maddeden oluşan ÜBÖ-30, birbiri ile ilişkili ancak kavramsal olarak farklı beş boyut içermektedir: (1) kişinin endişenin işlevsel olduğuna ne derece inandığını ölçen endişe ile ilgili “olumlu inançlar”, (2) kişinin endişenin ne derece kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair inançlarını değerlendiren endişe ile ilgili “olumsuz inançlar”, (3) kişinin belleğine ne derece güvendiğini ölçen “bilişsel güvensizlik”, (4) kişinin düşünceleri kontrol etme gerekliliğine ve kendi düşüncelerini kontrol etmemesinin sonuçlarına ilişkin inançlarını değerlendiren “düşünceleri kontrol ihtiyacı” ve (5) kişinin kendi düşüncelerini izleme ve farkına varma (monitoring) eğilimini ve dikkatin içedönük olarak odaklanmasını değerlendiren “bilişsel

farkındalık". ÜBÖ-30'dan alınabilecek toplam puanlar 30 ile 120 arasında değişmekte ve elde edilen puanlardaki artış, üstbilişsel inanç ve süreçlerde patolojik yönde bir yükselme olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin psikometrik özellikleri iyi olmakla birlikte, iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için .93 alt boyutları için ise yukarıda belirtilen sıra ile .92, .91, .93, .72, .92 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Yılmaz ve arkadaşları (2008) tarafından üniversite öğrencileri ve üniversite öğrencisi olmayan yetişkinlerden oluşan bir örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Geçerlik analizi sonuçları, ÜBÖ-30'un orijinaline uygun olarak beş faktörlü bir yapıdan oluştuğuna işaret etmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için .87, olumlu inançlar için .89, olumsuz inançlar için .80, bilişsel güvensizlik için .89, düşünceleri kontrol ihtiyacı için .73 ve bilişsel farkındalık için .80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin uyum (convergent) geçerliği için ÜBÖ-30 toplam ve alt ölçek puanları ile Penn Eyalet Endişe Ölçeği, Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu, Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ölçeğin toplam puanı ile patolojik endişe ($r = .58$), obsesif-kompulsif belirtiler ($r = .50$), sürekli kaygı ($r = .49$), anksiyete belirtileri ($r = .39$) ve depresyon belirtileri ($r = .37$) arasında gözlenen anlamlı ve pozitif yöndeki korelasyonlar ÜBÖ-30'un uyum geçerliğine işaret etmektedir (Yılmaz ve ark., 2008).

Mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayıları, olumlu inançlar için .82, olumsuz inançlar için .84, bilişsel güvensizlik için .87, düşünceleri kontrol ihtiyacı için .69 ve bilişsel farkındalık için .74, tüm ölçek için .90 olarak bulunmuştur. Ölçek EK 3'te sunulmuştur.

3.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) (Zigmond ve Snaith, 1983), bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu tarayarak risk grubunu belirlemek üzere geliştirilmiştir. Ölçek öz-bildirim ölçeği olup yedisi depresyon yedisi ise anksiyete belirtilerini değerlendiren toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipinde değerlendirilen her bir yanıtta 0-3 arasında puan alınmaktadır. Her bir alt ölçekten alınan 8-10 arası puan hafif, 11-14 arası puan orta, 15-21 arası puan ise

şiddetli depresyon/kaygı olarak nitelendirilmektedir (Stern, 2014). Ölçeğin kaygı alt boyutu için madde korelasyonlar .41 ile .76 arasında değişirken, depresyon için madde korelasyonları .30 ile .60 arasında değişmektedir. Ölçeğin, ilk tanı ve psikolojik belirtileri izlemeyi gerektiren birinci baasmak hizmet araştırmalarında kullanılabileceği bildirilmektedir (Zigmond ve Snaith, 1983).

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” adıyla Aydemir ve arkadaşları tarafından hem hasta hem de üniversite öğrencilerinde gerçekleştirilmiştir (Aydemir ve ark., 1997). Üniversite öğrenci grubunda gerçekleştirilen geçerlik sonuçlarına göre, ölçeğin duygusal gerginlik, korku, endişe verici düşünceler, huzursuzluk hissi ve panik duygusu gibi belirtileri “anksiyete” alt boyutuna karşılık gelmektedir. Zevk alamama, gülememe, neşesizlik, psikomotor gerginlik, durgunlaşma hissi ve geleceği hevesle beklememe gibi belirtiler ise “depresyon” alt boyutuna karşılık gelmektedir. Bu iki yapıya ek olarak sadece dış görünüşe ilgi kaybını içeren ifade ile ölçek üç faktörlü bir yapıya işaret etmiştir. Bedensel hastalık grubunda gerçekleştirilen geçerlik sonuçları ise, benzer belirtilerin bir araya gelmesi ile “anksiyete” ve “depresyon” olmak üzere iki faktörlü bir yapıya işaret etmiştir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddelerin puanları toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanmaktadır. Ölçeğin üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen güvenirlik sonuçlarında, anksiyete alt ölçeği için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alfa .74, depresyon alt ölçeği için ise .69 olarak bulunmuştur. Bedensel hastalık grubu ile gerçekleştirilen güvenirlik sonuçları ise, anksiyete alt ölçeği için $\alpha = .74$, depresyon alt ölçeği için ise $\alpha = .70$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme noktası ise anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için yedi olarak bildirilmiştir. Ölçeğin bedensel hastalığı olan hasta grubunda anksiyete ve depresyonu, herhangi bir bedensel ve ruhsal hastalığı olmadığı kabul edilen üniversite öğrencileri grubuna göre daha hassas ölçtüğü de belirtilmiştir (Aydemir ve ark., 1997).

Mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayıları depresyon alt ölçeği için .80, anksiyete alt ölçeği için .71 olarak bulunmuştur. Ölçek EK 4’te sunulmuştur.

3.2.5. Semptom Kontrolü Hakkındaki Üst Bilişler Ölçeği-Kısa Form (SKHÜBÖ-KF)

Semptom Kontrolü Hakkındaki Üst Bilişler Ölçeği (SKHÜBÖ) (Ferne ve ark., 2015) kronik yorgunluk sendromu olan bireylerde, semptom odağı, ruminasyon ve endişe hakkındaki inançları değerlendirmek adına geliştirilmiştir. Ölçek semptomlara odaklanıyor olsa da (özellikle fiziksel semptomların değerlendirme, yönetme ve kontrolündeki rolüne), ifadeler bilişsel ve dikkate dair süreçlere de karşılık gelmektedir. Ölçek “Semptom Kontrolü Hakkında Pozitif Üst-Bilişler” (örn. Semptomlarımı izlemek onları daha iyi kontrol etmeme yardımcı olur) ve “Semptom Kontrolü Hakkında Olumsuz Üst-Bilişler” (örn. Semptomlarım başlarsa, herhangi bir şeye odaklanmam imkansız olur) olmak üzere iki alt boyuttan oluşan toplam 17 ifadeyi içermektedir. Her bir ifade katılmıyorum ile kesinlikle katılıyorum arasında değişen 4’lü likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçeğin her bir faktöründen alınan yüksek puanlar üst bilişsel yapıların daha güçlü oluşuna karşılık gelmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları Semptom Kontrolü Hakkında Pozitif Üst-Bilişler için .89, Semptom Kontrolü Hakkında Olumsuz Üst-Bilişler için ise .88’dir (Ferne ve ark., 2015).

SKHÜBÖ’nün 17 ifadesinden problemlili olduğu düşünülen maddelerinin çıkarılması ile sekiz maddelik kısa formu oluşturulmuştur. Semptom Kontrolü Hakkında Üst-Bilişler Ölçeği- Kısa Formu (SKHÜBÖ-KF) (Ferne, Aoun, Kollman, Spada, ve Nikcevic, 2019) ölçeğin uzun formu ile benzer formata sahiptir ve benzer şekilde her bir ifadesi 4’lü likert tipinde derecelendirilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri üç farklı dile özgü olarak kronik yorgunluk sendromu olan İngiliz bireyleri, Alman fibromiyalji hastalarını ve Arap T1D hastalarını içeren örneklemelerde gerçekleştirilmiş ve kısa formun da iki alt boyuttan oluştuğu görülmüştür. “Bedensel dikkat artımı hakkındaki pozitif üst-bilişler” olarak isimlendirilen alt boyut 2, 3, 5, 6 nolu ifadelerden, kontrol edilemezlik hakkındaki negatif üst bilişler ve bilişsel-dikkatsel süreçlerin fiziksel etkileri olarak isimlendirilen alt boyut ise 1, 4, 7, 8 nolu ifadelerin bir araya gelmesinden oluşmaktadır. SKHÜBÖ-KF’in İngiliz, Alman ve Arap dili versiyonlarının her bir faktör için iç tutarlılık katsayılarının kabul edilebilir ve iyi olduğu ($\alpha=.70 - .80$) ancak Arap dili versiyonunda kontrol edilemezlik

hakkındaki negatif üstbilişler ve bilişsel-dikkatsel süreçlerinin fiziksel etkileri alt boyutunun iç tutarlılık katsayısının ($\alpha = .60$) tartışmalı olduğu belirtilmiştir. SKHÜBÖ-KF'den alınan yüksek puan üst-bilişlerin gücünü doğrulamaktadır (Fernie ve ark., 2019).

Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması “Semptom Kontrolü Hakkında Üstbilişler Ölçeği-Kısa Form adıyla farklı kronik fiziksel hastalıklara (Örn. diyabet, tansiyon, romatoid artirit, ankilozan spondilit, fibromiyalji, tiroid hastalıkları) sahip bireylerde gerçekleştirilmiştir (Acar ve Sertel Berk, 2021a). Ölçeğin geçerlik çalışmaları, orijinali ile benzer olarak iki alt boyuttan oluşmuştur. Buna göre “bedensel dikkat artımı hakkındaki pozitif üst-bilişler” olarak isimlendirilen alt boyut 2, 3, 5, 6 nolu ifadelerden, kontrol edilemezlik hakkındaki negatif üstbilişler ve bilişsel-dikkate dair süreçlerin fiziksel etkileri olarak isimlendirilen alt boyut ise 1, 4, 7 nolu ifadelerin bir araya gelmesinden oluşmaktadır. Ölçeğin sırasıyla her bir alt boyut için iç tutarlılık katsayıları .83 ve .71 olarak bulunmuştur (Acar ve Sertel Berk, 2021a).

Mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayıları “bedensel dikkat artımı hakkındaki pozitif üst-bilişler için .78, kontrol edilemezlik hakkındaki negatif üstbilişler ve bilişsel-dikkate dair süreçler için .67 olarak bulunmuştur. Ölçek EK 5’te sunulmuştur.

3.2.6. COVID-19 Önleyici Davranışları İçin Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği

COVID-19 salgınına ilişkin korunma motivasyonunu değerlendirmek için geliştirilmiş olan bu ölçek; algılanan ciddiyet, korku, öz-etkinlik, maliyet, tepki etkililiği, korunma motivasyonu ve algılanan duyarlılık olmak üzere yedi alt boyutu ölçmektedir (Acar ve Kıcalı, 2021). Bu çalışma kapsamında ölçeğin korku ve algılanan duyarlılık alt boyutları kullanılmıştır.

Ölçeğin korku alt boyutunda, katılımcılardan COVID-19 hakkında düşündüklerinde verdikleri duygusal tepkileri 5’li Likert türünde (1=hiç, 5=oldukça çok) derecelendirmeleri istenmektedir. Algılanan duyarlılıkta ise katılımcılardan COVID-19’un başlarına gelme ihtimalini 5’li likert türünde (1=kesinlikle

katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) derecelendirmeleri istenmektedir (Acar ve Kıcalı, 2021). Ölçek EK 6’da sunulmuştur.

3.2.7. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu

Sosyodemografik ve tıbbi bilgi formu, çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet, yaş, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerine ek olarak; tanı, tanı süresi, psikiyatrik bir tanının bulunup bulunmayışı gibi klinik değişkenlerle ilgili soruları da içeren, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Ayrıca katılımcıların COVID-19 deneyimleri için araştırmacılar tarafından hazırlanmış sorulardan faydalanılmıştır. Form örneği EK 7’de verilmiştir.

3.3. İşlem

Tez çalışması, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 18.03.2020 tarih ve 2020-5/28 sayılı izniyle gerçekleştirilmiştir. Etik Kurul izni alınmasını takiben Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Polikliniği ile işbirliği kurulmuş ve takiben Ekim 2020 Şubat 2021 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Bir diğer veri toplama yöntemi, hastaların bilgi ve duygu paylaşımında bulundukları sosyal medya gruplarından Temmuz 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Hastane ortamında verilerin toplanması, hasta takiplerinin yapıldığı poliklinikte yer alan ve araştırma için sağlanan odada gerçekleştirilmiştir. COVID-19 sürecinde olduğundan, hastalara araştırma ölçek setinin elden verilmesi yerine, ölçeklerin her bir katılımcı ile uygun ortamda yüz yüz görüşmelerle araştırmacı tarafından doldurulması tercih edilmiştir. Çalışmaya; i) ilgili poliklinikte T2D tanısı için ayaktan tedavi gören ve doktorlar tarafından araştırmaya katılmaları konusunda yönlendirilen ve ii) hasta kayıt dosyasından araştırma uygunluk kriterlerini karşıladığı belirlenen randevulu hastalar katılmıştır. Her bir katılımcının tanıları ve araştırmaya uygunluk kriterlerini karşılayıp karşılamadıkları hastane kayıt dosyalarından elde edilmiştir. Görüşme öncesi hastalara çalışma hakkında gerekli bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalardan Bilgilendirilmiş Onam Formu’nu (Bknz. EK 8) doldurmaları istenmiştir. Bilgilendirme sonrası, ölçek setinin her bir maddesi

araştırmacı tarafından okunmuş ve katılımcıların her bir maddeyi değerlendirmesi istenmiştir. Görüşme süresince katılımcının cevaplarında, araştırmacının hiçbir yönlendirme ya da yorumunun bulunmamasına dikkat edilmiştir.

Eş zamanlı olarak, internet üzerinden Google forms aracılığıyla da veri toplanmıştır. Çalışmanın online formu, Facebook'ta yer alan "Tip 2 Diyabet Grubu" isimli bir grupta gerekli açıklamalar ile birlikte paylaşılmıştır. Ölçekleri yalnız başına dolduran bu katılımcılara ihtiyaç duydukları zaman online destek sağlanabileceği bilgisi verilmiştir. Ölçek seti, tüm katılımcılara demografik form en başta, diğer ölçekler farklı sırada olacak şekilde sunulmuştur. Tüm katılımcıların ölçek setini doldurması ortalama 30 dakika sürmüştür ancak bu süre katılımcıların eğitim ve anlama düzeyine göre değişmiştir.

3.4. Veri Analizi

Katılımcılara ait verilerin bilgisayar programına girilmesi ve verilerin analizi araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verilerinin toplanması birebir görüşmeler ve online form üzerinden gerçekleştirildiği için kayıp veri söz konusu olmamıştır. Veri analizi SPSS 20.0 programı ile gerçekleştirilmiştir.

Analizlere geçilmeden önce, veri setinin normallik dağılımı Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiştir. Çalışmada sosyodemografik değişkenlere göre değişken ölçümlerinin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t testi ve Tek Yönlü ANOVA'dan, değişken ölçümlerinin birbirleriyle ilişkisinin değerlendirilmesinde ise Pearson Korelasyon testinden faydalanılmıştır (*Hipotez 1-2*). Hastalığa uyum evrelerine dair karşılaştırmalar (*Hipotez 3-6*), Fisher Exact Ki Kare testi, Kruskal-Wallis H testi ile; katılımcıların kaygı ve depresyon düzeylerinin yordayıcılarının belirlenmesi (*Hipotez 7*) Çoklu Hiyerarşik Regresyon Analizi ile gerçekleştirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmada T2D hastalarının sosyodemografik özellikleri, hastalık süreci, COVID-19-19 duyarlılık ve korkusu, hastalığın kabul sürecine dair evre puanları, kaygı ve depresyon düzeyleri, hastalık temsilleri, üst bilişleri ve semptom kontrolüne dair üst bilişlerine ilişkin veriler toplanmıştır. Bu bölümde ilk olarak katılımcıların belirtilen değişkenlere dair her bir ölçekten aldıkları puanlara dair betimsel istatistikleri ve gruplar arası karşılaştırmaları sunulacaktır. Ardından çalışmanın ilk sorusuna ait ilk iki hipotez kapsamında katılımcıların uygun evrelere dağılımları ve bu evrelere göre sosyodemografik ve hastalık özelliklerine dair farklılaşmalarına yer verilecektir. Sonrasında çalışmanın diğer sorusuna dair beş hipotez kapsamında evreler arası karşılaştırmalara dair bulgular sunulacaktır. Son olarak ise çalışmanın son sorusuna ait iki hipotezi kapsamında T2D hastalarında depresyon ve kaygının yordayıcılarına dair analiz sonuçları raporlanacaktır.

4.1. Araştırma Değişkenlerinin Tanımsal İstatistik Değerlerine, Sosyodemografik ve Hastalık ve COVID-19 Süreci Karşılaştırmalarına Dair Bulgular

Katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanların betimsel istatistik değerleri Tablo 4'te verilmiştir. Bu değişkenlerin cinsiyete, çocuk varlığına, çalışma durumuna, başka bir kronik hastalık sahibi olmaya, ailede kronik hastalık durumuna, daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem t testi kullanarak sınanmıştır. Medeni duruma, kimlerle birlikte yaşandığına, eğitim düzeyine, gelir seviyesine ve alınan tedavi türüne göre farklılaşıp farklılaşmadığı ise Tek Yönlü ANOVA ile incelenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Aldıkları Ölçüm Puanlarına Dair Betimsel İstatistik Bulguları

	N	Ort.	SS	Minimum değerler	Maximum değerler
HADÖ anksiyete	153	7.06	3.71	1.00	19.00
HADÖ depresyon	153	5.83	4.35	.00	18.00
ÜBÖ-30 toplam	153	65.22	16.75	34.00	120.00
ÜBÖ-30 olumlu inançlar	153	11.97	4.49	6.00	24.00
ÜBÖ-30 olumsuz inançlar	153	13.19	5.08	6.00	24.00
ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik	153	11.57	4.93	6.00	24.00
ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı	153	13.08	4.05	6.00	24.00
ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık	153	6.03	2.60	3.00	12.00
KHAÖ toplam	153	31.31	9.44	7.00	55.00
KHAÖ bilişsel	153	6.40	4.74	.00	24.00
KHAÖ duygusal	153	24.91	8.27	6.00	40.00
SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat	153	11.86	3.06	4.00	16.00
SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkatsel süreçler	153	6.03	2.60	3.00	12.00
COVID-19 duyarlık	153	10.91	2.30	3.00	15.00
COVID-19 korku	153	9.35	3.67	3.00	15.00

Cinsiyet değişkeni için gerçekleştirilen analiz sonuçları HADÖ anksiyete ($t(151) = 2.13, p < .05$) ve COVID-19-19 korku ($t(151) = 2.61, p < .05$) puanlarının farklılaştığını göstermiştir. Buna göre kadınların hem anksiyete ($Ort. = 7.62, SS = 3.92$) hem de COVID-19-19 korku ($Ort. = 10.02, SS = 3.81$) puanları erkeklerin anksiyete ($Ort. = 6.34, SS = 3.33$) ve COVID-19 korku ($Ort. = 8.49, SS = 3.31$) puanlarından daha yüksektir. Diğer yandan HADÖ depresyon ($t(151) = .43, p > .05$), KHAÖ toplam ($t(151) = .50, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($t(151) = -.94, p > .05$), KHAÖ duygusal ($t(151) = 1.11, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($t(151) = -.67, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($t(151) = -1.86, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($t(151) = 1.21, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($t(151) = -.80, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($t(151) = -1.49, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($t(151) = -.02, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($t(151) = -1.24, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bilişsel dikkate

dair süreçler ($t(151) = -.02, p > .05$), COVID-19-19 duyarlılık ($t(151) = .20, p > .05$) için cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır.

Çocuk sahibi olup/olmamaya dair gerçekleştirilen analiz sonuçlarında ise çocuğu olan katılımcıların ÜBÖ-30 bilişsel güvensizliklerinin ($Ort.=11.87, SS=4.97$), çocuğu olmayan katılımcılarınkinden ($Ort. = 9.47, SS = 4.14$) daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(151) = 2.01, p < .05$). Çocuğu olan katılımcıların ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyaçlarının ($Ort. = 13.45, SS = 3.98$) çocuğu olmayan katılımcılarınkinden ($Ort. = 10.42, SS = 3.55$) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($t(151) = 3.15, p < .05$). Ek olarak çocuğu olmayan katılımcıların COVID-19-19 duyarlılıkları ($Ort. = 11.95, SS = 2.30$) çocuğu olan katılımcılarınkinden ($Ort. = 10.76, SS = 2.27$) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t(151) = -2.13, p < .05$). Ancak katılımcıların HADÖ depresyon ($t(151) = .61, p > .05$), HADÖ anksiyete ($t(151) = -1.18, p > .05$), KHAÖ toplam puan ($t(151) = -.60, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($t(151) = -1.21, p > .05$), KHAÖ duygusal ($t(151) = .01, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($t(151) = 1.97, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($t(151) = 1.56, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($t(151) = .99, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($t(151) = .05, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($t(151) = -.53, p > .05$), SKHÜBÖ-KF -bilişsel-dikkate dair süreçler ($t(151) = .05, p > .05$), COVID-19 korku ($t(151) = .91, p > .05$) puanları ise çocuk sahibi olup olmamaya göre farklılaşmamıştır.

Katılımcıların çalışma durumları açısından ise, çalışan katılımcıların KHAÖ bilişsel puanlarının ($Ort. = 7.34, SS= 5.03$) çalışmayan katılımcılarınkinden ($Ort. = 5.77, SS= 4.46$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t(151) = 2.03, p < .05$). Bilişsel hastalık temsilleri dışında HADÖ depresyon ($t(151) = -.33, p > .05$), HADÖ anksiyete ($t(151) = 1.00, p > .05$), KHAÖ toplam ($t(151) = .42, p > .05$), KHAÖ duygusal ($t(151) = -.67, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($t(151) = -.37, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($t(151) = .53, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($t(151) = -.76, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($t(151) = .67, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($t(151) = -.76, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($t(151) = -.29, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($t(151) = .50, p > .05$), SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($t(151) = -.29, p > .05$), COVID-19-19

korku ($t(151) = -1.06, p > .05$), COVID-19-19 duyarlık ($t(151) = 1.85, p > .05$) puanları ise çalışma durumuna göre farklılaşmamıştır.

Başka bir kronik hastalık varlığı açısından ise katılımcıların HADÖ depresyon, ($t(151) = -.11, p > .05$), HADÖ anksiyete ($t(151) = -.83, p > .05$), KHAÖ toplam ($t(151) = .45, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($t(151) = .97, p > .05$), KHAÖ duygusal ($t(151) = -.04, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($t(151) = -1.61, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($t(151) = -1.27, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($t(151) = -1.81, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($t(151) = -.76, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($t(151) = -1.47, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($t(151) = -.13, p > .05$), SKHÜBÖ-KF -bilişsel-dikkate dair süreçler ($t(151) = -1.43, p > .05$), COVID-19-19 korku ($t(151) = -.44, p > .05$), COVID-19-19 duyarlık ($t(151) = -1.17, p > .05$) puanlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür.

Ailedeki kronik hastalık varlığı açısından ise analiz sonuçları ailesinde kronik hastalık bulunmayanların ($Ort. = 71.63, SS = 18.45$) ÜBÖ-30 toplam puanlarının ailesinde kronik hastalık bulunanlara ($Ort. = 63.84, SS = 16.11$) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir ($t(151) = -2.22, p < .05$). Ailesinde kronik hastalık bulunan katılımcıların ise COVID-19-19 duyarlık düzeyleri ($Ort. = 11.09, SS = 2.24$) ailesinde kronik hastalık bulunmayanlara ($Ort. = 10.07, SS = 2.40$) göre anlamlı olarak daha yüksektir ($t(151) = 2.10, p < .05$). Katılımcıların HADÖ depresyon ($t(151) = -1.15, p > .05$), HADÖ anksiyete, ($t(151) = .49, p > .05$), KHAÖ toplam puan ($t(151) = .26, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($t(151) = -1.04, p > .05$), KHAÖ duygusal ($t(151) = .89, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($t(151) = -1.26, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($t(151) = -2.24, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($t(151) = -2.06, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($t(151) = -.88, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($t(151) = -1.08, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($t(151) = 1.27, p > .05$) SKHÜBÖ-KF -bilişsel-dikkate dair süreçler ($t(151) = -1.08, p > .05$), COVID-19 korku ($t(151) = .55, p > .05$) puanları ise ailedeki kronik hastalık varlığına göre farklılaşmamıştır.

Psikiyatrik bir tanıya sahip olma açısından ise, daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlık yaşamış katılımcıların HADÖ depresyon ($Ort. = 7.74, SS = 5.30$)

puanlarının daha önce psikiyatrik bir rahatsızlık yaşamamış bireylerinkinden ($Ort. = 5.42, SS = 4.02$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir ($t(151) = 2.56, p < .05$). Benzer şekilde daha önceden psikiyatrik bir tanı almış katılımcıların HADÖ anksiyete puanları ($Ort. = 9.15, SS = 5.17$) daha önce psikiyatrik bir tanısı olmayan bireylerinkinden ($Ort. = 6.61, SS = 3.17$) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t(151) = 3.33, p < .05$). Ancak katılımcıların KHAÖ toplam ($t(151) = 1.62, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($t(151) = .95, p > .05$), KHA duygusal ($t(151) = 1.29, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($t(151) = .95, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($t(151) = -.01, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($t(151) = .96, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($t(151) = .53, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($t(151) = 1.20, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($t(151) = 1.75, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($t(151) = 1.30, p > .05$), SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($t(151) = 1.75, p > .05$), COVID-19 korku ($t(151) = 1.48, p > .05$) ve COVID-19 duyarlık ($t(151) = .23, p > .05$) puanları ise daha önceki psikiyatrik rahatsızlık durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır.

Medeni durum açısından, Bonferroni karşılaştırma sonuçları ise bekarların ($Ort. = 12.80, SS=2.15$) evli ($Ort.= 10.76, SS = 2.18$) ve eşi vefat etmiş bireylere ($Ort. = 9.81, SS=2.86$) oranla COVID-19 duyarlıklarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir ($F(3, 149) = 5.03, p < .05$). Çalışmada HADÖ depresyon ($F(3, 149) = .40, p > .05$), HADÖ anksiyete ($F(3, 149) = 2.43, p > .05$), KHAÖ toplam puan ($F(3, 149) = .85, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($F(3, 149) = 2.38, p > .05$), KHAÖ duygusal ($F(3, 149) = .83, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($F(3, 149) = 1.28, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($F(3, 149) = 1.51, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($F(3, 149) = 1.86, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($F(3, 149) = 1.87, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($F(3, 149) = .53, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($F(3, 149) = .04, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($F(3, 149) = 1.51, p > .05$), SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($F(3, 149) = .04, p > .05$) ve COVID-19 korku ($F(3, 149) = 1.55, p > .05$) için medeni durumlar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Çalışmanın diğer sosyodemografik değişkeni olan birlikte yaşanan kişiler açısından yapılan Bonferroni karşılaştırmaları birlikte yaşama durumunu diğer olarak belirten katılımcıların COVID-19 duyarlık düzeylerinin ($Ort. = 13.44, SS = 1.42$)

eş/partnerleriyle ($Ort. = 10.68, SS = 2.18$) ve eş ve çocukları ($Ort. = 10.77, SS = 2.18$) ile ve yalnız çocukları ($Ort. = 10.36, SS = 2.73$) ile yaşayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir ($F(4, 148) = 3.47, p < .05$). Diğer yandan Katılımcıların HADÖ depresyon ($F(4, 148) = .86, p > .05$), HADÖ anksiyete ($F(4, 148) = .79, p > .05$), KHAÖ toplam ($F(4, 148) = .06, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($F(4, 148) = 1.66, p > .05$), KHAÖ duygusal ($F(4, 148) = .61, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($F(4, 148) = 1.20, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($F(4, 148) = 1.50, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($F(4, 148) = 1.33, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($F(4, 148) = 2.57, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($F(4, 148) = 1.42, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($F(4, 148) = .77, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($F(4, 148) = 1.09, p > .05$) SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($F(4, 148) = .77, p > .05$), COVID-19 korku ($F(4, 148) = .81, p > .05$) puanları birlikte yaşama durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır.

Diğer bir sosyodemografik değişken olan eğitim düzeyi açısından ise HADÖ depresyon ($F(6, 146) = 1.24, p > .05$), HADÖ anksiyete ($F(6, 146) = 2.14, p > .05$), KHAÖ toplam ($F(6, 146) = 1.09, p > .05$), KHAÖ bilişsel ($F(6, 146) = 1.70, p > .05$), KHAÖ duygusal ($F(6, 146) = 2.02, p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($F(6, 146) = 1.28, p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($F(6, 146) = .82, p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($F(6, 146) = 1.65, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($F(6, 146) = 1.90, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($F(6, 146) = 1.06, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($F(6, 146) = 1.00, p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($F(6, 146) = .96, p > .05$), SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($F(6, 146) = 1.00, p > .05$), COVID-19 korkusu ($F(6, 146) = 1.55, p > .05$) ve COVID-19 duyarlılık ($F(6, 146) = .83, p > .05$) puanları için gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gelir düzeyi için ise Bonferroni karşılaştırmaları geliri 0-1603 TL arasında olan katılımcıların ($Ort. = 10.89, SS = 2.89$) HADÖ depresyon düzeylerinin 1604-5200 TL ($Ort. = 5.87, SS = 4.04$) ve 5201-10000 TL arasında olan ($Ort. = 4.69, SS = 4.55$) katılımcılarınkinden anlamlı olarak daha fazla olduğunu göstermiştir ($F(3, 149) = 5.58, p < .05$). Geliri 10001 TL ve üstü olan katılımcıların ($Ort. = 38.90, SS = 9.21$) KHAÖ toplam puanı geliri 52001-10000 TL arasında ($Ort. = 29.19, SS = 9.71$) olanlarınkinden anlamlı olarak fazladır ($F(3, 149) = 4.22, p < .05$). Benzer şekilde

geliri 10001 TL ve üstü olan katılımcıların ($Ort. = 10.00$, $SS = 5.44$) KHAÖ bilişsel puanları geliri 0- 1603 TL arasında olan bireylerinkinden ($Ort. = 3.67$, $SS = 2.00$) daha fazladır ($F(3, 149) = 3.11$, $p < .05$). Geliri 0-1603 TL arasında olan katılımcıların ($Ort. = 33.11$, $SS = 5.39$) ise hem 1604-5200 TL ($Ort. = 24.57$, $SS = 8.20$) hem de 5201-10000 TL arasında gelire sahip bireylere ($Ort. = 23.11$, $SS = 7.99$) kıyasla KHAÖ duygusal puanları anlamlı olarak daha yüksektir ($F(3, 149) = 4.84$, $p < .05$). Bunlara karşın, katılımcıların HADÖ anksiyete ($F(3, 149) = 2.68$, $p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($F(3, 149) = 1.77$, $p < .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($F(3, 149) = 1.25$, $p < .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($F(3, 149) = 1.70$, $p < .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($F(3, 149) = .55$, $p < .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($F(3, 149) = .85$, $p < .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($F(3, 149) = 1.69$, $p < .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($F(3, 149) = 2.05$, $p < .05$), SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($F(3, 149) = 1.69$, $p < .05$), COVID-19 korku ($F(3, 149) = 1.56$, $p < .05$) ve COVID-19 duyarlık ($F(3, 149) = .94$, $p < .05$) puanları ise gelir düzeyine göre farklılaşmamıştır.

Son olarak tedavi türüne göre gerçekleştirilen analizler ise HADÖ depresyon ($F(4, 148) = .14$, $p > .05$), HADÖ anksiyete ($F(4, 148) = .89$, $p > .05$), KHAÖ toplam ($F(4, 148) = 1.32$, $p > .05$), KHAÖ bilişsel ($F(4, 148) = 1.00$, $p > .05$), KHAÖ duygusal ($F(4, 148) = 1.19$, $p > .05$), ÜBÖ-30 toplam ($F(4, 148) = .33$, $p > .05$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($F(4, 148) = .81$, $p > .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($F(4, 148) = .50$, $p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($F(4, 148) = .28$, $p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($F(4, 148) = .25$, $p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($F(4, 148) = 1.39$, $p > .05$), SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat ($F(4, 148) = .56$, $p > .05$), SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($F(4, 148) = 1.39$, $p > .05$), COVID-19 korkusu ($F(4, 148) = 1.94$, $p > .05$) ve COVID-19 duyarlık ($F(4, 148) = 1.89$, $p > .05$) puanları için gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tüm bu sonuçlara göre depresyon ve kaygı puanları için bulgular değerlendirildiğinde, katılımcıların kaygı puanlarının sadece cinsiyete göre, depresyon puanlarının ise önceden psikiyatrik tanının varlığı ve gelire göre farklılaştığı görüldüğünden *Hipotez 1* desteklenmemiştir.

4.2. Araştırma Değişkenleri Arası İlişkiler

Araştırmanın hipotezlerinin test edilmesine geçilmeden önce araştırma değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri Pearson Korelasyon testi ile incelenmiştir. Değişkenlerin ilişkilerine dair bulgular Tablo 5’te sunulmuştur.

Demografik değişkenlerden yaş ile tanı süresi arasında pozitif yönde bir ilişki ($r(149) = .36, p < .01$), HADÖ anksiyete ($r(149) = -.24, p < .01$), KHAÖ toplam ($r(149) = -.26, p < .01$), ve KHAÖ bilişsel puanları ($r(149) = -.17, p < .05$), arasında negatif yönde bir ilişkiye işaret etmiştir. Tanı süresi ile sadece COVID-19 duyarlık puanı ($r(153) = -.27, p < .01$) arasında negatif ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların kaygı puanlarına dair analizler ise HADÖ anksiyete puanları ile HADÖ depresyon ($r(153) = .70, p < .01$), ÜBÖ-30 Toplam ($r(153) = .45, p < .01$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($r(153) = .58, p < .01$), KHAÖ toplam ($r(153) = .59, p < .01$), KHAÖ duygusal ($r(153) = .56, p < .01$), SKHÜBÖ-KF -bilişsel-dikkate dair süreçler ($r(153) = .39, p < .05$), COVID-19 korku ($r(153) = .33, p < .05$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($r(153) = .30, p < .01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü, ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($r(153) = .23, p < .01$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($r(153) = .24, p < .01$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($r(153) = .28, p < .01$), KHAÖ bilişsel ($r(153) = .20, p < .05$) ile arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğunu göstermiştir.

Katılımcıların depresyon puanlarına dair, HADÖ depresyon puanları ile KHAÖ toplam ($r(153) = .59, p < .01$), KHAÖ duygusal ($r(153) = .50, p < .01$), KHAÖ bilişsel ($r(153) = .30, p < .01$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($r(153) = .57, p < .01$), ÜBÖ-30 Toplam ($r(153) = .51, p < .01$), ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($r(153) = .45, p < .01$), ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($r(153) = .32, p < .01$), SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($r(153) = .47, p < .01$), COVID-19 korku ($r(153) = .32, p < .05$) arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki, ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($r(153) = .28, p < .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($r(153) = .21, p < .05$) puanları ile arasında ise düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Diğer yandan HADÖ depresyon ve anksiyete puanlarının sadece COVID-19 duyarlık puanları ile ilişki göstermediği görülmüştür.

Üst bilişler ve hastalık temsillerinin ilişkisine dair ise ÜBÖ-30 toplam puanı ile KHAÖ toplam ($r(153) = .45, p < .01$) ve KHAÖ duygusal ($r(153) = .48, p < .01$) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki; ÜBÖ-30 olumlu inançlar ile KHAÖ toplam ($r(153) = .22, p < .01$) ve KHAÖ duygusal ($r(153) = .25, p < .01$) arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki; ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ile KHAÖ toplam ($r(153) = .52, p < .01$) ve KHAÖ duygusal ($r(153) = .51, p < .01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki; ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ile KHAÖ toplam ($r(153) = .32, p < .01$) ve KHAÖ duygusal ($r(153) = .31, p < .01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki; ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ile KHAÖ toplam ($r(153) = .33, p < .01$) ve KHAÖ duygusal ($r(153) = .37, p < .01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki; ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ile KHAÖ toplam ($r(153) = .23, p < .01$) ve KHAÖ duygusal ($r(153) = .33, p < .01$) puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Ancak KHAÖ bilişsel alt boyut puanının ÜBÖ-30 toplam ve ÜBÖ-30 alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Semptom kontrolüne dair üst bilişlerin hastalık temsilleri ile ilişkisine dair sonuçlar ise SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkat süreçler ile KHAÖ toplam ($r(153) = .45, p < .01$) ve KHAÖ duygusal ($r(153) = .41, p < .01$) arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki, KHAÖ bilişsel ($r(153) = .18, p < .05$) ile arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğunu göstermiştir. Fakat SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat alt boyutu ile hastalık temsillerinin toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışma değişkenlerinin ilişkileri birlikte değerlendirildiğinde, COVID-19 duyarlılığının çalışma değişkenleri ile ilişkili olmadığı ancak COVID-19 korku düzeyinin ilişkili olduğu görüldüğünden, katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yordayıcılarının belirlenmesinde, sadece COVID-19 korku düzeyinin kontrol değişkeni olarak kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 5. Araştırma Değişkenlerinin Birbirleriyle Olan İlişkilerine Dair Korelasyon Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Yaş	1	.36**	-.24**	-.09	.08	.07	.05	.07	.09	.02	-.26**	-.17*	-.20	.00	-.01	-.30	-.04
2. Tanı süresi		1	-.07	-.12	.08	.05	.08	.01	.10	.09	-.10	-.10	-.05	.01	.08	-.27**	-.15
3. HADÖ anksiyete			1	.70**	.45**	.23**	.58**	.30**	.24**	.28**	.59**	.20*	.56**	.15	.39**	.05	.33**
4. HADÖ depresyon				1	.51**	.32**	.57**	.45**	.28**	.21*	.59**	.30**	.50**	.04	.47**	.01	.32**
5. ÜBÖ-30 Toplam					1	.75**	.82**	.67**	.76**	.69**	.45**	.05	.48**	.37**	.66**	-.05	.37**
6. ÜBÖ-30 olumlu inançlar						1	.44**	.38**	.49**	.47**	.22**	.00	.25**	.26**	.32**	-.08	.16*
7. ÜBÖ-30 olumsuz inançlar							1	.49**	.53**	.52**	.52**	.13	.51**	.25**	.66**	-.06	.35**
8. ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik								1	.36**	.14	.32**	.09	.31**	.20*	.47**	-.05	.28**
9. ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı									1	.51**	.33**	.02	.37**	.34**	.51**	.06	.31**
10. ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık										1	.23**	-.10	.33**	.35**	.44**	-.06	.25**
11. KHAÖ toplam											1	.48**	.86**	.07	.45**	.05	.45**
12. KHAÖ bilişsel												1	-.02	-.05	.18*	.07	.10
13. KHAÖ duygusal													1	.10	.41**	.02	.46**
14. SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat														1	.36**	.10	.21**
15. SKHÜBÖ-KF -bilişsel-dikkate dair süreçler															1	.04	.46**
16. COVID-19 duyarlılık																1	.17*
17. COVID-19 korku																	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.3. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesine İlişkin Bulgular

Çalışmanın ilk sorusu FDEM çerçevesinde FEE'nin T2D hastalarını hastalığa uyum açısından ne derece evrelendirebildiğinin değerlendirilmesidir. Bu bağlamda “*Hipotez 2a*: FEE T2D hastalarında kriz, stabilizasyon ve bütünleşme olmak üzere 3 evrenin ortaya çıkmasını sağlayacaktır” şeklindedir.

Çalışmada FEE ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında elde edilen boyutlar dikkate alınarak her bir katılımcının evre puanı hesaplanmıştır. Her bir katılımcının evre puanlarına dair betimsel bulgular Tablo 6’da sunulmuştur. *Hipotez 2a* için katılımcıların her bir evre alt boyutundan aldıkları puanın medyan değerine göre sürekli olan değişkenler kategorik değişken haline getirilmiştir. Her bir katılımcının evresinin belirlenmesinde kriter, bireyin bulunduğu evreden yüksek (medyan değerinin üstünde), diğer evrelerden ise düşük (medyan değerinin altında) puan alması olmuştur. Buna göre kriz alt boyutunda 3.14 yukarısı, stabilizasyon alt boyutundan 3.80 aşağısı, bütünleşme alt boyutundan 3.20 aşağısı alan katılımcıların bulunduğu evre “*kriz*”; kriz alt boyutunda 3.14 aşağısı, stabilizasyon alt boyutunda 3.80 yukarısı, bütünleşme alt boyutundan 3.20 aşağısı alan katılımcıların bulunduğu evre “*stabilizasyon*”; kriz alt boyutunda 3.14 aşağısı, stabilizasyon alt boyutunda 3.80 aşağısı, bütünleşme alt boyutunda 3.20 yukarısı alan katılımcıların bulunduğu evre “*bütünleşme*” olarak belirlenmiştir. Buna göre örneklemin %30’unun evrelere uygun şekilde dağıldığı, %70’inin ise uygun evrelere dağılmadığı görülmüştür. Çalışmada bildirilen evrelerden sadece birinde yer alan 46 katılımcı olduğu tespit edilmiştir. Bu katılımcıların ise 28’i kriz, 5’i stabilizasyon, 13’ü ise bütünleşme evresinde bulunmaktadır. Bu bulgulara göre *Hipotez 2a*’nın desteklenmediği söylenebilir.

Tablo 6. Katılımcıların Evre Puanlarına Dair Betimsel Bulgular

	N	Ort.	SS	Minimum değerler	Maximum değerler	Medyan
Kriz	153	3.14	0.60	1.29	5.00	3.14
Stabilizasyon	153	3.69	0.59	1.40	5.00	3.80
Bütünleşme	153	3.30	0.73	1.00	5.00	3.20

Uygun evrelere dağılımı yapılan T2D hastalarından oluşan örneklem (n=46) için her bir evredeki vaka sayısının azlığı (kriz n=28, stabilizasyon n=5, bütünleşme n=13) varyansların homojen olmaması ve normal dağılmamasından dolayı parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Bu çerçevede çalışmanın belirtilen değişkenlerine göre evreler arasında fark bulunup bulunmadığı, kategorik değişkenler için Ki-kare testi ile, sürekli değişkenler için ikiden fazla grup değişkenine göre karşılaştırma yapılacağından Kruskal Wallis H testi ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada katılımcıların hastalık evrelerine göre sosyodemografik (cinsiyet, medeni hal, çocuk varlığı, eğitim durumu, ortalama aylık gelir, çalışma durumu) ve hastalık süreci (hastalık süresi, tedavi türü, başka kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik tanı varlığı) kategorik değişkenlerinin farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Ki kare testi kullanılması uygun olsa da her bir kategori için beklenen vaka sayısının beşten düşük olduğu görülmüştür. Ki kare testinin varsayımı karşılanmadığından ve çalışmada katılımcıların her birinin tek evrede oluşunun gerekliliğine bağlı hastalık evrelerinin birleştirilmesi mümkün olmadığından Fisher's Exact Ki kare testinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Sosyodemografik değişkenler için analiz sonuçları, hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre cinsiyetin farklılaşmadığını göstermiştir (Fisher exact test= 2.80, $p > .05$). Benzer şekilde hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre medeni halin (Fisher exact test= 3.92, $p > .05$), birlikte yaşamının (Fisher exact test= 3.73, $p > .05$), çocuk varlığının (Fisher exact test= .98, $p > .05$), eğitim durumunun (Fisher exact test= 13.31, $p > .05$), çalışma durumunun (Fisher exact test= 5.26, $p > .05$) ve ortalama aylık gelirin (Fisher exact test= 5.05, $p > .05$) anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür.

Hastalık sürecine dair değişkenler için analiz sonuçları hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre diyabet tedavi şeklinin (Fisher exact test= 9.56, $p > .05$), başka kronik hastalık varlığının (Fisher exact test= 1.46, $p > .05$), ailede kronik hastalık varlığının (Fisher exact test= 1.16, $p > .05$), daha önceden psikiyatrik

tanı varlığına göre (Fisher exact test= .63, $p > .05$), ailede psikiyatrik tanı varlığına göre (Fisher exact test= 1.02, $p > .05$) anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür.

Son olarak hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre katılımcıların yaşlarının farklılaşmadığı görülürken ($X^2(2) = 8.04$, $p > .05$), hastalık sürelerinin farklılaştığı ($X^2(2) = 7.42$, $p < .05$) görülmüştür. Tamhane's T2 testine göre yapılan gruplar arası karşılaştırmalar ise bütünleşme evresindeki katılımcıların hastalık sürelerinin kriz ve stabilizasyon evresindeki katılımcıların hastalık sürelerine göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bulgular birlikte değerlendirildiğinde, *Hipotez 2b* desteklenmemiştir.

Hipotez 3 için gerçekleştirilen analiz sonuçlarında hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre KHAÖ toplam ($X^2(2) = 14.00$, $p < .05$), KHAÖ bilişsel ($X^2(2) = 7.32$, $p < .05$) ve KHAÖ duygusal ($X^2(2) = 9.28$, $p < .05$) puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Tamhane's T2 testine göre yapılan gruplar arası karşılaştırmalar ise, kriz evresindeki katılımcıların KHAÖ toplam puanlarının, stabilizasyon ve bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğunu; kriz evresindeki katılımcıların KHAÖ bilişsel alt boyut puanlarının stabilizasyon evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğunu; kriz evresindeki katılımcıların KHAÖ duygusal puanlarının, bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğunu göstermiştir. Analiz sonuçları Tablo 7'de sunulmuştur. Sonuç olarak *Hipotez 3* desteklenmiştir.

Hipotez 4 için gerçekleştirilen analiz sonuçlarında, hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre ÜBÖ-30 Toplam ($X^2(2) = 8.18$, $p < .05$), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ($X^2(2) = 8.36$, $p < .05$) ve ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik ($X^2(2) = 10.94$, $p < .05$) puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Tamhane's T2 testine göre yapılan gruplar arası karşılaştırmalar ise, kriz evresindeki katılımcıların ÜBÖ-30 toplam puanlarının bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğunu; kriz evresindeki katılımcıların ÜBÖ-30 olumsuz inançlar puanlarının stabilizasyon ve bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğunu; kriz evresindeki katılımcıların ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik puanlarının stabilizasyon ve bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek

olduğunu göstermiştir. Hastalık evrelerine göre ÜBÖ-30 olumlu inançlar ($X^2(2) = 4.51, p > .05$), ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı ($X^2(2) = .85, p > .05$), ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ($X^2(2) = .69, p > .05$) puanları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. Analiz sonuçları Tablo 7’de sunulmuştur. Sonuç olarak *Hipotez 4* desteklenmiştir.

Hipotez 5 için gerçekleştirilen analiz sonuçlarında, hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler ($X^2(2) = 13.95, p < .05$) puanları arasında anlamlı fark bulunurken, SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat puanları ($X^2(2) = 1.26, p > .05$), arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tamhane’s T2 testine göre yapılan gruplar arası karşılaştırmalar ise, kriz evresindeki katılımcıların SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkatsel süreçler puanlarının stabilizasyon ve bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak *Hipotez 5* desteklenmiştir.

Hipotez 6a ve *Hipotez 6b* için gerçekleştirilen analiz sonuçlarında hastalık evrelerine (kriz, stabilizasyon, bütünleşme) göre HADÖ anksiyete ($X^2(2) = 8.95, p < .05$) ve HADÖ depresyon ($X^2(2) = 11.74, p < .05$) puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Tamhane’s T2 testine göre yapılan gruplar arası karşılaştırmalar ise, kriz evresindeki katılımcıların HADÖ anksiyete ve HADÖ depresyon puanlarının bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bulgulara göre *Hipotez 6a* ve *Hipotez 6b* desteklenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Bulundukları Evrelere Göre Sonuç Değişken Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Kriz (a) (n=28)	Stabilizasyon (b) (n=5)	Bütünleşme (c) (n=13)		Gruplar arası farklar
	Sıralı Ortalama	Sıralı Ortalama	Sıralı Ortalama	X^2	
KHAÖ toplam	29.4 ^{abc}	15.90 ^b	13.69 ^c	14.00*	a≠b, a≠c
KHAÖ bilişsel	27.55 ^a	12.80 ^b	18.88	7.32*	a≠b
KHAÖ duygusal	28.09 ^a	21.20	14.50 ^c	9.28*	a≠c
ÜBÖ-30 Toplam	28.02 ^a	17.80	15.96 ^c	8.18*	a≠c
ÜBÖ-30 olumlu inançlar	26.86	18.00	18.38	4.51	

ÜBÖ-30 olumsuz inançlar	28.07 ^{abc}	17.00 ^b	16.15 ^c	8.36*	a≠b, a≠c
ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik	28.68 ^{abc}	17.50 ^b	14.65 ^c	10.94*	a≠b, a≠c
ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı	24.30	21.00	22.73	.32	
ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık	24.48	25.00	20.81	.74	
SKHÜBÖ-KF bedensel dikkat	24.82	25.20	20.00	1.26	
SKHÜBÖ-KF -bilişsel-dikkate dair süreçler	29.36 ^{abc}	13.20 ^b	14.85 ^c	13.95*	a≠b, a≠c
HADÖ anksiyete	28.05 ^a	20.50	14.85 ^c	8.95*	a≠c
HADÖ depresyon	28.82 ^a	18.40	14.00 ^c	11.74*	a≠c

* $p < .05$

4.4. T2D Hastalarında Anksiyete ve Depresyonun Yordayıcıları

Çalışmanın bir diğer sorusu, T2D hastalarında depresyon ve kaygı olarak belirlenen sağlık sonuçlarının yordayıcılarının belirlenmesidir. Bu çerçevede katılımcıların HADÖ depresyon ve kaygı puanlarının yordayıcılarının belirlenmesi çoklu hiyerarşik regresyon analizi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada daha önce belirtildiği üzere, katılımcıların HADÖ depresyon ve kaygı puanları cinsiyete, daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlık sahip olmaya, aylık ortalama gelire göre farklılaştığından regresyon analizlerinde bu değişkenlerin etkisi kontrol edilmiştir. Ayrıca katılımcıların depresyon, kaygı puanları COVID-19 korkusu ve yaş ile ilişkili olduğundan regresyon analizlerinde COVID-19 korkusu ve yaşın da etkileri kontrol edilmiştir. Bildirilen bu değişkenler kontrol edildikten sonra, T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerinin hastalık temsillerine kıyasla üst bilişler tarafından daha fazla yordanması beklenmektedir.

Analizlere başlamadan önce, yordayıcı değişken olan cinsiyet, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, aylık ortalama gelir kategorik değişkenleri sürekli değişken (dummy değişkeni) haline getirilmiştir. Her bir değişkenin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov tek örneklem normal dağılım testi ile sınanmış ancak tüm değişkenlerin normal dağılım göstermediği görülmüştür. Ancak vaka sayısı (n=153) 100 ve üzeri olduğundan örneklem normal dağıldığı varsayılmıştır.

Yordayıcı değişkenler ile yordanan değişkenlerin gösterdiği ilişkinin niteliği fit line nokta grafiğinde doğrusal eğri sınaması ile incelendiğinde, doğrusal ilişkinin olduğu gözlenmiştir. Ayrıca Pearson korelasyon analiz sonucu elde edilen korelasyonlar yordayıcı ve yordanan değişkenlerin birbirleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Korelasyon sonuçları Tablo 5’te sunulmuştur). Son olarak çoklu doğrusallık ilişkisi ise değişkenlerin tolerans ve VIF değerleri ile sınanmış olup ilgili değerlerin uygun sınırlar içinde olduğu gözlenmiştir. Yordayıcı değişkenlere ait tolerans ve VIF değerleri Tablo 8’de verilmiştir.

Hiyerarşik regresyon analizinde enter yönteminden faydalanılmış ve yordayıcı değişkenler şu şekilde girilmiştir: *Birinci blokta* yaş, cinsiyet, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, aylık gelir ve COVID-19 korkusu; *ikinci blokta* hastalık temsilleri (KHAÖ toplam); *üçüncü blokta* üst bilişler (ÜBÖ-30 Toplam, ÜBÖ-30 olumlu inançlar, ÜBÖ-30 olumsuz inançlar, ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik, ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık ve SKHÜBÖ-KF-bilişsel-dikkate dair süreçler alt boyutu).

Analiz sonuçları belirtilen kontrol değişkenlerinin HADÖ anksiyete puanlarını yordama oranını %24 ($F(5, 143) = 9.03, p < .001$) olarak göstermiş ve bu adımda daha önceden psikiyatrik rahatsızlık yaşamak ($\beta = .18, p < .05$), COVID-19 korku ($\beta = .28, p < .001$) ve yaş ($\beta = -.23, p < .01$) değişkenlerinin anksiyeteyi yordadığı görülmüştür. Modele hastalık temsilleri eklendiğinde HADÖ anksiyete puanlarını yordamadaki artışın %18, ($F(1, 142) = 44.57, p < .001$) olduğu ve bu adımda daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlık yaşamış olmak ($\beta = .15, p < .05$) ve hastalık temsillerinin ($\beta = .50, p < .001$) anksiyete puanını yordadığı görülmüştür. Modele üst bilişler eklendiğinde ise bu artışın %11 ($F(6, 136) = 5.62, p < .001$) olduğu görülmüştür. Bulgular tüm modelin toplam varyansın %50’sini anlamlı derecede yordadığını göstermiştir. Dört değişkenin ise finaldeki modele anlamlı katkı sunduğu görülmüştür. Buna göre daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlık yaşamış olmak, yaş, hastalık temsilleri ve ÜBÖ-30 olumsuz inançlar HADÖ-anksiyete puanını yordamaktadır.

Elde edilen bu bulgular, T2D hastalarının kaygı puanlarının hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordandığı hipotezini

(*Hipotez 7a*) desteklemektedir. Kaygı için gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 8’de özetlenmiştir.

Depresyon için aynı yöntemle gerçekleştirilen analiz sonuçları ise, belirtilen kontrol değişkenlerinin HADÖ depresyon puanlarını yordama oranını %20 ($F(5, 143) = 6.98, p < .01$) olarak göstermiş ve bu adımda aylık gelir ($\beta = .23, p < .05$) ve COVID-19 korku ($\beta = .30, p < .001$) değişkenlerinin depresyonu yordadığı görülmüştür. Modele hastalık temsilleri (KHAÖ toplam) eklendiğinde HADÖ depresyon puanlarını yordamadaki artışın %20, ($F(1, 142) = 47.78, p < .01$) olduğu; bu adımda aylık gelir ($\beta = .19, p < .01$) ve hastalık temsillerinin ($\beta = .53, p < .001$) ise depresyonu yordadığı görülmüştür. Modele üst bilişler eklendiğinde ise bu artışın %13 ($F(6, 136) = 6.48, p < .01$) olduğu görülmüştür. Bulgular tüm modelin toplam varyansın %49’unu anlamlı derecede yordadığını göstermiştir. Dört değişkenin ise finaldeki modele anlamlı katkı sunduğu görülmüştür. Buna göre ortalama aylık gelir, KHAÖ toplam, ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ve ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik HADÖ depresyon puanını yordamaktadır.

Elde edilen bu bulgular, T2D hastalarının depresyon puanlarının hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordandığı hipotezini (*Hipotez 7b*) desteklemektedir. Depresyon için gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 8’de özetlenmiştir

Tablo 8. Katılımcıların Kaygı ve Depresyon Puanlarının Yordayıcılarına Dair Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analiz Sonuçları

	KAYGI								DEPRESYON							
	Model 1 Özeti				Çoklu doğrusallık				Model 1 Özeti				Çoklu doğrusallık			
	Adj. R ²	ΔR ²	B	Std. Hata	β	t	Tolerans	VIF	Adj. R ²	ΔR ²	B	Std. Hata	β	t	Tolerans	VIF
Demografik değişkenler	.21**	.24							.17**	.20						
Cinsiyet			.54	.48	.07	1.14	.84	1.19			-.05	.56	-.01	-.09	.84	1.19
Daha önceki psikiyatrik tanı			1.76	.61	.18	2.88*	.89	1.12			1.03	.71	.09	1.45	.89	1.12
Ortalama aylık gelir			.88	.97	.06	.91	.90	1.11			3.06	1.13	.17	2.70*	.90	1.11
COVID-19 korku			.03	.07	.03	.39	.63	1.58			.01	.09	.01	.11	.63	1.58
Yaş			-.06	.02	-.18	-2.80*	.86	1.16			-.01	.03	-.02	-.32	.86	1.16
Hastalık temsilleri	.40**	.18							.37**	.20						
KHAÖ toplam			.12	.03	.31	3.97**	.56	1.80			.16	.04	.34	4.32**	.56	1.80
Üst bilişler	.50**	.11							.49**	.13						
ÜBÖ-30 olumlu inançlar			.02	.06	.02	.27	.61	1.64			.11	.07	.11	1.48	.61	1.64
ÜBÖ-30 olumsuz inançlar			.33	.07	.45	4.70**	.37	2.70			.25	.08	.29	3.06*	.37	2.70
ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik			.03	.06	.04	.55	.63	1.59			.15	.06	.17	2.28*	.63	1.59
ÜBÖ-30 düşünceleri kontrol ihtiyacı			-.09	.07	-.10	-1.24	.54	1.86			-.13	.09	-.12	-1.54	.54	1.86
ÜBÖ-30 bilişsel farkındalık			.01	.07	.01	.20	.57	1.76			-.12	.08	-.11	-1.48	.57	1.76
SKHÜBÖ-KF -bilişsel-dikkate dair süreçler			-.11	.12	-.07	-.86	.45	2.23			.14	.15	.08	.96	.45	2.23

Not. Tablodaki standardize Beta, B ve t katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır

** $p < .001$, * $p < .01$

Çalışmanın bulguları genel olarak özetlendiğinde,

1. Katılımcıların kaygı puanlarının cinsiyete göre farklılaştığı; medeni duruma, birlikte yaşama durumuna, eğitim düzeyine, gelir düzeyine, çocuk sahibi olup olmamaya, çalışma durumuna, başka kronik hastalık varlığına, ailede kronik hastalık varlığına, daha önceden psikiyatrik tanı varlığına, tedavi türüne göre farklılaşmadığı görülmüştür. Katılımcıların depresyon puanlarının ise daha önceden psikiyatrik tanı varlığı ve gelire göre farklılaştığı; cinsiyete, medeni duruma, birlikte yaşama durumuna, eğitim düzeyine, çocuk sahibi olup olmamaya, çalışma durumuna, başka kronik hastalık varlığına, ailede kronik hastalık varlığına, tedavi türüne göre farklılaşmadığı görülmüştür (*Hipotez 1 desteklenmemiştir*).

2. FDEM'in evreleri açısından değerlendirildiğinde, modelin çalıştığı ve T2D hastalarının %30'unun hastalığa uyum sürecinde kriz, stabilizasyon ve bütünleşme evrelerinden herhangi birinde bulundukları görülmüştür (*Hipotez 2a desteklenmemiştir*).

3. Çalışmada katılımcıların hastalık evrelerine göre sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk varlığı, eğitim durumu, ortalama aylık gelir, çalışma durumu) ve hastalık süreci (tedavi türü, başka kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik tanı varlığı) değişkenleri için fark bulunmamış, sadece bütünleşme evresindeki katılımcıların hastalık süresinin kriz ve stabilizasyon evresindeki katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (*Hipotez 2b desteklenmemiştir*).

4. Hastalık evrelerine göre hastalık temsilleri değerlendirildiğinde, T2D hastalarının hastalık temsillerinin bulundukları evrelere göre farklılaştığı; bütünleşme evresine kıyasla kriz evresinde hastalığın daha fazla tehdit olarak algılandığı, duygusal hastalık temsillerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Hastaların bilişsel hastalık temsillerinin ise stabilizasyon evresine kıyasla kriz evresinde daha yoğun olduğu görülmüş ancak kriz ve bütünleşme evrelerinin bilişsel hastalık temsilleri için farklılaşmadığı görülmüştür (*Hipotez 3 desteklenmiştir*).

5. Hastalık evrelerine göre üst bilişler değerlendirildiğinde, T2D hastalarının üst bilişlerinin bulundukları evrelere göre farklılaştığı; bütünleşme evresine kıyasla kriz

evresindeki hastaların üst bilişlerinin (toplam puan) daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer yandan diğer evrelere kıyasla kriz evresinde hastaların endişe ile ilgili olumsuz inançlarının ve bilişsel güvensizlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Olumlu üst bilişsel inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt boyut puanları için ise evreler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (*Hipotez 4 desteklenmiştir*).

6. Hastalık evrelerine göre semptom kontrolü hakkındaki üst bilişler değerlendirildiğinde, T2D hastalarının semptom kontrolüne dair üst bilişlerinin bulundukları evreye göre farklılaştığı, diğer evrelere kıyasla kriz evresindeki hastaların hastalığın kontrol edilemezliğine dair negatif üst bilişlerinin-bilişsel dikkate dair süreçlerin fiziksel etkilerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Diğer yandan bedensel dikkat artımı hakkındaki pozitif üst bilişler için evreler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (*Hipotez 5 desteklenmiştir*).

7. Çalışmada T2D hastalarının kaygı düzeylerinin bulundukları evreye göre farklılaştığı; bütünleşme evresine kıyasla kriz evresindeki hastaların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (*Hipotez 6a desteklenmiştir*).

8. Çalışmada T2D hastalarının depresyon düzeylerinin bulundukları evreye göre farklılaştığı; bütünleşme evresine kıyasla kriz evresindeki hastaların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (*Hipotez 6b desteklenmiştir*).

9. T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerinin yordayıcıları için ise, katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, daha önceki psikiyatrik hastalık öyküleri, aylık gelirleri, COVID-19 korkuları ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişlerin katılımcıların hem depresyon hem de kaygı düzeylerini daha fazla yordadığı görülmüştür (*Hipotez 7a ve 7b desteklenmiştir*). Ayrıca kaygının yordayıcılarının hastalık temsilleri (toplam) ve endişe ile ilgili olumsuz inançlar olduğu, bu iki değişkene ek olarak bilişsel güvensizliğin depresyonun yordayıcıları arasında olduğu görülmüştür.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, FDEM'in geçerliğinin T2D hastalarında değerlendirilmesi, modelin önerdiği evreler için hastaların hastalık temsilleri, üst bilişsel inançlar, semptom kontrolüne dair üst bilişler, kaygı ve depresyon düzeyi farklılıklarının incelenmesine ek olarak T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerinin yordayıcılarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji Polikliniği ve “Tip 2 Diyabet” facebook grubu üzerinden, kronik T2D'si olan 153 bireye ulaşılmıştır.

Çalışmada ilk olarak katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve hastalık ilintili değişkenleri incelenmiştir. Belirtilen her bir değişken için gruplar arası farklar ve her bir değişkenin birbirleriyle ilişkileri belirlenmiştir. Buradan hareketle, katılımcıların depresyon ve kaygı düzeyleri üzerinde etkiye sahip olan faktörler belirlenmiş ve çalışmada kontrol değişkeni olarak ele alınmıştır. Örneklem ve çalışmanın değişkenlerine dair değerlendirmeler yapıldıktan sonra, çalışmanın hedefleri doğrultusunda katılımcılar FDEM'e göre evrelendirilmiş ve araştırmanın her bir değişkeni için (sosyodemografik değişkenler, hastalık süreci değişkenleri, hastalık temsilleri, üst bilişsel inançlar, semptom kontrolüne dair üst bilişler, kaygı ve depresyon düzeyi) evreler arası farklar değerlendirilmiştir. Son olarak, ilgili değişkenler kontrol edildikten sonra katılımcıların kaygı ve depresyon düzeylerinin yordayıcıları sınanmıştır.

Tezin bu bölümünde araştırmanın sonuçlarından elde edilen bulguların alanyazınla uyumlu ve uyumlu olmayan yönleri tartışılacak; multidisipliner yaklaşım ile elde edilen bulgular hem araştırmacılar hem de sahada yer alan uygulamacılar için ele alınacaktır. İlk olarak örneklemin sosyodemografik ve klinik özelliklerine dair bulgular değerlendirilecektir. Ardından araştırma değişkenlerinin birbirleriyle ilişkilerine ve gruplar arası farklarına dair bulgular ele alınacaktır. Çalışmanın hipotezleri doğrultusunda, FDEM çerçevesinde ele alınan araştırma değişkenlerine ve katılımcıların depresyon ve kaygı düzeylerinin yordayıcılarına dair bulguların

tartışılmasından sonra ise çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları dikkate alınarak gelecek çalışmalara ışık tutacak önerilerde bulunulacaktır.

5.1. Araştırmanın Katılımcılarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışma örneklemini gözden geçirildiğinde, büyük çoğunluğunun orta ve orta üstü yaş ($Ort.= 50.66$, $SS=10.19$), evli (%82.4) ve kadın (%56.2) hastalardan oluştuğu görülmektedir. Diyabetin erkeklere kıyasla kadınlarda daha yaygın olduğunu bildiren çalışmalar (Sözmen ve ark., 2015) ve özellikle T2D riskinin kadınlarda gebeliğe bağlı olarak daha yüksek oluşu (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020) göz önünde bulundurulduğunda, örneklemin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluşması, T2D'e dair genel tablo ile uyusmaktadır. Ayrıca T2D genetik faktörlerin yanı sıra diyet, yaşam tarzı ve stres tepkileri gibi çok sayıda çevresel faktörden etkilendiğinden, özellikle beden kitle indeksi bu hastalığın ortaya çıkışında önemli rol oynamakta ve çalışmalar da T2D için risk faktörü olan obezitenin kadınlarda daha sık gözlemlendiğine işaret etmektedir (Ng ve ark., 2014). T2D ağırlıklı olarak 30 yaş sonrası başladığı (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2020), yaşam tarzı ve aktivite düzeyinden etkilendiği için (Ulusal Diyabet Konsensus Ekibi, 2019) örneklemin orta ve orta üstü yaş grubundaki bireylerden oluşması da alanyazınla tutarlı görünmektedir. Yetmiş yaş üstü bireylerle yürütülen bir çalışmada, diyabetin evli kişilerde daha az yaygın olduğu bulunmuş ve bu durum evliliğin riskli sağlık alışkanlıkları, zayıf kişisel sağlık için koruyucu oluşu ile açıklanmıştır (Hiltunen, 2005). Benzer şekilde yalnız yaşayan hastaların, önemli diğerleri ile yaşayanlara göre daha savunmasız olması ve duygusal açıdan daha çok risklerle karşılaşabilmeleri (Roupa ve ark., 2009) göz önünde bulundurulduğunda diyabetin evli ve yalnız yaşamayan bireylerde daha düşük olması beklenmektedir. Bu açıdan mevcut çalışmanın örnekleminin ağırlıklı olarak evlilerden (%82.4) oluşması ve sadece %3.9'unun yalnız yaşıyor oluşu bu bilgileri doğrulamamaktadır. Ancak evlilik uyumu düşük evliliklerde, evliliğin sosyal destekten çok stres faktörü olabildiği (Gözeler, 2018) düşünüldüğünde evliliğin stres aracılığı ile T2D yaygınlığını etkileyebilmesi de mümkün görünmektedir. Bu durum bir diğeri ile yaşayan bireylerin mevcut ilişki kalitelerinin de önemli olduğunu

düşündürmektedir. Diğer yandan Türkiye nüfus verilerine bakıldığında, yetişkin nüfusun %75.5'inin evli, %12.4'ünün evli olmadığı bildirilmektedir (TÜİK, 2020). Ayrıca ülkemizde yürütülen çalışmaların birçoğunda (Demirağ ve Boyraz, 2021; Topaloğlu ve Erol) bizim çalışmamızla benzer şekilde örneklemin büyük çoğunluğunun evli bireylerden oluştuğu göze çarpmaktadır. Bu açıdan örneklemin ülkemiz genel nüfus dağılımını ve diyabet hastalarının medeni durumu ile benzeştiği söylenebilir.

Mevcut çalışma örnekleminin büyük çoğunluğu (%97.4) okuryazar bireylerden oluşuyor olsa da, yarıdan fazlasının (%68.6) maksimum lise düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmüştür. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin daha hareketsiz yaşam tarzı, daha yüksek obezite ve alkol tüketim oranlarına sahip olduğu ve bu durumların diyabetin gelişmesi ve/ya kötüleşmesi için risk faktörlerinden olduğu bildirilmektedir (Peters, Huxley, ve Woodward, 2014). Benzer şekilde düşük eğitim düzeyi sağlıklı ilgili genel önleyici tedbirleri kullanma olasılığının (Howard, Sentell, ve Gazmararian, 2006) ve sağlık okuryazarlığının daha düşük olmasıyla (Güven, 2017), yüksek eğitim düzeyi ise yeni teknoloji tedavilere daha hızlı uyum ile ilişkilendirilmektedir (Glier ve Lleras-Muney, 2003). Ayrıca çalışmada farklı eğitim düzeylerinden bireylerin yer alışı, örneklemin temsil ediciliğini artırmaktadır. Özetle, örneklem hem cinsiyet, hem yaş hem medeni durum hem de eğitim düzeyleri açısından alanyazında yürütülmüş çalışmaların örneklemeleri (Demiröz, 2021; Koç, 2020) ile tutarlıdır.

Gelir düzeyleri açısından ise katılımcıların %57.5'inin gelirinin 1604-5200 TL, ve %30.1'inin geliri 5201-10000 TL arasında değiştiği görülmektedir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun orta ve düşük orta düzeyde gelire sahip olduğu söylenebilir. Benzer şekilde katılımcıların miktar olarak değil ancak seviye olarak gelirlerini değerlendirmeleri istendiğinde örneklemin büyük çoğunluğunun (%64.1) gelir düzeylerini orta olarak sınıflandırdıkları görülmüştür. Örneklemin bu dağılımı alanyazındaki çalışmalar ile uyushmaktadır. Örneğin, T2D hastalarının sağlık okuryazarlık düzeylerine dair yürütülen bir araştırmada katılımcıların gelirleri kötü, orta ve iyi olarak sınıflandırılmış ve katılımcıların (n=120) yaklaşık %90'ının orta düzeyde gelire sahip olduğu görülmüştür (Ağralı, 2020). Bir başka çalışmada ise katılımcıların ekonomik durumları iyi ve orta olarak sınıflandırılmış ve katılımcıların

(n=131) %65'inin ekonomik durumlarını orta olarak nitelendirdikleri görülmüştür (Karadede, 2021). Her ne kadar katılımcıların gelir derecelendirmeleri çalışmalar arasında farklılık gösterse de, T2D'in orta düzey gelire sahip katılımcılarda daha yaygın olduğu söylenebilir. Gelir düzeyinin yanı sıra çalışma durumları açısından değerlendirme yapıldığında örneklemin %60.1'inin çalışmadığı, buna karşın %39.9'unun çalıştığı görülmüştür. T2D'nin başlangıcı genellikle bireylerin çalışma hayatı sırasında meydana gelmekte (Koopman, Mainous, Diaz, ve Geesey, 2005) ve özellikle çalışma ile ilişkili streslerin (örn. vardiyalı sistem, iş stresi) hastalığı tetikleyebildiği bildirilmektedir. Mevcut örneklemin ağırlıklı olarak çalışmayan bireylerden oluşması, genel tablo açısından uyumsuz gibi görünse de, örneklemdaki bu dağılım ülkemizde yürütülen çalışmalarla tutarlı görünmektedir. Örneğin 406 T2D hastası ile yürütülmüş bir çalışmada katılımcıların %71.4'ünün çalışmadığı ve %28.6'sının çalıştığı görülmüştür (Demiröz, 2021). Benzer başka bir çalışmada ise 126 katılımcının %31.5'nin ev hanımı olduğu/ hiç çalışmadığı, %21'nin ise çalıştığı bildirilmiştir (Kunt, 2021). Avcı ve Selçuk (2016) ise yürüttüğü çalışmada T2D hastalarının %94.3'ünün çalışmadığına dair bulgular elde etmiştir. Bu bulgularla tutarlı olarak T2D hastalarının çoğunluğunun çalışmayan bireylerden oluşması örneklemin ağırlıklı kadınlardan oluşması ile ilişkili olabilir. Bu konuda birçok çalışma Türkiye'de kadın istihdamının düşük olduğunu vurgulamaktadır (Karabıyık, 2012). Diğer yandan T2D'nin daha çok çalışmayan bireylerde gözlenmesi, T2D'nin uzun süreli ve tam zamanlı bir işte çalışmayı zorlaştırabileceğini düşündürmektedir.

Mevcut çalışmada katılımcıların T2D tanısını almalarının üzerinden 1-26 yıl ($Ort.=9.94$; $SS=6.54$) geçmiştir. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda, katılımcıların diyabet sürelerinin 1-32 yıl arasında ($Ort.=9.94$), (Karasakal, 2020) ve 1-35 yıl arasında ($Ort.=11.38$) değiştiği bildirilmektedir (Karadede, 2021). Bu açıdan örneklemin alanyazındaki çalışmalarla tutarlık gösterdiği hatta örneklemin daha kısa diyabet süresiyle kroniklik açısından iyimser bir tabloya sahip olduğu söylenebilir. T2D hastalarının tedavi türü ile ilgili olarak ise, örneklemin büyük çoğunluğunun (%59.5) oral antidiyabetik ilaç (OAD) kullandığı, diğer sık kullanılan tedavilerin ise insülin alımı (%23.5) ve daha önce OAD ilaçken şimdi insülin (%14.4) olduğu görülmüştür. Avcı ve Selçuk (2016) yürüttüğü çalışmada örneklemin %48.4'ünün

OAD ilaç, %30.5'inin insülin, %21.1'inin ise her iki tedavi şeklini kullandıklarını göstermiştir. Benzer başka bir çalışmada ise katılımcıların %74'ü OAD ilaç, %17.7'si OAD ilaç+insülin, %8.1'i yalnızca insülin kullandıklarını bildirmişlerdir (Kunt, 2021). Karasakal (2020) ise yürüttüğü çalışmada OAD ilaç kullanan %43, OAD ilaç+insülin kullanan %52 ve yalnız insülin kullanan ise %5 hasta olduğunu saptamıştır. Mevcut çalışmanın tedavi türü dağılımlarının bildirilen çalışmalara göre alanyazınla örtüştüğü söylenebilir. T2D'in tedavisinde OAD ilaçlar başlangıç tedavisi olarak görülmekte, glisemik hedeflere ulaşılmadığı takdirde ikili tedaviler önerilmekte, yüksek glikoz düşürücü etkisine ihtiyaç duyan hastalarda insüline geçilmesi ve HbA1c hedefinin ilaç tedavisi ile elde edilememesi ve korunamaması halinde ise bireylerin tedavilerinin yoğunlaştırılmasının geciktirilmemesi önerilmektedir (Çetinkalp, 2020). Bu çerçeveden değerlendirildiğinde mevcut çalışma örnekleminin T2D yoğunluğunu farklı düzeylerde yaşayan katılımcılardan oluştuğu da söylenebilir.

Daha önce belirtildiği gibi T2D'ye çok sayıda kronik hastalık eşlik edebilmektedir. Mevcut çalışmada, katılımcıların %70.6'sı başka bir kronik hastalığa sahip olduğunu, sadece %29.4'ü başka bir kronik hastalığının olmadığını bildirmiştir. Alanyazındaki çalışmalarda, katılımcıların %65'i (Avcı ve Selçuk, 2016), % 66'sı (Demiröz, 2021), %71.8'i (Karadede, 2021) gibi farklı ancak yüksek oranlarda eşlik eden kronik hastalık varlığından bahsedilmektedir. Mevcut çalışmanın bulguları da bildirilen bu çalışmalar ile tutarlı görünmektedir. Bu bulgular, kronik bir hastalığa sahip olmanın beden farkındalığı yaratarak farklı hastalıklarla ilgili tıbbi semptom bildirimini artırabildiğini düşündürmektedir (Katon ve ark., 2007). Ayrıca bu bulgular, kronik bir hastalık varlığının yordayıcısı olabilecek "sağlıksız yaşam tarzının", bir başka hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştırabilmesi ile de açıklanabilir. Benzer doğrultuda mevcut çalışmada katılımcıların %82.4'ü ailesinde kronik bir hastalık olduğunu bildirmiştir. Bu bulgu da alanyazındaki çalışma bulguları ile tutarlı görünmektedir. Genetik yatkınlığın T2D etiyolojisinde önemli bir rol oynadığı özellikle hastalığın gelişmesinde aile diyabet öyküsünün önemli olduğu, ebeveynlerden birinde T2D olması halinde çocukta hastalık riskinin %40, her iki ebeveynin T2D olması halinde ise bu riskin %70'lere çıkabildiği bildirilmektedir

(Kommoju ve Reddy, 2011; Vaag ve ark., 2014). Bulgular her ne kadar diyabetin genetik geçişini düşündürüyor olsa da, bir yaşam tarzı hastalığı (disease of lifestyle) olarak T2D çevresel faktörlerden de etkilenmekte ve diyabet dışında ailede var olan hastalıkların bu çevresel faktörlerle ilişkili olabileceği de düşünülmektedir (Pinchevsky, Butkow, Raal, Chirwa ve Rothberg, 2020).

Çalışmada katılımcıların psikiyatrik bir tanıya sahip olmaları dışlama kriteri olduğundan, örnekleme psikiyatrik hastalığı olan birey bulunmamaktadır. Ancak örneklemin %17.6'sı geçmişte psikiyatrik bir rahatsızlık yaşadığını, %9.8'i ise ailesinde psikiyatrik bir rahatsızlık olduğunu bildirmiştir. Çalışmalar, depresyon gibi daha önceki psikiyatrik rahatsızlıkların T2D hastalarının şimdiki duygudurumları ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Lloyd ve ark., 2018). Bu çerçevede örneklemin küçük bir grubunun geçmişte psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olması, yine küçük bir örneklem grubunun ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün olması, örneklemin herhangi bir duygudurum bozukluğuna yatkınlığının düşük olduğunu düşündürmektedir. Ancak daha sonra da değinileceği üzere, mevcut çalışmada da aile ve geçmiş psikiyatri öyküsü ile şimdiki psikolojik sağlık durumu arasındaki ilişkiler dikkate alınmış, değerlendirmelerde göz önünde bulundurulmuştur.

Mevcut çalışmanın verileri toplanmaya başlanacağı zamanda pandemi ilan edildiğinden, çalışmaya COVID-19 ile ilgili sorular da eklenmiştir. Bu bağlamda, örneklemin büyük çoğunluğu COVID-19 testi yaptırmamış (%79.7) ve COVID-19 enfeksiyonu geçirmemiş (%95.4) bireylerden oluşmaktadır. T2D hastalarının genel olarak enfeksiyonlara karşı daha duyarlı oldukları biliniyor (Critchley ve ark., 2018) olsa da bu çalışmanın örnekleminde COVID-19 yaşamış bireylerin oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum çalışma verilerinin pandemi sürecinin erken döneminde toplanmasının etkisini ve kronik hastalık sahibi bireylerden oluşan örneklemin COVID-19 için daha yüksek tedbir aldıklarını düşündürmektedir. Çünkü pandemi sürecinde kronik hastalık komorbiditesinin hastalık sonuçlarını daha kötüleştirebildiği bilinmektedir (Wang ve ark., 2020). COVID-19 açısından örneklemin yakın çevresi değerlendirildiğinde, katılımcıların neredeyse yarısının sevdiklerinden en az birisi COVID-19 testi yaptırmış ve test yaptıranların da neredeyse yarısı (%35.9) COVID-19 tanısı almıştır. Bu bulgu çevrelerinde yaygın olsa da,

yukarıda belirtilen T2D hastalarının kendilerini daha fazla korudukları bulgusunu destekler niteliktedir. COVID-19 sürecinde kendini koruyan bu örneklemin kaygı ve depresyon düzeylerinin de bu süreçten etkilenmeleri olağandır. Bu sebeple çalışmada COVID-19 korku ve duyarlılığının da dikkate alınması doğru bir karar gibi görünmektedir. Son olarak düşük bir oranda (%12.4) katılımcı pandemi sürecinde sevdiklerinden en az birinin kaybını yaşadığını bildirmiştir. Bu oranlar örneklemin büyük çoğunluğunun COVID-19'a bağlı kayıp ve yas sürecinde olmadığını düşündürmüş ve süreçte COVID-19 ile ilgili parametreler kontrol edileceğinden kayıp yaşadığını bildiren katılımcılar çalışmadan çıkarılmamıştır.

Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, katılımcılara uygun örnekleme yöntemi ile erişildiğinin göz önünde bulundurulması; örneklemin yaş, ekonomik düzey gibi sosyodemografik özelliklerinin, tanı süresi ve psikiyatrik tanı öyküsü gibi klinik özelliklerinin araştırma değişkenlerinden elde edilen puanlar üzerindeki muhtemel etkileri ve bu durumun çalışma bulgularına yansımalarının gözden kaçırılmaması gerekmektedir. Metnin ilerleyen bölümlerinde çalışma bulguları gözden geçirilirken katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin bulgular üzerindeki olası etkilerine ayrıca değinilecektir.

5.2. Araştırma Değişkenlerine Dair Gruplar Arası Fark ve Korelasyon Bulgularının Değerlendirilmesi

5.2.1. Araştırma Değişkenleri için Gruplar Arası Farkların Değerlendirilmesi

Araştırmanın temel hipotezlerine geçilmeden önce sosyodemografik ve klinik özelliklere göre ölçek boyut ve alt boyutları arasındaki farklar ve ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu değerlendirmeler birkaç amaca hizmet etmektedir. Bunlardan ilki, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından araştırma değişkenlerine dair genel tablonun belirlenmesi ve etkisi gözlenen bu özelliklerden hangilerinin kontrol değişkeni olarak ele alınacağını belirlenmesidir. Bir diğeri ise kaygı ve depresyonun yordayıcılarının belirlenmesi için gerçekleştirilecek regresyon analizlerinin temel varsayımlarını karşılayıp karşılanmadığının değerlendirilmesidir.

Hipotez 1: T2D hastalarının depresyon ve kaygı düzeyleri sosyodemografik ve hastalık süreci değişkenlerine göre farklılaşacaktır.

Çalışmanın yordanan değişkenleri (depresyon ve kaygı) için sosyodemografik değişkenler ve klinik özelliklere göre farklar değerlendirildiğinde, cinsiyete göre kaygı puanlarının farklılaştığı görülmüştür. Buna göre, kadın hastaların erkeklere kıyasla kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur. Alanyazında çalışmaların çoğu, T2D hastalarında hem kaygı hem de depresyon için cinsiyetler arası farka işaret etmekte ve kadınların kaygı ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Rehman ve Kazmi Farhana, 2015; Roupia ve ark., 2009; Sayın, Sayın, Bursalı, ve İpek, 2019). Buna göre kronik hastalığa sahip olmayan bireylerde olduğu gibi, T2D hastalarında da kadın olmak kaygı için risk faktörü olarak görünmektedir. Kaygı düzeyi için gözlenen bu bulgu, baş etme mekanizmalarındaki cinsiyet farklılıkları ile açıklanabilir. Buna göre, erkekler stresli durumlara problem odaklı ya da yaklaşımçı yöntemler kullanarak ya da aktivitelere katılarak baş ederken, kadınlar fiziksel aktivitelerini azaltarak ve daha fazla yiyerek yani daha duygusal ve kaçınmacı baş etme yöntemleri kullanmaktadır (Mikolajczyk, El Ansari, ve Maxwell, 2009). Kadınların özellikle diyabet riskini artırabilecek sağlıksız baş etmeler kullanmaları, beden kitle indekslerinin (BKİ) artmasına sebep olabilmektedir. Artan BKİ ise artan kaygı ile ilişkilendirilmektedir (Roupia ve ark., 2009). Diğer yandan bu bulgu geleneksel cinsiyet rolleri ve beklentileri sonucu kadınların daha fazla çaresizlik yaşamaları ve erkeklere kıyasla daha fazla duygusal zorlanmaları ile açıklanabilir (Sayın ve ark., 2019). Ancak alanyazında bu konuda tutarsızlık söz konusu olup, T2D hastalarında depresyon ve kaygı belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Engum, 2007; Martino ve ark., 2019). Alanyazında cinsiyet için gözlenen bu tutarsız çalışmalar örneklemelerindeki kadın erkek oranının eşit olmaması ile de ilişkili olabilir.

Mevcut çalışmada duygudurum için farklılık gözlenen değişkenlerden biri de gelir düzeyi olmuştur. Buna göre, düşük gelir düzeyindeki (0-1603 TL) hastaların kendisinden daha yüksek düzeyde gelire sahip (1604-5200 TL, 5201-10000 TL) olan hastalara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Güncel çalışmalar da gelir düzeyinin T2D'ye eşlik eden depresyon ile ilişkili olduğunu

göstermekte, hatta düşük gelir düzeyine sahip ülkelere kıyasla yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde eşlik eden depresyon düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Mendenhall, Norris, Shidhaye, ve Prabhakaran, 2014). Finansal zorlanmaların güvensizlik hissini artırarak kaygıyı artırdığı göz önüne alındığında (Sun ve ark., 2016), benzer bir şekilde depresyon düzeyini de artırması mümkün olabilir. Ayrıca gelir düzeyinin sağlık hizmetlerine erişimi, alınan hizmet kalitesini kolaylaştırabileceği düşünüldüğünde, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin hastalıklarını yönetmelerinde yaşadıkları zorlanmalar da depresyon düzeylerini etkileyebilir.

Alanyazında farklı çalışmalar düşük eğitim seviyesine sahip hastalarda yüksek düzeyde depresyon ve kaygı varlığına işaret etmektedir (Bensbaa ve ark., 2014; Sayın ve ark., 2019; Sun ve ark., 2016). Düşük eğitim düzeyi özellikle gelişmekte olan ülkelerde sosyal güvence yokluğu ile ilişkilendirilmekte (Bensbaa ve ark., 2014), diyabetin önlenmesi ve kontrolü hakkında daha az bilgi ve anlayış aracılığı ile depresyon geliştirme olasılığının artmasından bahsedilmektedir (Sun ve ark., 2016). Ancak bu bulgulardan tutarsız olarak mevcut çalışmada hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri eğitim düzeyine göre farklılaşmamıştır. Benzer şekilde çalışmalar, evli olmanın depresyon ve kaygı için koruyucu olduğuna işaret ederken (Mikaliūkštienė ve ark., 2014; Sayın ve ark., 2019), mevcut çalışmada medeni durum duygudurum puanları üstünde bir fark yaratmamıştır. Evli olmanın koruyuculuğu, bireyleri duygusal açıdan daha güçlü kılma gibi sosyal destek mekanizmaları ile açıklanabilir (Roupa ve ark., 2009). Çocuk sahibi olup olmamak da mevcut çalışmada, duygudurum üstünde farklılığa yol açmamıştır.

Başka bir kronik hastalık varlığı açısından ise çalışmada katılımcıların kaygı ve depresyon düzeylerinde farklılık tespit edilmemiştir. Ancak alanyazında diyabete hipertansiyon ve hiperlipidemi başta olmak üzere birçok hastalığın eşlik etmesinin kardiyovasküler hastalık risklerini artırdığı bildirilmektedir (İzgi, 2014). Bu çerçeveden, diyabet beraberindeki ek hastalıkların hastaların yaşam kalitesini düşürerek depresyon ve kaygı artışına sebep olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Thomas, Jones, Scarinci, ve Brantley, 2003). Ancak Türkiye’de yürütülen bir başka çalışmada da, mevcut çalışma ile tutarlı şekilde ek bir kronik

hastalık varlığı kaygı ve depresyon düzeylerinde farklılığa yol açmamıştır. Diğer yandan mevcut çalışma bulguları, önceden psikiyatrik bir tanı almış olmanın, depresyon ve kaygı riskini artırdığına işaret etmektedir. Buna göre çalışmada daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlık yaşamış katılımcıların, herhangi bir psikiyatrik hastalık yaşamamış bireylere kıyasla hem kaygı hem de depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, hastaların geçmişteki zorlanmalarına sebep olan işlevsiz baş etmelerini ve hastalıkla ilgili yaşam tarzlarını değiştirmemeleri ve psikiyatrik rahatsızlıklara yatkınlıklarının olması ile açıklanabilir. Diğer yandan T2D hastalarında majör depresif bozukluk, genellenmiş kaygı bozukluğu, panik bozukluk ve distiminin 18 aylık süreçte, görülme sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada, duygudurum veya kaygı bozuklukları grupları ile karşılaştırıldığında T2D hastalarında yüksek depresif duygudurum ve diyabet sıkıntısının bu 18 aylık süre boyunca daha fazla kalıcılık gösterdiği bulunmuştur (Fisher ve ark., 2018). Bu bulgular, geçmiş öyküsünde psikiyatrik öykü bulunan bireylerin, duygusal zorlanmalarının tekrarlayabileceğine işaret etmekte ve periyodik olarak değil ancak hasta ile her görüşmede T2D hastalarının psikolojik değerlendirmelerinin yapılmasının gerekliliğini doğrulamaktadır.

Çalışmada hastalara uygulanan tedavi türünün katılımcıların kaygı ve depresyon düzeylerini farklılaştırmadığı görülmüştür. Bu bulgu ile tutarlı olarak Bensbaa ve arkadaşları (2014) da tedavi türü ile depresyon arasında ilişki olmadığına işaret etmiştir. Diğer yandan insülin kullanan bireylerin insülin kullanmayanlara göre depresyon (1.6 kat) ve kaygı düzeylerinin (2.1 kat) daha yüksek olduğuna işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır (Collins, Corcoran, ve Perry, 2009; Sayın ve ark., 2019). Benzer şekilde T2D hastaları ile yürütülen bir çalışmada, insülin kullanan grupta depresyon puanlarının yanı sıra durumluk ve sürekli kaygı puanlarının da yüksek olduğu bulunmuştur (Özbek, 2014). Mevcut çalışmada, ilaç dışında tedavi (örn. diyet) alan katılımcı sayısının azlığının sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

5.2.2. Araştırma Değişkenleri Arası İlişkilerin Değerlendirilmesi

Araştırma değişkenleri arası ilişkiler değerlendirildiğinde büyük oranda değişkenlerin birbirleri ile beklendik yönde, orta ve düşük düzeyde ilişkiye sahip

olduğu görülmektedir. Ancak özellikle hastaların yaşları ile araştırma değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler gözlenmezken, T2D hastalarının yaşları arttıkça kaygı düzeylerinin, hastalığı tehdit olarak görme düzeylerinin ve bilişsel hastalık temsillerinin azaldığı görülmüştür. Alanyazındaki, çalışmalar bu bulguların aksine yaş arttıkça diyabetli hastalarda kaygı ve depresyon düzeyinin arttığına işaret etmektedir (Sayın ve ark., 2019; Sun ve ark., 2016). Artan yaşın duygudurum bozukluğu için oluşturduğu risk ise ileri yaştaki bireylerin artan sağlık sorunları ya da engellilik gibi zorluklarla karşı karşıya kalınmasının yarattığı zorlanma ile açıklanmaktadır (Sakamaki ve ark., 2006). Ancak bizim bulgularımızla tutarlı olarak, yaşla birlikte hastalığını daha iyi yönetmeyi öğrenen bireylerin hastalığa dair kaygılarının azalması ve hastalığı daha az tehdit olarak değerlendirmeleri de mümkün olabilir. Ayrıca alanyazındaki tutarsız bulgular, bildirilen çalışmalarda farklı yaş aralıklarının değerlendirmeye alınmış olması ile ilişkili olabilir.

Hastalık temsilleri açısından, meme kanseri hastalarıyla yürütülen çalışmada, bulgularımızla tutarsız olarak yaş ile hastalık temsilleri arasında ilişki bulunmazken (Dönmez ve Batıgün, 2016) yaş aralıklarının gruplandırıldığı (<40, 41-50 arası, 51-60 arası, 61-70 arası, ≤ 71 olmak üzere) bir çalışmada 41-50 yaş aralığındaki T2D hastalarının diğer yaş gruplarına göre hastalıklarını daha iyi anladıkları görülmüştür (İzgi, 2014). Başka bir çalışmada ise hastalık temsillerinin süre alt boyutu için anlamlı fark bulunmuş; 45-54 ile 55 yaş ve üzeri olan hastaların 44 yaş ve altı yaş grubundaki hastalara göre hastalıklarını daha kronik olarak değerlendirdikleri gözlenmiştir (Dönmez ve Batıgün, 2016). Bu çalışmalar yaş ile hastalık temsillerinin doğrusal bir ilişkiden ziyade belli yaş aralıkları için değerlendirme farklılıklarının söz konusu olabileceğini düşündürmektedir. Üst bilişlerin ve semptom kontrolüne dair üst bilişlerin, yaş ile ilişkisiz olması ise alanyazındaki çalışmalar (Çiçekçi, 2019; Yılmaz, 2017) ile tutarlı görünmektedir.

Çalışmada, diyabet tanısı aldıktan sonra geçen süre, duygudurum (depresyon, kaygı), hastalık temsilleri, üst bilişler ve semptom kontrolüne dair üst bilişler ile ilişkili bulunmazken sadece COVID-19 duyarlık düzeyi ile negatif yönde ilişki göstermiştir. Buna göre daha uzun süredir T2D'si olan bireylerin COVID-19 duyarlılığının daha düşük olduğu söylenebilir. Diğer yandan bazı çalışmalar daha uzun süredir diyabeti

olan bireylerin, kaygı ve depresyon risklerinin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Akın, 2013; Özbek, 2014; Sayın ve ark., 2019). Fas'ta yürütülen bir çalışmada, beş yıldan daha uzun süredir devam eden diyabet öyküsünün depresyonun risk faktörü olduğu, (Bensbaa ve ark., 2014), Çin'de yürütülen bir çalışmada ise diyabet süresinin artan kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Sun ve ark., 2016). Ancak çalışmanın depresyon ve kaygıya dair bulguları ile tutarlı olarak Raval, Dhanaraj, Bhansali, Grover, ve Tiwari (2010) yürüttükleri çalışmada diyabet süresi ile kaygı ve depresyon arasında ilişki olmadığını göstermiştir. Diyabet süresi ile duygudurum arasındaki ilişki; artan diyabet süresinin komplikasyon riskini (Bensbaa ve ark., 2014), sağlık giderlerini (Khowaja, Khuwaja, ve Cosgrove, 2007) artırması aracılığıyla bireyleri psikiyatrik hastalıklara yatkın hale getirmesi ile açıklanabilir. Diğer yandan, mevcut çalışmanın ana modeli olan FDEM'in varsayımlarına göre hastalık süresi arttıkça T2D hastalarının hastalıklarını kabulü artmasıyla bütünleşme evresine geçildiğinden bireylerin depresyon ve kaygı düzeylerinin azalması da mümkündür. Bu farklı yaklaşımlar T2D hastalarında diyabet süresi ile kaygı ve depresyon arasındaki ilişkinin doğrusal olmadığını düşündürmektedir. Bununla tutarlı olarak bir çalışmada diyabet süresi ile duygudurum arasında doğrusal değil "J şeklinde" bir ilişki bildirilmektedir. Buna göre diyabet hastalarının ilk birkaç yılında duygudurum zorlanmasının arttığı, tedavi ve hastalık kabulü ile azaldığı, komplikasyon, komorbidite ve kırılganlığın artması ile de tekrar arttığı belirtilmiştir (Almeida ve ark., 2016). Bu bulgular hastaların hastalık süresince zorlanmalarının bireye özgü olduğunu da düşündürmektedir.

Mevcut çalışmada, hastalık temsillerinin de diyabet süresi ile ilişki olmadığı görülmüştür. Alanyazındaki çalışmalar ise diyabet süresinin hastalık temsillerinin süre ve tedavi kontrolü alt boyutları ile ilişkili olduğuna işaret etmişlerdir (İzgi, 2014; Yorulmaz, Tatar, Saltukoğlu, ve Soylu, 2013). Çalışmalardan birinde 10 yıl ve üzeri süredir (İzgi, 2014) ya da 7-30 yıl arasında (Yorulmaz ve ark., 2013) diyabeti olan bireylerin hastalıklarının kronik olduğunu düşündükleri, diyabet süresi arttıkça da tedavi kontrolünün azaldığı bildirilmektedir (İzgi, 2014). Diğer yandan mevcut araştırmanın bulguları ile kısmen tutarlı olarak, tanıdan sonraki iki yıl boyunca T2D hastalarının belirti, kontrol edilebilirlik, zaman ve sonuç inançlarının değişmediğini

(Lawson ve ark., 2008), tanı sonrası şekillenen hastalık inançlarının uzun yıllar tutarlı kaldığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Skinner ve ark., 2014).

Çalışmanın sonuç değişkenlerinden olan kaygı ve depresyonun beklendiği şekilde hastalık temsilleri ve üst bilişlerle pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre T2D hastalarının hastalıklarını daha fazla tehdit olarak gördüklerinde (KHAÖ toplam, bilişsel ve duygusal alt boyutları) depresyon ve kaygı düzeylerinin artması kronik hastalık alanyazını (Şen, 2019; Uysal ve Akpınar, 2013) ile tutarlı görünmektedir. Çalışmada katılımcıların duygusal hastalık temsillerinin depresyon ve kaygı düzeyi ile en yüksek korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Benzer şekilde kronik hastalık alanyazınıyla tutarlı olarak (Eser, 2019; Fisher ve ark., 2018; Kollmann ve ark., 2016; Özsoy ve Okan, 2018) T2D hastalarının toplam üst bilişsel inançları, endişe ilgili olumlu inançları, endişe ile ilgili olumsuz inançları, bilişsel güvensizlikleri, düşünceleri kontrol ihtiyaçları ve bilişsel farkındalıkları arttıkça depresyon ve kaygı seviyelerinin arttığı görülmüştür. Çalışmada hem depresyon hem de kaygı için en yüksek korelasyona sahip değişken endişe ile ilgili olumsuz inançlar olmuştur.

Semptom kontrolüne dair üst bilişler açısından ise, mevcut çalışmada bedensel dikkate dair alt boyut puanının kaygı ve depresyona ek olarak hastalık temsilleri ile ilişkisiz olduğu, fakat üst bilişler ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Bilişsel-dikkate dair süreçler alt boyutunun ise kaygı, depresyon, üst bilişler ve hastalık temsilleri alt boyutları ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. KYS hastaları ile yürütülmüş bir çalışmada semptom kontrolü ile ilgili olumlu üst bilişlerin depresyon ve kaygı ile ilişkisiz, semptom kontrolü ile ilgili olumsuz üst bilişlerin ise depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu; semptom kontrolüne dair her iki alt boyutun da üst bilişlerin alt boyutları ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Fernie ve ark., 2015). Mevcut çalışmanın bulguları ile kısmen tutarlı olarak KYS’de de bedensel dikkat alt boyutunun kaygı ile pozitif ilişkili, KYS, fibromiyalji ve T1D’de ise bilişsel-dikkatsel süreçler alt boyutunun hem kaygı hem depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fernie ve ark., 2019). Özellikle semptom kontrolü hakkındaki üst bilişler için sınırlı bulgu varlığı göz önüne alındığında, elde edilen korelasyonel bulguların önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak gelecek çalışmalarda farklı kronik

hastalıklarda semptom kontrolü hakkındaki üst bilişlerin nasıl bir görünüme sahip olacağı ve farklı araştırma değişkenleri ile nasıl ilişkileneceğinin test edilmesinin alanyazındaki boşluğu doldurması beklenmektedir. Gelecek çalışmalardan elde edilecek bulgular daha geniş bir perspektiften karşılaştırma yapılmasına imkân sağlayacaktır.

Araştırmada korelasyonel testlerden elde edilecek bulguların özellikle T2D hastalarında depresyon ve kaygının yordayıcılarının belirlenmesinde kullanılacak regresyon analizlerinin temel varyasımalarına ve kontrol değişkenlerinin belirlenmesine hizmet etmesi göz önüne alındığında, örneklemin COVID-19 korku ve duyarlık düzeylerinin de özellikle depresyon ve kaygı ile ilişkisi önem kazanmaktadır. Mevcut çalışma pandemi sürecinde yürütüldüğünden duygudurumu etkileyebilecek değişkenlerin karıştırıcı etkisinin kontrol edilmesi hedeflenmiştir. COVID-19 salgını hem küresel boyutta hem de toplumların alt boyutlarında olumsuz etkiye sahip olduğundan (Horesh ve Brown, 2020) özellikle kronik hastalığı olan bireylerin gerek fiziksel gerekse psikolojik olarak olumsuz etkilenmeleri de beklendiktir. Bu çerçevede sonuçlar COVID-19 duyarlık düzeyinin hastalık süresi dışında araştırma değişkenleri ile ilişkili olmadığını, COVID-19 korku düzeyinin kaygı, depresyon, hastalık temsilleri (KHAÖ toplam ve duygusal alt boyutu) ve üst bilişler (hem ÜBÖ toplam ve alt boyutları, hem de SKHÜBÖ-KF alt boyutarı) ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna göre COVID-19 korku düzeyi arttıkça kaygı ve depresyon düzeyinin de arttığı söylenebilir. Alanyazındaki farklı çalışmalar COVID-19 korkusunun depresyon ve kaygı ile ilişkili olmasının yanı sıra depresyon ve kaygıyı pozitif yönde yordadığını ve bu ilişkide sosyal desteğin moderatör olduğunu göstermektedir (Yalçın, Çalışır, Can, Yalçın, ve Çolak, 2020). COVID-19 korkusunun kaygı ve depresyonu artırdığı derleme çalışmalarında da gösterilmektedir (Bekaroğlu ve Yılmaz, 2020). Diğer yandan sağlıklı bireylere kıyasla kronik hastalığı olan bireylerde COVID-19 korkusunun daha yüksek olduğuna işaret edilmektedir (Alacahan, Kuş, ve Gümüştakım, 2020). Pandemi sürecinde kronik bir hastalık sahibi olmanın dezavantajlı olduğunu düşündüren bu bulgu ile tutarlı olarak orta düzeyde depresyonu olan diyabet hastalarında maksimum düzeyde COVID-19 korkusunun olduğu gösterilmiştir (Basit ve ark., 2021). COVID-19 korkusuna bağlı depresyon ve

kaygının tetiklendiğine işaret eden bu bulgular, COVID-19 salgınının seyahat planlarını engellemesi, sosyal mesafe gerektirmesi, medyadan salgın ile ilgili bilgilere sürekli maruz kalınması, yaşamı sürdürebilmek için gereken malzemeleri temin edebilmede panik yaşanması (Ho, Chee, ve Ho, 2020), karantinaya ilişkin endişelerle (Basit ve ark., 2021) açıklanabilir. Ek olarak, bireylerin aile/yakınlarına yönelik endişeleri, kalabalık ortamlarda bulunmaktan duydukları korku ve virüsün bulaşma hızının yüksekliği göz önüne alındığında korkunun kaynağı olan belirsizliğin beslendiği ve bunun da bireylerin kaygı düzeylerini tetiklediği söylenebilir (Doğan ve Düzel, 2020). Bu çerçeveden mevcut çalışmanın COVID-19 korkusuna dair bulgularının alanyazınla tutarlı olduğu söylenebilir. COVID-19 korkusunun üst bilişler ile gösterdiği pozitif yönlü ilişki de Hashemi ve arkadaşlarının (2020) çalışması ile tutarlı görünmektedir.

Tartışma bölümünün bundan sonraki kısmında, aktarılan betimsel bulgular da göz önünde bulundurularak çalışmanın temel hipotezleri tartışılacaktır.

5.3. Fennell Evre Modeli Çerçevesinde Ele Alınan Araştırma Değişkenlerine Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Hipotez 2a: FEE ile değerlendirme sonrası T2D hastaları üç evreye yerleşecek, kriz, stabilizasyon ve bütünleşme olmak üzere üç evre için dağılım gözlenecektir.

Çalışmanın temel amaçlarından biri, yaşam stilinden etkilenen ve hayatın birçok yönünü etkileyen T2D'yi kapsamlı bir yaklaşımla değerlendirmeye olanak sağlayan FDEM çerçevesinde ele almak, modelin önerdiği evrelere göre T2D hastalarını değerlendirmek ve evre karakteristiklerini ortaya koymaktır. Bu çerçevede bulgular, katılımcıların %30'unun tek bir hastalığa uyum evresinde yer aldığını göstermiştir. Örneklemenin yaklaşık %70'inin tek bir evrede bulunmayışı, katılımcıların birden fazla evrede bulundukları şeklinde yorumlanabilir. Elde edilen bu bulgu konuyla ilgili çalışmalar ile kısmen tutarlılık göstermektedir. Başta KYS olmak üzere bireylerin hastalıkları ile uzlaşmak için kriz stabilizasyon, çözülme ve bütünleşme olmak üzere belli evrelerden geçtikleri bildirilmekte (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999), ancak evrelerin değerlendirilmesinde geliştirilen ölçüm materyalinin dört evre

için beşer ifadeden toplam 20 ifadeyi içerdiği görülmektedir. Buna göre envanterde kriz ve bütünleşme evreleri için yakınsak ve ayırt edici geçerlikten bahsedilse de, stabilizasyon ve çözülme maddelerinin birlikte yüklendikleri belirtilmektedir (Fennell, 2003a). Buna göre envanterin kriz, stabilizasyon ve bütünleşme olmak üzere üç evreyi ölçebildiği söylenebilir (Jason ve ark., 1999). Ancak envanterin kullanıldığı her bir çalışmada, ölçeğin faktör dağılımlarının farklı olduğu görülse de (Berea, 2010), kümeleme analizleri ile dört evrenin doğrulandığı dikkati çekmektedir (Jason, Fennell, ve ark., 2000). Kümeleme analizlerinde ise katılımcıların bir evreden yüksek puan alırken diğer evrelerden en düşük ya da düşük puanlar aldıkları görüldüğünden mevcut çalışmada da evrelendirmede benzer bir hesaplama yapılarak katılımcıların her bir evreden aldıkları puanın medyan değeri üzerinden hesaplaması yapılmıştır. Örneklem sayısı az olduğu için kümeleme analizi yerine tercih edilen bu yöntemle göre, örneklemin %70'inin tek bir evreye yerleşmemesi modelin önermelerinden, evreler arasındaki netliğin az oluşu, gelişimsel bir diziye saplanmış olmama, uyum sürecinde birden fazla evrede bulunabilme (Jason ve ark., 1999) ile tutarlı görünmektedir. Evrelerin herhangi bir aşamada meydana gelebilmesi, bireyin uyum sürecinde birden fazla evrede bulunabilmesi (Jason ve ark., 1999) dikkate alındığında, bu bulgu FDEM ile tutarlı olmanın yanı sıra T2D hastalarında karma evrelerin de değerlendirilmesinin önemli olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca modelin KYS hastalarında geliştirildiği göz önüne alındığında, modelin farklı hastalıklara genişletilmesi önemlidir. MS hastalarında olduğu gibi (Berea, 2010) T2D hastalarında da evre modelinin önermeleri tam olarak desteklenmemekte, hastalığa özgü ölçüm metodolojisi ile daha uygun ve standardize değerlendirme yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çerçevede modelin farklı hastalıklarda test edilmesinin önemli olduğu söylenebilir. Ayrıca hastalığa uyum söz konusu olduğunda, kültürler arasında da fark olabileceği gözden kaçırılmamalı ve modelin kültüre spesifik bir modelleme sunup sunmadığı da kültürlerarası araştırmalarla incelenmelidir. Ayrıca çalışmada örneklemin %70'inin birden fazla evrede oluşu dikkate alındığında, daha geniş örneklemelerde küme analizinden faydalanılarak, modelin önerdiği şekilde kriz, stabilizasyon, çözülme ve bütünleşme olarak isimlendirilebilecek kümelerin gözlenip gözlenmeyeceği incelenebilir. Ancak örneklemin büyük bir kısmının tek bir evrede bulunmuyor oluşu, hastalığa uyum açısından evre temelli değerlendirmenin zorluğuna

da işaret etmektedir. Bu durum çok sayıda faktörden etkilenebilecek hastalığa uyumun, kuramsal bakış açısının sunduğundan daha karmaşık olabileceğini ve her bir bireyin biricikliğinin bu süreçte göz önünde tutulması gerektiğini düşündürmektedir.

Diğer yandan çalışmada tek bir evrede bulunan katılımcıların 28'inin kriz, beşinin stabilizasyon, 13'ünün ise bütünleşme evresinde olduğu görülmüştür. Örneklemenin hastalık süresinin ortalama dokuz yıl olduğu göz önüne alındığında, katılımcıların büyük çoğunluğunun kriz evresinde ve hastalığın sadece bir yön olduğu eksiksiz bir yaşamı deneyimleme aşaması olan bütünleşme evresinde olması beklendiktir. Bu beklenti T2D'nin yönetilmesi gereken ve sağlıklı davranışlarının geliştirilmesini içeren bir hastalık olması ile açıklanabilir. Ek olarak stabilizasyon evresinde düşük sayıda katılımcının bulunması, hastalığa oryante olunduğundan bu evrede aktif tedavi arama davranışının daha düşük olabileceğini de düşündürmektedir.

Hipotez 2b: Katılımcıların hastalık evrelerine göre sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk varlığı, eğitim durumu, ortalama aylık gelir, çalışma durumu) ve hastalık ilintili (hastalık süresi, tedavi türü, başka kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, ailede psikiyatrik tanı varlığı) değişkenleri farklılaşacaktır.

Çalışmada ilgili analiz sonuçları katılımcıların yaşının, cinsiyetinin, medeni durumunun, birlikte yaşama durumunun, eğitim durumunun, çalışma durumunun ve ortalama aylık gelirinin evrelere göre farklılaşmadığını göstermiştir. Hastalık süreçleri ile ilgili olarak da tedavi türü, başka bir kronik hastalık varlığı, alınmış psikiyatrik tanı öyküsü ve ailedeki psikiyatrik rahatsızlık öyküsü açısından evreler arasında fark olmadığı görülmüştür. Evreler arasında fark sadece hastalık süresi için gözlenmiş; bütünleşme evresindeki katılımcıların hastalık süresinin kriz ve stabilizasyon evresindeki katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu KYS'si olan bireylerle yürütülen araştırma bulguları ile tutarlı görünmektedir. Buna göre bir çalışmada, stabilizasyon puanı yüksek olan bireylerin daha kısa hastalık süresine (KYS süresi) sahip oldukları bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise bireylerin bütünleşme evresine karşılık geldiği düşünülen dördüncü evrede en uzun, kriz evresine karşılık geldiği düşünülen ilk evrede en kısa hastalık süresine sahip oldukları görülmüştür.

(Jason, Fennell, ve ark., 2000). Bu bulgular hastalık süresi arttıkça hastaların belli oranda uyum sağlayarak bütünleşme evresine geçebileceklerini düşündürmektedir.

Hastalık evrelerine göre sosyodemografik ve hastalığa dair değişkenleri içeren bireysel farklılıkların değerlendirilmesi, FDEM'in anlaşılması için önemlidir. Evrelere dair ilk çalışmalar (Jason ve ark., 1999) kriz puanı yüksek olan bireylerin yüksek düzeyde yeti yitimi yaşadıklarını, yorgunluk seviyelerinin yüksek olduğunu, düşük eğitim seviyesine sahip olduklarını; bütünleşme evresindeki katılımcıların ise yüksek düzey eğitim, daha yüksek mesleki statü ve daha düşük düzey yeti yitimine sahip olduklarını göstermiştir. Cinsiyet açısından ise kadınların bütünleşme evresinden daha yüksek puanlar aldıkları görülmüş ve bu bulgu kadınların hastalığa daha iyi uyum sağlayabilmeleri ve duygularının farkında olup bunları dile getirmeleri ile açıklanmıştır (Jason ve ark., 1999). Bulgular genel olarak değerlendirildiğinde *Hipotez 2b*'nin sadece hastalık süresi açısından desteklendiği söylenebilir. Sosyodemografik ve hastalık değişkenleri için hastalık evreleri arasında anlamlı fark bulunmamasının, her bir evredeki vaka sayısı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple çalışma hipotezinin daha geniş örneklemelerde test edilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

Hipotez 3: Katılımcıların hastalık temsilleri puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen toplam hastalık temsili ve duygusal hastalık temsili puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

FDEM'e dayalı evrelendirmenin gerçekleştirildiği bu çalışmada, hastalık temsilleri için evreler arasında fark bulunmuştur. Evrelere dair sıralı ortalamaların işaret ettiği üzere (*Bknz.* Tablo 8) kriz evresinden bütünleşme evresine toplam ve duygusal hastalık temsili puanları azalırken, bilişsel hastalık temsili puanları kriz evresinden stabilizasyon evresine azalıp bütünleşme evresinde tekrar yükselmiştir. Evreler arasındaki anlamlı farklar incelendiğinde ise, bütünleşme evresine kıyasla kriz evresinde T2D hastalarının toplam ve duygusal hastalık temsili puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca toplam hastalık temsilleri ve bilişsel hastalık temsili puanlarının stabilizasyon evresine kıyasla kriz evresinde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgular birlikte değerlendirildiğinde, her ne kadar gözlenen anlamlı farklar evrelere göre değişiyor olsa da, toplam, duygusal ve bilişsel hastalık temsili puanlarının kriz evresinde daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hastalıklara anlam verme ve anlama üzerine oluşturulmuş zihinsel yapılara karşılık gelen hastalık temsilleri (Tunç, 2014) KDM kapsamında ele alınmakta ve KDM dinamik bir model olduğundan, algılara bağlı gösterilen davranışların değerlendirilmesi ile bu algıların değişmesi de mümkün olmaktadır (Wearden ve Peters, 2008). Bütünleşme evresinde hastalık deneyimi daha fazla anlaşıldığından, kendilik algısı geliştirme eğiliminin yüksek, hastalık öncesi ve sonrası kendiliğin bütünleştirilmesinin yoğun olduğu bildirilmektedir. Kriz evresinde ise hastalıklar daha ciddi ve engelleyici olarak algılandığından (Jason, Fennell, ve ark., 2000), bütünleşme evresine kıyasla kriz evresinde hastalığın daha tehdit edici görülmesinin FDEM ile tutarlı olduğu ve *Hipotez 3*'ün desteklendiği söylenebilir. Kriz evresindeki hastaların hastalıklarını daha tehdit olarak görmeleri, bireylerin hastalıkları hakkında bilgi edinirken, farklı uzmanlardan aldıkları bilgilere bağlı olarak yaşadıkları kafa karışıklığının yoğunluğu ile açıklanabilir (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999). Ayrıca hastalıkla karşılaşmanın ilk kez gerçekleştiği bu evrede, hastalık ve hastalığın yönetimi için gerekli sağlık davranışları hakkındaki bilgi eksikliği de hastalık temsillerini etkilemiş olabilir. Dahası, hastalığın sosyal çevre tarafından uydurma ya da abartı olarak düşünülmesinin kriz evresinde yoğun olduğu bildirildiğinden (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999) sosyal çevrenin etkisi bu evredeki hastaların hastalığı tehdit olarak değerlendirmelerini artırıyor olabilir.

Diğer yandan stabilizasyon evresinde hastalığa oryante olunsa da, hastalıkla ilişkili belirsizlik, etiyoloji yokluğu ya da tedavi yokluğunun hastaları hayal kırıklığına uğratması devam edebilmektedir (Jason ve ark., 1999). Bu çalışmada kriz evresine kıyasla stabilizasyon evresinde bilişsel hastalık temsillerinin daha az yoğun olması bildirilen zorlanmalar açısından kriz evresinin daha dezavantajlı olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca FDEM orijinalinde KYS hastaları için geliştirildiğinden, hastalığın türü de hastalık temsillerinin evrelerdeki görünümünü etkiliyor olabilir. KYS etiyoloji yokluğu ve tedavideki belirsizliklere bağlı olarak daha geç tanı almayı gerektirirken, T2D'de hastalığa dair belirsizlik kısa sürede bertaraf edilerek tanı konulabilmektedir. Bu açıdan evrelerin tanı konulma zorluğu da dikkate alınarak farklı hastalık gruplarında test edilmesi FDEM'in geçerliğine dair bulguları genişletecektir.

Farklı kronik hastalıklarda evre yaklaşımını FDEM dışında ele alan çalışmalarda hastalığa dair evrelendirmelerin ağırlıklı olarak hastalığın gidişatı ve

tedavi türü üzerinden gerçekleştirildiği dikkati çekmektedir (Aydın, 2019; Hurt ve ark., 2012; Jansen ve ark., 2013). Bu açıdan alışmanın bulgularının farklı kronik hastalıklarla yürütülen bu çalışmalarla uyduğu da söylenebilir. Örneğin bir çalışmada, 1. evre kanser hastalarının 4. evredeki hastalara göre hastalıklarını daha akut olarak değerlendirdikleri, 2. evre kanser hastalarının ise 3. ve 4. evredeki hastalara göre tedavi kontrollerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Aydın, 2019). Başka bir çalışmada ise prediyaliz hastalarına kıyasla hemodiyaliz ve periton diyaliz böbrek hastalarının hastalık sonuç beklentilerinin ve tedavi kontrollerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Jansen ve ark., 2013). FDEM hastalığa uyum modeli olup ileri evreler hastalığın kabulü ile ilişkili iken, bildirilen bu çalışmalarda tersi şekilde evrelerde ilerleyiş hastalık seyrinin kötüleşmesi ile ilişkilidir. Bu nedenle bulguların karşılaştırılmasında bu tersine akışın göz önünde bulundurulması önemlidir. Ayrıca bu bulguların, hastalık temsillerinin hastalığa bağlı değişimlerine verilen cevaplarına göre hastalık seyrinde değiştiğini öneren Sharpe ve Curran'ın (2006) model önerisi ile uyduğu da söylenebilir. Son olarak diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığının insülin tedavisine dair algıları etkilediği ve sağlık okuryazarlığı arttıkça insülin tedavisine dair negatif algıların azaldığı bildirildiğinden (Ayanoglu, 2020), mevcut çalışmada da katılımcıların hastalık temsilleri puanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinden etkilenmesi muhtemeldir. Bu doğrultuda gelecek çalışmalarda sağlık okuryazarlığının da bir değişken olarak çalışmalara dahil edilmesi uygun olabilir.

Hipotez 4: Katılımcıların üst biliş puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen üst bilişlerden toplam üst biliş puanı, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyut puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Sonuçlar, üst bilişler için hastalık evreleri arasında fark olduğunu göstermiştir. Evrelere dair sıralı ortalamaların işaret ettiği üzere (Bknz. Tablo 8) üst biliş toplam, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik ve bilişsel farkındalık alt boyut puanları kriz evresinden bütünleşme evresine azalırken, olumlu inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı için evrelerdeki azalma doğrusal olmamıştır. Evreler arası anlamlı karşılaştırmalar ise, bütünleşme evresine kıyasla kriz evresinde bireylerin toplam üst biliş ve olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik alt boyut puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmada ayrıca olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik alt

boyut puanlarının stabilizasyon evresine kıyasla kriz evresinde daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alt boyut puanları için evreler arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmalarda diyabet hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla endişe ile ilgili pozitif inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven ve kontrol düşüncelerine ihtiyaç ortalama puanlarının sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğuna işaret edilmekte (Siavoshifar, 2016) üst bilişleri hastalık gidişatı ya da hastalık uyumu açısından değerlendiren bir çalışma ise bulunmamaktadır. Karşılaştırma yapılmasına imkân veren bulgular olmasa da, üst bilişlerin depresyon ve kaygı ile ilişkisi üzerinden bulguların FDEM ile uyumluluğunun değerlendirilmesi mümkün olabilir. Depresyon ve kaygının en güçlü yordayıcısının olumsuz üst bilişsel inançlar olduğu bildirilmekte (Spada, Mohiyeddini, ve ark., 2008), KYS hastalarında ise bilişsel güven eksikliğinin zihinsel faktörler kadar duygusal faktörleri de yordadığı gösterilmektedir (Maher-Edwards ve ark., 2011). Çalışmada ise, toplam üst biliş puanlarının yanı sıra olumsuz inançlar ve bilişsel güvensizlik puanları için evreler arasında fark bulunması, üst bilişlere dair genel tablo ile uyumaktadır. Diğer yandan çalışmamızda da doğrulandığı üzere, kriz evresinde kaygı ve depresyon düzeylerinin diğer evrelere kıyasla daha yüksek oluşu, toplam üst biliş, olumsuz üst biliş ve bilişsel güvensizlik puanlarının diğer evrelere göre daha yüksek oluşunu destekler görünmektedir. Akut evrede olan felç hastaları ile yürütülen bir çalışmada da, toplam üst biliş puanının hem kaygı hem de depresyon ile ilişkili olduğu, özellikle de bilişsel güven, bilişsel öz farkındalık ve kontrol edilemezlik/tehlike alt boyutları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Donnellan ve ark., 2016). Bu bulgu da, FDEM’le tutarlı olarak hastalığın ilk zamanlarında üst bilişlerin yoğun oluşunu destekler görünmektedir. Tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde ise *Hipotez 4*’ün kısmen desteklendiği söylenebilir. Üst bilişlerin psikolojik rahatsızlıklarda da hastalık seyrine göre değiştiği bildirilse de (Austin ve ark., 2015), hem kronik hastalık hem de psikolojik hastalıklarda üst bilişlerin hastalık uyumu ve seyrine göre değişiminin tanı-tedavi düzleminde araştırılmaya ihtiyaç duyduğu açıktır.

Hipotez 5: Katılımcıların semptom kontrolüne dair üst biliş puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen semptom

kontrolüne dair üst bilişlerden bilişsel-dikkate dair süreçler alt boyut puanı için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Sonuçlar katılımcıların semptom kontrolüne dair üst biliş puanlarının evrelere göre farklılaştığını göstermiştir. Evrelere dair sıralı ortalamaların işaret ettiği üzere (Bknz. Tablo 8) bedensel dikkat ve bilişsel-dikkate dair süreçler alt boyut puanları kriz evresinden bütünleşme evresine doğrusal olarak azalmamıştır. Evreler arası anlamlı farklılıklarda ise kriz evresindeki katılımcıların bilişsel-dikkate dair süreçler puanlarının stabilizasyon ve bütünleşme evresindeki katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu, bedensel dikkat alt boyutu için evreler arasında fark olmadığı bulunmuştur.

Mevcut çalışma diyabet hastalarında semptom kontrolüne dair üst bilişleri FDEM çerçevesinde değerlendiren ilk çalışma olduğundan, elde edilen bulguların yorumlanması sınırlanmaktadır. Ancak FDEM kriz evresinde bireylerin hastalığı inkar eğiliminde olduklarını ve bunun da girici düşüncelere yol açabileceğini bildirmektedir (Fennell, 1995). Bu bulgu T2D hastalarının kriz evresinde hastalık belirtilerine dair bilişlerini kontrol etmedeki zorlanmalarını (bilişsel-dikkatsel süreçler alt boyutu) açıklayabilir. Buna göre kriz evresinde yoğun olan hastalık inkarı; bireyin hastalığına dair düşünceleri ile ilişkisini bozarak hastalığın belirtilerine dair kontrol hissinin azalmasına yol açıyor olabilir. Diğer yandan bu bulgu, kriz evresinde bireylerin hastalık belirtilerine odaklanmalarını olumsuz olarak değerlendirdikleri şeklinde de yorumlanabilir. Üst bilişsel yaklaşım düşünme içeriğindense düşüncelerle kurulan ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Bu çerçeveden araştırmanın bulguları bireylerin hastalıkla ilgili yetersiz bilgi sahibi olması, tanı süresinin hızlı olması ile de açıklanabilir. Kriz evresinde hastalar sınırlı bilgiye sahip olduklarından, bedenlerini ve belirtilerini taramaya yönelmekte ve semptom kontrolüne dair üst bilişleri de artabilmektedir. Bu açıdan özellikle tanı aşamasında sade ve net bir dille doktor-hasta ilişkisinin kurulması, hastalığa bağlı yaşanan zorlanmaların doğrulanması önemli görünmektedir (Fennell, 2003c).

Hipotez 6a-6b: Katılımcıların depresyon ve kaygı puanları evrelere göre farklılaşacak; kriz evresinden bütünleşme evresine azalması beklenen depresyon ve kaygı puanları için kriz ve bütünleşme evreleri arasında anlamlı fark bulunacaktır.

Sonuçlar T2D hastalarının depresyon ve kaygı puanlarının evrelere göre farklılaştığını göstermiştir. Evrelere dair sıralı ortalamaların işaret ettiği üzere (Bknz. Tablo 8) depresyon ve kaygı puanları için kriz evresinden bütünleşme evresine doğrusal bir azalma görülmektedir. Evreler arası anlamlı farklılıklar ise, sadece kriz ve bütünleşme evresi arasında gözlenmiş olup, bütünleşme evresine kıyasla kriz evresindeki katılımcıların depresyon ve kaygı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, diğer evrelere kıyasla kriz evresinde bulunan KYS (Jason, Fricano, ve ark., 2000; Reynolds ve ark., 2009) ve MS hastalarının psikolojik sıkıntılarının yüksek olduğunu (Berea, 2010) gösteren çalışmalar ile tutarlılık göstermektedir. Diğer evrelere kıyasla kriz evresinde psikolojik zorlanmaların yoğun olmasının açıklamalarından biri işlevsiz baş etmeler olabilir. Buna göre çalışmalar bütünleşme evresine kıyasla kriz evresinde hastalığı benimseme ve bilgi aramanın daha az (Jason, Fricano, ve ark., 2000), inkar ve davranışsal geri çekilme gibi işlevsel olmayan baş etmelerin ise daha fazla kullanıldığına (Reynolds ve ark., 2009) işaret etmektedir. Diğer yandan başka bir çalışma ise, bütünleşme evresi ile hastalık sürecinde aktif olunmaya işaret eden destek aramanın pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (Van Hoof ve ark., 2004b). Buna göre hastalık uyumunun erken evrelerinde daha çok duygu odaklı baş etmelerin baskın olduğu söylenebilir. T2D hastaları ile yürütülen çalışmalarda ise çaresiz/suçlayıcı yaklaşım (Akın, 2013), dikkatini başka yöne yöneltme ve kendini suçlama gibi duygusal baş etme stratejileri (Aslan ve Uysal, 2018) depresyon ve kaygı düzeyinin önemli yordayıcıları arasında yer almaktadır. Buna göre kriz evresindeki T2D hastalarının hastalık belirtileri ile aktif baş etmeyi öğrenmelerinin duygudurumları için önemli olduğu söylenebilir (Fennell, 2003b).

Diğer yandan FDEM'e göre kriz evresinde bireyler hastalıklarına dair yaşadıkları kafa karışıklığının uzun sürmesi durumunda sosyal izolasyon yaşayabilmektedir (Fennell, 1995; Jason ve ark., 1999). İş hayatı açınsındansa hastalığın ilk zamanlarında işe gitmeme davranışı gözlenebilmektedir (Fennell, 1995). Bütünleşme evresinde ise bireylerin yeni partner ya da arkadaşlara sahip oldukları, eski arkadaşlarıyla, yakınlarıyla bütünleştikleri; ihtiyaca uygun yeni iş buldukları bildirilmektedir (Fennell, 1995). Bu bulgular, kriz evresinde yaşanan duygudurum zorlanmasının sosyal destek azlığına bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Bir başka

açından ise, FDEM ile tutarlı olarak çalışmalarda bireylerin kriz evresinde hastalıkları ile ilgili engellenme ve işlevselliklerinde kayıp yaşadıkları, bütünleşme evresinde hastalıklarını daha fazla anladıkları görülmektedir (Jason, Fennell, ve ark., 2000). Buna göre T2D hastalarında da engellenmeye bağlı kriz evresinde kaygı ve depresyon yüksekliği muhtemeldir.

Son olarak, bütünleşme evresinde yeni normlar ve roller geliştirilerek yaşamın farklı yollarının farklı değerleri belirlenmekte; yaşananlara ve hastaların kendilerine şefkatlerinin arttığı belirtilmektedir (Jason ve ark., 1999). T2D hastalarının bütünleşme evresine kıyasla kriz evresinde duygudurum zorlanmaları yaşamaları, öz-şefkat düzeylerinin düşüklüğü ile ilişkili olabilir. Öz şefkat bireylerin kendilerine yargılayıcı bir tutumdan ziyade nezaketle davranmalarını gerektirmekte, öz şefkati yüksek olan kronik hastalık sahibi bireylerin baş etme becerilerinin daha çeşitli olduğu gösterilmektedir (Sirois, Molnar, ve Hirsch, 2015). Paralel olarak, öz şefkati yüksek T2D hastalarında düşük duygusal zorlanmaların gözlenmesi mümkündür. Bu bulgular, T2D hastalarında hastalığa uyumun ilk evrelerinde öz-şefkat müdahalelerinin psikolojik sağlık için koruyucu olabileceğini düşündürmektedir.

Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, T2D hastalarından elde edilen bu bulgular duygudurum sonuçlarına dair hipotezleri tamamen, hastalık temsilleri ve üst bilişlere dair hipotezleri kısmen desteklemiştir. Kriz evresinden bütünleşme evresine geçişte araştırma değişkenlerinden toplam hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri, toplam üst biliş, olumsuz inançlar, bilişsel güvensizlik alt boyut puanları ve depresyon, kaygı puanları için doğrusal bir azalma gözlenirken; bilişsel hastalık temsilleri, üst biliş değerlendirmelerinden olumlu inançlar, düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık alt boyut puanları, semptom kontrolüne dair üst bilişler (bedensel dikkat, bilişsel-dikkate dair süreçler alt boyut puanları) için doğrusal bir azalma gözlenmemiştir. Buna göre araştırma değişkenlerinin çoğunda üç evre geçişinden bahsetmek mümkündür.

Çalışmanın dikkat çeken bulgusu, araştırma değişkenlerinin ağırlıklı olarak kriz ve bütünleşme evrelerinde birbirinden anlamlı düzeyde farklılaşmasıdır. Çalışmada gözlenen doğrusal olmayan azalmalar ve evreler arasındaki geçişlerin esnekliği, hastaların evreler boyunca sabit bir sırada ilerlemesi gerekmediğini, kronik hastalığın remisyona girmesine bağlı erken bir evreye geri dönme ve birden fazla

evrede bulunma olasılığını (Jason ve ark., 1999) destekler görünmektedir. Stabilizasyon evresinin diğer evrelerle farklılaştığına dair sınırlı bulgu oluşu, stabilizasyon evresinin yokluğundan ziyade, bu evrenin kriz ve bütünleşme evreleri arasında köprü işlevine sahip olması ile açıklanabilir. Stabilizasyon evresi için istatistiksel açıdan anlamlı farkların sınırlı olması, daha önce belirtilen ölçüm metodolojisine dair sınırlılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle FEE'nin sınırlılıkları göz önünde bulundurularak, daha geniş örneklemelerde kümeleme analizinden de faydalanarak çalışmanın tekrarlanması önemli olduğu düşünülmektedir.

Hipotez 7a-7b: T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeyleri ilgili sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, daha önceki psikiyatrik tanı varlığı, aylık gelir, yaş), COVID-19 korkusu ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordanacaktır.

Bildirilen hipotezle ilgili analiz sonuçları T2D hastalarının kaygı düzeylerinin yordayıcılarına dair modelin anlamlı olduğunu; hastalık temsilleri kontrol edildiğinde üst bilişlerin kaygı düzeyinin %11'ini yordadığını göstermiştir. Tüm modelin toplam varyansın %50'sini açıkladığına işaret eden son modele göre, katılımcıların kaygı düzeyleri dört değişken tarafından yordanmıştır. Bu değişkenler daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlık yaşamış olmak, yaş, hastalık temsilleri (KHAÖ toplam) ve ÜBÖ-30 olumsuz inançlardır.

Depresyona dair analizlerde ise, benzer şekilde modelin anlamlı olduğu; hastalık temsilleri kontrol edildiğinde üst bilişlerin depresyon düzeyinin %13'ünü açıkladığı görülmüştür. Toplam varyansın %49'unu açıkladığını gösteren son modele göre, depresyonun ortalama aylık gelir, hastalık temsilleri (KHAÖ toplam), ÜBÖ-30 olumsuz inançlar ve ÜBÖ-30 bilişsel güvensizlik tarafından yordandığı görülmüştür.

Elde edilen bulgular T2D hastalarında hem kaygı hem de depresyonun, yaş, cinsiyet, daha önceden psikiyatrik hastalık varlığı, aylık gelir, COVID-19 korkusu ve hastalık temsilleri kontrol edildikten sonra üst bilişler tarafından daha fazla yordandığı hipotezini doğrulamaktadır. Bu bulguların, T2D hastalarında hastalık algısı, yaş ve cinsiyet kontrol edildikten sonra üst bilişsel inançların kaygının %33'ünü, depresyonun %27'sini yordadığını gösteren araştırma bulguları ile tutarlı olduğu söylenebilir (Purewal ve Fisher, 2017). Çalışmamızla tutarlılık gösteren bu çalışmada,

T2D hastalarında kaygının üst bilişsel yordayıcısının “olumsuz inançlar”, depresyonun üst bilişsel yordayıcısının ise “olumsuz inançlar” ve “bilişsel güvensizlik” olduğu görülmüştür. Birlikte değerlendirildiğinde, sonuçlar üst bilişlerin kaygı ve depresyon düzeylerini etkilediğini kanser (Cook ve ark., 2015a, 2015b), MS (Heffer-Rahn ve Fisher, 2018), KYS (Maher-Edwards ve ark., 2011), epilepsi (Fisher ve Noble, 2017) gibi farklı örneklemelerde gösteren çalışmalarla tutarlı görünmektedir. Hem T1D hem de T2D hastalarında yordayıcı olduğu görüldüğünden transdiagnostik bir üst biliş olarak ele alınan “olumsuz inançlar” (Purewal ve Fisher, 2017) mevcut çalışmada da hem kaygı hem de depresyonun yordayıcısı olmuştur. Bu bulgu, farklı kronik fiziksel hastalıklarda üst bilişlerin duyguduruma etkisini test eden araştırmaları bir araya getiren sistematik derleme çalışması (Capobianco ve ark., 2020) ile de desteklenmektedir. Çalışmalar kronik hastalıklar söz konusu olduğunda, olumsuz üst bilişsel inançların önemine dikkat çekerken, kalp hastaları ve prostat kanseri hastalar ile yürütülen bir çalışmada ise demografik değişkenler kontrol edildikten sonra endişeye dair olumlu inançlar ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutlarının her iki grupta da ortak ve kaygının bağımsız yordayıcıları olduğunu göstermiştir (Anderson ve ark., 2019). Diğer yandan mevcut çalışmada Purewal ve Fisher’ın (2017) çalışmalarını destekler şekilde, bilişsel güvensizlik alt boyutunun kaygıdan çok depresyonun güvenilir bir yordayıcısı olduğu görülmüştür.

S-REF modeli, hastalık temsillerinin endişeyi tetikleyebileceğini veya bu temsillerin endişe süreci ya da sonunda ortaya çıkan bir düşünce olabileceğini öne sürmektedir. Mevcut çalışma bulguları da S-REF modeliyle tutarlı olarak T2D hastalarında hastalık temsillerinden çok bu temsillere verilen bireysel tepkilerin daha fazla duygusal sıkıntıya yol açtığını doğrulamaktadır (Fisher ve ark., 2018; Wells, 2009). Bu bulgular T2D hastalarının duygudurumlarının düzenlenmesinde hastalık temsillerinin doğrudan hedef alınması yerine, üst bilişlerin de hedeflenmesinin daha faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Buna göre, üst bilişlerin öncelikli müdahale hedefi olarak ele alınması duygusal sıkıntı veya travmaya karşı savunmasızlığın azaltılması potansiyeline sahiptir (Cook ve ark., 2015a).

Bu kapsamda yürütülmüş müdahale çalışmaları da üst bilişlerin bu potansiyel etkisini destekler görünmektedir. Buna göre, üst bilişsel terapinin T2D hastalarının depresyon (Mirhosseini ve ark., 2020; Bayegan ve ark., 2020), açlık kan şekeri

(Sheikh, Malihi Alzackerini, Zam ve Baseri, 2020), beden kitle indeksi ve duygusal yeme davranışlarının (Sheikh, Alzackerini, Shirmahaleh, Zam ve Baseri, 2021) azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, alanda hizmet veren klinik ve sağlık psikologlarının T2D hastalarının psikolojik sağlıklarını iyileştirmede üst bilişsel terapiden faydalanabileceklerine işaret etmektedir. Ayrıca alanda hizmet veren psikologların üst bilişsel terapi eğitim ve süpervizyonları ile kendilerini geliştirmeleri uygulamada etkili sonuçlar almalarını kolaylaştırabilir. Bildirilen bu farklı çalışmaların üst bilişsel terapi içerikleri incelendiğinde standardize bir içerikten bahsetmek mümkün olmadığından, yürütülecek müdahale çalışmalarının içerik standardizasyonuna da katkı sunması beklenebilir. Ek olarak, mevcut araştırma sonuçlarının göz önünde bulundurularak, terapi seanslarında özellikle olumsuz üst bilişsel inançlara dair müdahalelere yer verilmesinin de önemli olabileceği düşünülmektedir.

Özetle, üstt bilişsel terapilerin T2D hastalarındaki potansiyel etkisinin tam olarak keşfedilmesi için hem prospektif hem de deneysel daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu kapsamda üst bilişlerle depresyon ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkide hastalık temsillerinin aracılık etkisinin ele alındığı modelleme çalışmalarının gerçekleştirilmesi de alanyazına önemli katkılar sağlayabilir.

5.4. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

Hastalığa uyumu evre temelli ele alan FDEM çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma T2D hastalarında ilk kez test edilmiş olup konuyla ilgili diğer çalışmalar gibi sınırlılıklara sahiptir. Gelecek çalışmalar için öncü bulgular sunan mevcut çalışmanın ilk sınırlılığı örnekleme yöntemi ve özelliklerine dairdir. Çalışma en az altı aydır devam eden T2D hastalığı olan bireylerle yürütülmüş ve katılımcıların büyük çoğunluğuna endokrinoloji polikliniğine kontrol ya da tedavi için geldikleri esnada ulaşılmıştır. Katılımcılara uygunluk örnekleme yöntemi ile erişilmesi hastalığa daha fazla uyum sağlamış, hastalığı daha fazla kabul etmiş bireylerin örnekleme daha fazla yer almasına yol açmış olabilir. Özellikle hastalığı kabul etmekte zorlanan, tedavi uyumsuzluğu yaşayan bireylerin araştırma örneklemine dahil edilememiş olması söz konusudur. Ayrıca çalışmada katılımcıların ek kronik hastalıkları sorgulanmış ancak

T2D hastalarında eş bir kronik hastalık tanısı yaygın olduğundan (Struijs ve ark., 2006) dışlama kriteri olarak kabul edilmemiştir. Ancak hastalık süreçleri ve hastalığın etkilerine dair alınan ölçümler öz bildirime dayalı olduğundan, bireylerin hastalıklarını ne kadar ayırt edebildikleri ölçümlenememiştir.

Örnekleme dair bir diğer sınırlılık ise, erişilen katılımcı sayısıdır. Çalışmanın verileri pandemi sürecinde toplandığından, COVID-19'un bulaşma endişesine bağlı olarak, normal dönemlere kıyasla polikliniklere daha az sayıda hasta başvurusunun olduğu gözlenmiştir. Beklenenden daha uzun sürede veri toplanarak istatistiksel açıdan uygun eşikte katılımcı sayısına erişilmiş olsa da, özellikle FDEM çerçevesinde gerçekleştirilen evrelendirmeye dair analizlerde örneklem sayısına bağlı kümeleme analizinden faydalanılamamış evreler arası farklar nonparametrik analizler ile sınanmıştır. Alanyazının da işaret ettiği üzere dört evreli modelin kümeleme analiziyle (Berea, 2010; Jason, Fennell, ve ark., 2000; Reynolds ve ark., 2009) geçerliğinin daha geniş örneklemelerde test edilmesine ihtiyaç vardır.

Örnekleme dair kısıtlılıklardan bir diğeri ise T2D'in alt türlerinin değerlendirmeye alınmamış olmasıdır. Mevcut çalışmada örneklemin yaklaşık %38'inin şu an insülin kullandığı ya da daha önce OAD kullanırken şu an insülin kullandığı görülmüştür. Alanyazında T2D hastalarında insülin kullanımının hastalık ciddiyetini artırdığı (Sarah E Hampson ve ark., 1990), insülin kullanımındaki aksaklıkların ise diyabete bağlı klinik ve psikolojik sonuçların kötüleşmesine yol açtığı (Britneff ve Winkley, 2013; Young-Hyman ve ark., 2016) gözlemlendiğinden, insülin bağımlı T2D hastalarının da ayrı bir alt grup olarak gelecek çalışmalarda değerlendirilmesi mümkün olabilir. Ek olarak araştırma orta yaş grubunda, orta sosyoekonomik düzeye sahip, altı aydan daha fazla süredir T2D yaşayan bireylerin psikolojik durumlarına dair verileri yansıtmaktadır. Bu nedenle elde edilen bulguların T2D hastalarının tümüne genellenmesinin uygun olmayacağı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmada FEE kullanıldığında örneklemin %30'unun tek bir hastalığa uyum evresine yerleştiği gözlenmiştir. Örneklemin %70'inin model kapsamında değerlendirilmeye alınmamış olması çalışmanın örneklemine dair diğer sınırlılıklardan

biridir. Modelin de önerdiği üzere hastalığa uyum aşamasında birden fazla evrede bulunma, evreler arasında geriye dönüşler söz konusu olsa da, evre bağlamında heterojen bir dağılım gösteren bu katılımcıların da analizlere dahil edilerek metodolojik açıdan daha kapsamlı bir değerlendirmeye hizmet edecek ölçüm yönteminin geliştirilmesi uygun olabilir. Bu doğrultuda çalışmanın metodolojik açıdan da sınırlılığının bulunduğu söylenebilir. Hastalığa uyumun kriz, stabilizasyon, çözülme ve bütünleşme olmak üzere dört evreden geçerek gerçekleştiğini öneren FDEM'in (Fennell, 2003a; Jason, Fricano, ve ark., 2000) standardize ölçüm aracının kriz, stabilizasyon ve bütünleşme olmak üzere üç evreyi değerlendiriyor oluşu çalışmanın çözülme evresinin değerlendirilmesini baştan sınırlandırmıştır. Özellikle çalışmalarda FEE'nin her bir evre için madde dağılımlarının farklılaşması (Acar ve Sertel Berk, 2021b; Berea, 2010) ile birlikte değerlendirildiğinde, bu durum FEE'nin kültüre ve hastalığa bağlı değişebiliyor olduğunu düşündürmüş ve FDEM'in istatistiksel olarak ölçümlemesinde standardize yöntemlerden faydalanılması için ölçeğin kültürlerarası çalışmalarla desteklenmesinin önemli olacağı düşünülmüştür.

FDEM, fiziksel/davranışsal alanı, sosyal/etkileşimsel alanı, psikolojik alanı ve kronik hastalığın olası travmasını ve stigmatizasyonunu araştıran esnek ve kapsamlı bir yaklaşım sağlamaktadır (Fennell, 1993;1995; 2003a). FEE ile katılımcıların fiziksel, psikolojik, sosyal ve çalışma performansları dikkate alınarak hastalığa uyumları değerlendirilse de, bu çalışmada katılımcıların sadece psikolojik alanlarına dair ölçümler sonuç değişkeni olarak ele alınmıştır. Hastaların sosyal hayat ya da iş hayatlarına dair de ölçümler alınması modelin daha kapsayıcı şekilde doğrulanmasına imkân verebilir.

Çalışmada T2D hastalarının hastalığa uyum evrelerine göre hastalık temsilleri, duygudurumları ve üst bilişsel yapı farklılıklarının test edilmesinin yanı sıra, son hipotezde belirtildiği üzere bu hastaların duygudurumlarının yordayıcıları da belirlenmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda yürütülen regresyon analizlerinde “hastalık evresinin” bir değişken olarak yer almıyor oluşu da çalışmanın sınırlılıklarından biridir. İleriki çalışmalarda hastalık uyumuna göre içinde bulunulan evrenin yordayıcılık etkisinin test edilmesi T2D hastalarının duygudurum zorlanmalarının anlaşılmasına hizmet edecektir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise çalışma değişkenlerinin ölçümünde sadece öz bildirimden faydalanılmasıdır. Özellikle ekonomik olması ve uygulanma kolaylığından dolayı sıklıkla tercih edilen öz bildirim ölçümleri katılımcıların sosyal istenirlik düzeylerini etkileyerek içinde bulundukları durumu objektif değerlendirmelerini kısıtlamış olabilir. Bu sebeple gelecek çalışmalarda, T2D hastalarının açık uçlu sorulardan faydalanılarak değerlendirilmeleri uygun olabilir. Bu yolla gerçekleştirilen değerlendirmeler hastaların süreçlerini yönlendirme olmaksızın ele almalarına aracılık edebilir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise araştırma desenine dairdir. Çalışmada düşük maliyetli olması ve çok sayıda bireye uygulanabilmesinden dolayı enlemesine kesitsel desenden faydalanılmıştır. Ancak FDEM hastalığa uyum evrelerini tanı tedavi düzleminde ele almakta ve evreler arasındaki geçişin esnekliğini vurgulamaktadır (Jason ve ark., 1999). Bu kapsamda katılımcıların tanı-tedavi düzleminde tekrarlı ölçümlerle ele alınması özellikle evre geçişleri hakkında kapsamlı bilgi sunabilir. Boylamsal olarak ele alınması halinde T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerinin yordayıcılarının da değişimleri izlenebilir. Ayrıca çalışmanın desenine bağlı olarak özellikle T2D hastalarının duygudurumlarının yordayıcıları olarak ele alınan değişkenler, çalışmanın sonuç değişkenleri de olabilir. Bundan dolayı elde edilen bu bulguların neden-sonuç ilişkisi sunmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Dahası çalışma verilerinin sadece tek bir merkezden toplanmış olması örneklem sayısını etkilemiş olabileceği gibi, çalışma verilerinin genellenmesi konusunda da sınırlılık oluşturmaktadır. Buna göre, sadece bir merkezden toplanarak elde edilen veriler, hastaneye başvurmayan/başvuramayan hastalar hakkında bilgi sunmamaktadır.

Çalışmanın pandemi sürecinde yürütülmüş olması da bir sınırlılık olarak ele alınabilir. COVID-19 virüsüne bağlı küresel çapta yaşanan bu salgının bireyleri birçok yönden etkilediği güncel çalışma bulguları ile gösterilmektedir. Bu konuya dair Google scholar üzerinden “COVID-19’un etkileri” anahtar kelimeleri ile arama yapıldığında her biri farklı alanda yürütülmüş 8.940 makaleye rastlanmaktadır. Bu kadar geniş alanda bireyleri etkileyen bir durumun çok sayıda psikolojik zorlanmayı beraberinde getirmesi de beklendiktir (Bekaroğlu ve Yılmaz, 2020). Katılımcıların

duygudurumları ile ilişkisi olabileceği düşünüldüğünden, çalışmada COVID-19 korkusu kontrol edilmiş, COVID-19 sürecine dair sorulardan elde edilen verilerle de bireylerin COVID-19'dan etkilenme düzeyleri kestirilmeye çalışılmıştır. Özellikle duygudurumun yordayıcılarına dair regresyon analizlerinde COVID-19 korkusu kontrol edilmiş olsa da, verilerin tümünde böyle bir kontrol sağlanamamıştır. Bu sebeple özellikle FDEM çerçevesinde ele alınan ilgili değişkenlerin pandemi sonrası da değerlendirilmesinin uygun olacağı söylenebilir.

Çalışmanın bildirilen sınırlılıklarının yanısıra güçlü olduğu yönlerine de değinilmesi gerekir. FDEM uluslararası alanyazında özellikle KYS hastaları için geliştirilmiş (Fennell, 2003a; Jason ve ark., 1999) MS hastaları için de modelin geçerlik sınaması yapılmıştır (Berea, 2010). Bu açıdan mevcut araştırma FDEM'i T2D hastalarında test eden ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Diğer yandan genelde kronik hastalıklar, özelde ise T2D'nin psikolojik süreçlerine dair araştırmaların sayısı günden güne artıyor olsa da, alanyazında evre temelli yürütülmüş sınırlı sayıda çalışma bulunmakta ve bu çalışmalarda ise hastalığın biyolojik doğasına uygun olarak evrelendirmelerin yapıldığı görülmektedir. Mevcut çalışma T2D hastalığının evrelendirilmesinde hastalığa uyumdan faydalanılması ve fiziksel-psikolojik bütünlük içinde hastalığın ele alınmasına imkân vermesi açısından da öncül çalışmalar arasındadır.

T2D hastalığında hastalık temsilleri, depresyon ve kaygı düzeyine dair verilerden bahsetmek mümkün olsa da, bu değişkenlerin üst bilişlerle ilişkisi yeni yeni ele alınmaktadır (Purewal ve Fisher, 2017). Üst bilişlere dair alınan ölçümlerde ÜBÖ-30 envanterinin yanı sıra SKHÜBÖ-KF da kullanılarak semptom kontrolüne dair üst bilişler için de ölçüm alınmış ve kapsamlı bir değerlendirme yapılmıştır. Diğer yandan araştırmada verilen FEE ve SKHÜBÖ-KF ölçüm materyalleri uluslararası alanyazında yeni yeni kullanılmaya başlanmıştır. Dahası FEE, SKHÜBÖ-KF ve ÜBÖ-30 envanterlerinin birbirleriyle ilişkileri ve yordayıcılıkları ilk defa bu çalışmada ele alınmıştır. Bu kapsamda araştırmanın alanyazındaki en güncel yaklaşımları takip etmeyi amaçladığı da söylenebilir.

Çalışmanın güçlü yanlarından bir diğeri ise veri toplama yöntemine dairdir. Klinik popülasyonda yürütülen bu çalışmanın verilerinin büyük çoğunluğu hastane ortamında toplanmıştır. Bu sebeple katılımcıların tanılarına dair bilgi hastaların beyanlarının dışında hasta kayıtları ile de teyit edilmiştir. Hasta kayıtlarından tanıya dair bilgi edinilemediği takdirde ise tanı bilgileri endokrinoloji polikliniği hemşiresi ya da doktorlarına sorularak teyit edilmiştir. Hastalığın online verilerinin ise hasta olmayan bireylerin üye kabulüne kapalı olan tek bir facebook grubu üzerinden toplanmıştır. Bu çerçeveden hastaların tanı bilgilerine dair güvenilirliğin yüksek olduğu umut edilebilir ve verilerin de genellenebilirliğine katkı sunduğu söylenebilir.

FDEM, KYS başta olmak üzere kronik hastalıkların farklı alanlarının değerlendirilmesine kapsamlı bir yaklaşım sağladığından (Fennell, 1993; 1995; 2003a), çalışmadan elde edilen verilerin T2D hastalarının yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olmak için değerlendirme ve tedavi seçeneklerine rehberlik etmesi mümkündür. Bu bulgular hastalığa uyum evrelerini ve hastanın her bir evreye uygun ihtiyaçlarını anlamaları konusunda alandaki uzmanlara bilgi sunmaktadır. Buna göre her bir hastanın uygun zaman ve maliyetle tedavileri sağlandığında tedavi etkililiklerinin artması söz konusu olabilir. Özetle araştırma bulguları, psikolojik destek müdahalelerine ve eğitim müdahalelerine yardımcı olmak için kullanılabilir; hastanın içinde bulunduğu evreye uygun desteğin sağlanması sonrası hastaların hastalığa uyumları artırılarak tedavileri bütüncül olarak desteklenebilir (Berea, 2010).

5.5. Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler

FDEM kapsamında ele alınmış bu çalışma T2D'ye uyumu tüm yönleriyle ele alamamaktadır. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda mevcut araştırma geliştirilerek farklı hastalık gruplarında ve daha geniş örneklemelerde test edilmelidir. MS'ten sonra ilk kez T2D hastalarında test edilen bu modelin farklı hastalık gruplarında test edilmesi modelin geçerlik kapsamını genişletecektir. Ayrıca FDEM kapsamında ele alınan değişkenlerin de farklılaştırılması hastalığa uyumun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Bu kapsamda gelecek çalışmalarda başta baş etme tarzları olmak üzere, işlevsellik, kontrol algısı, yaşam kalitesi, benlik saygısı, sosyal destek, tedaviye uyum, fayda bulma (benefit-finding) gibi T2D'yle ilişkilendirilebilecek ek değişkenlerin

hastalık uyum evrelerine göre değişimleri test edilebilir. Diğer yandan araştırmada kronik fiziksel hastalığa dair sadece psikolojik değişkenler ölçömlenmiştir. Ancak T2D'nin biyopsikososyal açıdan ele alınması söz konusu olduğunda, biyolojik sonuçların da değerlendirilmesi önemlidir. Bu sebeple gelecek çalışmalarda katılımcılardan beden kitle indeksine ve HB1AC değerleri üzerinden glisemik kontrole dair ölçömler alınabilir. FDEM, hastalığa uyumu farklı zaman dilimlerini gözeterek ele alıyor olsa da, evreler arasındaki geçişin ve bu geçişlerin belirleyicileri gelecek çalışmalarda boylamsal araştırma desenleri ile test edilebilir. Ayrıca nitel çalışmalar ile hem evrelerin hem de T2D hastalarının kaygı ve depresyon düzeylerinin belirleyicilerine dair bulgular desteklenebilir.

T2D hastalarının duygudurum zorlanmaları bu çalışmada depresyon ve kaygı ile sınırlandırılmıştır. Güncel alışmalar ise, diyabetle yaşama ya da buna uyum sağlamada yaşanan zorlanmaları diyabetle ilgili sıkıntılar (diabetes related distress) olarak isimlendirmekte ve bu yeni kavramın önemine işaret etmektedir (Martinez ve ark., 2018). Gelecek çalışmalarda diyabetle ilgili sıkıntıların FDEM çerçevesinde ele alınması hastalığa uyumun anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Araştırmada T2D hastalarında kaygı ve depresyonun yordayıcılarının hastalık temsillerinden çok üst bilişler olduğu bulunmuş ve S-REF modeli desteklenmiştir. Gelecek alışmalarda S-REF modeli ile tutarlı olarak T2D hastalarının duygudurum ve üst bilişleri arasındaki ilişkide CAS'ın aracı etkisi araştırılabilir. Ayrıca duygudurum ile üst biliş ve hastalık temsilleri arasındaki ilişkilerde neden-sonuç ilişkisinden bahsetmek zor olduğundan, ilgili değişkenlerin yordayıcılık güçlerine göre yeni aracı analiz ve modeller test edilebilir.

Son olarak çalışmanın, bilimsel araştırmaların ötesinde T2D'de hastalığa uyumun evrelere göre değerlendirilmesine sunduğu katkı ile evreye uygun psikolojik destek alınmasını desteklemesi umulmaktadır. FDEM'e göre kronik hastalığı olan her birey önerilen dört modelin hepsinden geçememekte ve birçok hasta kriz ve stabilizasyon evreleri arasında tekrar eden bir döngüye girebilmektir (Fennell, 2003b). Bu döngünün istikrarlı bir şekilde devam etmesi halinde uygun bir terapötik tepkiyle bir sonraki evreye geçmenin mümkün olduğu ileri sürölmekte ve birey- aileyi temel

alan müdahaleler önerilmektedir (Sperry, 2009). Buna göre bireye müdahale olarak kriz evresinde hastanın semptomatik sıkıntısının ele alınması, hastanın hastalık temsillerinin ve hastalığın açıklayıcılarının ve hastalığa dair beklentilerinin ele alınması önerilmektedir. Stabilizasyon evresinde, hastalığın kabulü ve tedavi uyumuna odaklanması, çözülme evresinde yas tutan hastanın hastalık öncesi benliğine ve bununla ilişkili sorunlarına odaklanması, endikasyon durumuna göre ise tedavi uyumuna odaklanması; çözülme evresinde hastaların “kronik bir koşul içinde yer alan hasta” olarak benlik oluşturmalarına yardım edilmesi önerilmektedir (Sperry, 2009). Benzer bir müdahale önerisi ise kronik bel ağrısı olan hastalar için özelleştirilerek Wirick ve Teufel-Prida (2018) tarafından sunulmuştur. Bu öneriler dikkate alınarak müdahalelerin T2D için de özelleştirilmesi sonrası, gelecek çalışmalarda bu müdahalelerin etkililiklerinin araştırılmasının da önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- ABRAHAM, A. M., SUDHIR, P. M., PHILIP, M., BANTWAL, G.: 2015
“Illness Perceptions And Perceived Barriers To Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: An Exploratory Study From India”, **International Journal of Diabetes in Developing Countries**, 35/S2, 137-144.
- ABUBAKARI, A. R., COUSINS, R., THOMAS, C., SHARMA, D., NADERALI, E. K.: 2016
“Sociodemographic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perceptions and Self-Efficacy”, **Journal of Diabetes Research**, 1-12.
- ABUBAKARI, A. R., JONES, M. C., LAUDER, W., KIRK, A., ANDERSON, J., DEVENDRA, D.: 2011
“Associations Between Knowledge, Illness Perceptions, Self-Management and Metabolic Control of Type 2 Diabetes among African and European-Origin Patients”, **Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness**, 3/3, 245-256.
- ACAR, D., KICALI, Ü. Ö.: DEĞERLENDİRMEDE
“An Integrated Approach to COVID-19 Preventive Behaviour Intentions: Protection Motivation Theory, Information Acquisition and Trust”, **Social Work in Public Health**.
- ACAR, D., SERTEL BERK, H. O.: 2021a
“Evaluation of Psychometric Characteristics of Metacognitions about Symptoms Control Scale in Turkish Sample”, **4th Health Sciences and Innovation Congress**, Bakü, Azerbeycan.
- ACAR, D., SERTEL BERK, H. O.: 2021b
“Turkish Adaptation of Fennell Phase Inventory for Chronic Health Conditions”, **4th Health Sciences and Innovation Congress**, Bakü, Azerbeycan.
- ACAROĞLU DEĞİRMENCİ, G.: 2019
“Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Geliştirme ve Uygulama”, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- ADEGHATE, E., SCHATTNER, P., & DUNN, E.: 2006
“An Update on The Etiology and Epidemiology of Diabetes Mellitus”, **Annals of The New York Academy of Sciences**, 1084/1, 1-29.
- AFLAKSEIR, A.: 2012
“Role of Illness and Medication Perceptions on Adherence to Medication in a Group of Iranian

- Patients with Type 2 Diabetes”, **J Diabetes**, 4/3, 243-247.
- AĞRALI, H.: 2020
“Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine göre Sağlık İnanç Modeline Dayalı Verilen Eğitim ve Danışmanlığın Glisemik Kontrole Etkisi, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- AHMED, A. M.: 2002
“History of Diabetes Mellitus”, **Saudi Med J**, 23/4, 373-378.
- AK, M., TORUN YAZIHAN, N., SÜTÇÜGİL, L., HACİÖMEROĞLU, B.: 2012
“İntihar Girişimi olan Majör Depresyon Hastalarında Üstbiliş Süreçleri”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 49, 95-99.
- AKGÜÇ, N.: 2013
“Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- AKIN, 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, İstanbul.
- AL-GHAMDI, S., AHMAD, G., HASSAN ALI, A., BAHAKIM, N., ALOMRAN, S., ALHOWIKAN, W., ... ALJUAID, F.: 2018
“Al Kharj Diabetic Patients' Perception About Diabetes Mellitus Using Revised-Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)” **BMC Fam Pract**, 19/1, 21.
- ALACAHAN, S., KUŞ, C., GÜMÜŞTAKIM, R. Ş.: 2020
“Kronik Hastalığı olan Erişkinlerin Covid-19 Korkuları”, **10th International Trakya Family Medicine Congress**, Edirne.
- ALCOZER, F.: 2000
“Secondary Analysis of Perceptions and Meanings of Type 2 Diabetes among Mexican American Women,” **Diabetes Educ**, 26/5, 785-795.
- ALESSI, J., DE OLIVEIRA, G. B., FRANCO, D. W., DO AMARAL, B. B., BECKER, A. S., KNIJNIK, C. P., ...TELO, G. H.: 2020
“Mental Health in The Era of COVID-19: Prevalence of Psychiatric Disorders in A Cohort of Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes During The Social Distancing.” **Diabetology & Metabolic Syndrome**, 12/1, 1-10.
- ALİ, S., STONE, M., PETERS, J., DAVİES, M., KHUNTI, K.: 2006
“The Prevalence of Co-Morbid Depression in Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and

- ALLOTT, R., WELLS, A., MORRISON, A., WALKER, R.: 2005
- ALMAWI, W., TAMIM, H., AL-SAYED, N., AREKAT, M., AL-KHATEEB, G., BAQER, A., . . . KAMEL, C.: 2008
- ALMEIDA, O. P., MCCAUL, K., HANKEY, G. J., YEAP, B. B., GOLLEDGE, J., NORMAN, P. E., FLICKER, L.: 2016
- ALTUNOGLU, E. G., SARİ, Z., ERDENEN, F., MUDERRİSOGLU, C., ULGEN, E., & SARİ, M.: 2012
- ALZHRANI, A., ALGHAMDI, A., ALQARNI, T., ALSHAREEF, R., ALZHRANI, A.: 2019
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION.: 2017
- ANDERSON, R., CAPOBIANCO, L., FISHER, P., REEVES, D., HEAL, C., FAIJA, C. L., . . . WELLS, A.: 2019
- ANNA, V., VAN DER PLOEG, H. P., CHEUNG, N.W., HUXLEY, R.R., BAUMAN, A.E.: 2008
- ASHUR, S. T., SHAH, S. A., BOSSERI, S., MORISKY, D. E., SHAMSUDDIN, K.: 2015
- Meta-Analysis”, **Diabetic Medicine**, 23/11, 1165-1173.
- “Distress in Parkinson's Disease: Contributions of Disease Factors and Metacognitive Style”, **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, 187, 182-183.
- “Association of Comorbid Depression, Anxiety, and Stress Disorders with Type 2 Diabetes in Bahrain, A Country With A Very High Prevalence of Type 2 Diabetes”, **Journal of Endocrinological Investigation**, 31/11, 1020-1024.
- “Duration of Diabetes and Its Association with Depression in Later Life: The Health In Men Study (HIMS)”, **Maturitas**, 86, 3-9.
- “The Relationship of Depression, Anxiety and Disability with Hba1c and The Duration of Diabetes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus”, **Istanbul Medical Journal**, 13/3, 115-119.
- “Prevalence and Predictors of Depression, Anxiety, and Stress Symptoms among Patients with Type II Diabetes Attending Primary Healthcare Centers in The Western Region of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study”, **International Journal of Mental Health Systems**, 13/1, 48.
- “Promoting Health and Reducing Disparities in Populations”, **Diabetes Care** 2017, 40/1, S6-S10.
- “Testing Relationships Between Metacognitive Beliefs, Anxiety and Depression in Cardiac and Cancer Patients: Are They Transdiagnostic?” **J Psychosom Res**, 124, 109738.
- “Sociodemographic correlates of the increasing trend in prevalence of gestational diabetes mellitus in a large population of women between 1995 and 2005” **Diabetes Care**, 31, 2288-93.
- “Illness Perceptions of Libyans with T2DM and Their Influence on Medication Adherence: A Study in A Diabetes Center in Tripoli”, **Libyan Journal of Medicine**, 10/1, 1-10.

- ASLAN, H., UYSAL, Z.: 2018 “Tip 2 Diyabetli Yetişkin Bireylerde Başa Çıkma ve Sürekli Kaygı”, **Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi**, 12, 50-64.
- ASMAN, A. G., HOOGENDOORN, C. J., MCKEE, M. D., GONZALEZ, J. S.: 2020 “Assessing The Association of Depression And Anxiety with Symptom Reporting among Individuals with Type 2 Diabetes”, **J Behav Med**, 43/1, 57-68.
- ATİK, D., KARATEPE, H.: 2016 “Scale Development Study: Adaptation to Chronic Illness”, **Acta Medica Mediterranea**, 32/1, 135-142.
- AUSTIN, S. F., MORS, O., NORDENTOFT, M., HJORTHØJ, C. R., SECHER, R. G., HESSE, M., . . . WELLS, A.: 2015 “Schizophrenia and Metacognition: An Investigation of Course of Illness and Metacognitive Beliefs within A First Episode Psychosis”, **Cognitive Therapy and Research**, 39/1, 61-69.
- AVCI, D., SELÇUK, K. T.: 2016 “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Glisemik Kontrol Durumu ve Etkileyen Etmenler: Depresyonun Rolü”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 5/3, 70-79.
- AYANOĞLU, L.: 2020 “Oral Antidiyabetik Kullanan Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Olumsuz İnsülin Tedavisi Algısının Diyabet Prognozuna Etkisi”, **Tıpta Uzmanlık Tezi**, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- AYDEMİR, Ö., GÜVENİR, T., KÜEY, L., KÜLTÜR, S.: 1997 “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenilirlik Çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 8, 280-287.
- AYDIN, H. B.: 2019 “Kanser Hastalarında Hastalık Algısı, Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
- BAGGIO, S., SANTOS, A., SALES, C., MARCON, S.: 2013 Perception of People Suffering from Diabetes Regarding The Disease and The Reasons for Hospital Readmission: A Descriptive Study”, **OBJN**, 12/3
- BAHAR, A., TANRIVERDİ, D.: 2017 “Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Diyabet: Bir Gözden Geçirme” **Yeni Symposium**, 55/2, 13-18.

- BAHRMANN, A., ABEL, A., ZEYFANG, A., PETRAK, F., KUBIAK, T., HUMMEL, J., . . . BAHRMANN, P.: 2014
- “Psychological Insulin Resistance in Geriatric Patients with Diabetes Mellitus”, **Patient Education and Counseling**, 94/3, 417-422.
- BARNARD, K., SKINNER, T., PEVELER, R.: 2006
- “The Prevalence of Co-Morbid Depression in Adults with Type 1 Diabetes: Systematic Literature Review”, **Diabetic Medicine**, 23/4, 445-448.
- BASIT, K. A., ZAFAR, A. B., FAWWAD, A., WARIS, N., SHAHEEN, F., BASIT, A.: 2021
- “Psychometric Analysis for Fear of COVID-19-19 Scale (FCV-19S) and Its Association with Depression in Patients with Diabetes: A Cross Sectional Study From A Tertiary Care Centre in Karachi, Pakistan”, **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, 15/3, 733-737.
- BASTAKI, S.: 2005
- “Diabetes Mellitus and Its Treatment” **Int J Diabetes & Metabolism**, 13, 111-134.
- BAYEGAN, K., SOTODEH ASL, N., KARAMI, A., DAHRAEI, H. A.: 2020
- “Comparison of The Effectiveness of Metacognitive Therapy and Behavioral Activation on Depression in Elderly with Type 2 Diabetes”, **Avicenna Journal of Neuropsychophysiology**, 7/1, 9-14.
- BEAN, D., CUNDY, T., PETRIE, K. J.: 2007
- “Ethnic Differences in Illness Perceptions, Self-Efficacy and Diabetes Self-Care”, **Psychology & Health**, 22/7, 787-811.
- BEKAROĞLU, E., YILMAZ, T.: 2020
- “COVID-19-19 ve Psikolojik Etkileri: Klinik Psikoloji Perspektifinden Bir Derleme”, **Nesne Psikoloji Dergisi**, 8/18, 573-584.
- BENER, A., OAA AL-HAMAQ, A., E DAFEEAH, E.: 2011
- “High Prevalence of Depression, Anxiety and Stress Symptoms among Diabetes Mellitus Patients”, **The Open Psychiatry Journal**, 5/1, 5-12.
- BENSBAA, S., AGERD, L., BOUJRAF, S., ARAAB, C., AALOUANE, R., RAMMOUZ, I., AJDİ, F.: 2014
- “Clinical Assessment of Depression and Type 2 Diabetes in Morocco: Economical and Social Components”, **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, 5/3, 250.
- BEREA, G.: 2010
- “Adjustment to Multiple Sclerosis: Application of The Fennell Four Phase Model and Identification of

- Effective Social Support”, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, University of Wollongong, Australia.
- BLOOMGARDEN, Z. T.: 1996 “American Diabetes Association Annual Meeting 1996: The Etiology of Type II Diabetes, Obesity, and The Treatment of Type II Diabetes”, **Diabetes Care**, 19/11, 1311-1315.
- BOUWMAN, V., ADRIAANSE, M. C., VAN’T RIET, E., SNOEK, F. J., DEKKER, J. M., NIJPELS, G.: 2010 “Depression, Anxiety and Glucose Metabolism in The General Dutch Population: The New Hoorn Study”, **PLOS ONE**, 5/4, E9971.
- BRADLEY, C., LEWIS, K.: 1990 “Measures of Psychological Well-Being and Treatment Satisfaction Developed from The Responses of People with Tablet-Treated Diabetes”, **Diabetic Medicine**, 7/5, 445-451.
- BRIDGES, H. A., SMITH, M. A.: 2016 “Mediation By Illness Perceptions of The Association Between The Doctor-Patient Relationship and Diabetes-Related Distress”, **J Health Psychol**, 21/9, 1956-1965.
- BRITNEFF, E., WINKLEY, K.: 2013 The Role of Psychological Interventions for People with Diabetes and Mental Health Issues, **Journal of Diabetes Nursing**, 17/8, 305-310.
- BROADBENT, E., DONKIN, L., STROH, J. C.: 2011 “Illness and Treatment Perceptions are Associated with Adherence to Medications, Diet, and Exercise in Diabetic Patients”, **Diabetes Care**, 34/2, 338-340.
- BROADBENT, E., PETRIE, K. J., MAIN, J., WEINMAN, J.: 2006 “The Brief Illness Perception Questionnaire”, **Journal of Psychosomatic Research**, 60/6, 631-637.
- BROWN, F. M.: 2002 “Inside Every Chronic Patient is An Acute Patient Wondering What Happened”, **Journal of Clinical Psychology**, 58/11, 1443-1449.
- BROWN, R. G., FERNIE, B. A.: 2015 “Metacognitions, Anxiety, and Distress Related to Motor Fluctuations in Parkinson's Disease”, **J Psychosom Res**, 78/2, 143-148.
- CAPOBIANCO, L., FAIJA, C., HUSAIN, Z., WELLS, A.: 2020 “Metacognitive Beliefs and Their Relationship with Anxiety and Depression in Physical Illnesses: A Systematic Review”, **PLOS ONE**, 15/9, 1-19.

- CARLSSON, S., ANDERSSON, T., AHLBOM, A.: 2016
 “Prevalence and Incidence of Diabetes Mellitus: A Nationwide Population-Based Pharmaco-Epidemiological Study in Sweden”, **Diabetic Medicine**, 33/8, 1149-1150.
- CARPER, M. M., TRAEGER, L., GONZALEZ, J. S., WEXLER, D. J., PSAROS, C., SAFREN, S. A.: 2014
 “The Differential Associations of Depression and Diabetes Distress with Quality of Life Domains in Type 2 Diabetes”, **Journal of Behavioral Medicine**, 37/3, 501-510.
- CIECHANOWSKI, P. S., KATON, W. J., & RUSSO, J. E.: 2000
 Depression and Diabetes: Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs”, **Archives of Internal Medicine**, 160/21, 3278-3285.
- COLLINS, M., CORCORAN, P., PERRY, I.: 2009
 “Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Diabetes”, **Diabetic Medicine**, 26/2, 153-161.
- COLTON, P. A., OLMSTED, M. P., DANEMAN, D., RYDALL, A. C., RODIN, G. M.: 2007
 “Five-Year Prevalence and Persistence of Disturbed Eating Behavior and Eating Disorders in Girls with Type 1 Diabetes”, **Diabetes Care**, 30/11, 2861-2862.
- CONTI, C., MENNITTO, C., DI FRANCESCO, G., FRATICELLI, F., VITACOLONNA, E., FULCHERI, M.: 2017
 “Clinical Characteristics of Diabetes Mellitus and Suicide Risk”, **Frontiers in Psychiatry**, 8, 40.
- COOK, S. A., SALMON, P., DUNN, G., HOLCOMBE, C., CORNFORD, P., FISHER, P.: 2015a
 “The Association of Metacognitive Beliefs with Emotional Distress after Diagnosis of Cancer”, **Health Psychol**, 34/3, 207-215.
- COOK, S. A., SALMON, P., DUNN, G., HOLCOMBE, C., CORNFORD, P., FISHER, P.: 2015b
 “A Prospective Study of The Association of Metacognitive Beliefs and Processes with Persistent Emotional Distress after Diagnosis of Cancer”, **Cognitive Therapy and Research**, 39/1, 51-60.
- COŞANSU, G.: 2015
 “Diyabet: Küresel Bir Salgın Hastalık”, **Okmeydanı Tıp Dergisi**, 31, 1-6.
- CRATE, M. A.: 1965
 “Nursing Functions in Adaptation to Chronic Illness”, **The American Journal of Nursing**, 65/10, 72-76.
- CRITCHLEY, J. A., CAREY, I. M., HARRIS, T., DEWILDE, S., HOSKING, F. J., COOK, D. G.: 2018
 “Glycemic Control and Risk of Infections among People with Type 1 or Type 2 Diabetes in A Large Primary Care Cohort Study”, **Diabetes Care**, 41/10, 2127-2135.

ÇALIŞKAN, M., SÜNBÜL, A. M.: 2011

“Öğrenme Stratejileri Öğretiminin Yürütücü Biliş Bilgisine, Yürütücü Biliş Becerilerini Kullanmaya ve Başarıya Etkisi (İlköğretim 6. Sınıf Türkçe Dersi Örneği)”, **Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri**, 11/1, 133-153.

ÇAPOĞLU, İ., YILDIRIM, A., HACIHASANOĞLU AŞILAR, R., ÇAYKÖYLÜ, A.: 2019

“Mental Problems Accompanying Diabetes and Management of Diabetes” **Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care**, 13/1, 67-74.

ÇETİNKALP, Ş.: 2020

“Güncel Kılavuzların Işığında Prediyabet ve Diyabet Yönetiminde Metformin”, **Türkiye Klinikleri**, Ankara.

ÇİÇEKÇİ, S.: 2019

“Sosyal Kaygı ile Üstbiliş Arasındaki İlişkinin Özel Bir Eğitim Kurumundaki Öğrencilerde İncelenmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Çağ Üniversitesi, Mersin.

DALSGAARD, E.-M., VESTERGAARD, M., SKRIVER, M. V., MAINDAL, H. T., LAURITZEN, T., BORCH-JOHNSEN, K., . . . SANDBAEK, A.: 2014

“Psychological Distress, Cardiovascular Complications and Mortality among People with Screen-Detected Type 2 Diabetes: Follow-Up of The Addition-Denmark Trial”, **Diabetologia**, 57/4, 710-717.

DEMİR, Ö. D., KAYA, H. I.: 2015

“Öğretmen Adaylarının Bilişsel Farkındalık Beceri Düzeylerinin Eleştirel Düşünme Durumları ile İlişkilerinin İncelenmesi”, **Pegem Eğitim Ve Öğretim Dergisi**, 5/1, 35.

DEMİRAĞ, H., BOYRAZ, S.: 2021

“Diabetes Risk Assessment with Blood Parameters of The First Degree Relatives of Patients with Type-2 Diabetes Mellitus”, **Clinical and Experimental Health Sciences**, 11/1, 151-157.

DEMİRÖZ, H. E.: 2021

“Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalığı Kabul ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Düzce Üniversitesi, Düzce.

DEMMER, R. T., GELB, S., SUGLIA, S. F., KEYES, K. M., AIELLO, A. E., COLOMBO, P. C., . . . KUBZANSKY, L. D.: 2015

“Sex Differences in The Association Between Depression, Anxiety, and Type 2 Diabetes Mellitus”, **Psychosomatic Medicine**, 77/4, 467.

DIEFENBACH, M. A.,
LEVENTHAL, H.: 1996

“The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations”, **Journal of Social Distress and The Homeless**, 5, 11–38.

DIETRICH, U. C.: 1996

“Factors Influencing The Attitudes Held By Women with Type II Diabetes: A Qualitative Study”, **Patient Education and Counseling**, 29/1, 13-23.

DIMOVA, E., WARD, A.,
SWANSON, V., EVANS, J.: 2019

“Patients' Illness Perceptions of Type 2 Diabetes: A Scoping Review”, **Current Diabetes Reviews**, 15/1, 15-30.

DOĞAN, M. M., DÜZEL, B.: 2020

“COVID-19 Özelinde Korku-Kaygı Düzeyleri”, **Electronic Turkish Studies**, 15/4, 739-752.

DOLLARD, J., MILLER, N. E.:
1950

Personality And Psychotherapy; An Analysis in Terms Of Learning, Thinking, And Culture, ABD: Mcgraw-Hill.

DONNELLAN, C., AL BANNA,
M., REDHA, N., AL SHAROQİ, I.,
AL-JISHI, A., BAKHIET, M., . . .
ABDULLA, F.: 2016

“Association Between Metacognition and Mood Symptoms Poststroke”, **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology**, 29/4, 212-220.

DÖNMEZ, G., BATIGÜN, A. D.:
2016

“Kanser Hastalarında Hastalık Algısı ile Üstbiliş, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Olumsuz Otomatik Düşünceler Arasındaki İlişkiler”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara Üniversitesi Ankara.

DUWE, E. A. G., HOLLOWAY, B.
M., CHIN, J., MORROW, D. G.:
2018

“Illness Experience and Illness Representation Among Older Adults with Hypertension”, **Health Education Journal**, 77/4, 412-429.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2010

“Global Status Report On Noncommunicable Diseases” (Çevirimiçi), http://www.Who.Int/Nmh/Publications/Ncd_Report2010/En/, 10 Temmuz 2021

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2013

“Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı (2013-2020)”, (Çevirimiçi), <https://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Bula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar.Pdf>, 18 Nisan 2020.

- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2019 “Classification of Diabetes Mellitus 2019, (Çevirimiçi), <https://Www.Who.Int/Publications/İ/İtem/Classifica-tion-Of-Diabetes-Mellitus>, 18 Nisan 2020.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ: 2020 “HEARTS D: Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes”, (Çevirimiçi), <https://Www.Who.Int/Publications/İ/İtem/Who-Ucn-Ncd-20.1>, 18 Nisan 2020.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ :t.y.-a Diabetes, (Çevirimiçi), https://Www.Who.Int/Health-Topics/Diabetes#Tab=Tab_1, 18 Nisan 2020.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ :t.y.-b Integrated Chronic Disease Prevention And Control, (Çevirimiçi), https://Www.Who.Int/Chp/About/Integrated_Cd/En/#:~:Text=Four%20of%20the%20most%20prominent, Related%20major%20behavioural%20risk%20fact ors, 18 Nisan 2020.
- EGEDE, L. E.: 2004 “Diabetes, Major Depression, and Functional Disability Among US Adults”, **Diabetes Care**, 27/2, 421-428.
- EISER, J. R., RIAZI, A., EISER, C., HAMMERSLEY, S., TOOKE, J. E.: 2001 “Predictors of Psychological Well-Being in Types 1 And 2 Diabetes”, **Psychology and Health**, 16/1, 99-110.
- ENGUM, A.: 2007 “The Role of Depression and Anxiety in Onset of Diabetes in A Large Population-Based Study”, **Journal of Psychosomatic Research**, 62/1, 31-38.
- EREM, C., KUZU, U. B., DEGER, O., CAN, G.: 2015 “Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus and Associated Risk Factors in Turkish Women: The Trabzon GDM Study”, **Archives of Medical Science: AMS**, 11/4, 724.
- EREN, I., ERDİ, O., ŞAHİN, M.: 2008 “The Effect of Depression on Quality of Life of Patients with Type II Diabetes Mellitus”, **Depress Anxiety**, 25/2, 98-106.
- ESER, B.: 2019 “Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Depresif Belirti Şiddeti, Üstbilişler ve Obsesif İnanışlar Arasındaki İlişkiler”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Çağ Üniversitesi, Mersin.

- EVANS, D., NORMAN, P.: 2009 "Illness Representations, Coping and Psychological Adjustment to Parkinson's Disease", **Psychol Health**, 24/10, 1181-1196.
- EVERETT, M.: 2011 "They Say It Runs in The Family: Diabetes And Inheritance in Oaxaca, Mexico", **Social Science & Medicine**, 72/11, 1776-1783.
- FENNELL, P. A.: 1995 "The Four Progressive Stages of The CFS Experience", **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, 1/3-4, 69-79.
- FENNELL, P. A.: 2003a A Four-Phase Approach To Understanding Chronic Fatigue Syndrome, **Handbook of Chronic Fatigue Syndrome**, L. A. Jason, F. P. A.. (Ed.), Hoboken, NJ: John Wiley And Sons, s. 155-175.
- FENNELL, P. A.: 2003b Managing Chronic Illness Using The Four-Phase Treatment Approach, **A Mental Health Professional's Guide to Helping Chronically Ill People**, New York, NY: John Wiley.
- FENNELL, P. A.: 2003c Phase-Based Interventions, **Handbook Of Chronic Fatigue Syndrome**, L. A. Jason, P. A. Fennell, & R. R. Taylor (Ed.), Hoboken, NJ: John Wiley And Sons, s. 455-492.
- FENNELL, P. A.: 2011 "Chronic Illness and The Fennell Four Phase Treatment Approach: Working With People Who Don't Get Better", **10th Global Conference, Making Sense of Health, Illness, and Disease**, Oxford, United Kingdom.
- FENNELL, P. A.: 2011 "The Four Progressive Stages of The CFS Experience", **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, 1/ 3-4, 69-79.
- FENNELL, P. A., JASON, L. A., KLEIN, S. M.: 1998 "Capturing The Different Phases of The CFS Illness", **The CFIDS Chronicle**, 11/3, 13-16.
- FERNIE, B., AOUN, A., KOLLMAN, J., SPADA, M. M., NIKCEVIC, A. V.: 2019 "Transcultural, Transdiagnostic, and Concurrent Validity of A Revised Metacognitions about Symptom Control Scale", **Clin Psychol Psychother**, 26, 471-482.

- FERNIE, B. A., MAHER-EDWARDS, L., MURPHY, G., NIKČEVIĆ, A. V., SPADA, M. M.: 2015
 “The Metacognitions about Symptoms Control Scale: Development and Concurrent Validity”, **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 22/5, 443-449.
- FISHER, L., SKAFF, M. M., MULLAN, J. T., AREAN, P., GLASGOW, R., MASHARANI, U.: 2008
 “A Longitudinal Study of Affective and Anxiety Disorders, Depressive Affect and Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes”, **Diabet Med**, 25/9, 1096-1101.
- FISHER, P., REILLY, J., NOBLE, A.: 2018
 “Metacognitive Beliefs and Illness Perceptions are Associated with Emotional Distress in People with Epilepsy”, **Epilepsy & Behavior**, 86, 9-14.
- FISHER, P. L., NOBLE, A. J.: 2017
 “Anxiety and Depression in People with Epilepsy: The Contribution of Metacognitive Beliefs”, **Seizure**, 50, 153-159.
- FLAVELL, J. H.: 1979
 “Metacognition and Cognitive Monitoring: A New Area of Cognitive-Developmental Inquiry”, **American Psychologist**, 34/10, 906-911.
- FRENCH, D. P., WADE, A. N., FARMER, A. J.: 2013
 “Predicting Self-Care Behaviours of Patients with Type 2 Diabetes: The Importance of Beliefs about Behaviour, Not Just Beliefs About Illness”, **J Psychosom Res**, 74/4, 327-333.
- FROSTHOLM, L., FINK, P., CHRISTENSEN, K. S., TOFT, T., OERNBOEL, E., OLESEN, F., WEINMAN, J.: 2005
 “The Patients’ Illness Perceptions and The Use of Primary Health Care”, **Psychosom Med**, 67, 997-1005.
- GANASEGERAN, K., RENGANATHAN, P., MANAF, R. A., AL-DUBAI, S. A. R.: 2014
 “Factors Associated with Anxiety and Depression Among Type 2 Diabetes Outpatients in Malaysia: A Descriptive Cross-Sectional Single-Centre Study”. **BMJ Open**, 4/4, 1-7.
- GARRETT, C., DOHERTY, A.: 2014
 “Diabetes and Mental Health”, **Clinical Medicine**, 14/6, 669.
- GEN, E.: 2019
 “Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesinin Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri ile İlişkisi ve Diyabet Tipine Göre Farklılıkları”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Çağ Üniversitesi, Mersin.

- GLASGOW, R. E., HAMPSON, S. E., STRYCKER, L. A., RUGGIERO, L.: 1997 "Personal-Model Beliefs and Social-Environmental Barriers Related to Diabetes Self-Management", **Diabetes Care**, 20/4, 556-561.
- GLIED, S., LLERAS-MUNEY, A.: 2003 Health İnequality, Education And Medical Innovation, (Çevirimiçi) <https://Www.Nber.Org/Papers/W9738>, 18 Nisan 2020
- GOEBEL-FABBRI, A. E., FIKKAN, J., FRANKO, D. L., PEARSON, K., ANDERSON, B. J., WEINGER, K.: 2008 "Insulin Restriction and Associated Morbidity and Mortality in Women with Type 1 Diabetes", **Diabetes Care**, 3/3, 415-419.
- GOLDBACHER, E. M., MATTHEWS, K. A. (2007). "Are Psychological Characteristics Related to Risk of The Metabolic Syndrome? A Review of The Literature", **Annals of Behavioral Medicine**, 34/3, 240-252.
- GONZALEZ, J. S., KANE, N. S., BİNKO, D. H., SHAPIRA, A., HOOGENDOORN, C. J.: 2016 "Tangled Up in Blue: Unraveling The Links Between Emotional Distress And Treatment Adherence in Type 2 Diabetes", **Diabetes Care**, 39/12, 2182-2189.
- GONZALEZ, J. S., SHRECK, E., PSAROS, C., SAFREN, S. A.: 2015 "Distress and Type 2 Diabetes-Treatment Adherence: A Mediating Role for Perceived Control", **Health Psychol**, 34/5, 505-513.
- GORIN, A. A., NIEMEIER, H. M., HOGAN, P., CODAY, M., DAVIS, C., DILILLO, V. G., . . . WILLIAMSON, D.: 2008 "Binge Eating and Weight Loss Outcomes in Overweight and Obese Individuals with Type 2 Diabetes: Results From The Look AHEAD Trial", **Archives of General Psychiatry**, 65/12, 1447-1455.
- GOULD, R. V., BROWN, S. L., BRAMWELL, R.: 2010 "Psychological Adjustment to Gynaecological Cancer: Patients' Illness Representations, Coping Strategies And Mood Disturbance", **Psychology & Health**, 25/5, 633-646.
- GÖZELER, P. S.: 2018 "Algılanan Stres Düzeyi ve İlişkilerde Yüklemelerin Evlilik Uyumu ile İlişkisi", **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- GRAY, S. E., RUTTER, D. R.: 2007 "Illness Representations in Young People with Chronic Fatigue Syndrome", **Psychology & Health**, 22/2, 159-174.

- GRIGSBY, A. B., ANDERSON, R. J., FREEDLAND, K. E., CLOUSE, R. E., LUSTMAN, P. J.: 2002 "Prevalence of Anxiety in Adults with Diabetes: A Systematic Review", **Journal of Psychosomatic Research**, 53/6, 1053-1060.
- GRIVA, K., MYERS, L. B., NEWMAN, S.: 2000 "Illness Perceptions and Self Efficacy Beliefs in Adolescents and Young Adults with Insulin Dependent Diabetes Mellitus" **Psychology & Health**, 15/6, 733-750.
- GÜVEN, A.: 2017 "Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Güvenliği İlişkisi", **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- HABTE, B., KEBEDE, T., FENTA, T., BOON, H.: 2016 "Explanatory Models of Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus from Urban Centers of Central Ethiopia", **BMC Research Notes**, 9/441, 1-11.
- HAGGER, M. S., ORBELL, S.: 2003 "A Meta-Analytic Review of The Common-Sense Model of Illness Representations", **Psychology and Health**, 18/2, 141-184.
- HALE, E., TREHARNE, G., KITAS, G.: 2007 "The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness: How Can We Use It To Understand And Respond to Our Patients' Needs?", **Rheumatology (Oxford, England)**, 46, 904-906.
- HAMMOND, L. D., HIRST-WINTHROP, S.: 2018 "Proposal of An Integrative Model of Adjustment to Chronic Conditions: An Understanding of The Process of Psychosocial Adjustment to Living with Type 2 Diabetes", **J Health Psychol**, 23/8, 1063-1074.
- HAMPSON, S., GLASGOW, R. E., STRYCKER, L. A.: 2000 "Beliefs Versus Feelings: A Comparison of Personal Models and Depression for Predicting Multiple Outcomes in Diabetes", **British Journal of Health Psychology**, 5/1, 27-40.
- HAMPSON, S. E., GLASGOW, R. E., FOSTER, L. S.: 1995 "Personal Models of Diabetes Among Older Adults: Relationship to Self-Management and Other Variables", **Diabetes Educ**, 21/4, 300-307.
- HAMPSON, S. E., GLASGOW, R. E., TOOBERT, D. J.: 1990 "Personal Models of Diabetes and Their Relations to Self-Care Activities", **Health Psychology**, 9/5, 632.

- HARVEY, J., LAWSON, V.: 2009 "The Importance of Health Belief Models in Determining Self-Care Behaviour in Diabetes", **Diabetic Medicine**, 26/1, 5-13.
- HASAN, S., CLAVARINO, A., MAMUN, A., KAIRUZ, T.: 2016 "Anxiety Symptoms and The Risk of Diabetes Mellitus in Australian Women: Evidence From 21-Year Follow-Up", **Public Health**, 130, 21-28.
- HASHEMI, S. G. S., HOSSEINNEZHAD, S., DINI, S., GRIFFITHS, M. D., LIN, C.-Y., PAKPOUR, A. H.: 2020 "The Mediating Effect of The Cyberchondria and Anxiety Sensitivity in The Association Between Problematic Internet Use, Metacognition Beliefs, and Fear of COVID-19 Among Iranian Online Population", **Heliyon**, 6/10, E05135.
- HEFFER-RAHN, P., FISHER, P. L.: 2018 "The Clinical Utility of Metacognitive Beliefs and Processes in Emotional Distress in People With Multiple Sclerosis", **Journal of Psychosomatic Research**, 104, 88-94.
- HEIJMANS, M., DE RIDDER, D.: 1998 "Assessing Illness Representations of Chronic Illness: Explorations of Their Disease-Specific Nature", **Journal of Behavioral Medicine**, 21, 485-503.
- HELDER, D. I., KAPTEIN, A. A., KEMPEN, G. M., WEINMAN, J., HOUWELINGEN, H. C., ROOS, R. A.: 2002 "Living with Huntington's Disease: Illness Perceptions, Coping Mechanism, and Patients' Well-Being", **British Journal of Health Psychology**, 7/4, 449-462.
- HEMPHILL, R. C., STEPHENS, M. A., ROOK, K. S., FRANKS, M. M., SALEM, J. K.: 2013 "Older Adults' Beliefs about The Timeline of Type 2 Diabetes and Adherence to Dietary Regimens", **Psychol Health**, 28/2, 139-153.
- HILTUNEN, L.: 2005 "Are There Associations Between Socio-Economic Status and Known Diabetes in An Elderly Finnish Population?", **Central European Journal of Public Health**, 13/4, 187.
- HO, C. S., CHEE, C. Y., HO, R. C.: 2020 "Mental Health Strategies to Combat The Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic," **Ann Acad Med Singapore**, 49/1, 1-3.
- HOLMES-TRUSCOTT, E., SKINNER, T. C., POWWER, F., SPEIGHT, J.: 2016 "Explaining Psychological Insulin Resistance in Adults with Non-Insulin-Treated Type 2 Diabetes: The Roles of Diabetes Distress and Current Medication Concerns. Results From Diabetes

- MILES—Australia”, **Primary Care Diabetes**, 10/1, 75-82.
- HORESH, D., BROWN, A. D.: 2020 “Traumatic Stress in The Age of COVID-19-19: A Call to Close Critical Gaps and Adapt to New Realities”, **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy**, 12/4, 331.
- HOWARD, D. H., SENTELL, T., GAZMARARIAN, J. A.: 2006 “Impact of Health Literacy on Socioeconomic and Racial Differences in Health in An Elderly Population”, **Journal of General Internal Medicine**, 21/8, 857-861.
- HURT, C. S., WEINMAN, J., LEE, R., BROWN, R. G.: 2012 “The Relationship of Depression and Disease Stage to Patient Perceptions of Parkinson’s Disease” **Journal of Health Psychology**, 17/7, 1076-1088.
- İZGİ, C.: 2014 “Tip II Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısının Diyabet Yönetimine Etkisi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- JANSEN, D. L., HEIJMANS, M. J., RIJKEN, M., SPREEUWENBERG, P., GROOTENDORST, D. C., DEKKER, F. W., . . . GROENEWEGEN, P. P.: 2013 “Illness Perceptions and Treatment Perceptions of Patients with Chronic Kidney Disease: Different Phases, Different Perceptions”, **Br J Health Psychol**, 18/2, 244-262.
- JASON, L. A., FENNELL, P. A., KLEIN, S., FRICANO, G., HALPERT, J.: 1999 “An Investigation of The Different Phases of The ME/CFS İllness”, **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, 5, 35-54.
- JASON, L. A., FENNELL, P. A., TAYLOR, R. R., FRICANO, G., HALPERT, J. A.: 2000 “An Empirical Verification of The Fennell Phases of The CFS İllness”, **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, 6/1, 47-56.
- JASON, L. A., FRICANO, G., TAYLOR, R. R., HALPERT, J., FENNELL, P. A., KLEIN, S., LEVINE, S.: 2000 “Chronic Fatigue Syndrome: An Examination of The Phases”, **Journal of Clinical Psychology**, 56, 1497-1508.
- JAYNE, R. L., RANKIN, S. H.: 2001 “Application of Leventhal's Self-Regulation Model to Chinese Immigrants with Type 2 Diabetes”, **J Nurs Scholarsh**, 33/1, 53-59.

- JEZEWSKI, M. A., POSS, J.: 2002 “Mexican Americans' Explanatory Model of Type 2 Diabetes”, **West J Nurs Res**, 24/8, 840-858.
- JING, X., CHEN, J., DONG, Y., HAN, D., ZHAO, H., WANG, X., ... MA, J.: 2018 “Related Factors of Quality of Life of Type 2 Diabetes Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Health Qual Life Outcomes**, 16/1, 189.
- KARAÇAM, Z., ÇELİK, D.: 2019 “The Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, 34/8, 1331-1341.
- KARADEDE, M.: 2021 “Tip 2 Diyabetli Yaşlıların Oral Antidiyabetik İlaçlar Hakkında İnançlarının ve Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- KARASAKAL, S.: 2020 “Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarında Diyabet Regülasyonu ve Diyabet Yaşı ile Hastanın Kırılganlığının Bir Göstergesi Olan Yürüme Hızı Arasındaki İlişki”, **Uzmanlık Tezi**, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- KARATAŞ, T., ÖZEN, Ş., KUTLUTÜRKAN, S.: 2017 “Factor Structure and Psychometric Properties of The Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish Cancer Patients”, **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, 4/1, 77-83.
- KARATAY, H.: 2010 “İlköğretim Öğrencilerinin Okuduğunu Kavrama ile İlgili Bilişsel Farkındalıkları”, **Türklük Bilimi Araştırmaları**, 27/27, 457-475.
- KARŞIDAĞ, K., MALHAN, S.: 2011 “Türkiye’de Diyabetin Toplumsal Yükü: Hastalık Yönetimi ve Maliyet Açısından Bir Değerlendirme”, **47. Ulusal Diyabet Kongresi**, Antalya, 1-106.
- KATON, W., LIN, E. H., KROENKE, K.: 2007 “The Association of Depression and Anxiety with Medical Symptom Burden in Patients with Chronic Medical Illness”, **General Hospital Psychiatry**, 29/2, 147-155.
- KATON, W. J., LIN, E. H., VON KORFF, M., CIECHANOWSKI, P., LUDMAN, E. J., YOUNG, B., ... MCCULLOCH, D.: 2010 “Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses”, **New England Journal of Medicine**, 363/27, 2611-2620.

- KENDALL, E., BUYS, N.: 1998 “An Integrated Model of Psychosocial Adjustment Following Acquired Disability”, **Journal of Rehabilitation**, 64, 16-20.
- KEOGH, K. M., WHITE, P., SMITH, S. M., MCGILLOWAY, S., O'DOWD, T., GIBNEY, J.: 2007 “Changing Illness Perceptions in Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes, A Randomised Controlled Trial of A Family-Based Intervention: Protocol and Pilot Study”, **BMC Fam Pract**, 8, 36.
- KHOWAJA, L. A., KHUWAJA, A. K., COSGROVE, P.: 2007 “Cost of Diabetes Care in Out-Patient Clinics of Karachi, Pakistan”, **BMC Health Services Research**, 7/1, 1-8.
- KILINÇ, M., DOĞAN, A.: 2014 “Ortaokul 7. ve 8. Sınıf Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı ile Biliş Üstü Farkındalıklarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi”, **Turkish Studies**, 9, 5.
- KNIBB, R. C., HORTON, S. L.: 2008 “Can Illness Perceptions and Coping Predict Psychological Distress Amongst Allergy Sufferers?”, **British Journal of Health Psychology**, 13/1, 103-119.
- KOCAMAN, N., ÖZKAN, M., ARMAY, Z., ÖZKAN, S.: 2007 “Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 4, 271-280.
- KOÇ, E.: 2020 “Tip 2 Diyabet Tanısı Konmuş Kişilerde Hastalık Öz Yönetiminin Değerlendirilmesi ve Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeğinin Geliştirilmesi”, **Uzmanlık Tezi**, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- KOLLMANN, J., GOLLWITZER, M., SPADA, M., FERNIE, B.: 2016 “The Association Between Metacognitions and The Impact of Fibromyalgia in A German Sample”, **Journal of Psychosomatic Research**, 83, 1-9.
- KOMMOJU, U. J., REDDY, B. M.: 2011 “Genetic Etiology of Type 2 Diabetes Mellitus: A Review”, **International Journal of Diabetes in Developing Countries**, 31/2, 51-64.
- KOOPMAN, R. J., MAINOUS, A. G., DIAZ, V. A., GEESEY, M. E.: 2005 “Changes in Age at Diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus in The United States, 1988 To 2000”, **The Annals of Family Medicine**, 3/1, 60-63.
- KUGBEY, N., OPPONG ASANTE, K., & ADULAI, K.: 2017 “Illness Perception, Diabetes Knowledge and Self-Care Practices Among Type-2 Diabetes Patients: A Cross-Sectional Study”, **BMC Res Notes**, 10/1, 381.

- KUNT, K.: 2021 “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Tedavi Uyumu ve Diyabete Bağlı Yaşam Kalitesi”, **Uzmanlık Tezi**, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- KÜÇÜK, L: 2015 “Diyabetin Ruhsal Boyutu”, **Okmeydanı Tıp Dergisi**, 31, 52-56.
- LAI, W. A., CHIE, W. C., LEW-
TING, C. Y.: 2007 “How Diabetic Patients' Ideas of Illness Course Affect Non-Adherent Behaviour: A Qualitative Study”, **British Journal of General Practice**, 57/537, 296-302.
- LARRAÑAGA, A., DOCET, M. F.,
GARCÍA-MAYOR, R. V.: 2011 “Disordered Eating Behaviors in Type 1 Diabetic Patients”, **World Journal of Diabetes**, 2/11, 189.
- LARSON, J. S.: 1999 “The Conceptualization of Health”, **Medical Care Research and Review**, 56/2, 123-136.
- LAU, R. R., BERNARD, T. M.,
HARTMAN, K. A.: 1989 “Further Explorations of Common-Sense Representations of Common Illnesses”, **Health Psychology**, 8, 195-219.
- LAWSON, V. L., BUNDY, C.,
HARVEY, J. N.: 2008 “The Development of Personal Models of Diabetes in The First 2 Years After Diagnosis: A Prospective Longitudinal Study. **Diabetic Medicine**, 25/4, 482-490.
- LENZO, V., SARDELLA, A.,
MARTINO, G., QUATTROPANI,
M. C.: 2020 “A Systematic Review of Metacognitive Beliefs in Chronic Medical Conditions”, **Frontiers in Psychology**, 10, 1-13.
- LEVENTHAL, H.: 1970 “Findings and Theory in The Study of Fear Communications”, **Advances in Experimental Social Psychology**, 5, 119-186.
- LEVENTHAL, H., BRELAND, J.
Y., MORA, P. A., LEVENTHAL, E.
A.: 2010 Lay Representations of Illness and Treatment: A Framework for Action, **Handbook of Behavioral Medicine: Methods And Applications**, A. Steptoe (Ed.), New York: Springer, 137-154.
- LEVENTHAL, H., BRISSETTE, I.,
LEVENTHAL, E. A.: 2003 The Common-Sense Model of Self Regulation of Health And Illness, **The Self Regulation Of Health And Illness Behaviour**, D. Cameron, H. Leventhal (Ed.), London: Routledge, 42–65.

- LEVENTHAL, H., BROWNLEE, S., DİEFENBACH, M., LEVENTHAL, E. A., PATRICK-MILLER, L.: 1997 **Illness Representations: Theoretical Foundations, Perception of Health and Illness**, K. J. Petrie, J. A. Weinman (Ed.), London: Harwood Publishers, s.19-45.
- LEVENTHAL, H., DİEFENBACH, M., LEVENTHAL, E. A.: 1992 "Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions", **Cognitive Therapy and Research**, 16, 143–163.
- LEVENTHAL, H., HALM, E., HOROWITZ, C., LEVENTHAL, E. A., OZAKINCI, G.: 2005 **Living with Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach**, **The SAGE Handbook of Health Psychology**, S. Sutton, A., Baum, M., Johnston, London: Sage Publications, s.197-240.
- LEVENTHAL, H., MEYER, D., NERENZ, D.:1980 **The Common Sense Representation of Illness Danger**, **Contributions to Medical Psychology**, S. J. Rachman (Ed.), Oxford: Pergamon, s. 7-30.
- LEVENTHAL, H., NERENZ, D. R., STEELE, D. J.: 1984 **Illness Representations and Coping with Health Threats**, **Handbook of Psychology and Health**, London: Routledge, 219-252.
- LEVENTHAL, H., PHILLIPS, L., BURNS, E.: 2016 "The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A Dynamic Framework for Understanding Illness Self-Management", **Journal of Behavioral Medicine**, 39/6, 935-946.
- LI, C., BARKER, L., FORD, E., ZHANG, X., STRINE, T., MOKDAD, A.: 2008 "Diabetes and Anxiety in US Adults: Findings From The 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System", **Diabetic Medicine**, 25/7, 878-881.
- LLOYD, C., NOUWEN, A., SARTORIUS, N., AHMED, H., ALVAREZ, A., BAHENDEKA, S., . . BULGARI, V.: 2018 "Prevalence and Correlates of Depressive Disorders in People with Type 2 Diabetes: Results from The International Prevalence and Treatment of Diabetes and Depression (INTERPRET-DD) Study, A Collaborative Study Carried Out in 14 Countries", **Diabetic Medicine**, 35/6, 760-769.
- LUDMAN, E. J., KATON, W., RUSSO, J., VON KORFF, M., SIMON, G., CIECHANOWSKI, P., . . YOUNG, B.: 2004 "Depression and Diabetes Symptom Burden, **General Hospital Psychiatry**, 26/6, 430-436.
- MAHER-EDWARDS, L., FERNIE, B. A., MURPHY, G., NIKCEVIC, A. V., SPADA, M. M.: 2012 "Metacognitive Factors in Chronic Fatigue Syndrome", **Clin. Psychol. Psychother**, 9/6, 552-557.

- MAHER-EDWARDS, L., FERNIE, B. A., MURPHY, G., WELLS, A., SPADA, M. M.: 2011
“Metacognitions and Negative Emotions as Predictors of Symptom Severity in Chronic Fatigue Syndrome”, **Journal of Psychosomatic Research**, 70/4, 311-317.
- MANNUCCI, E., ROTELLA, F., RICCA, V., MORETTI, S., PLACIDI, G. F., CARLO, ROTELLA, C. M.: 2005
“Eating Disorders in Patients with Type 1 Diabetes: A Meta-Analysis”, **Journal of Endocrinological Investigation**, 28/7, 417-419.
- MARTINEZ, K., LOCKHART, S., DAVIES, M., LINDSAY, J. R., DEMPSTER, M.: 2018
“Diabetes Distress, Illness Perceptions and Glycaemic Control in Adults with Type 2 Diabetes” **Psychol Health Med**, 23/2, 171-177.
- MARTINO, G., CATALANO, A., BELLONE, F., RUSSO, G. T., VICARIO, C. M., LASCO, A., . . . MORABITO, N.: 2019
“As Time Goes By: Anxiety Negatively Affects The Perceived Quality of Life In Patients with Type 2 Diabetes of Long Duration”, **Front Psychol**, 10, 1779.
- MC SHARRY, J., MOSS-MORRIS, R., KENDRICK, T.: 2011
“Illness Perceptions and Glycaemic Control In Diabetes: A Systematic Review with Meta-Analysis”, **Diabetic Medicine**, 28/11, 1300-1310.
- MENDENHALL, E., NORRIS, S. A., SHIDHAYE, R., PRABHAKARAN, D.: 2014
“Depression and Type 2 Diabetes in Low-And Middle-Income Countries: A Systematic Review”, **Diabetes Research and Clinical Practice**, 103/2, 276-285.
- METE, H. E.: 2008
“Kronik Hastalık ve Depresyon”, **Klinik Psikiyatri**, 11/3, 3-18.
- MEYER, D., LEVENTHAL, H., GUTMANN, M.: 1985
“Common-Sense Models of Illness: The Example Of Hypertension”, **Health Psychology**, 4, 115–135.
- MEZUK, B., JOHNSON-LAWRENCE, V., LEE, H., RAFFERTY, J. A., ABDOL, C. M., UZOGARA, E. E., JACKSON, J. S.: 2013
“Is Ignorance Bliss? Depression, Antidepressants, and The Diagnosis of Prediabetes and Type 2 Diabetes”, **Health Psychology**, 32/3, 254.
- MIKALIŪKŠTIENĖ, A., ŽAGMINAS, K., JUOZULYNAS, A., NARKAUSKAITĖ, L., SAŁYGA, J., JANKAUSKIENĖ, K., . . . ŠURKIENĖ, G.: 2014
“Prevalence and Determinants of Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Type 2 Diabetes in Lithuania”, **Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, 20, 182.

- MIKOLAJCZYK, R. T., EL ANSARI, W., MAXWELL, A. E.: 2009
- MIRHOSSEINI, S., ZARCH, M. K., NASIREIAN, M.: 2020
- MONTGOMERY, S. M., COOK, D. G., BARTLEY, M. J., WADSWORTH, M. E.: 1998
- MOSS-MORRIS, R., WEINMANN, J., PETRIE, K. J., HORNE, R., CAMERON, L. D., BUICK, L.: 2002
- MOUSSAVI, S., CHATTERJI, S., VERDES, E., TANDON, A., PATEL, V., USTUN, B.: 2007
- MUKHTAR, S., MUKHTAR, S.: 2020
- MURPHY, E., KINMONTH, A. L.: 1995
- NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION.: 2017
- NERENZ, D. R., LEVENTHAL, H., LOVE, R. R.: 1982
- NG, M., FLEMING, T., ROBINSON, M., THOMSON, B., GRAETZ, N., MARGONO, C., . . . ABERA, S. F.: 2014
- “Food Consumption Frequency and Perceived Stress and Depressive Symptoms among Students in Three European Countries”, **Nutrition Journal**, 8/1, 1-8.
- “The Effectiveness of Metacognitive Training on Depression Level of Diabetes Type 2 Patients”, **Iranian Journal of Diabetes And Obesity**, 7/2, 69-72.
- “Unemployment, Cigarette Smoking, Alcohol Consumption and Body Weight in Young British Men”, **The European Journal of Public Health**, 8/1, 21-27.
- “The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)”, **Psychol Health**, 17, 1-16.
- “Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results From The World Health Surveys”, **The Lancet**, 370/9590, 851-858.
- “Letter to The Editor: Mental Health and Psychological Distress in People with Diabetes During COVID-19.” **Metabolism-Clinical and Experimental**, 108.
- “No Symptoms, No Problem? Patients' Understandings on Non-Insulin Dependent Diabetes”, **Family Practice**, 12/2, 184-192.
- “National Diabetes Statistics Report”, (Çevirimiçi), <https://dev.diabetes.org/sites/default/files/2019-06/Cdc-Statistics-Report-2017.pdf>, 18 Temmuz 2020.
- “Factors Contributing to Emotional Distress During Cancer Chemotherapy”, **Cancer**, 50/5, 1020-1027.
- “Global, Regional, and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults During 1980–2013: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2013”, **The Lancet**, 384/9945, 766-781.

- NGUYEN, A. T.: 2014
“Self-Management of Type 2 Diabetes: Perspectives of Vietnamese Americans”, **J Transcult Nurs**, 25/4, 357-363.
- NSEREKO, E., BAVUMA, C., TUYIZERE, M., UFASHINGABIRE, C., RWAKAGEYO, J., YAMURAGIYE, A.: 2013
OGDEN, J.: 2007
“Illness Perceptions and Depression in Relation To Self-Care Behaviour among Type 2 Diabetes Patients in A Referral Hospital in Kigali-Rwanda”, **Rwanda Journal of Health Sciences**, 2/1, 1-9.
- OGDEN, J.: 2016
Health Psychology: A Textbook, (4th Ed.). New York: Open University Press.
- OLGUN, N., YALIN, H., DEMİR, H. G.: 2011
Sağlık Psikolojisi, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- OSTEFJELLS, T., MELLE, I., HAGEN, R., ROMM, K. L., SONMEZ, N., ANDREASSEN, O. A., ROSSBERG, J. I.: 2015
“Diyabetle Mücadelede Diyabet Risklerinin Belirlenmesi ve Tanılama”, **Family Physician**, 2/2, 36-44.
- ÖZBEK, A.: 2014
“Unhelpful Metacognitive Beliefs in Early Psychosis are Associated with Affective Symptoms and Childhood Social Adjustment”, **Schizophr Res**, 169/1-3, 280-285.
- ÖZDEMİR, İ., HOCAOĞLU, Ç., KOÇAK, M., ERSÖZ, H. Ö.: 2011
“Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Depresyon ve Kaygı Durumunun Tedavi ile İlişisinin Değerlendirilmesi”, **Uzmanlık Tezi**, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- ÖZSOY, F., OKAN, S.: 2018
“Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler”, **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, 24/2, 128-138.
- PADDISON, C., ALPASS, F., STEPHENS, C.: 2010
“Fibromiyalji Sendromu Tanılı Hastalarda Zihin Kuramı ve Üst Biliş İşlevleri”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 21/4, 351-359.
- PADDISON, C. A. M., ALPASS, F. M., STEPHENS, C. V.: 2008
“Using The Common Sense Model of İllness Self-Regulation to Understand Diabetes-Related Distress: The Importance of Being Able to ‘Make Sense’ of Diabetes”, **New Zealand Journal of Psychology**, 39, 44-49.
- PADDISON, C. A. M., ALPASS, F. M., STEPHENS, C. V.: 2008
“Psychological Factors Account for Variation in Metabolic Control and Perceived Quality of Life Among People with Type 2 Diabetes in New

- Zealand”, **International Journal of Behavioral Medicine**, 15/3, 180-186.
- PARK, M., KATON, W. J., WOLF, F. M.: 2013 “Depression and Risk of Mortality in Individuals with Diabetes: A Meta-Analysis and Systematic Review”, **General Hospital Psychiatry**, 35/3, 217-225.
- PASCHALIDES, C., WEARDEN, A. J., DUNKERLEY, R., BUNDY, C., DAVIES, R., DICKENS, C. M.: 2004 “The Association 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, 557-564.
- PATERSON, B. L.: 2001). “The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness”, **Journal of Nursing Scholarship**, 33/1, 21-26.
- PATI, S., PATI, S., VAN DEN AKKER, M., SCHELLEVIS, F. F. G., JENA, S., BURGERS, J. S.: 2020 “Impact of Comorbidity on Health-Related Quality of Life among Type 2 Diabetic Patients in Primary Care”, **Primary Health Care Research & Development**, 21/e9, 1-8.
- PEARCE, M. J., PEREIRA, K., DAVIS, E.: 2013 “The Psychological Impact of Diabetes: A Practical Guide for The Nurse Practitioner”, **Journal of The American Association of Nurse Practitioners**, 25/11, 578-583.
- PEEL, E., PARRY, O., DOUGLAS, M., LAWTON, J.: 2004 “Diagnosis of Type 2 Diabetes: A Qualitative Analysis of Patients' Emotional Reactions and Views about Information Provision”, **Patient Educ Couns**, 53/3, 269-275.
- PETERS, S. A., HUXLEY, R. R., WOODWARD, M.: 2014 “Diabetes as Risk Factor for Incident Coronary Heart Disease in Women Compared with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of 64 Cohorts Including 858,507 Individuals and 28,203 Coronary Events”, **Diabetologia**, 57/8, 1542-1551.
- PETRIE, K., WEINMAN, J.: 2006 “Why Illness Perceptions Matter”, **Clinical Medicine**, 6/6, 536.
- PETRIE, K. J., WESSELY, S.: 2002 “Modern Worries, New Technology, and Medicine”, **BMJ**, 324, 690–691.

- PEYROT, M., MCMURRY JR, J. F., KRUGER, D. F.: 1999 "A Biopsychosocial Model of Glycemic Control in Diabetes: Stress, Coping and Regimen Adherence", **Journal of Health and Social Behavior**, 141-158.
- PEYROT, M., RUBIN, R. R.: 1999 "Persistence of Depressive Symptoms in Diabetic Adults", **Diabetes Care**, 22/3, 448-452.
- PHILLIPS, A. L., LEVENTHAL, H., LEVENTHAL, E. A.: 2013 "Assessing Theoretical Predictors of Long-Term Medication Adherence: Patients' Treatment-Related Beliefs, Experiential Feedback and Habit Development", **Psychol Health**, 28/10, 1135-1151.
- PHILLIPS, L. A., COHEN, J., BURNS, E., ABRAMS, J., RENNINGER, S.: 2016 "Self-Management of Chronic Illness: The Role of 'Habit' Versus Reflective Factors in Exercise and Medication Adherence", **J Behav Med**, 39/6, 1076-1091.
- PINCHEVSKY, Y., BUTKOW, N., RAAL, F., CHIRWA, T., ROTHBERG, A.: 2020 "Demographic and Clinical Factors Associated with Development of Type 2 Diabetes: A Review of the Literature", **International Journal of General Medicine**, 13, 121-129.
- POWERS, M. A., BARDSLEY, J., CYPRESS, M., DUKER, P., FUNNELL, M. M., FISCHL, A. H., . . VIVIAN, E.: 2017 "Diabetes Self-Management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of The American Diabetes Association, The American Association Of Diabetes Educators, And The Academy Of Nutrition And Dietetics", **The Diabetes Educator**, 43/1, 40-53.
- PUREWAL, R., FISHER, P. L.: 2018 "The Contribution of Illness Perceptions and Metacognitive Beliefs to Anxiety and Depression in Adults with Diabetes", **Diabetes Research and Clinical Practice**, 16-22.
- RAVAL, A., DHANARAJ, E., BHANSALI, A., GROVER, S., TIWARI, P.: 2010 "Prevalence & Determinants of Depression in Type 2 Diabetes Patients in A Tertiary Care Centre", **Indian Journal of Medical Research**, 132/2, 195.
- REHMAN, A., KAZMI FARHANA, S.: 2015 "Prevalence and Level of Depression, Anxiety and Stress Among Patients with Type-2 Diabetes Mellitus", **Ann. Pak. Inst. Med. Sci**, 11/2, 81-86.
- REYNOLDS, N. L., BROWN, M. M., JASON, L. A.: 2009 "The relationship of Fennell Phases to Symptoms among Patients with Chronic Fatigue Syndrome" **Evaluation & the Health Professions**, 32/3, 264-280.

REYNOLDS, N. R., SANZERO
ELLER, L., NICHOLAS, P. K.,
CORLESS, I. B., KIRKSEY, K.,
HAMILTON, M. J., ...
HOLZEMER, W. L.: 2009

ROBINSON, D. J., COONS, M.,
HAENSEL, H., VALLIS, M.,
YALE, J.-F.: 2018

ROSENSTOCK, I. M.: 1974

ROUPA, Z., KOULOURI, A.,
SOTIROPOULOU, P.,
MAKRINIKI, E., MARNERAS, X.,
LAHANA, I., GOURNI, M.: 2009

ROY, T., LLOYD, C. E.: 2012

SACRE, J. W., HOLMES-
TRUSCOTT, E., SALİM, A.,
ANSTEY, K. J., DRUMMOND, G.
R., HUXLEY, R. R., ... SHAW, J.
E.: 2021

SAKAMAKI, H., IKEDA, S.,
IKEGAMI, N., UCHIGATA, Y.,
IWAMOTO, Y., ORIGASA, H., ...
OTANI, Y.: 2006

SATMAN, I., OMER, B.,
TUTUNCU, Y., KALACA, S.,
GEDİK, S., DINCCAG, N., ...
CANBAZ, B.: 2013

SATMAN, I., YILMAZ, T.,
SENGÜL, A., SALMAN, S.,
SALMAN, F., UYGUR, S., ...
DİNÇÇAG, N.: 2002

SAYIN, S., SAYIN, S., BURSALI,
B., & İPEK, H. B.: 2019

“HIV Illness Representation as A Predictor of Self-Care Management and Health Outcomes: A Multi-Site, Cross-Cultural Study”, **AIDS and Behavior**, 13, 258–267.

“Diabetes and Mental Health”, **Canadian Journal of Diabetes**, 42, 130-141.

“Historical Origins of The Health Belief Model”, **Health Education Monographs**, 2, 1–8.

“Anxiety and Depression in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, Depending on Sex and Body Mass Index”, **Health Science Journal**, 3/1, 32-40.

“Epidemiology of Depression and Diabetes: A Systematic Review” **Journal of Affective Disorders**, 142, 8-21.

“Impact of The COVID-19 Pandemic and Lockdown Restrictions on Psychosocial and Behavioural Outcomes among Australian Adults with Type 2 Diabetes: Findings From The PREDICT Cohort Study.” **Diabetic Medicine**, e14611.

“Measurement of HRQL Using EQ-5D in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Japan”, **Value in Health**, 9/1, 47-53.

“Twelve-Year Trends in The Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults”, **European Journal of Epidemiology**, 2, 169-180.

“Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP)”. **Diabetes Care**, 25/9, 1551-1556.

“Tip 2 Diyabet Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Riski ve İlişkili Faktörler”, **Cukurova Medical Journal**, 44/2, 479-485.

- | | |
|--|---|
| SCHARLOO, M., DE JONG, R. J. B., LANGEVELD, T. P. M., VELZEN-VERKAİK, E. V., DEN AKKER, M. M. D., KAPTEİN, A. A.: 2005 | “Quality of Life and Illness Perceptions in Patients with Recently Diagnosed Head and Neck Cancer”, Head & Neck , 27/10, 857-863. |
| SCHUSSLER, G.: 1992 | “Coping Strategies and Individual Meanings of Illness”, Social Science & Medicine , 34, 427-432. |
| SCOLLAN-KOLIOPOULOS, M., O'CONNELL, K. A., WALKER, E. A.: 2007 | “Legacy of Diabetes and Self-Care Behavior”, Res Nurs Health , 30/5, 508-517. |
| SCOLLAN-KOLIOPOULOS, M., WALKER, E. A., RAPP, K. J.: 2011 | “Self-Regulation Theory and The Multigenerational Legacy of Diabetes”, Diabetes Educ , 37/5, 669-679. |
| SHARPE, L., CURRAN, L.: 2006 | “Understanding The Process of Adjustment to Illness”, Soc Sci Med , 62/5, 1153-1166. |
| SHEIKH, S., MALIHI ALZACKERINI, S., ZAM, F., BASERI, A.: 2020 | “Effect of Dialectical Behavior and Metacognitive Therapies on Depression and Fasting Blood Sugar in Patients with Type II Diabetes”, Journal of Diabetes Nursing , 8/3, 1175-1187. |
| SHEIKH, S., MALIHI ALZACKERINI, S., ZAM, F., BASERI, A.: 2021 | “Investigating the Effect of Two Methods of Dialectic Behavioral therapies and Metacognitive therapy on the Body Mass Index and Emotional Eating Behavior in Patients with type 2 Diabetes”, International Journal of Health Studies , 7/2, 36-42. |
| SIYAVOSHIFAR, N.: 2016 | “Comparison Metacognitive Beliefs and Control Strategies of Thought and Document Styles among Diabetes and Healthy People”, The Journal of Social Sciences and Humanities , 13, 62-66. |
| SIROIS, F. M., MOLNAR, D. S., HIRSCH, J. K.: 2015 | “Self-Compassion, Stress, and Coping in The Context of Chronic Illness”, Self and Identity , 14/3, 334-347. |
| SKINNER, T. C., HOWELLS, L., GREENE, S., EDGAR, K., MCEVILLY, A., JOHANSSON, A.: 2003 | “Development, Reliability and Validity of The Diabetes Illness Representations Questionnaire: Four Studies with Adolescents”, Diabetic Medicine , 20/4, 283-289. |

- SKINNER, T. C., KHUNTI, K., CAREY, M. E., DALLOSSO, H., HELLER, S., DAVIES, M. J.: 2014
 “Stability and Predictive Utility, Over 3 Years, of The Illness Beliefs of Individuals Recently Diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus”, *Diabetic Medicine*, 31/10, 1260-1263.
- SKOVLUND, S. E., PEYROT, M.: 2005
 “The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: A New Approach to Improving Outcomes of Diabetes Care”, **Diabetes Spectrum**, 18/3, 136-142.
- SMEDEMA, S. M., BAKKEN-GILLEN, S. K., DALTON, J.: 2009
 “Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Models and Measurement” **Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A Handbook for Evidence-Based Practitioners in Rehabilitation**, F. Chan, E. Da Silva Cardoso, J. A. Chronister (Ed.), New York, NY, US: Springer Publishing Co, s. 51-73.
- SMITH, K. J., BÉLAND, M., CLYDE, M., GARIÉPY, G., PAGÉ, V., BADAWI, G., ... SCHMITZ, N.: 2013
 “Association of Diabetes with Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **Journal of Psychosomatic Research**, 74/2, 89-99.
- SNOEK, F. J., BREMMER, M. A., HERMANN, N.: 2015
 “Constructs of Depression and Distress in Diabetes: Time for an Appraisal”, **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, 3/6, 450-460.
- SÖKMEN, Y., KILIÇ, D.: 2016
 “Sınıf Öğretmeni Adaylarının Yürütücü Biliş, Düşünme Stilleri ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, 24/3, 1109-1126.
- SÖZMEN, K., UNAL, B., CAPEWELL, S., CRITCHLEY, J., O’FLAHERTY, M.: 2015
 “Estimating Diabetes Prevalence in Turkey in 2025 with and without Possible Interventions to Reduce Obesity and Smoking Prevalence, Using A Modelling Approach”, **International Journal of Public Health**, 60/1, 13-21.
- SPADA, M. M., MOHIYEDDINI, C., WELLS, A.: 2008
 “Measuring Metacognitions Associated with Emotional Distress: Factor Structure and Predictive Validity of The Metacognitions Questionnaire 30”, **Pers. Individ. Dif**, 45, 238–242.
- SPADA, M. M., NIKČEVIĆ, A. V., MONETA, G. B., WELLS, A.: 2008
 “Metacognition, Perceived Stress, and Negative Emotion”, **Personality and Individual Differences**, 44/5, 1172-1181.

- SPERRY, L.: 2009
“Therapeutic Response to Patients and Families Experiencing Chronic Medical Conditions”, **The Family Journal**, 17/2, 180-184.
- STERN, A. F.: 2014
“The Hospital Anxiety and Depression Scale”, **Occupational Medicine**, 64/5, 393-394.
- STRUJIS, J. N., BAAN, C. A., SCHELLEVIS, F. G., WESTERT, G. P., VAN DEN BOS, G. A.: 2006
“Comorbidity in Patients with Diabetes Mellitus: Impact on Medical Health Care Utilization”, **BMC Health Services Research**, 6/1, 84.
- SUN, N., LOU, P., SHANG, Y., ZHANG, P., WANG, J., CHANG, G., & SHI, C.: 2016
“Prevalence and Determinants of Depressive and Anxiety Symptoms in Adults with Type 2 Diabetes in China: A Cross-Sectional Study”, **BMJ Open**, 6/8, 1-8.
- SUN, X., ZHU, C., SO, S. H. W.: 2017
“Dysfunctional Metacognition Across Psychopathologies: A Meta-Analytic Review”, **Eur Psychiatry**, 45, 139-153.
- SUVISAARI, J., KEINÄNEN, J., ESKELINEN, S., MANTERE, O.: 2016
“Diabetes and Schizophrenia”, **Current Diabetes Reports**, 16/2, 16.
- ŞEN, E. T.: 2019
“Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Tanısı Almış Bireylerde Hastalık Algısı, İlaça Uyum Davranışı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki İlişkiler: Öz Düzenleyici Model Açısından Bir İnceleme”, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- TAKII, M., UCHIGATA, Y., TOKUNAGA, S., AMEMIYA, N., KINUKAWA, N., NOZAKI, T., . . . KUBO, C.: 2008
“The Duration of Severe Insulin Omission is The Factor Most Closely Associated with The Microvascular Complications of Type 1 Diabetic Females with Clinical Eating Disorders”, **International Journal Of Eating Disorders**, 41/3, 259-264.
- TANG, J., GAO, L. L.: 2019
“Illness Perceptions among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study”, **International Journal of Nursing Practice**, e12801, 1-10.
- TAŞKALE, N.: 2020
Diyabet, **Sağlık Psikolojisi Alan Uygulamaları Kronik Hastalıklar**, N. Aydemir, A. H. Uzunkaya (Ed.), Ankara: Nobel Kitabevi.

- TAYLOR, S. E.: 1983 “Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation”, **American Psychologist**, 38/11, 1161.
- TAYLOR, S. E., LICHTMAN, R. R., WOOD, J. V.: 1984 “Attributions, Beliefs about Control, and Adjustment to Breast Cancer”, **J Pers Soc Psychol**, 46/3, 489-502.
- THOMAS, J., JONES, G., SCARINCI, I., BRANTLEY, P.: 2003 “A Descriptive and Comparative Study of The Prevalence of Depressive and Anxiety Disorders in Low-Income Adults with Type 2 Diabetes and Other Chronic Illnesses”, **Diabetes Care**, 26/8, 2311-2317.
- THONGSAI, S.: 2015 “Do Illness Perceptions Predict The Attendance Rate at Diabetic Outpatient Clinic?”, **Glob J Health Sci**, 7/2, 254-262.
- TOPALOĞLU, U. S., EROL, K.: 2019 “Sociodemographic and Clinical Status and Its Associations with Disability in Patients with Prediabetes”, **Sakarya Tıp Dergisi**, 9/2, 319-325.
- TUNCAY, T., MUSABAK, I., GOK, D. E., KUTLU, M.: 2008 “The Relationship Between Anxiety, Coping Strategies and Characteristics of Patients with Diabetes”, **Health and Quality of Life Outcomes**, 6/1, 79.
- TUNÇ, A.: 2014 “Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi ile Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi”, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- TURHAN, H.: 2007 “Tıp 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine göre Depresyon ve Anksiyete”, **Uzmanlık Tezi**, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- TÜİK.: 2020 “İstatistiklerle Gençlik, 2020”, (Çevirimiçi) <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Bulten/Index?P=Istatistiklerle-Genclik-2020-37242>, 18 Temmuz, 2020.
- TÜRKİYE ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA DERNEĞİ.: 2020 TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 14. Baskı, Ankara.

- ULUSAL DİYABET KONSENSUS EKİBİ.: 2019 “TURKDİAB Diyabet Tanı Ve Tedavi Rehberi 2019” (Çevirimiçi), <https://Docplayer.Biz.Tr/136463027-Ulusal-Diyabet-Konsensus-Grubu-Diyabet-Tani-Ve-Tedavi-Rehberi.Html>, 15 Temmuz 2020.
- ULUSLARARASI DİYABET FEDERASYONU.: 2019 “IDF Diabetes Atlas”, (Çevirimiçi), <https://Www.Diabetesatlas.Org/En/>
- ULUSLARARASI DİYABET FEDERASYONU.: 2020 “About Diabetes”, (Çevirimiçi) <https://idf.org/aboutdiabetes/type-2-diabetes.html>
- UYSAL, Y., AKPINAR, E.: 2013 “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon”, **Çukurova Medical Journal**, 38/1, 31-40.
- VAAG, A., BRØNS, C., GILLBERG, L., HANSEN, N. S., HJORT, L., ARORA, G. P., . . . GRUNNET, L. G.: 2014 “Genetic, Nongenetic and Epigenetic Risk Determinants in Developmental Programming of Type 2 Diabetes”, **Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica**, 93/11, 1099-1108.
- VAN HOOFF, E., COOMANS, D., CLUYDTS, R., DE MEIRLEIR, K.: 2004a. “Association Between Fennell Phase Inventory Scores and Immune and Rnase-L Parameters in Chronic Fatigue Syndrome”, **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, 12/2, 19-34.
- VAN HOOFF, E., COOMANS, D., CLUYDTS, R., DE MEIRLEIR, K.: 2004b. “The Fennell Phase Inventory in A Belgian Sample”, **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, 12/1, 53-69.
- VAN PUFFELEN, A. L., HEIJMANS, M. J., RIJKEN, M., RUTTEN, G. E., NIJPELS, G., SCHELLEVIS, F. G.: 2015 “Illness Perceptions and Self-Care Behaviours in The First Years of Living with Type 2 Diabetes: Does The Presence Of Complications Matter?”, **Psychol Health**, 30/11, 1274-1287.
- VAUGHAN, R., MORRISON, L., MILLER, E.: 2003 “The Illness Representations of Multiple Sclerosis and Their Relations to Outcome” **British Journal of Health Psychology**, 8, 287-301.
- VOHS, J. L., LYSAKER, P. H., FRANCIS, M. M., HAMM, J., BUCK, K. D., OLESEK, K., . . . BREIER, A.: 2014 “Metacognition, Social Cognition, and Symptoms in Patients with First Episode and Prolonged Psychoses”, **Schizophr Res**, 153/1-3, 54-59.
- WANG, L., HE, W., YU, X., HU, D., BAO, M., LIU, H., . . . JIANG, H.: 2020 “Coronavirus Disease 2019 in Elderly Patients: Characteristics and Prognostic Factors Based on 4-

- Week Follow-Up”, **Journal of Infection**, 80/6, 639-645.
- WEARDEN, A., PETERS, S.: 2008 “Therapeutic Techniques for Interventions Based on Leventhal’s Common Sense Model”, **British Journal of Health Psychology**, 13, 189–193.
- WEINMAN, J., PETRIE, K. J.: 1997 “Illness Perceptions: A New Paradigm for Psychosomatics?”, **J Psychosom Res**, 42/2, 113-116.
- WEINMAN, J. P., PETRIE, K. J., MOSS-MORRIS, R., HORNE, R.: 1996 “The Illness Perception Questionnaire: A New Method For Assessing The Cognitive Representation of Illness”, **Psychology & Health**, 11, 431-445.
- WEINSTEIN, N. D., ROTHMAN, A. J., SUTTON, S. R.: 1998 “Stage Theories of Health Behavior: Conceptual and Methodological Issues”, **Health Psychology**, 17/3, 290.
- WELLS, A.: 2000 **Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy**, UK: John Wiley & Sons.
- WELLS, A.: 2009 **Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression**. New York: Guilford Press.
- WELLS, A.: 2013 “Advances in Metacognitive Therapy”, **International Journal of Cognitive Therapy**, 6/2, 186–201.
- WELLS, A., CARTWRIGHT-HATTON, S.: 2004 “A Short Form of The Metacognitions Questionnaire: Properties of The MCQ-30”, **Behav Res Ther**, 42/4, 385-396.
- WELLS, A., MATHEWS, G.: 1994 **Attention And Emotion: A Clinical Perspective**, UK: Lawrence Erlbaum.
- WEXLER, D., GRANT, R., WITTENBERG, E., BOSCH, J., CAGLIERO, E., DELAHANTY, L., . . . MEIGS, J.: 2006 “Correlates of Health-Related Quality of Life in Type 2 Diabetes”, **Diabetologia**, 49/7, 1489-1497.
- WHITE, P., SMITH, S. M., HEVEY, D., O'DOWD, T.: 2009 “Understanding Type 2 Diabetes: Including The Family Member's Perspective”, **Diabetes Educ**, 35/5, 810-817.

- WILLEMSE, H., DOEF, M., MIDDENDORP, H.: 2018
- WIRICK, D. M., TEUFEL-PRIDA, L. A.: 2018
- YALÇIN, İ., ÇALIŞIR, Ö. M., CAN, N., YALÇIN, S., ÇOLAK, B.: 2020
- YEŞİLKAYA, E., CİNAZ, P., ANDIRAN, N., BİDECİ, A., HATUN, Ş., SARI, E., . . . KILIÇASLAN, H.: 2017
- YILMAZ-ASLAN, Y., BRZOSKA, P., BLUHM, M., ASLAN, A., RAZUM, O.: 2014
- YILMAZ, A. E., GENÇÖZ, T., WELLS, A.: 2008
- YILMAZ, A. E., GENÇÖZ, T., WELLS, A.: 2011
- YILMAZ, B.: 2017
- YORULMAZ, H., TATAR, A., SALTUKOĞLU, G., SOYLU, G.: 2013
- YOUNG-HYMAN, D., DE GROOT, M., HILL-BRIGGS, F., GONZALEZ, J. S., HOOD, K., PEYROT, M.: 2016
- “Applying The Common Sense Model to Predicting Quality of Life in Alopecia Areata: The Role of Illness Perceptions and Coping Strategies”, **Journal of Health Psychology**, 00/0, 1-12.
- “Chronic Lower Back Pain”, **The Family Journal**, 26/1, 86-89.
- “COVID-19-19 Korkusu ile Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişkide Koruyucu ve Risk Faktörlerinin Moderatör Etkisi”, **Bilimsel Araştırma Projesi, Sonuç Raporu**, Ankara.
- “First Report on The Nationwide Incidence and Prevalence of Type 1 Diabetes among Children in Turkey”, **Diabetic Medicine**, 34/3, 405-410.
- “Illness Perceptions in Turkish Migrants with Diabetes: A Qualitative Study”, **Chronic Illness**, 10/2, 107-121.
- “Psychometric Characteristics of The Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and Metacognitive Predictors of Worry and Obsessive-Compulsive Symptoms in A Turkish Sample”, **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 15/6, 424-439.
- “The Temporal Precedence of Metacognition in The Development of Anxiety and Depression Symptoms in The Context of Life-Stress: A Prospective Study”, **J Anxiety Disord**, 25/3, 389-396.
- “Kanser Hastalarında Depresyon ile Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Üstbilişsel İşlevlerin Rolü”, **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Haliç Üniversitesi İstanbul.
- “Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, **FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi**, 2, 367-387.
- “Psychosocial Care for People with Diabetes: A Position Statement of The American Diabetes Association”, **Diabetes Care**, 39/12, 2126-2140.

YU, M., ZHANG, X., LU, F.,
FANG, L.: 2015

“Depression and Risk for Diabetes: A Meta-Analysis”, **Canadian Journal of Diabetes**, 39/4, 266-272.

ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P.:
1983

“The Hospital Anxiety and Depression Scale”, **Acta Psychiatr Scand**, 67/6, 361-370.



EKLER

EK 1. Fennell Evre Envanteri (FEE)

Aşağıdaki maddelerin her birini 5 puanlık ölçek üzerinden puanlayın.

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| 1= Kesinlikle katılmıyorum | 2= Katılmıyorum |
| 3= Biraz katılıyorum | 4= Katılıyorum |
| 5= Tamamıyla katılıyorum | |

- ___ 1. Başa çıkacak gücüm kalmamış gibi hissediyorum.
- ___ 2. Belirtilerimin nasıl ve ne zaman ortaya çıktığını artık fark etmeye başlıyorum.
- ___ 3. Bir daha asla tam anlamıyla hastalıktan önceki gibi olmayacağım ve yeni bir kişi olmam gerektiği gerçeğini kabul etmeye başlıyorum.
- ___ 4. Hastalıkla yaşamamın bazen daha hasta bazen de daha iyi olmayı içerdiğini artık öğrendim.
- ___ 5. İyileşmemin başlıca yolu doktorumun benim için doğru tedaviyi bulmasıdır.
- ___ 6. Bu hastalığa sahip ya da bu hastalık hakkında bilgisi olan kişilerden destek ve bilgi aramaya başlıyorum.
- ___ 7. Hastalık deneyimimle ilgili anlam oluşturma sürecinin başlarındayım.
- ___ 8. İlk hastalanışımından önceki ve hastalandıktan sonraki hayatımın bileşiminden oluşan harmanlanmış bir ben duygusuna eriştim.
- ___ 9. Ne zaman iyileşip iyileşmeyeceğimi kesin bir şekilde bilmeye ihtiyacım var.
- ___ 10. Hayatımda bir parça kontrol sahibi olduğumu artık hissetmeye başlıyorum.
- ___ 11. Hastalığının bilinmeyen ve kronik doğasıyla nasıl yaşanacağını öğrenmeye başlıyorum.
- ___ 12. Hasta olduğum ilk zamandan beri, önemseydiğim insanlarla daha iyi ve daha doyurucu ilişkilerim var.
- ___ 13. Hasta olmam benim hatam.
- ___ 14. Kendimi daha iyi hissetmemi sağlamak için yapabileceğim bir şeyler olabileceğini artık fark etmeye başlıyorum.
- ___ 15. Hastalığımı biraz da olsa değeri olan bir deneyim olarak görmeye başlıyorum.
- ___ 16. Bu hastalıkla yaşayabildiğim için kendimle gurur duyuyorum.
- ___ 17. Hastalığım hakkında sürekli düşünürüm.
- ___ 18. Dengeye ulaşmaya (örn. zihni daha az karışık ve daha düzenli hissetme) artık başlıyorum.
- ___ 19. Kendime ve katlandığım her şeye sevgi ve şefkat duymaya ilk kez başlıyorum.
- ___ 20. Hasta olduğum ilk zamandan beri daha iyi ve daha bilgili bir insanım.

EK 2. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

1.Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç etkilemiyor								yaşamımı ciddi ölçüde etkiliyor		
2.Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
çok kısa süre								ömür boyu		
3.Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kesinlikle hiçbir kontrolüm yok								tamamen kontrolüm altında		
4.Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç yardımcı değil								oldukça yardımcı		
5.Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiçbir şikayetim olmuyor								çok ciddi şikayetlerim oluyor		
6. Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç endişeli değilim								çok endişeliyim		
7.Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç anlamadım								çok net anladım		
8.Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
duygusal olarak hiç etkilemiyor								duygusal olarak çok etkiliyor		

Lütfen hastalığınıza sebep olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü (olayı) düzenli bir şekilde listeleyin. Benim için en önemli sebepler

1.
2.
3.



EK 3. Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir. Aşağıda, insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz. Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellemeye yardımcı olur	1	2	3	4
2. Endişelerim benim için tehlikelidir	1	2	3	4
3. Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm	1	2	3	4
4. Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim	1	2	3	4
5. Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum	1	2	3	4
6. Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam, ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur	1	2	3	4
7. Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir	1	2	3	4
8. Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
9. Durdurmak için ne kadar uğraşsam da, endişe verici düşüncelerim devam eder	1	2	3	4
10. Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur	1	2	3	4
11. Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir	1	2	3	4
12. Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım	1	2	3	4
13. Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir	1	2	3	4
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir	1	2	3	4
15. Endişelerim beni deliye döndürebilir	1	2	3	4

	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
16. Düşüncelerimin sürekli farkındayım	1	2	3	4
17. Hafızam zayıftır	1	2	3	4
18. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim	1	2	3	4
19. Endişelenmek yaşadıklarımla baş etmeme yardımcı olur	1	2	3	4
20. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir	1	2	3	4
21. Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam	1	2	3	4
22. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım	1	2	3	4
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur	1	2	3	4
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür	1	2	3	4
26. Hafızama güvenmem	1	2	3	4
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim	1	2	3	4
28. İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir	1	2	3	4
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim	1	2	3	4

EK 4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve **son birkaç gününüzü** göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek



**EK 5. Semptom Kontrolü Hakkındaki Üst Bilişler Ölçeği-Kısa Form
(SKHÜBÖ-KF)**

Bu ölçek, kronik fiziksel hastalığı olan insanların belirtileriyle nasıl başa çıktıkları ile ilgilidir. Belirtiler, hastalık ya da koşullarınızdan dolayı sizin ya da yaşamınız üzerindeki herhangi bir etkiyi içerir. Aşağıda insanların ifade ettikleri bir dizi inanç listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve genel olarak ne kadar katıldığınızı uygun bir numarayı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Katılmı- yorum (1)	Biraz katılıyorum (2)	Orta derecede katılıyorum (3)	Tamamen katılıyorum (4)
1. Belirtileri deneyimlerken başka bir şeye odaklanmak imkansızdır.				
2. Belirtilerimi izlemek onların nasıl gelişeceğini tahmin etmeme yardımcı olur.				
3. Fiziksel sınırlarımı anlayabilmek için belirtilerimi izlerim.				
4. Belirtilerim hakkında düşünmek beni tükenmiş hissettirir.				
5. Belirtilerimi izlemek onları daha iyi kontrol etmemi sağlar.				
6. Belirtilerimi izlemek gelebilecek zararlardan kendimi korumama yardım eder.				
7. Belirtilerim hakkında düşünmeye bir kere başladım mı bunu durduramam.				
8. Belirtilerim hakkında düşünmek onları daha kötü hale getirebilir.				

EK 6. COVID-19 Önleyici Davranışları İçin Korunma Güdüsü Kuramı Ölçeği

Algılanan Duyarlık

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyup her bir ifadeye ne derecede katılıp katılmadığınızı işaretleyiniz.

- 1- Hiç katılmıyorum
- 2- Katılmıyorum
- 3- Kararsızım
- 4- Katılıyorum
- 5- Tamamen katılıyorum

	1	2	3	4	5
Ben de ileride COVID-19-19 olabilirim					
COVID-19-19 genel bir durum değil ve başıma gelmeyebilir					
COVID-19-19 olma ihtimalim akranlarıma göre çok daha yüksek					

Korku

Aşağıdaki her bir ifade için kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

- 1- Hiç
- 2- Biraz
- 3- Orta düzeyde
- 4- Epey
- 5- Çok

	1	2	3	4	5
COVID-19-19 hakkında düşündüğümde kaygılanırım					
COVID-19-19 hakkında düşünmek beni korkutur					
COVID-19-19 hakkında düşündüğümde üzgün hissederim					

EK 7. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek Yaşınız: ____
2. Medeni haliniz: ____ Bekar ____ Evli ____ Boşanmış ____ Eşi vefat etmiş
3. Şu an kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
- ____ Eş/partner ile ____ Eş ve çocukları ile ____ Çocuk(ları) ile ____ Yalnız
____ Diğer
4. Çocuğunuz var mı? ____ Evet; çocuk ____ Hayır
5. Eğitim durumunuz:
- | | |
|------------------------|------------------------|
| ____ Okur-yazar değil | ____ Okur-yazar |
| ____ İlkokul mezunu | ____ Ortaokul mezunu |
| ____ Lise mezunu | ____ Üniversite mezunu |
| ____ Lisansüstü eğitim | |
6. Çalışma Durumunuz: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
- Çalışmıyorsa Nedeni: Emekli () Hastalığım Nedeniyle ()
Diğer- (Belirtiniz) : _____
7. Mesleğiniz: _____
8. Ailenizin ortalama aylık geliri nedir?
- 0 – 1603 TL () 1604 - 5200 TL ()
5201 – 10000 TL () 10001 TL ve üstü ()
9. Çevrenizle karşılaştırdığınızda ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?
- ____ Düşük ____ Düşük Orta ____ Orta ____ Yüksek Orta ____ Yüksek
11. 12. Tip 2 diyabet tanınızı ne zaman aldınız? (yıl olarak)
- _____

Tip 2 diyabetinizin tedavî şekli...

- () Oral antidiyabetik ilaç (şeker düşürücü hap)
() İnsülin
() Daha önce şeker düşürücü hap tedavisi iken şimdi insülin
() Sadece diyet
() Herhangi bir tedavi almıyorum

12. Başka bir kronik hastalığınız var mı?

___ Evet (belirtiniz): _____

___ Hayır

13. Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?

___ Evet (belirtiniz): _____

___ Hayır

14. Şu an yaşamakta olduğunuz bir psikiyatrik hastalığınız (doktor tarafından tanısı konmuş) var mı?

___ Hayır

___ Evet (belirtiniz): _____ Yılı:

15. Daha önce bir psikiyatrik tanı aldınız mı?

___ Hayır

___ Evet (belirtiniz): _____ Yılı:

16. Ailenizde herhangi bir psikiyatrik tanı alan var mı?

___ Evet (belirtiniz): _____

___ Hayır

17. Hastalığınız sebebi ile şu an içinde bulunduğunuz durumu nasıl tanımlarsınız?
Kısaca açıklayınız.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lütfen aşağıdaki sorulara sizin için uygun seçeneği işaretleyerek cevap veriniz

18. COVID-19-19 için test yaptırdınız mı?

() Hayır yaptırmadım

() Evet yaptırdım ve negatif çıktı

() Evet yaptırdım ve pozitif çıktı

19. COVID-19-19 tanısı aldınız mı?

() Evet () Hayır

20. Sevdiklerinizden (eş, dost, akraba, yakın arkadaş gibi) COVID-19-19 için test yaptıran var mı?

() Hayır yok

☐ Evet var ve negatif çıktı

☐ Evet var ve pozitif çıktı

21. Sevdiklerinizden (eş, dost, akraba, yakın arkadaş gibi) COVID-19-19 tanısı alan var mı?

☐ Var ☐ Yok

22. COVID'den dolayı sevdiklerinizden (eş, dost, akraba, yakın arkadaş gibi) birinin kaybını yaşadınız mı?

☐ Evet yaşadım ☐ Hayır yaşamadım



EK 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

	ÜTİP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)		
	Dok.Kodu : FR-HYH-22	İlk Yay.Tarihi : 04 Ocak 2010	Sayfa 185 / 199
	Rev. No : 02	Rev.Tarihi : 26 Şubat 2014	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Uzman Psikolog Didem Acar tarafından yürütülen “Sağlık Durumları ile Hastalık Temsilleri ve Üst-Bilişsel Yapılar Arasındaki İlişkilerin Fennell’in Hastalık Evre Modeli Çerçevesinde İncelenmesi” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Özlem Sertel Berk

Araştırmanın Amacı:

Bu anket çalışmasının amacı diyabet hastalığı olan kişilerin hastalıkları ile ilgili düşüncelerini hastalık evrelerine göre değerlendirmektir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Veri toplama yöntemi olarak öz-bildirime dayalı standart ölçüm araçlarından ve araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formundan yararlanılacaktır. Katılımcılardan toplam **112** soruyu cevaplandırması istenecektir. Anket formları endokrinoloji polikliniğine başvuran araştırmaya dahil olmayı kabul eden katılımcılara hastane ortamında mümkünse sessiz bir odada veya ortamda sunulacak olup katılımcılardan formları poliklinik bekleme sürelerinde kendi başlarına doldurmaları istenecektir. Katılımcıların soruları yaklaşık 30 dakika içerisinde cevaplandırması beklenmektedir.

Araştırmanın Süresi: Çalışmanın 11 Mart-1 Temmuz 2020 arasında tamamlanması beklenmektedir.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 300 katılımcı

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Anabilim Dalı/ Endokrinoloji Polikliniği

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Uzm. Psk. Didem Acar, Uzm Dr. Yasemin Ünsal, Uzm. Dr. Ensar Aydemir

ÖZGEÇMİŞ

Didem ACAR

Araştırma Görevlisi

Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

EĞİTİM

- 2015 - 2021 : İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji
Doktora Programı, İstanbul, Türkiye
- 2012 - 2015 : Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı
Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Bursa, Türkiye
- 2008 - 2012 : Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
Ankara, Türkiye
- 2009 - 2012 : Hacettepe Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Siyaset
Bilimi ve Kamu Yönetimi, Ankara, Türkiye (Yandal)
- 2008 - 2012 : Mudanya Ahmet Rüştü Lisesi, Bursa, Türkiye

YAYINLAR

Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Acar, D., Kıcalı, Ü. Ö. (değerlendirmede). An Integrated Approach to COVID-19 Preventive Behaviour Intentions: Protection Motivation Theory, Information Acquisition and Trust. *Social Work in Public Health*.

Acar, D., Sertel Berk, Ö. (basımda). Sağlık Davranış Kuramları Çerçevesinden Hamilelerde Sigara Bırakma: Güncel Bir Derleme, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,

Acar, D., Taşkale N. (2021). Sağlık Psikolojisi Eğitimi: Türkiye değerlendirmesi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(41),

Acar D., Dirik G. (2019). Güncel Bir Paradigma: Yazılı Duygusal Dışavurum [A Current Paradigm: Written Emotional Disclosure]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 65-79., Doi: 10.18863/pgy.364852

Acar D., Dirik G. (2018). Yazılı Duygusal Dışavurum Paradigması: Kansere Hastalarının Eşlerinde Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim Üzerindeki Etkileri. *Journal of Clinical Psychiatry*, 21(2), 154-167., doi: 10.5505/kpd.2018.48343

Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Acar D., Sertel Berk, H. Ö. (2021). Turkish Adaptation of Fennell Phase Inventory for Chronic Health Conditions”, 4th Health Sciences and Innovation Congress, Bakü, Azerbaycan (Sözel bildiri)

Acar D., Sertel Berk, H. Ö. (2021). Evaluation of Psychometric Characteristics of Metacognitions about Symptoms Control Scale in Turkish Sample, 4th Health Sciences and Innovation Congress, Bakü, Azerbeycan (Sözel bildiri)

Acar D., Arıcan H. N., Coşkun İ., Tabakcıoğlu C. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik İyi Oluş: Bilişsel Duygu Düzenleme ve Duyguları İfade Etme Düzeyleri Açısından İncelenmesi. 20.Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara (Özet Bildiri/Poster)

Kıcalı U. Ö., Coşar Z. B., Acar D. (2017). Pain catastrophizing and perceived spouse response among chronic pain patients: Role of attachment. 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, Holland (Özet Bildiri/Poster).

Acar D., Dirik G. (2015). Effects of written expressive disclosure paradigm on psychological health among spouses of cancer patients. 14th European Congress of Psychology, Milan, Italy (Özet Bildiri/Poster).

Deneyimler

Eylül 2015; İstanbul Üniversitesi Esnaf Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Süpervizyon Eşliğinde Vaka Takibi

Ocak- Mart 2014; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı (Y.L staj)

Eylül - Aralık 2013; Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi (Y.L. staj)

Mart-Haziran 2012; Ankara Üniversitesi Özgül Öğrenme Güçlüğü Grubu

2012; Prof. Dr. Başaran Demir, Yrd. Doç. Dr. Özlem Erden Aki ve Hacettepe Psikiyatri Anabilim Dalında görevli olan araştırma görevlileri ve psikologlar tarafından yürütülmekte olan Sözel Akıcılık Testinin Türk Normlarına Uygunluğunun Saptanması ve Geliştirilmesi konulu çalışmasında veri toplama

Ağustos 2011; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (staj)

Temmuz 2011; Prof. Dr. Banu Cangöz'ün yürütücüsü olduğu 'Genç, Sağlıklı Yaşlı ve Alzheimer Tipi Demanslı Grupların Duygusal Bellek Performansları Açısından Karşılaştırılması' başlıklı TÜBİTAK Hızlı Destek Projesi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Temmuz 2010; Yeni Gün Özel Eğitim Rehabilitasyon Merkezi, Bursa (staj)

Akademik Ünvanlar/ Görevler

Şubat 2019- Devam ediyor : Uludağ Üniversitesi, Araştırma Görevlisi

Eylül 2015- 2019 : İstanbul Üniversitesi, Araştırma Görevlisi

Şubat 2014-2015 : Uludağ Üniversitesi, Araştırma Görevlisi

Yabancı Diller

İngilizce, Çok İyi