



**T. C.**

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**DİYABET HASTALARININ PSİKOLOJİK SIKINTI VE TRAVMA  
SONRASI GELİŞİMLERİNİN KAYNAKLARIN KORUNMASI KURAMI  
KAPSAMINDA İNCELENMESİ**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**Ezgi GÖCEK**

**Danışman:**

**Doç. Dr. Gülay DİRİK**

**BURSA – 2012**

**T. C.**  
**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

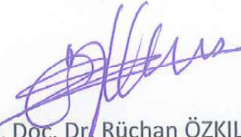
Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı'nda 700945008 numaralı Ezgi Göcek'in hazırladığı "Diyabet Hastalarının Psikolojik Sıkıntı ve Travma Sonrası Gelişimlerinin Kaynakların Korunması Kuramı Kapsamında İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans Çalışması ile ilgili tez savunma sınavı, 28/08/ 2012 günü 10:00- 11:00 saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin başarılı olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.



Doç. Dr. Gülay DİRİK  
Uludağ Üniversitesi  
Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu  
Başkanı)



Doç. Dr. Orçun YORULMAZ  
Uludağ Üniversitesi  
Üye



Yard. Doç. Dr. Rüçhan ÖZKILIÇ  
Uludağ Üniversitesi  
Üye

28/08/2012

## ÖZET

**Yazar Adı ve Soyadı** : Ezgi GÖCEK  
**Üniversite** : Uludağ Üniversitesi  
**Enstitü** : Sosyal Bilimler Enstitüsü  
**Anabilim Dalı** : Psikoloji  
**Bilim Dalı** : Klinik Psikoloji  
**Tezin Niteliği** : Yüksek Lisans Tezi  
**Sayfa Sayısı** : IX + 126  
**Mezuniyet Tarihi** : 28.08.2012  
**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Gülay Dirik

### **DİYABET HASTALARININ PSİKOLOJİK SIKINTI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİMLERİNİN KAYNAKLARIN KORUNMASI KURAMI KAPSAMINDA İNCELENMESİ**

Bu çalışma, tip 2 diyabet hastalarının yaşadıkları psikolojik sıkıntılar (kaygı, depresyon, toplam psikolojik sıkıntı) ve travma sonrası gelişim düzeylerini ve bunlarla ilişkili kaynakları incelemek amacıyla, tip 2 diyabet hastalarından oluşan 125 kişilik örnekleme yapılmıştır. Katılımcılara Sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili bilgi formu başta olmak üzere toplam 8 ölçek uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon ve regresyon analizi ve cinsiyete göre psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişimin farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için bağımsız gruplar için t testi analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, kadın olmak ve bekar olmak kaygı ile ilişkili bulunmuştur. İyimser baş etme, çaresiz baş etme ve kaynak kaybı psikolojik sıkıntılarının tümünü yordarken, algılanan duygu dışavurumunun duygusal aşırı ilgilenme boyutundaki artış, kaygı ve toplam psikolojik sıkıntılardaki azaltmayla ilişkilidir. Sosyal destek, travma sonrası gelişim ve tüm boyutlarıyla ilişkilidir; ayrıca, hastalık şiddeti travma sonrası gelişim, kendilik algısındaki ve hayat felsefesindeki değişimi yordarken, kaderci ve iyimser baş etme diğer insanlarla ilişkilerdeki değişimi yordamaktadır. Son olarak problem odaklı baş etme yolunu kullanmak, travma sonrası gelişimin kendilik algısındaki değişim boyutuyla anlamlı ilişkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Çalışmanın sonuçları Kaynakların Korunması Kuramı ve ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Kaynakların Korunması Kuramı, depresyon, kaygı, psikolojik sıkıntı, travma sonrası gelişim, algılanan duygu dışavurumu, diyabete özgü öz yeterlik.

## ABSTRACT

**Name and Surname** : Ezgi Göcek  
**University** : Uludağ University  
**Institution** : Social Science Institution  
**Field** : Psychology  
**Branch** : Clinical Psychology  
**Degree Awarded** : Master  
**Page Number** : IX + 126  
**Degree Date** : 28.08.2012  
**Supervisor** : Assoc. Prof. Gülay Dirik

### AN INVESTIGATION OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND POST TRAUMATIC GROWTH AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE SCOPE OF CONSERVATION OF RESOURCES THEORY

The aim of the present study is aimed to investigate the psychological distress (i.e., anxiety, depression and total psychological distress scores) and post traumatic growth (PTG), relevant resources in the patients with diabetes mellitus type 2. One hundred twenty five participants completed 8 main variables including socio-demographic and illness information forms. Correlational and regression analyses and t-tests were performed in order to examine the relationships among these variables and to test possible gender differences in psychological distress and posttraumatic growth. The findings showed that being female and single were related to anxiety. There was a relationship among resource loss, optimistic coping, helplessness coping and psychological distress. On the other hand, it appears that emotional over involvement was associated with anxiety and general psychological distress. In addition, social support was associated with PTG and all of its subscales. Severity of disease was a significant predictor of PTG, self perception and change in philosophy of life, while fatalistic and optimistic coping significantly predicted change in relationship with others. Finally, use of problem focused coping seems to be associated with change in self perception subscale of PTG. In conclusion, the results of the current study were discussed in the light of Conservation of Resources Theory and relevant literature findings.

**Keywords:** Conservation of Resources Theory, depression, anxiety, psychological distress, PTG, perceived expressed emotion, diabetes spesific self-efficacy.

## ÖNSÖZ

Klinik psikoloji yüksek lisans eğitimim boyunca bu alanı daha çok sevmemi sağlayan, umutsuzluğa kapıldığım anlarda yol göstericiliği ve ilgisi sayesinde yüksek lisansımın ve tez sürecimin her aşamasında benden desteklerini esirgemeyen ve bu tezin ortaya çıkmasını sağlayan danışmanım Doç. Dr. Gülay DİRİK'e teşekkürü bir borç bilirim.

Tez savunmasında jüri üyesi olarak bulunan ve değerli öneri ve eleştirileriyle yüksek lisans tezimin zenginleşmesine katkıda bulunan Doç. Dr. Orçun YORULMAZ ve Yard. Doç. Dr. Rüçhan ÖZKILIÇ'a minnettarlığımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim esnasında BİDEP- 2210 Yurt İçi Yüksek Lisans Burs Programı kapsamında mali olarak destek veren TÜBİTAK'a teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca veri toplama sürecinde gerek katılımcılara ulaşmamda gerekse diyabet hastalarına ilişkin gözlem yapma olanağı sunan Ege Diyabetliler Derneği ve üyelerinin katkılarının önemli olduğunu belirtmek isterim.

Son olarak bu çalışmayı; sadece yüksek lisans ve tez dönemimde değil, hayatımın tüm alanlarında varlığını yanımda hissettiğim anneme, hayattaki ilk arkadaşım ve rol modelim olan, aynı zamanda beni yüksek lisans yapmaya teşvik eden ablama ve hayatta olduğu sürece bana olan güvenini her daim hissettiren ve hala sonuna kadar arkamda olduğunu hissettiğim babama armağan ediyorum.

Bursa-2012

Ezgi GÖCEK

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAY SAYFASI.....	II
ÖZET .....	III
ABSTRACT .....	IV
ÖNSÖZ .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar .....	IX
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### DİYABETİN (ŞEKER HASTALIĞI) PSİKOLOJİK ETKİLERİ

1.1. Psikolojik Sıkıntılar .....	5
1.1.1. Diyabet ve Depresyon.....	6
1.1.2. Diyabet ve Kaygı .....	10
1.2. Travma Sonrası Gelişim (TSG) .....	13
1.3. Diyabet Hastalarında Psikolojik Sıkıntılar Ve Travma Sonrası Gelişim İle İlişkili Kaynaklar.....	17
1.3.1. Kişisel Kaynaklar .....	17
1.3.1.1. Diyabete Özgü Öz yeterlik .....	17
1.3.1.2. Başa Etme Yolları .....	20
1.3.2. Sosyal Kaynaklar .....	24
1.3.2.1. Sosyal Destek.....	25
1.3.2.2. Duygu Dışavurumu .....	27

### İKİNCİ BÖLÜM

#### ARAŞTIRMANIN KURAMSAL TEMELLERİ

2.1. Kaynakların Korunması Kuramı .....	32
2.2. Travma Sonrası Gelişim Kuramları .....	34

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**DİYABET HASTALARININ PSİKOLOJİK SIKINTI VE TRAVMA SONRASI**  
**GELİŞİMLERİNİN KAYNAKLARIN KORUNMASI KURAMI KAPSAMINDA**  
**İNCELENMESİ**

3.1. Yöntem .....	37
3.1.1. Katılımcılar.....	37
3.1.2. Veri Toplama Araçları .....	39
3.1.2.1. Sosyo-demografik ve Hastalıkla İlgili Bilgi Formu.....	39
3.1.2.2. Kaynak Kaybı Ölçeği .....	39
3.1.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	40
3.1.2.4. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği.....	41
3.1.2.5. Baş Etme Yolları Ölçeği.....	43
3.1.2.6. Diyabete Özgü Öz Yeterlik Ölçeği .....	44
3.1.2.7. Hastane Kaygı ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	45
3.1.2.8. Travma Sonrası Gelişim Envanteri .....	46
3.1.3. İşlem.....	47
3.1.4. İstatistiksel Analiz .....	48
3.2. Bulgular .....	49
3.2.1. Hastalıkla İlgili Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler .....	49
3.2.2. Hastalığın Geleceğine İlişkin Düşünceler .....	51
3.2.3. Cinsiyet, Psikolojik Sıkıntılar ve Travma Sonrası Gelişim .....	52
3.2.4. Katılımcıların Psikolojik Sıkıntı ve TSG Düzeyleri.....	52
3.2.5. Değişkenler Arası Korelasyonlar.....	53
3.2.5.1. Kaygı, Depresyon ve Toplam Psikolojik Sıkıntılar İçin Korelasyon Sonuçları.....	53
3.2.5.2. TSG ve Alt Boyutları İçin Korelasyon Sonuçları .....	55
3.2.6. Regresyon Analizleri .....	58
3.2.6.1. Kaygı ile İlişkili Değişkenler .....	60
3.2.6.2. Depresyon ile İlişkili Değişkenler.....	62
3.2.6.3. Psikolojik Sıkıntılar ile İlişkili Değişkenler.....	64
3.2.6.4. Kaygı, Depresyon ve Toplam Psikolojik Sıkıntı ile İlişkili Değişkenler .....	66
3.2.6.5. Travma Sonrası Gelişim (TSG) .....	68
3.2.6.6. Kendilik Algısındaki Değişim .....	70

3.2.6.7. Diğer İnsanlarla İlişkilerdeki Değişim .....	72
3.2.6.8. Hayat Felsefesindeki Değişim .....	74
3.2.6.9. TSG ve Alt Boyutlarının Yordayıcıları .....	76
SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER.....	78
1. Örnekleme İlişkin Betimsel Özellikler .....	78
2. Diyabet Hastalarının Psikolojik Sıkıntı Düzeyi .....	79
2.1. Sosyo-Demografik Değişkenler, Hastalık Değişkenleri ve Psikolojik Sıkıntılar .....	80
2.2. Kişisel, Sosyal Kaynaklar ve Psikolojik Sıkıntılar .....	82
3. Travma Sonrası Gelişim .....	85
3.1. Sosyo-Demografik Değişkenler, Hastalık Değişkenleri ve TSG .....	86
3.2. Kişisel Ve Sosyal Kaynaklar ve TSG .....	87
4. Araştırmanın Hipotezleri .....	89
5. Çalışmanın Sınırlılıkları .....	92
6. Klinik Göstergeler .....	93
7. Gelecekte Yapılacak Çalışmalar İçin Öneriler .....	94
KAYNAKLAR .....	96
EKLER .....	111
Ek. 1: VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	111
Ek. 2: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAY BELGESİ .....	125
ÖZGEÇMİŞ .....	126



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1. Demografik Değişkenler .....	38
Tablo 2. Hastalık Değişkenlerine İlişkin Veriler .....	50
Tablo 3. Bağımlı Değişkenler ile İlişkili Demografik Değişkenler ve Hastalık Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Değerleri .....	56
Tablo 4. Sosyal ve Kişisel Kaynaklar ile TSG ve Psikolojik Sıkıntılar Arasındaki Korelasyon Değerleri .....	57
Tablo 5. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Ortalama, Standart Sapma Değerleri .....	59
Tablo 6. Kaygının Yordayıcıları .....	61
Tablo 7. Depresyonun Yordayıcıları .....	63
Tablo 8. Toplam Psikolojik Sıkıntılarının (HAD toplam) Yordayıcıları .....	65
Tablo 9. Kaygı, Depresyon ve Toplam Psikolojik Sıkıntılarının Yordayıcıları .....	67
Tablo 10. TSG'nin (Travma Sonrası Gelişim) Yordayıcıları .....	69
Tablo 11. TSG Kendilik Algısının Yordayıcıları .....	71
Tablo 12. TSG Diğer İnsanlarla İlişkilerdeki Değişimin Yordayıcıları .....	73
Tablo 13. TSG Hayat Felsefesindeki Değişimin Yordayıcıları .....	75
Tablo 14. TSG, Kendilik Algısındaki Değişim, Diğerleriyle İlişkilerdeki Değişim, Hayat Felsefesindeki Değişimin Yordayıcıları .....	77

## GİRİŞ

Diyabet, vücutta insülin salınımının yokluğuyla veya dokuların insüline karşı duyarlılıklarının azalmasıyla ortaya çıkan ve yaşam boyu süren bir hastalıktır (Guyton & Hall, 2001: 898). Diyabet, tüm dünyada en sık görülen kronik hastalıklar arasındadır ve diyabeti olan kişi sayısı gün geçtikçe artmaktadır. 2000 yılında tüm dünya üzerinde 171 milyon olan diyabet hastası sayısının 2030 yılında 366 milyon kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir (Wild, Roglic, Green, Sicree & King, 2004: 2569).

Diyabet hastalığı, hastalığın başlangıç yaşına ve vücuttaki insülinin durumuna göre tip 1 ve tip 2 diyabet olarak adlandırılan farklı türlere sahiptir. Tip 1 diyabet; vücutta insülinin salınmaması sonucu ortaya çıkar. Genellikle çocukluk ve genç yetişkinlik yıllarında ortaya çıktığı için çocukluk çağı diyabeti olarak da bilinmektedir. Tüm diyabetlilerin yalnızca %5'ini tip 1 diyabetliler oluşturmaktadır. Tip 2 diyabet ise; insülin direnci olarak adlandırılan dokuların insüline karşı duyarlılıklarının azalmasıyla veya vücudun yeterli insülin üretememesiyle tanımlanmaktadır ve diyabetin en sık karşılaşılan türüdür (Amerikan Diyabet Birliği, 2011: 1).

Yaşam boyu süren bu hastalıkta temel olan kan şekeri düzeyinin uygun sınırlar içinde seyretmesini sağlamaktır ve kan şekeri seviyesi kandaki HbA1c değeriyle takip edilmektedir. HbA1c değeri, kan şekerinin gün içindeki dalgalanmalarından etkilenmediği için hastalığın takibinde önemli bir yere sahiptir. Bu değer, ölçümden önceki 2 ila 4 aylık dönemin kan şekeri düzeylerine dair bilgi verdiği kabul edilmektedir. Amerikan Diyabet Birliği'nin (1997: 1) üst sınır olarak kabul ettiği HbA1c düzeyi % 7.0 mg'dır ve bu değer üzerinde olan bireyler kronik hiperglisemik olarak değerlendirilmektedir.

Diyabetli bireylerde kandaki şeker oranının dengelenemediği durumlarda kısa ve uzun vadede yaşamı tehdit edebilecek pek çok sağlık sorunuyla karşılaşmak mümkündür. Kısa vadede ortaya çıkabilecek sorunlar arasında şeker komaları (hiperglisemi/kandaki şeker miktarının normalin çok üzerinde olması ve hipoglisemi/ kandaki şeker miktarının normal düzeyin çok altına düşmesi) yer almaktadır. Uzun vadede ise görme kaybına neden olabilecek retina hasarı (retinopati), böbrek yetmezliğiyle sonuçlanabilecek böbrek sorunları (nefropti), ayakta hissizleşme sonucu ayağın yaralara ve kırılmalara karşı

savunmasız kalmasına neden olan çevresel sinir sistemi hasarı (periferal nöropati), mide, bağırsak ve mesaneyle ilgili sorunlar, cinsel işlevlerde bozulmalar ve dolaşım sistemi hastalıklarına neden olan otonom sinir sistemindeki bozulmalar (otonom nöropati) diyabetin yol açtığı başlıca sağlık problemlerindendir (Helgeson, Snyder, Escobar, Siminerio & Becker, 2007: 794-800).

Diyabet tedavisi hastaların yaşam tarzlarında değişiklikler yapmalarını da gerektirmektedir. Metabolik kontrolün (kan şekerinin uygun sınırlarda tutulması) sağlanabilmesi için hastaların yiyecek kısıtlamaları, düzenli egzersiz yapmaları, kan şekerinin düzenli olarak ölçümü ve ilaçlarını zamanında ve önerilen dozlarda almaları gerekmektedir. Ancak bunlar yerine getirildiğinde bile metabolik kontrolde dalgalanmalar olabilmekte ve bu nedenle diyabet hastalarının hayatlarını hastalığın gerektirdiği bu özelliklere göre yeniden şekillendirmesi gerekmektedir (Rubin, 2005: 171-190).

Diyabet tanısı aldıktan sonra bireylerin hayatlarında meydana gelen bu değişimler ve sürekli devam eden sağlık riski, diyabet hastalarında tıpkı diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi strese yol açmaktadır. Bu çalışmada; stres yaratan bir durum olan diyabet hastalığında, tanıdan sonraki süreçte bireylerin hastalığa karşı verdikleri psikolojik tepkilerin stres modellerinden biri olan ve Hobfoll (1989: 513-524) tarafından geliştirilen “Kaynakların Korunması Kuramı” (Conservation of Resources- COR) çerçevesinde incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla; psikolojik sıkıntılar (kaygı, depresyon, toplam psikolojik sıkıntı) ve travma sonrası gelişim ile ilişkili olması beklenen durumsal ve enerji kaynaklarından sosyo-demografik özellikler, hastalığa özgü özellikler; sosyal destek ve algılanan duygu dışavurumu gibi sosyal kaynaklar; öz yeterlik, baş etme stratejileri gibi kişisel kaynaklar ele alınmıştır.

Diyabet hastalarının yaşadığı psikolojik sıkıntılara ilişkin çalışmalara yaygın olarak rastlanmasına rağmen (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001: 1069; Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 18-26; Collins, Corcorant & Perry, 2009: 151; Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002: 1053; Hanninen, Takala & Keinanen-Kiukaanniemi, 1999: 997); pek çok fiziksel hastalık örneğinde çalışılmış olan travma sonrası gelişimin diyabet hastalarında niceliksel olarak ele alan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle mevcut çalışmadan elde edilecek bulguların ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmayı benzer çalışmalardan ayıran bir diğer nokta da, son yıllarda başta psikiyatrik hastalıklar olmak (Baştuğ, 2008: 1-80) üzere pek çok fiziksel hastalık örnekleriyle (Alkar, 2006: 1-153) çalışılan algılanan duygu dışavurum kavramının daha önceki çalışmalarda ele alınmayan yetişkin tip 2 diyabet hastalarında incelenmiş olmasıdır. Ayrıca bu çalışmanın sonucunda, Hobfoll (1989: 513-524) tarafından geliştirilen ve stres kuramlarından biri olan Kaynakların Korunması Kuramı tip 2 diyabet hastalarıyla ilk defa çalışılmış olacaktır.

Araştırmanın hipotezleri belirlenirken kuramın sayıtlılarından ve literatürde yer alan çalışma bulgularından yola çıkılmış olup, incelenen değişkenlere ilişkin yedi hipotez belirlenmiştir:

1. Cinsiyetin psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkili olması, kadınların daha fazla psikolojik sıkıntı (HAD toplam), kaygı, depresyon ve travma sonrası gelişim rapor etmeleri beklenmektedir.
2. Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olmanın psikolojik stres, kaygı, depresyon ve travma sonrası gelişimdeki artışla ilişkili olması beklenmektedir. Ayrıca medeni durumun da değişkenler üzerinde etkisinin olacağı, evli olmanın travma sonrası gelişimdeki artış ile psikolojik sıkıntılar, kaygı ve depresyondaki azalma ile ilişkili olması beklenmektedir.
3. Hastalık şiddeti ve şiddet algısındaki artışın, hem psikolojik sıkıntılardaki hem de travma sonrası gelişim düzeyindeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.
4. Diyabet nedeniyle kaynaklarda meydana gelen azalmanın, psikolojik sıkıntılardaki ve travma sonrası gelişimdeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.
5. Hastaların diyabetlerine yönelik öz yeterliklerindeki artışın, psikolojik sıkıntılardaki azalma ve travma sonrası gelişim düzeyindeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.
6. Problem odaklı, kadercı ve iyimser baş etme yollarını kullanmanın psikolojik sıkıntılardaki (depresyon, kaygı) azalma ve travma sonrası gelişim düzeyinin artmasıyla ilişkili olması beklenmektedir. Ancak duygu odaklı baş etme yollarının kullanılmasının psikolojik sıkıntılardaki artışla ilişkili olacağı beklenmektedir.
7. Sosyal destekteki artışın, hastaların psikolojik sıkıntılarındaki (kaygı ve depresyon) azalma ve travma sonrası gelişim düzeylerindeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.

8. Duygu dışavurumunun eleştirelilik/düşmanlık boyutundan alınan puanlar arttıkça, diyabet hastalarının daha fazla psikolojik sıkıntı (kaygı ve depresyon) ve daha az travma sonrası gelişim yaşamaları ve aşırı duygusal ilgilenme boyutundan alınan puanlardaki artışın travma sonrası gelişimle pozitif, psikolojik sıkıntılarla (Kaygı ve depresyon) negatif yönde ilişkili olması beklenmektedir.

Bu çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. Bölümler içerisinde ele alınan konular ve açıklamalar alt başlıklar altında toplanarak anlatım kolaylığının sağlanması amaçlanmıştır. Birinci bölümde diyabet hastalığının psikolojik etkileri ve bu konuda yapılmış çalışma bulguları aktarılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde; araştırmanın kuramsal temellerine yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde örneklem yapısından ve özelliklerinden bahsedilmekte, araştırmada kullanılan ölçüm araçları tanıtılmakta, araştırmanın amacı ve yapılan işlemlerin sırasına ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### DİYABETİN (ŞEKER HASTALIĞI) PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Halk arasında şeker hastalığı olarak da adlandırılan diyabet; hastaların stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir. Bireylerin hayatlarında stres yaratan bir durum olmasına rağmen diğer stres verici olaylarla karşılaşan bireylerde olduğu gibi diyabet hastalarının bazılarının hayatlarında da tamdan sonraki süreçte olumlu değişikliklere rastlanabilmektedir. Diyabet hastalarında hastalıklarıyla ilişkili olarak yaşanan psikolojik sıkıntılara yönelik pek çok çalışmaya rastlanırken (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001: 1069; Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 18-26; Collins, Corcorant & Perry, 2009: 151; Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002: 1053; Hanninen, Takala & Keinanen-Kiukaanniemi, 1999: 997); meydana gelen olumlu yöndeki değişimleri ele alan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada stres yaratan bir durum olan diyabetin psikolojik açıdan hem olumlu hem de olumsuz etkileri araştırılacak ve kişinin sahip olduğu kaynaklar ile hastalığın psikolojik etkileri arasındaki ilişki Kaynakların Korunması Kuramı çerçevesinde ele alınacaktır.

#### 1.1. PSİKOLOJİK SIKINTILAR

Diyabetin, sosyal yaşamı sınırlayıcı etkisi ve hastalığın seyrindeki belirsizlik nedeniyle bireylerin psikolojik sağlıklarını etkilediği bilinmektedir. Son yıllarda yapılan çalışma bulguları da bu bilgiyi destekler niteliktedir (Rubin, 2005: 171-190). Diyabetin psikolojik sağlık üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmalar ele alındığında, diyabet hastalarında depresyon (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001: 1069; Hanninen, Takala & Keinanen-Kiukaanniemi, 1999: 997) ve kaygı (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 18; Collins, Corcorant & Perry, 2009; Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002: 1053) başta olmak üzere; genç yaştaki kadınlarda yeme bozuklukları ve bozulmuş yeme davranışı (Peveler, ve ark., 2005: 84; Wilfey, 2011: 858), travma sonrası stres semptomları (Goodwin & Davidson, 2005: 570; Weisberg, Bruce,

Machan, Kessler, Culpepper & Keller, 2002: 848), cinsel işlev bozuklukları (Enzlin, Mathieu, Bruel, Vanderschueren & Demyttenaere, 2003: 409; Kalter-Leibovici, Wainstein, Ziv, Harman-Bohem, Murad & Raz, 2005: 56), fiziksel yakınmaların yer aldığı psikolojik sıkıntılar, hipoglisemi korkusu (Herpertz, ve ark., 2002: 51-58) ve öfke (Whitlock, 2003: 8-42) gibi pek çok sorunun diyabeti olmayan kişilere göre daha yaygın olduğu belirtilmektedir.

Bu çalışmada ise; diyabet hastaları arasında en sık görülen psikolojik sıkıntılar olan depresyon ve kaygı ele alınmıştır. Hastaların sahip oldukları kaynakların, yaşadıkları depresyon ve kaygı üzerindeki etkisine yönelik çalışmalara yer verilmiştir.

### **1.1.1. Diyabet ve Depresyon**

Diyabet, bireylerin sosyal hayatlarına olan etkisi, sağlığı tehdit eden uzun süreli etkileri ve yeti yitimine yol açabilmesi nedeniyle depresyonun gelişimine zemin hazırlayan önemli bir hastalıktır. Yapılan meta-analiz çalışmaları sonucunda da diyabeti olan bireylerde depresyonun görülme oranının genel popülasyona kıyasla iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001: 1073; Hanninen, Takala & Keinanen-Kiukaanniemi, 1999: 997).

Diyabeti olan bireylerde depresyon görülme oranına yönelik yapılan çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymaktadır; ancak yine de elde edilen bulgular depresyonun ve depresif belirtilerin diyabet hastalarında oldukça yaygın olduğunu desteklemektedir. Farklı çalışmalardan elde edilen bulgular incelendiğinde diyabeti olan bireylerde depresif belirti yaygınlığının %18 ile %30 arasında olduğu (Collins, Corcoran & Perry, 2009; Egede, 2004: 421; Metsch, Tillil, Köbberling & Sartory, 1995: 104); klinik bir bozukluk olan majör depresyonun ise %10 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Egede, 2004: 427). İran'da Nikibakht ve arkadaşlarının (2009: 25-28) yaptığı bir çalışmada ise araştırmaya katılan diyabet hastalarının yarısında depresif belirtilerin saptandığı rapor edilirken; Zahid ve arkadaşlarının (2008: 124) yaptıkları çalışmada ise her 7 diyabetliden birinde depresyonun görüldüğü ve 40 yaş üstü diyabet hastası kadınların depresyon açısından en riskli grubu oluşturduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde de diyabet hastalarında depresyonun yaygınlığını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 18-26; Eren, Erdi & Özcankaya, 2003: 184; Gülseren, Hekimsoy, Gülseren, Bodur & Kültür, 2001: 89). Büyük çoğunluğu

Tip2 diyabet hastalarından oluşan 180 kişilik (176 Tip 2, 4 Tip1 Diyabet hastası) örnekleme yapılan çalışmada diğer çalışmalardan elde edilen oranlarla paralel olarak araştırmaya katılan hastaların %34'ünün depresyon ölçeğinden eşik üstü puan aldığı, sonrasında bu kişilerle yapılan klinik görüşmede ise eşik üstü puan alan hastaların %44'ünde majör depresif bozukluğa rastlandığı belirtilmiştir (Gülseren, Hekimsoy, Gülseren, Bodur & Kültür, 2001: 89).

Diyabet ve depresyon ilişkisini araştıran çalışmalarda bazı sosyodemografik faktörlerin ve hastalık seyrinin depresyona yatkınlığı arttırdığı rapor edilmektedir. Bunlar arasında: kadın olmak (Anderson, Freeland, Clouse & Lustman, 2001: 1075; Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Bell, Smith, Arcury, Snively, Stafford & Quandt, 2005: 824; Cherrington, Wallston & Rothman, 2010: 81; Katon ve ark., 2004: 914), düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olmak (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Bell, Smith, Arcury, Snively, Stafford & Quandt, 2005: 824; Katon, ve ark., 2004: 919), işsizlik (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Collins, Corcoran & Perry, 2009), bekar veya boşanmış olmak (Bell, Smith, Arcury, Snively, Stafford & Quandt, 2005: 824; Hanninen, Takala & Keinanen-Kiukaanniemi, 1999: 997; Katon, ve ark., 2004: 919), komplikasyonların veya eş tamların varlığı (Katon, ve ark., 2004: 917), insülin tedavisi görüyor olmak (Katon ve ark., 2004: 917), HbA<sub>1c</sub> değerinin %7'nin üzerinde olması (Eren, Erdi & Özcankaya, 2003: 184; Hanninen, Takala & Keinanen-Kiukaanniemi, 1999: 997), diyabet nedeniyle hastaneye yatış ve hastalığa yönelik bilgi azlığı (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24) yer almaktadır.

Sosyodemografik ve hastalık değişkenlerinin yanı sıra; etnik kökene göre de depresyonun yaygınlığının değişkenlik gösterebildiği bulunmuştur. Fisher ve arkadaşlarının (2001: 1753) yaptığı ve 25-65 yaş aralığındaki 75 Latin, 113 Avrupa-Amerikalı diyabetli bireyden oluşan örnekleme; düşük eğitim seviyesi, diyabete bağlı olarak işlevsellik kaybının artışı ve maddi sıkıntılardaki artışın Latin kökenli bireyler için depresyon puanlarının artışıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Avrupa kökenli bireyler için ise bu sonuçlara ilave olarak artan aile içi stresin depresyonu yordayan bir faktör olarak öne çıktığı belirtilmiştir (Fisher ve ark., 2001; 1753).

Kronik hastalığı olan kişilerin sahip oldukları kişisel ve sosyal kaynaklar bu bireylerin psikolojik sağlıkları açısından oldukça önemli faktörlerdir. Diyabet hastaları için yukarıda belirtilen etnik köken, hastalıkla ilgili değişkenler ve sosyodemografik



özelliklerin yanı sıra, sahip olunan sosyal ve kişisel kaynaklar da diyabet hastalarının psikolojik sıkıntılarını önemli ölçüde etkilemektedir. Özellikle aile tutumları ve ailelerin hastalara karşı ifade ettikleri duygular (Wearden, Tarrrier & Davies, 2000: 125) ve sosyal destek düzeyleri (Sacco & Yanover, 2006: 523; Zhang, Chen & Chen, 2008: 529) gibi sosyal kaynakların; öz yeterlik düzeyleri (Sacco & Bykowski, 2010: 141-146), stresli durumlarda kullanılan baş etme stratejileri (Clarke & Goosen, 2009: 462; Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg & Bru, 2004: 53; Zhang, Chen & Chen, 2008: 523) ve hakimiyet düzeyleri (Bisschop, Kriegsman, Beekman & Deeg, 2004: 728) gibi kişisel kaynakların diyabet hastalarında görülen depresyonla önemli ölçüde ilişkili olduğu yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular arasındadır.

Bisschop ve arkadaşları (2004: 721) bireyin kronik hastalığının olması ve psikososyal kaynakların depresif belirtiler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla geniş çaplı ve boylamsal bir çalışma yürütmüşlerdir. Araştırmaya içerisinde diyabet hastalarının da yer aldığı yedi farklı kronik hastalık kategorisinden bireyler ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan herhangi bir kronik hastalığı olmayan kişiler dahil edilmiştir. Araştırmada sosyal destek kaynakları (evli olmak, sosyal ağın genişliği, alınan sosyal desteği ölçmek amacıyla duygusal/araçsal destek ve algılanan sosyal destek olarak) ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir. Kişisel baş etme kaynakları olarak ise hakimiyet (mastery), öz saygı ve öz yeterlik ele alınmıştır. Tüm hastalık türleri birlikte ele alındığında algılanan sosyal destek, öz saygı, öz yeterlik ve hakimiyet puanlarındaki artış, depresif belirtilerdeki azalmayla ilişkili bulunurken; araçsal ve duygusal destekteki artışın beklenenin aksine depresif semptomlardaki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmanın sonucunda kişisel ve sosyal kaynakların, kronik hastalığı olan kişilerin psikolojik durumları üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Bisschop, Kriegsman, Beekman & Deeg, 2004: 728).

Diyabet hastalarının depresyona yatkınlıklarının artmasıyla ilişkili bulunan faktörlerin yanı sıra; ortaya çıkan depresyonun diyabet hastaları için önemli bir problem ve sağlıkları için bir tehdit oluşturduğunu rapor eden pek çok çalışmaya rastlamak mümkündür (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001: 1069; Bahar ve ark., 2006: 18-26; Black, Markides & Ray, 2003: 2822; Egede, Nietert & Zheng, 2005: 1339; Skinner & Ven, 2005: 141-165). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular ışığında; diyabetli bireylerde depresyon, bireyin hastalıkla mücadelesinde son derece önemli bir kaynak olan öz yeterlik inancını azaltmakta (Chao, Nau, Aikens & Taylor, 2002: 514), fiziksel ve

psikolojik iyilik halini olumsuz etkilemekte, kişinin diyabet öz bakımını ve metabolik kontrolünü zorlaştırmaktadır (Bahar ve ark., 2006: 25; Skinner & Ven, 2005: 141). Bunun yanı sıra; diyabet ve depresyonun bir arada olması tedaviye uyumu bozmakta, daha çok ilave tıbbi sorunun görülmesine yol açmakta, hastaneye yatış oranlarını arttırmakta ve daha erken yaşta ölümlere yol açabilmektedir (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001: 1069-1078; Egede, Nietert & Zheng, 2005: 1343). Black, Markides, ve Ray'ın (2003: 2826) yaptıkları ve 2830 diyabetli bireyin katıldığı boylamsal çalışmanın sonuçları da önceki çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Araştırmanın sonuçlarına göre depresyonun varlığı diyabet hastalarında erken ölüm riskini ve kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları veya organ kesilmesi (ampütasyon) gibi ilave tıbbi sorunların görülme oranını arttırmaktadır. Cienchanowski ve ark. (2003: 246) diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada da; depresif ve sosyal açıdan izole olan kişilerin hiperglisemik belirtilerinin arttığını, fiziksel işlevlerinin ve diyet/egzersize uyma oranlarının azaldığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada özellikle diyabetle birlikte görülen depresyonun, metabolik kontrolü olumsuz etkilediği de rapor edilmiştir (Cienchanowski, Katon, Russo & Hirsch, 2003: 246-249).

Depresyonun diyabet hastalarının metabolik kontrolleri üzerindeki etkisine yönelik elde edilen bulgular genellikle kesitsel araştırmalardan elde edilmiştir oysa ki diyabet hastalarında görülen depresyon uzun vadede de hastaların sağlıklarını tehdit etmektedir. Bunu incelemek amacıyla tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan boylamsal çalışmada; araştırmaya katılan diyabet hastalarının ortalama 4 yıllık izlem süresince alınan tüm ölçümlerinde depresyonun varlığının kan şekeri seviyesinin yüksekliğiyle yani metabolik kontrolün kötü seyriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Richardson, Egede, Mueller, Echols & Gebregziabher, 2008: 509-514).

Diyabet hastalarında görülen depresyonun yarattığı olumsuz sonuçlara yönelik elde edilen bulguların dışında; yapılan bazı çalışmalarda ise diyabet ve depresyon arasında iki yönlü bir ilişkinin olabileceği belirtilmektedir (Eaton, 2002: 905; Mezuk, Eaton, Albrecht & Golden, 2008: 2383-2390; Musselman, Betan, Larsen & Phillips, 2003: 317; Talbot & Nouwen, 2000: 1556-1560). Bu görüşü destekler nitelikte sonuçlara ulaşılan çalışmalarda sağlıklı bireylerde depresyon varlığının özellikle tip 2 diyabetin ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceği rapor edilmiştir (Eaton, 2002: 905; Musselman, Betan, Larsen & Phillips, 2003: 317; Talbot & Nouwen, 2000:1556). Mezuk ve arkadaşlarının (2008: 2383) yaptıkları meta-analiz çalışmasının sonucunda da; depresyon ve diyabet arasındaki iki

yönlü ilişkiye işaret edecek şekilde, başlangıçta var olan depresyonun sonrasında tip 2 diyabet oluşma riskini %60 oranında arttırdığı, aynı zamanda diyabet varlığının da depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olduğu rapor edilmiştir.

Yukarıda belirtilen çalışmaların sonuçları dikkate alındığında diyabet ve depresyon arasındaki ilişkinin gerek sağlıklı bireyler için gerekse hali hazırda diyabeti olan hastalar için sağlığı tehdit eden bir risk olduğunun unutulmaması ve tedavi ekibinin hastaların karşılaşılabilecekleri psikolojik sıkıntıların farkında olması, sonrasında ortaya çıkabilecek daha büyük sorunların önlenmesine yardımcı olacaktır.

### **1.1.2. Diyabet ve Kaygı**

Diyabet hastalarında depresyondan sonra yaygın olarak görülen psikolojik sıkıntılardan bir tanesi de kaygıdır. Hastalığın yaşamın pek çok alanını olumsuz yönde etkilemesi ve kontrol altına alınamadığı durumlarda ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmesi; diyabet hastalarının, diyabeti olmayan sağlıklı bireylere göre daha fazla kaygı yaşamasına yol açabilmektedir.

Hastaların yaşadığı önemli psikolojik sıkıntılardan bir tanesi olan kaygının diyabet hastaları arasındaki yaygınlığına yönelik yapılan pek çok çalışma farklı rakamlar ortaya koysa da hepsinin ortak noktası diyabet hastalarının kaygı düzeylerinin normal popülasyona oranla daha yüksek olduğudur. Değişik yaş grupları ve farklı türlerdeki diyabet hastalığı olan örneklerde yapılan araştırma sonuçlarına göre, diyabet hastalarının %21 ila %30'unun kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Collins, Corcorant & Perry, 2009; Gülseren, Hekimsoy, Gülseren, Bodur & Kültür, 2001: 93).

Grigsby ve arkadaşlarının (2002: 1053) diyabeti olan bireylerde kaygı yaygınlığını incelemek amacıyla yaptıkları literatür taraması sonucunda; diyabet hastalarının %40'ında kaygı düzeyinin yüksek olduğu ve hastaların %14'ünde genellenmiş kaygı bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir. Diyabet hastalarındaki yüksek kaygının yaşam boyu görülme oranlarına yönelik Li ve arkadaşlarının (2008: 880) rastgele örnekleme yöntemiyle yaptıkları çalışmada ise; diyabeti olan ve olmayan gruplar arasında kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir fark olduğu belirtilirken; diyabet hastalarında kaygının yaşam boyu

görülme oranının %16 olduğu ve yaşın artmasıyla beraber kaygı yaygınlığında da artışın olduğu rapor edilmiştir (Li, Barker, Ford, Zhang, Strine & Mokdad, 2008: 880).

Kişilerin sahip oldukları farklı kaynaklar ve özellikler tıpkı diğer sıkıntılar gibi kaygı düzeylerini de etkilemektedir. Diyabetli bireylerin kaygı düzeylerinin yükselmesiyle ilişkili olabilecek psikososyal ve hastalığa ilişkin faktörlere yönelik farklı çalışmalardan elde edilen bulgulara göre; kadın olmak (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Collins, Corcorant & Perry, 2009; Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002: 1053; Huang, Chiu, Lee & Wang, 2011: 8; Li, Barker, Ford, Zhang, Strine & Mokdad, 2008: 880; Shaban, Fosbury, Kerr & Cavan, 2006: 1381), diyabete bağlı komplikasyon varlığı (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Collins, Corcorant & Perry, 2009), diyabet nedeniyle hastaneye yatış sayısındaki artış ( Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24), diyabetle ilgili bilgi eksikliği ( Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24), işsizlik (Collins, Corcorant & Perry, 2009), düşük eğitim ve gelir düzeyi ( Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Huang, Chiu, Lee & Wang, 2011: 10), insülin kullanımı (Collins, Corcorant & Perry, 2009), sigara içmek ve aşırı alkol tüketimi (Collins, Corcorant & Perry, 2009) gibi faktörler hastaların kaygı düzeylerindeki artışla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmalardan elde edilen dikkat çekici bir bulgu ise; diyabet türünün (tip 1 veya tip 2) kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığıdır (Collins, Corcorant & Perry, 2009; Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002: 1053).

Diyabet hastalarında kaygıyla ilişkili Yüksel'in (2007: 1-20) tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalardaki depresyon, kaygı, yaşam kalitesi düzeylerini araştırmak amacıyla yaptığı çalışma sonucunda; kaygı belirtilerinin hem tip 1 hem de tip 2 diyabet hastaları için hafif şiddette olduğu, her iki tip diyabette yaş arttıkça kaygının da anlamlı şekilde arttığı, tip 1 diyabeti olan grupta kaygı puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmazken, tip 2 diyabeti olan grupta kadınların erkeklerden daha yüksek kaygı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tip 2 diyabet hastalarında kaygı yaygınlığı ve ilişkili faktörlerle ilgili bir başka çalışma da Zhang ve ark. (2008: 523) tarafından yapılmıştır. Diyabetli bireylerde kaygı ile ilişkili olabilecek psikososyal faktörleri araştırmak amacıyla yetişkin 304 hastayla yaptıkları çalışmanın sonucunda; hastaların %25'ine yakın bir kısmında klinik açıdan anlamlı sayılabilecek kaygı belirtilerinin var olduğunu ve hastalıkla ilgili psikolojik strese

yönelik ölçümün tüm alt boyutlarının (hastalıktan zarar görme endişesi, hastalıktan kaynaklanan sosyal/ailevi krizler, bedensel/fiziksel işlevlerde azalma endişesi, ekonomik durumun kötüleşmesi) ve negatif baş etme yollarını kullanmanın hastaların yaşadıkları kaygı semptomlarının yarısına yakın bir kısmını açıkladığı rapor edilmiştir.

Zahng ve arkadaşlarının (2008) çalışmasının sonucunda görüldüğü gibi diyabetli bireylerin yaşadıkları kaygı üzerinde sosyodemografik faktörlerin yanı sıra baş etme yolları gibi kaynaklar da son derece etkilidir. Hastaların sahip oldukları farklı kaynakların, yaşadıkları kaygı üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalarda; baş etme yollarının (Duangdao & Roesch, 2008: 297; Smari & Valtysdottir, 1997: 151; Zhang, Chen & Chen, 2008), öz yeterlik düzeyinin (Kanbara, ve ark., 2008: 56) ve sosyal desteğin (Kanbara, ve ark., 2008: 56-62) diyabeti olan bireylerin yaşadıkları kaygı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Diyabetli bireylerde kaygı düzeyindeki artışın, hastaların işlevsellikleri üzerinde bozucu etkiye sahip olduğu ve hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu bilgiyi destekleyecek sonuçlara diyabet hastalarında kaygıyı inceleyen 11 çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasının sonucunda da ulaşılmıştır. Çalışmanın bulguları incelendiğinde; diyabet hastalarında kaygının özellikle klinik tanısı konan kaygı bozukluklarının hastalarda hiperglisemi görülme oranındaki artışla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Anderson, ve ark., 2002: 235).

Diyabet hastalarında artan kaygı düzeyi hastalık gidişatını olumsuz etkilediği ve hastanın tedaviye uyumunu güçleştirdiği gibi; hastaların yaşam kalitelerindeki bozulmayla da ilişkilidir. Paschalides ve arkadaşlarının (2004: 557) yaptıkları çalışmanın bulguları bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Tip 2 diyabeti olan 184 yetişkinle yapılan çalışmanın sonucunda kaygıdaki artış, hastaların yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik ve zihinsel sağlık alt boyutlarındaki kötüleşmeyle ilişkili bulunmuştur (Paschalides, Wearden, Dunkerley, Bundy, Davies & Dickens, 2004: 557).

Yukarıda belirtilen araştırma sonuçlarının da gösterdiği gibi diyabet hastalarında kaygı düzeyinin artması çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak bu araştırmada; diyabet hastalarının kaygı düzeyleri ve kaygı düzeyini etkileyebilecek faktörler ele alınmaktadır.

## 1.2. TRAVMA SONRASI GELİŞİM (TSG)

Stres verici bir olayla karşılaşmanın insanlar üzerinde yarattığı olumsuz psikolojik etkiler bugüne kadar pek çok araştırmada ele alınmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar; stres yaratan olayın her zaman olumsuz bir sonuç doğurmayabileceğini aksine, bazı insanların hayatlarında travmatik deneyim sonrasında olumlu değişikliklerin yaşanabileceğini de ortaya koymaktadır (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 2000: 521-527). Olumlu yönde gerçekleşen bu değişimleri tanımlayan bir kavram olan travma sonrası gelişim (TSG), ilk olarak Tedeschi, Park ve Calhoun (1998: 1-22) tarafından kullanılmıştır. TSG, temelde travmatik bir olayın sonrasında kişilerin bilişlerindeki, duygularındaki değişimlere ve bu değişimlerin sonucunda davranışlarda ortaya çıkabilecek olumlu gelişmelere işaret etmektedir.

Travma sonrası gelişim temelde bilişsel bir süreçtir. Yaşanan stres verici olayın kişi tarafından anlamlandırılması, bireyin mevcut duruma uyum sağlaması ve dünya inancının yeniden inşa edilmesi bilişsel işleme sonucunda ortaya çıkmaktadır (Greenberg, 1995: 1268-1290). Tedeschi ve Calhoun'a (1996: 455-471) göre; bu bilişsel işleme süreci sonucunda; kendilik algısı, kişilerarası ilişkiler ve hayat felsefesi olmak üzere üç temel alanda olumlu yönde değişiklik yaşanmaktadır.

Stres yaratan bir durumun sonrasında meydana gelen pozitif yönde değişimlere işaret eden bu kavram farklı yazarlar tarafından farklı şekillerde adlandırılmıştır. Bu farklı adlandırmalar arasında: stresle ilişkili büyüme (Stress Related Growth) (Park, Cohen & Murch, 1996: 71-105), gelişme/büyüme (Thriving) (O'Leary & Ickovics, 1995: 121) ve pozitif psikolojik değişimler (Positive Psychological Changes) (Yalom & Lieberman, 1991: 331-345) yer almaktadır. Bu farklı tanımlamalar içerisinde travma sonrası gelişimin araştırmalarda daha yaygın olarak kullanıldığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle, diyabet tanısı sonrasında hastaların yaşadıkları olumlu değişimleri incelemeyi amaçlayan bu çalışmada da travma sonrası gelişim kavramı kullanılacaktır.

Travma sonrası gelişime yol açan faktörler, başka bir ifadeyle hangi durumlarda ve kimlerin travma sonrası gelişim gösterecekleri sorusuna yanıt bulmak amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır (Abraido-Lanza, 1998: 405; Carver, 1998: 245; Kroo & Nagy, 2011: 440; Linley & Joseph, 2004: 11; Prati & Pietrantonio, 2009: 364; Wild & Paivio, 2003: 97-122). Öncelikle travma sonrası gelişim için bazı faktörlerin travmatik olayın türünden daha

fazla önem taşıdığı bilinmektedir. Yaşanan olayı kişilerin yorumlama biçimleri, olay üzerindeki kontrol algıları ve algıladıkları tehdidin büyüklüğü travma sonrası gelişimi etkilemektedir (Linley & Joseph, 2004: 15). Bu bilgiyi destekler nitelikte farklı travmatik deneyimlere sahip farklı örneklerle yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, bireylerin sahip oldukları bazı kişisel ve sosyal kaynakların travma sonrası gelişim düzeylerini etkilediğini ortaya koymaktadır. Sosyal kaynaklardan yeterli ve tatmin edici sosyal desteğe sahip olmak (Carver, 1998: 250; Kroo & Nagy, 2011: 440; Prati & Pietrantonio, 2009: 364); kişisel kaynaklardan ise dindarlık (Kroo & Nagy, 2011: 450), kişinin aktif baş etme yöntemlerini kullanması (problem çözme, kabullenme, pozitif yeniden yorumlama vs) (Prati & Pietrantonio, 2009: 364-388; Wild & Paivio, 2003: 115), öznel iyi oluş (Wild & Paivio, 2003: 115), öz yeterlik (Abraido-Lanza, 1998: 405; Carver, 1998: 260), özgüven (Abraido-Lanza, 1998: 405) ve optimizm (Prati & Pietrantonio, 2009: 364-388) gibi kaynakların travma sonrası gelişim üzerinde etkili olduğu bilinmektedir.

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğunu belirleyen pek çok çalışma (Francis, 2004: 3525; Polatinsky & Esprey, 2000: 709) olmasına rağmen; cinsiyetin travma sonrası gelişim üzerindeki etkisine yönelik yapılan araştırmalar birbiriyle çelişen sonuçlar ortaya koymaktadır. Konuyla ilgili çalışmaların bazılarında kadınların erkeklere oranla daha fazla travma sonrası gelişim deneyimledikleri sonucuna ulaşılırken (Kesimci, Göral & Gencöz, 2005: 68; Tedeschi & Calhoun, 1996: 455-471; Weiss, 2002: 65; Xu & Liao, 2011: 274); bazı çalışmalarda ise cinsiyet ve TSG arasında doğrudan ve anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmektedir (Polatinsky & Esprey, 2000: 709-714). Travma sonrası gelişim düzeyine ilişkin cinsiyetler arasındaki farka yönelik bu belirsizliği aydınlatmak amacıyla Vishnevsky ve arkadaşları (2010: 110-120) tarafından yapılan ve konuyla ilgili 70 çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasında; sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülen çalışmalardaki yaş grupları, travmatik olayın türü, kullanılan ölçüm araçları ve örneklem türleri de araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın sonucunda; travma sonrası gelişim üzerinde cinsiyetin anlamlı bir etkisinin olduğu yani, kadınların erkeklere göre daha fazla gelişim gösterdikleri belirlenirken; araştırmaya dahil edilen moderatör (aracı) değişkenlerden sadece yaşın anlamlı etkisinin olduğu, kadınlarda yaş ortalaması arttıkça travma sonrası gelişimin de artış gösterdiği rapor edilmiştir.

Araştırmacıların travma sonrası gelişime yönelik son yıllarda artan ilgileri bu kavramın, farklı stres durumlarına maruz kalmış pek çok farklı örneklem için incelenmesi sonucunu doğurmuştur. Bunlar arasında; deprem mağdurları (Karancı & Acartürk, 2005: 310; Xu & Liao, 2011: 274), Somalili mülteciler (Kroo & Nagy, 2011: 455); AIDS hastaları (Siegel & Schrimshaw, 2000: 1543; Updegraff, Taylor, Kemeny & Wyatt, 2002: 383); romatoid artrit hastaları (Dirik, 2006: 1-200; Tennen, Affleck, Urrows, Higgins, & Mendola, 1992: 186), kanser hastaları ve aileleri (Cardova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001: 176; Weiss, 2002: 65); kalp krizi geçirenler (Affleck, Tennen, Croog & Levine, 1987: 29), omurilik hasarı olan hastalar (McMillan & Cook, 2003: 77) ve böbrek hastaları (Yorulmaz, Bayraktar & Özdilli, 2010: 2313) ile yapılan çalışmalar yer almaktadır.

Yukarıda bahsedilen fiziksel hastalıklarda travma sonrası gelişimle ilgili yapılmış pek çok çalışma olmasına rağmen; diyabet hastalarında travma sonrası gelişimi ele alan çalışmaların sayısının yok denecek kadar az olduğu, var olan çalışmaların ise nicel ölçümlere yer verilmeyen niteliksel çalışmalar olduğu dikkat çekmektedir. Diyabet hastalarının büyük çoğunluğu tanı aldıktan sonraki süreçte kaynak kayıpları ve psikolojik sıkıntılar yaşamalarına rağmen yapılan niteliksel çalışmalarda; bazı hastaların, tıpkı diğer stres verici yaşam olaylarına maruz kalan kişilerde (kronik hastalığı olanlar, doğal afet ve savaş madurları, tecavüze uğrayanlar vs) olduğu gibi, hayatlarının çeşitli alanlarında olumlu bazı değişiklikler gösterebileceklerine işaret etmektedir (Koch, Kralık & Taylor, 2000: 250-252; Yamakawa & Makimoto, 2008: 1039).

Yamakawa ve Makimoto (2008: 1032) tarafından yapılan ve hastaların diyabet tanısı sonrasında hayatlarının çeşitli alanlarında meydana gelen olumlu değişimleri incelemeyi amaçlayan çalışmaya 15 tip 2 diyabet hastası katılmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan diyabet tanısı aldıktan sonra yaşadıkları olumlu değişimlerle ilgili soruları yanıtlamaları istenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların tümü diyabetle baş etmede olumlu deneyimlerden bahsetmiştir. Araştırmada diyabetten sonra meydana gelebilecek pozitif değişimler üç kategoride toplanmıştır. Bunlardan ilki olan 'olumlu değerlendirme' kategorisi kendi içinde 'yaşam tarzını değiştirmek için şans', 'güvenli hissetme' ve 'hoş sürpriz' olarak 3 ayrı alt kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoride hastalık tanısı aldıktan sonra hastaların hayatlarını tekrar gözden geçirme şansı buldukları, diyabet nedeniyle sağlıklarına daha çok dikkat ettikleri ve bunun onları diğer hastalıklardan koruduğu ve tanı



aldıktan sonra aslında hastalığın o kadar da zor olmadığını anladıklarına yönelik ifadeler yer almaktadır. İkinci kategori olan 'Dikkat dağıtma (diversion)' da ise; 'kendi yolunu izlemek' ve 'sağlıklı yaşamın tadını çıkartmak' alt boyutları bulunmakta ve kişilerin hastalıktan sonra ilgi alanları olan aktivitelere yöneldiği ve kişilerin kendilerini sağlıklı ve mutlu olarak tanımladıklarına yönelik ifadeleri içermektedir. Son kategori olan 'Bağ (bonding)' ise 'yeni sosyal ilişkilerin tadını çıkartmak' ve 'aile ilişkilerini geliştirmek' alt boyutlarından oluşmaktadır ve diyabet hastalarının tanıdan sonra diğer insanlarla olan ilişkilerindeki olumlu gelişmelere işaret etmektedir. Diyabet hastalarıyla bire bir görüşme yöntemiyle yapılan bu araştırmanın sonucunda araştırmaya katılan diyabet hastalarından her birinin farklı kategorilerde gelişme belirttiği rapor edilmiştir (Yamakawa & Makimoto, 2008: 1039). Bu çalışma bulguları, diyabet hastalarının hastalıktan sonraki süreçte hayatlarına olumlu değişimler yaşayabileceklerine işaret etmektedir.

Yukarıdaki çalışmadan elde edilen bulgular arasında yer alan ve hastalık sonrasında deneyimlenen diğer insanlarla ilişkilerde olumlu değişimler, yeni aktivitelere yönelme, hayatlarını yeniden gözden geçirerek değerini anlama gibi değişimlerin; Tedeschi ve Calhoun'un (1996: 455) yaptıkları faktör analizinin sonucunda elde ettikleri travma sonrası gelişimin gerçekleştiği beş boyutta (kişilerarası ilişkilerde, kendiliğin algılanmasındaki olumlu değişiklikler, hayatın değerini anlama, yeni seçeneklerin fark edilmesi ve inanç sisteminin gelişmesi) gerçekleşen değişikliklerle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Hastaların diyabet gibi kronik bir hastalığı hayatlarıyla nasıl birleştirdiklerini, hastalığa nasıl adapte olduklarını anlamak amacıyla tip 2 diyabet hastası erkeklerden oluşan örnekleme, 4 haftalık görüşmelerle yürütülen niteliksel çalışmada ise; araştırmaya katılan hastaların diyabetin yaşam tarzları üzerinde olumlu bir etki yarattığını rapor ettikleri belirtilmiştir (Koch, Kralik & Taylor, 2000: 247).

Koch ve arkadaşlarının (2000: 247) çalışmasında belirtilen olumlu değişimlere ilişkin hastalardan alınan bildirimler, ve Yamakawa ve Makimoto'nun (2008: 1032) travma sonrası gelişim ile paralellik gösteren bulguları ortaya koyan çalışması, diyabet hastalarının da tanı sonrasındaki dönemde travma sonrası gelişim gösterebileceklerine işaret etmektedir. Bu çalışmada da diyabet hastalarının tanıdan sonraki süreçte hayatlarında meydana gelen olumlu değişikliklerin incelenmesi amaçlanmıştır. Diyabet hastalarında travma sonrası gelişimi güvenilirliği ve geçerliği ispatlanmış ölçekler kullanarak inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle, bu araştırmadan elde edilen bulguların diğer çalışmalar için

fikir sağlayıcı nitelikte olacağı; ayrıca diyabet hastalarında travma sonrası gelişimin gözlenme ihtimaline karşı elde edilecek bir sonucun, tanı sonrasındaki süreçte hastalara verilecek psikolojik destekte önemli bir rolünün olacağı düşünülmektedir.

### 1.3. DİYABET HASTALARINDA PSİKOLOJİK SIKINTILAR VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE İLİŞKİLİ KAYNAKLAR

Diyabet hastalarının yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim düzeylerini etkileyecek çok sayıda farklı kaynak bulunmasına rağmen, bu çalışmada diyabete özgü öz yeterlik, baş etme stratejileri gibi kişisel kaynaklar ve algılanan sosyal destek, algılanan duygu dışavurumu gibi sosyal kaynaklar ele alınacaktır. Ayrıca araştırmanın dayandığı kuram olan Kaynakların Korunması Kuramı (Hobfoll, 1989: 513-524) temel alınarak hastaların yaşadıkları kaynak kaybının da hastaların psikolojik durumlarını etkileyeceği düşünülmüş, bu nedenle hastalık sonrasında kaynaklarda meydana gelen kayıplar da araştırmaya dahil edilmiştir.

#### 1.3.1. Kişisel Kaynaklar

Bu bölümde, mevcut çalışmada Kaynakların Korunması Kuramı'na (Hobfoll, 1989: 513-524) göre kişisel kaynaklar içerisinde ele alınacak diyabete özgü öz yeterlik ve stresle baş etme yollarının psikolojik sıkıntılarla ilişkisine yönelik yapılan araştırma sonuçlarına yer verilecektir.

##### 1.3.1.1. Diyabete Özgü Öz yeterlik

Araştırmada incelenecek kaynaklardan ilki olan öz yeterlik, Hobfoll'un (1989; 513-524) kaynak sınıflandırmasında kişisel kaynaklar arasında yer almaktadır. Öz yeterlik kavramı, Bandura'nın (1977) Sosyal Öğrenme Kuramı dahilinde geliştirilmiştir (Akt. Benight & Bandura, 2004: 1135) ve Benight ve Bandura'ya (2004: 1129-1148) göre kişilerin öz yeterlik inancı, bilişsel, motivasyonel, duygusal süreçler ve karar verme süreçleri aracılığıyla insan işlevlerini düzenler. Ayrıca insanların zorluklara karşı nasıl direneceğini, duygusal hayatlarının kalitesini, depresyon ve strese yatkınlıklarını, zorluklara karşı dayanıklılıklarını ve hayatlarını etkileyecek karar noktalarındaki seçimlerini etkiler. Kişilerin öz yeterlik inancı, stres yaratan durumlar karşısında

gösterdikleri tepkileri ve karşılaştıkları stresle nasıl baş edeceklerini belirlemede de oldukça önemlidir (Benight & Bandura, 2004: 1129-1148).

Son dönemde araştırmacılar, genel öz yeterlik düzeylerindense belli bir alana özgü öz yeterlik düzeyleri üzerinde durmaktadır ve belli bir alana yönelik öz yeterliğin araştırma sonuçları üzerinde genel öz yeterlikten daha etkili olduğu düşünölmektedir. Bu araştırmada da hastaların genel öz yeterlik düzeyleri yerine, hastaların diyabetin gerektirdiklerini yapabilecekleri konusundaki yeteneklerine ne kadar güvendiklerine işaret eden diyabete özgü öz yeterlik düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Öz yeterlik, hastaların hastalıkla ilgili öz denetimleri ve hastalığın kontrol altında tutulabilmesi için önemli bir kaynaktır (Cherrington, Wallston & Rothman, 2010: 81-88). Diyabet hastalarında öz yeterliğin düşük olması; zayıf metabolik kontrolle (Cherrington, Wallston & Rothman, 2010; 81; Chih, Jan, Shu & Lue, 2010: 505; Griva, Myers & Newman, 2000: 733; Wallston, Rothman & Cherrington, 2007: 395), tedaviye uyum zorluğuyla (Bean, Cundy & Petrie, 2007: 787; Savoca & Miller, 2001: 224; Williams & Bond, 2002: 127) ve hastalığa yönelik öz bakımın azalmasıyla (diyete uyma ve egzersiz yapma, ilaç alımı ve kan şekeri kontrolü gibi) ilişkilidir (Bean, Cundy & Petrie, 2007: 787; Savoca & Miller, 2001: 224; Williams & Bond, 2002: 127-130).

Öz yeterliğin, diyabet hastalarının öz bakımları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla Williams ve Bond (2002: 139) tarafından 94 yetişkin diyabet hastasından oluşan örnekleme yapılan çalışmada; sosyal desteğin kişilerin öz bakım davranışları üzerinde doğrudan bir etkisinin bulunmadığı ancak öz yeterliğin aracı etkisi dikkate alındığında; sosyal destek artışının hastaların öz yeterlik düzeylerindeki artışla ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca artan öz yeterliğin de kişilerin diyabete yönelik öz bakımlarını arttırdığı belirlenmiştir (Williams & Bond, 2002: 127).

Öz yeterlik, hastalık gidişatı, diyabete uyum ve öz bakımın yanı sıra hastaların özgüvenlerini de etkileyebilmektedir. Yetişkin tip 1 ve tip 2 diyabet hastasından oluşan örnekleme yapılan çalışmada (Erol, 2009: 145); hastaların kendilerine olan özgüvenleriyle diyabet özbakımına yönelik öz yeterlik düzeylerinin pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle, diyabet hastalarının öz yeterliklerindeki artışın, özgüvenlerini de arttırdığı belirtilmiştir. Hastaların öz yeterlik düzeyleri üzerinde yaş ve cinsiyet etkisinin de araştırıldığı çalışmada, öz yeterlik düzeyleri açısından cinsiyetler arası fark bulunmazken;

diyabete özgü öz yeterliğin yaşla beraber azaldığı rapor edilmiştir (Erol, 2009: 145). Erol'un (2009: 1-163) çalışmasında diyabet hastalarının öz yeterlik düzeyleri üzerinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, Cherrington ve arkadaşlarının (2010: 84-85) yaptıkları çalışmanın sonucunda, tip 2 diyabet hastalarının öz yeterlik düzeyleri için cinsiyetler arası farkın anlamlı olduğu, erkeklerin öz yeterlik düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu rapor edilmiştir

Öz yeterliği yüksek olan kişiler stresli bir durumla karşılaştıklarında daha uygun baş etme yollarını seçmekte ve böylece yaşadıkları olaydan zarar görme ihtimalleri azalmaktadır (Benight & Bandura, 2004: 1129-1148). Farklı fiziksel hastalıklarla yapılan çalışmalarda öz yeterliğin, depresyon ve kaygı gibi psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Dirik, Sertel & Kartal, 2011: 48; Sacco & Bykowski, 2010: 141-146; Sacco, Wells, Vaughan, Friedman, Perez & Matthew, 2005: 630-634).

Bireylerin öz yeterlik inançları diğer fiziksel hastalıklarda olduğu gibi diyabet hastalarının da psikolojik sağlıklarını etkilemekte ve düşük öz yeterliğe sahip hastalarda psikolojik sıkıntıların görülme riski artmaktadır (Cherrington, Wallston & Rothman, 2010: 81-88; Kanbara, ve ark., 2008: 56; Sacco, Wells, Friedman, Matthew, Perez & Vaughan, 2007: 693; Sacco, Wells, Vaughan, Friedman, Perez & Matthew, 2005: 630-634). Öz yeterliğin diyabet hastalarında depresyonla ilişkisinin araştırıldığı ve yetişkin tip 2 diyabet hastalarından oluşan 56 kişilik örnekleme yapılan çalışmada, hastaların tedaviye uyumları, beden kitle indeksleri ve diyabete özgü öz yeterliklerinin depresyonla ilişkisi ele alınmıştır. Araştırmanın sonucunda; beden kitle indeksi ve tedaviye uyumun hastaların öz yeterlik düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir. Öz yeterliğin ise tedaviye uyum ve beden kitle indeksi ile depresyon arasında aracı bir rol oynadığı, yani tedaviye uyumdaki azalma ve beden kitle indeksindeki artışla meydana gelen öz yeterlikteki azalmanın, depresyonla ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Sacco, Wells, Vaughan, Friedman, Perez & Matthew, 2005: 630-634). Yine tip 2 diyabet hastalarında beden kitle indeksi, tedaviye uyum ve depresyon ilişkisinde öz yeterliği aracı rolünün incelendiği daha geniş kapsamlı bir çalışmada; önceki çalışmanın bulgularıyla paralel olarak beden kitle indeksindeki artış ve tedavi uyumundaki azalmanın hastaların öz yeterlik düzeylerini düşürerek depresyonu arttırdığı belirtilmiştir (Sacco, Wells, Friedman, Matthew, Perez & Vaughan, 2007: 693-700).

Daha önce de belirtildiği gibi düşük öz yeterlik, hem metabolik kontrolün kötü gidişiyile hem de depresif semptomlardaki artışla da ilişkilidir. Yapılan araştırmalar, öz yeterliğin depresyon ve metabolik kontrol ilişkisinde aracı etkisinin olabileceğine dikkat çekmektedir. Yani, depresif semptomlardaki artış, diyabet öz yeterliğindeki düşüşle; düşük öz yeterlik ise metabolik kontroldeki kötüleşmeyle ilişkilidir (Chao, Nau, Aikens & Taylor, 2002: 514). Öz yeterliğin kötü metabolik kontrol ile depresif semptomlar ilişkisindeki aracı rolünü açıklamaya yönelik Cherrington ve arkadaşlarının (2010: 81-88) 98 tip 2 diyabet hastasının katılımıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda; erkeklerde öz yeterliğin depresyon ve metabolik kontrol arasındaki aracı etkisi anlamlı bulunurken, kadınlar bu ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

Yukarıda belirtilen araştırma sonuçlarından yola çıkarak diyabette öz yeterliğin, hastaların hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını önemli ölçüde etkileyen bir kaynak olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle öz yeterliğin rutin diyabet kontrollerinde ve tedavi planının yapılandırılmasında ele alınması gerekmektedir. Bu çalışmada diyabete özgü öz yeterlik kişisel kaynaklar arasında ele alınacak ve diyabet hastalarının psikolojik sıkıntıları ve travma sonrası gelişimleri üzerindeki etkisi incelenecektir.

### ***1.3.1.2 Başa Etme Yolları***

Lazarus (1991: 819-834) baş etmeyi, kişisel kaynaklar ve durumun gerektirdikleri arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı olan bir değerlendirme süreci olarak tanımlamaktadır ve Lazarus'un modelinde bilişsel değerlendirme baş etme sürecinin temel bileşeni olarak ele alınmaktadır. Lazarus'a (1991: 819-834) göre baş etme duygularla ilişkilidir ve duyguları iki yolla etkilemektedir. Bunlardan ilk olarak tanımlanan problem odaklı baş etme, kişinin içinde bulunduğu durumu değiştirmeye yönelik bir sürece işaret ederken; ikinci olarak tanımlanan duygu odaklı baş etme ise, kişi ve durum arasındaki ilişkiyi değiştirmeye yönelik doğrudan bir girişimden çok, durumla ilgili duyguların değişimine işaret etmektedir.

Bireyler stresli bir durumla karşılaştıklarında farklı tepkiler verir ve durumun üstesinden gelmek için farklı stratejiler geliştirirler. Bu nedenle stresli bir durumla karşılaşıldığında kullanılacak birbirinden farklı baş etme yolları bulunmaktadır ve bu baş etme yolları yazarlar tarafından farklı sınıflandırmalara tabi tutulmaktadır. (Folkman &

Lazarus, 1988: 466) temelde problem odaklı baş etme ve duygu odaklı baş etmenin altında sınıflandırılabilir sekiz farklı strateji (yüzleşme, mesafe koyma (distancing), kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluk alma, kaçınma, problem çözme ve pozitif yeniden değerlendirme) tanımlarken; Endler ve Parker (1990: 846); baş etmeyi görev-yönelimli, duygu yönelimli ve kaçınma yönelimli olmak üzere 3 kategoride ele almışlardır.

Tıpkı diğer stres veren olaylarda olduğu gibi fiziksel hastalığı olan bireyler de farklı türlerde baş etme yollarını kullanırlar ve yapılan çalışmalar, fiziksel hastalığı olanların kullandıkları baş etme yollarının hem tedavi sonuçlarıyla hem de hastaların psikolojik sağlıklarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Aydın, 2004: 1-107; Clarke & Goosen, 2009; 460; Duangdao & Roesch, 2008: 297).

Tüm durumlar için olumlu sonuçlar doğuran ve doğru kabul edilebilecek bir tek strateji yerine, yaşanan stres yaşantısının türüne ve özelliğine göre kullanılan farklı baş etme yollarının daha iyi sonuçlar verdiği bilinmektedir. Örneğin kısmi olarak da olsa kontrol edilebilecek fiziksel bir hastalığın varlığında problem odaklı baş etme yollarını kullanmak psikolojik sıkıntı yaşama olasılığını azaltmaktadır (Dirik, 2006: 1-200; Duangdao & Roesch, 2008: 291; Smari & Valtysdottir, 1997: 151-156; Zhang, Chen & Chen, 2008).

Diğer fiziksel hastalıklarda olduğu gibi hastaların stresle baş etmeye yönelik kullandıkları tarz diyabet hastaları için oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda hastaların en çok kaçınma (Coelho, Amorim & Prata, 2003: 312), pasif baş etme ve duygusal baş etme (Samuel-Hodge, Watkins, Rowell & Hooten, 2008: 508) yollarını kullandıkları belirtilmiştir. Gafvels ve Wandell (2006: 280) ise tip 2 diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada kullanılan baş etme yollarının cinsiyetler arasında farklılık gösterebildiğini ve kadınlarda problem çözme yerine boyun eğmenin, bilişsel yeniden değerlendirme yerine karşı çıkmanın ve sosyal destek arama yerine izolasyon stratejilerinin sıklıkla kullanıldığını rapor etmişlerdir.

Gafvels ve Wandell'in (2006: 287) cinsiyetin etkisine yönelik bulgularından başka eğitim düzeyi ve yaş gibi sosyodemografik değişkenler de diyabet hastalarının kullandıkları baş etme yollarını etkileyebilmektedir. Samuel-Hodge ve arkadaşları (2008; 507-508) tarafından yapılan araştırmada düşük eğitim düzeyine sahip olanların ve yaşlı hastaların daha çok pasif baş etme yollarını kullandıkları belirtilmiştir.

Diyabetli bireylerde kullanılan baş etme yollarının hastalığın gidişatını (metabolik kontrol) etkilediği bilinmektedir. Yapılan pek çok çalışmada diyabette problem-odaklı (aktif) baş etme yollarını kullanmanın metabolik kontrolle pozitif yönde ilişkili olduğu; duygu-odaklı baş etmenin ya da kaçınmanın kullanımının ise metabolik kontrolün kötü gidişiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Gafvels & Wandell, 2006: 280; Samuel-Hodge, Watkins, Rowell & Hooten, 2008: 507-508).

Diyabet hastalarının stresli durumlarda kullandıkları baş etme yolları, metabolik kontrol üzerindeki etkisinin yanı sıra; hastaların yaşam kalitelerini (Coelho, Amorim & Prata, 2003: 314), öz bakımlarını (Samuel-Hodge, Watkins, Rowell & Hooten, 2008: 501) ve psikolojik durumlarını (Clarke & Goosen, 2009: 462; Smari & Valtysdottir, 1997: 151; Zhang, Chen & Chen, 2008: 523) da etkilemektedir. Baş etme yollarının diyabetli hastaların negatif düşünceleri ve yaşadıkları depresyon arasındaki ilişkideki aracı rolünü incelemek amacıyla Clarke ve Goosen'in (2009: 460-464) 28-88 yaş arası 114 diyabet hastasıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda, problem odaklı baş etme depresyonla ilişkili bulunmazken, duygusal baş etme yolunun kullanılmasının depresyon riskini arttırdığı; ayrıca negatif düşünceler ve depresyon arasında kısmi bir aracı rolünün olduğu belirtilmiştir. Karlsen ve arkadaşları (2004) da diyabetli hastalarda duygu odaklı baş etme yollarını kullanmanın algılanan sosyal destek ile depresyon arasında kısmi aracı rolü olduğunu belirtmişlerdir (Akt. Clarke & Goosen, 2009: 461).

Samuel-Hodge, ve arkadaşları (2008: 501-510) yetişkin tip 2 diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada, baş etme yollarının hastaların öz bakım düzeyleri ve iyilik halleri üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Duygu odaklı baş etme yollarını kullanmanın algılanan stresle, diyabetle ilgili sorunlardaki artışla ve hastalığın gidişine ilişkin olumsuz değerlendirmelerle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sonucunda, hem aktif hem de pasif baş etme yollarını kullanmanın diyabete özgü öz yeterliği ve tedaviye uyumu arttırdığı da belirtilmiştir.

Baş etme yollarının kaygı ve depresyonla ilişkisini aştırmaya yönelik bir çalışma ise Zhang, Chen ve Chen (2008: 523-530) tarafından tip 2 diyabet hastalarıyla yapılmıştır. 18 yaş üzerindeki toplam 304 hastayla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre; negatif baş etme yollarının kullanılmasının depresyon ve kaygıyı arttırdığı, aktif baş etme yollarının kullanımının ise depresyon puanlarıyla ters yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Baş etme yollarının psikolojik sıkıntılarla ilişkisine dair Smari ve Valtysdottir'in (1997: 151-156) yaptığı ve 120 diyabetli yetişkinin katıldığı çalışmada ise diyabeti olan hastaların kullandıkları baş etme yollarının (görev odaklı, duygu odaklı, kaçınma) depresyon, kaygı düzeyleri ve hastalıklarının gidişatı üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda rapor edilen bilgiler daha önce bahsedilen çalışmalardan elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Kadın ve erkeklerde duygu odaklı baş etme yollarının kullanımı depresyon ve kaygıyı arttırmaktadır. Kadınlarda problem odaklı baş etme yollarının kullanımı hem depresyon hem de kaygıyı azaltırken, erkeklerde ise sadece kaygıyı azaltmaktadır.

Diyabeti olan yetişkinlerde baş etme yollarının hem hastalığa uyum üzerindeki hem de psikolojik sağlık üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla Duangdao ve Roesch (2008: 291) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında analize katılan araştırmalarda ele alınan baş etme yolları problem odaklı/ duygu odaklı ve yaklaşma/ kaçınma stratejileri olarak iki gruba ayrılmıştır ve problem odaklı stratejiler ve/veya yaklaşma stratejilerini daha sık kullanan diyabetli bireylerin bu stratejileri daha seyrek kullananlara göre psikolojik ve fizyolojik olarak daha iyi oldukları belirtilmiştir. Yalnızca kaygı ve depresyonla ilişkisi ele alındığında kaçınma stratejisinin her iki değişken üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmazken, duygu odaklı, problem odaklı ve yaklaşma stratejilerinin kullanımının kaygı ve depresyon üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (Duangdao & Roesch, 2008: 297).

Stresli durumlarda kullanılan baş etme yollarının sadece bireylerin yaşayacağı psikolojik sıkıntıları değil, kişilerin hayatlarında meydana gelmesi muhtemel olumlu değişiklikleri de etkilediği bilinmektedir. Farklı stres durumlarına maruz kalmış bireylerle yapılan çalışmalarda problem çözme, pozitif yeniden yorumlama, kabullenme gibi aktif baş etme yollarını kullanmanın, kişilerin travma sonrası gelişim düzeylerindeki artışla ilişkili olduğu rapor edilmektedir (Wild & Paivio, 2003: 97).

Prati ve Pietrantonini'nin (2009: 364-388) travma sonrası gelişimi ele alan araştırmaları derleyerek oluşturdukları meta-analiz çalışmasında farklı tip baş etme yollarının travma sonrası gelişimi etkileme düzeyleri incelenmiştir. Yapılan meta-analiz sonucunda; dinsel baş etme, olumlu yeniden yorumlama yoluyla baş etme stratejileri ile travma sonrası gelişim arasında kuvvetli bir ilişki elde edilirken; baş etme yollarından sosyal destek arama ve kabullenme stratejileri ile travma sonrası gelişim arasında da kısmi



fakat anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada ise; problem odaklı baş etme ile kaderci baş etme stratejilerinin travma sonrası gelişim üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu sonucunda ulaşılmıştır (Kesimci, Göral & Gencöz, 2005: 68).

Farklı örneklerle yapılan çalışmaların bulguları bir arada değerlendirildiğinde özellikle aktif baş etme (Wild & Paivio, 2003: 97-122), problem odaklı baş etme (Dirik, 2006: 101; Kesimci, Göral & Gencöz, 2005: 68; Karancı & Acartürk, 2005: 310), kaderci baş etme (Kesimci, Göral & Gencöz, 2005: 68; Karancı & Acartürk, 2005: 311), dinsel baş etme (Kroo & Nagy, 2011: 452), kabullenme ve olumlu yeniden yorumlama (Butler, ve ark., 2005: 247) gibi baş etme yollarını kullanmanın travma sonrası gelişim üzerinde olumlu etkisi belirtilirken: Wild ve Paivio (2003: 97) ise yaptıkları çalışmanın sonucunda duygu odaklı baş etme yollarını kullanmanın travma sonrası gelişim üzerinde negatif bir etkisinin olduğunu rapor etmişlerdir.

Diyabetli bireylerin kullandıkları baş etme yollarının gerek hastalık gidişatı gerekse psikolojik sıkıntıları üzerindeki etkisi pek çok çalışmada ele alınmıştır ancak hastaların hayatlarında meydana gelmesi muhtemel olumlu psikolojik değişimler üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Bu çalışmayla; diyabet hastalarının kişisel kaynakları arasında yer alan baş etme yollarının, onların hayatları ve psikolojik sağlıkları üzerindeki hem olumlu hem olumsuz etkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

### **1.3.2. Sosyal Kaynaklar**

Bu bölümde, mevcut çalışmada Kaynakların Korunması Kuramı'na (Hobfoll, 1989: 513-524) göre kişisel kaynaklar içerisinde ele alınacak diyabete özgü öz yeterlik ve stresle baş etme yollarının psikolojik sıkıntılarla ilişkisine yönelik yapılan araştırma sonuçlarına yer verilecektir.

#### **1.3.2.1. Sosyal Destek**

Cobb'un (1976: 304) sosyal desteğe ilişkin yaygın olarak kabul gören tanımına göre; sosyal destek 'kişinin beğenildiğine ve sevildiğine, saygın ve değerli olduğuna ve karşılıklı yükümlülüklerin olduğu bir sosyal ağın üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgi'dir. Aileden ve çevreden alınan sosyal destek pek çok insan için önemli bir faktör

olsa da; kronik hastalığı olanlarda sosyal destek, hastanın hastalığa uyumunu kolaylaştırır ve hastanın tedaviye bağlılığını artırır.

Diyabet, sadece hastalığı olan bireyi değil, birlikte yaşadığı herkesi etkileyen bir hastalıktır ve diyabet hastaları için aileden veya arkadaşlardan alınan sosyal destek yaşadıkları stresin azaltılmasında önemli bir kaynak olarak öne çıkmaktadır (Rubin, 2005: 171). Yapılan pek çok çalışmada da diyabet hastalarında sosyal desteğin tedaviye uyum ve hastalığın seyri için önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Garay-Sevilla, ve ark., 1995: 81; Toljamo & Hentinen, 2001: 618; Westaway, Seager, Rheeder & Zyl, 2005: 73).

Bireylerin yaşadıkları stresli durumu en az hasarla atlatabilmeleri ve yeni duruma uyum sağlayabilme süreçleri yeterli ve tatmin edici sosyal destek sağlandığında tam anlamıyla mümkün olmaktadır. Farklı hastalık gruplarıyla yapılan çalışmalar, sosyal destek azlığının kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Dirik, Sertel & Kartal, 2011: 50). Sosyal destekteki azlık diğer fiziksel hastalıklarda olduğu gibi diyabet hastalarında da depresyon ve kaygı gibi psikolojik sıkıntıları arttırmaktadır (Bisschop, Kriegsman, Beekman & Deeg, 2004: 721; Zhang, Chen & Chen, 2008).

Sosyal desteğin etkisi incelenirken, bireyin çevresinden aldığı sosyal desteği nasıl algıladığının ele alınması önem kazanmaktadır. Sosyal desteğin psikolojik sıkıntılar ile ilişkisini incelemek amacıyla Zhang, Chen ve Chen (2008) tarafından yapılan çalışmaya 304 tip 2 diyabet hastası dahil edilmiştir. Depresyon ve kaygıyla ilişkili olabilecek psikososyal faktörlerin incelendiği çalışmanın sonucunda, psikososyal faktörlerden biri olarak nitelendirilen hastaların algıladığı sosyal destekteki artışın, hastaların depresif belirtilerindeki azalmayla ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Sosyal desteğin psikolojik sıkıntılar üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan son dönem çalışmalarında, hastaların öz yeterlik düzeylerinin sosyal destek ile yaşanan psikolojik sıkıntılar arasında aracı bir rol üstendiğine dair bulgulara ulaşılmıştır. Sosyal desteğin, kişilerin öz yeterlikleri üzerinde önemli bir etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Algılanan sosyal destek (duygusal/davranışsal), öz yeterlik (hastalıkla aktif baş etme/kontrol edilebilirlik) ve psikolojik stres (depresyon, kaygı, huzursuzluk, öfke ve çaresizlik) ilişkisini inceleyen 40 yaş üzeri 204 diyabetli bireyin katıldığı bir çalışmada; duygusal destek her iki öz yeterlik boyutuyla ilişkili bulunurken; çaresizliğin azalmasında da anlamlı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Artan öz yeterlik de depresyon, kaygı ve çaresizliğin

zaman içinde azalmasıyla ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar bu çalışmanın bulgularından yola çıkarak; sosyal desteğin diyabet hastalarının öz yeterliğini arttırdığını, artan öz yeterliğin de psikolojik stresin azalmasıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Kanbara, ve ark., 2008: 56).

Sosyal desteğin, diyabet ve depresyon ilişkisindeki aracı rolüne ilişkin çalışmalar son yıllarda artış göstermektedir. Sacco ve Yanover (2006: 523) diyabetli yetişkinlerde sosyal destek, depresyon ve diyabetle ilişkili semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 86 diyabet hastasının katıldığı bir çalışma düzenlemişlerdir. Çalışmada diyabete özgü belirtiler ile sosyal destek arasındaki ilişkide depresyonun aracı etkisini ortaya koyan iki modelin anlamlı olduğu belirtilmiştir. Sosyal destekteki azlığın depresyonu arttırdığı ve depresyondaki artışın hastalık belirtilerindeki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada diyabet belirtilerindeki artışın depresyonu arttıracığı ve bu durumun kişinin daha az sosyal destek almasına yol açacağına ilişkin model de incelenmiştir ve depresyonun aracı etkisi bu model için de anlamlı bulunmuştur.

Diyabetli bireylerin aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek psikolojik sıkıntılarının ve hastalık gidişatının yanı sıra hastaların kullandıkları baş etme yollarını da etkileyebilmektedir. Karlsen ve arkadaşlarının (2004: 53-70) yaptıkları çalışmada hem tip 1 hem de tip 2 diyabet hastaları için aileden algılanan sosyal destek hastaların diyabetle baş etme yollarıyla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada aileden algılanan sosyal destek arttıkça hastaların daha çok problem odaklı ve daha az duygu odaklı baş etme yollarını kullandıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada belirtilen bir başka bulgu ise; daha fazla sosyal destek aldığını belirten tip 2 diyabetli bireylerin daha az kendilerini suçlama eğiliminde olduklarıdır (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg & Bru, 2004: 53-70).

Sosyal destek sadece yaşanan psikolojik sıkıntılar üzerinde etkili değildir. Kişinin yaşadığı travmatik bir deneyimin ardından meydana gelebilecek olan olumlu yöndeki değişimlere işaret eden travma sonrası gelişim üzerinde de sosyal desteğin rolünün olduğu bilinmektedir (Prati & Pietrantonio, 2009: 364-388). Travma sonrası gelişim kuramlarında da sosyal desteğin önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Tedeschi ve Calhoun'un (2004: 1-18) revize ettikleri modele göre sosyal destek, travmatik yaşantıdan sonra ortaya çıkabilecek olumlu değişikliklerin öngörülebilesini sağlamaktadır. Schaefer ve Moos'un (1998: 99-126) kuramında ise sosyal destek, kişinin baş etme yollarını etkileyerek ve

duruma uyum sağlamasını kolaylaştırarak kişisel gelişimin önünü açan bir öncül faktör olarak değerlendirilmektedir.

Kuramların ileri sürdüğü bilgilerden yola çıkılarak sosyal desteğin travma sonrası gelişim üzerindeki etkisini inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır (Carver, 1998: 245; Kroo & Nagy, 2011: 455; Prati & Pietrantonio, 2009: 364). Bu çalışmalar arasından Prati ve Pietrantonio'nun (2009: 364-388) travma sonrası gelişimi ele alan 103 çalışmayı dahil ederek yaptıkları meta-analiz çalışmasının sonucunda, sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu rapor edilmiştir.

Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular da göstermektedir ki gerek sosyal destek kaynakları (aile, arkadaşlar vs) gerekse alınan sosyal desteğin türü diyabet hastaları için oldukça önemli birer kaynak olarak öne çıkmaktadır ve hastaların hem sağlıkları hem de sosyal uyum ve psikolojik iyilik halleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle bu çalışmada da algılanan sosyal desteğin hastaların yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ve hastalık sonrası deneyimledikleri olumlu değişimlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

### ***1.3.2.2. Duygu Dışavurumu***

Duygu dışavurumu, kişiler arası ilişkilerdeki bazı kilit noktaları ve ilişkinin kalitesini tanımlamak için kullanılmaktadır ve bakım veren kişi veya kişilerin hasta olan bireye yönelik duygu, davranış ve tutumları temel olarak ele alınmaktadır. Duygu dışavurumuna ilişkin ölçümler, bakım veren kişilerin hasta bireye karşı eleştirel, düşmanca veya aşırı duygusal ilgi gösteren tutumlarının değerlendirilmesiyle elde edilmektedir. Yüksek duygu dışavurumuna sahip akrabaların hastalarının problemlerine karşı toleranslarının düşük olduğu, daha müdahaleci oldukları ve sorunların çözümünde genellikle uygun olmayan stratejiler kullanma eğiliminde oldukları; duygu dışavurumu düşük olan hasta yakınlarının ise bunların aksine daha az müdahaleci, hastalarının ihtiyaçlarına daha duyarlı ve daha toleranslı oldukları belirtilmektedir (Barrowclough & Hooley, 2003: 848-880).

Duygu dışavurumu kavramı, şizofreni hastalarının ailelerindeki duygusal iklimi tanımlamak için geliştirilmiş ve bu hastalık grubundaki kişilerde oldukça yaygın olarak çalışılmıştır (King, 2000: 65; Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny & Rahill, 2000:

633). Şizofreni hastaları ve ailelerinde duygu dışavurumuna yönelik yapılan çalışmaların ortak noktası ise; hastalara bakım verenlerin duygu dışavurumlarındaki artışın, hastalık şiddetindeki artış ve/veya hastalık belirtilerinin tekrarlamasıyla ilişkili olduğunun ortaya koyulmasıdır (Tüzer, Zincir, Başterzi, Aydemir, Kısa & Göka, 2003: 198).

Şizofreni hastalarında duygu dışavurumunun hastalığın seyri üzerindeki etkilerine yönelik çalışmaların yanı sıra; farklı psikiyatrik hastalıklarda da duygu dışavurumunun etkisine yönelik çalışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bunlar arasında depresyon hastaları (Hinrichsen & Pollack, 1997: 336; Hooley, Orley & Teasdale, 1986: 644), bipolar bozukluğu olanlar (Kim & Miklowitz, 2004: 343; Kocabıyık, Beştepe, Karşıdağ, Kükürt & Alpay, 2005: 10; Yan, Hammen, Cohen, Daley & Henry, 2004: 199) ve yeme bozukluğu olanlar (Paola, Faravelli & Ricca, 2010: 401) ve bu hastaların yakınları yer almaktadır. Farklı psikiyatrik tanı grubundan örneklerle yapılan bu çalışmaların sonuçları da şizofreni örnekleminde elde edilen sonuçlarla paralellik göstermektedir. Yani bakım veren kişilerin duygu dışavurum düzeylerindeki artış hastalığın şiddetini, ya da hastalığın tekrar oranını arttırabilmektedir.

Gerek psikiyatrik gerekse fiziksel bir hastalığa sahip olan kişilerin yaşadıkları aile ortamı, sosyal ilişkileri ve hastalıkları süresince onlara destek olan kişilerin varlığı ve tutumları oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle böbrek hastaları (Alkar, 2006: 55-75), epilepsi hastaları (Bressi, Cornaggia, Beghi, Porcellana, Iandoli & Invernizzi, 2007: 417), zeka geriliği olan çocuk ve yetişkinler (Hastings & Lloyd, 2007: 339) ve astım hastası çocuklar (Ölçer, Fiş, Berkem & Karadağ, 2010: 144) gibi farklı hastalık/bozukluk gruplarından pek çok örnekleme ailenin hastalara karşı tutumlarına işaret eden duygu dışavurumu kavramı ve bunun hastalar üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Farklı yaş ve tanı gruplarından örneklerle yapılan çalışmalara paralel olarak diyabet hastaları için de ailenin duygu dışavurumu hem metabolik kontrol hem de hastaların psikolojik sağlıkları açısından oldukça önemlidir. Ancak literatür incelendiğinde; diyabet hastalarında duygu dışavurumu çalışmalarının tip1 diyabet hastaları üzerinde yoğunlaştığı ve genellikle çocuk ve ergen örneklerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Stevenson, Sensky ve Petty'nin (1991: 170-174) tip1 diyabetli ergenlerde ailelerinin duygu dışavurum düzeyleri ile metabolik kontrolleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; ailenin eleştirel tutumunun metabolik kontrolle ilişkili

olmadığı; ancak duygusal aşırı ilgilenmenin ergenin metabolik kontrolünün daha iyi olmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Stevenson, Sensky & Petty, 1991: 170-174). Worrall-Davies ve arkadaşları da (2002: 107-113) diyabetli çocukların babalarının sergilediği düşmanca tutumun çocuğun metabolik kontrolünü olumsuz yönde etkilediğini rapor etmişlerdir.

Diyabetli yetişkinlerde duygu dışavurumunun etkisini incelemek amacıyla Wearden ve ark. (2000: 125-130) yaptıkları çalışmada yetişkin diyabet hastalarının partnerlerinin duygu dışavurum düzeyleri ile hastaların diyabete uyum ve diyabet yönetimleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmaya 18-65 yaş arası 60 tip 1 diyabet hastası ve onların partnerleri katılmıştır ve partnerlerin duygu dışavurumlarını ölçmek amacıyla günümüzde halen yaygın olarak kullanılmakta olan yarı yapılandırılmış Camberwell Aile Görüşmesi (Camberwell Family Interview) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların partnerlerinden %17'sinin yüksek duygu dışavurumuna sahip olduğu, duygu dışavurumunun glukoz kontrolüyle ilişkili olmadığı ancak partnerlerinin duygu dışavurum düzeyi yüksek olan hastaların diyabet tedavisinin gerektirdiklerini yerine getirmekte daha çok zorlandıkları, diyabete yönelik değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğu, depresyon puanlarının arttığı ve diğer hastalara kıyasla evlilik doyumlarının düştüğü belirtilmiştir. Duygusal aşırı ilgilenme boyutundan alınan puanlar arttıkça hastalardaki komplikasyon sayısının da arttığı, olumlu yorum alt boyutundan alınan puanların artışının da hastaların depresyon ve kaygı düzeyleriyle negatif ilişkili olduğu aynı çalışmada rapor edilen diğer bulgular arasındadır (Wearden, Tarrier & Davies, 2000: 125-130).

Diyabet hastalarında duygu dışavurumuna yönelik yapılan diğer bir çalışma ise Lister (2010: 52) tarafından sağlıklı eşlerin duygu dışavurum düzeylerinin diyabetli yetişkinlerde hastalık kontrolü ve diyabet tedavisine uyum üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. 106 tip 2 diyabet hastası ve onların eşlerinin yer aldığı bu çalışmada literatürde yer alan diğer çalışmaların aksine duygu dışavurumunu ölçmek amacıyla eleştiri ve duygusal aşırı ilgilenme boyutları için Wiedemann, Rayki, Feinstein & Hahlweg (2002: 265-269) tarafından geliştirilen Family Questionnaire ve sıcaklık alt boyutunu ölçmek amacıyla da (Matthews, Wickrama & Conger, 1996: 641-655) tarafından geliştirilen 'Sıcaklık Skalası (Warmth Scale) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan eşlerin toplamda %21'inin yüksek duygu dışavurum düzeyine sahip olduğu ve yüksek duygu dışavurumuna

sahip bireylerin diyabet hastası eşlerinin diyabete özgü yönetimlerinin (egzersiz yapma, diyeteye uyma vs) daha kötü olduğu bulunmuştur. Araştırmada rapor edilen bir diğer bulgu ise eşlerin duygu dışavurum düzeylerinin diyabet kontrolüyle zayıf fakat anlamlı bir ilişkisinin olduğudur. Bu sonuca göre, eşin duygu dışavurum düzeyindeki artış, diyabet hastası eşin metabolik kontrolünün kötüleşmesiyle ilişkilidir. Duygu dışavurumunun alt boyutları ele alındığında ise; eleştirel tutumun incelenen değişkenleri yordamada en büyük etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.

Duygu dışavurumu kavramı uzun yıllardır araştırılmasına rağmen; duygu dışavurumunun hasta tarafından algılanış biçiminin etkilerine yönelik az sayıda araştırma olduğu görülmektedir (Alkar, 2006: 55-75). Oysa; Baştuğ'un (2008: 76-92) şizofreni hastalarında belirti şiddeti ve yaşam kaliteleri üzerinde duygu dışavurumunun etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada hem ailelerin duygu dışavurum düzeyleri hem de hastaların algıladıkları duygu dışavurum düzeyleri incelenmiş ve her iki değişken üzerinde algılanan duygu dışavurumunun daha büyük bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.

Aile içerisindeki duygusal ortamı araştırmaya yönelik Hooley ve Teasdale (1989: 230) tarafından depresyon hastaları ve eşleriyle yapılan çalışmada; hastaların, kendilerine bakım veren eşlerinin duygu dışavurumlarını algılayışlarını değerlendirmek amacıyla Algılanan Eleştirel Tutum Ölçeği geliştirilmiştir ve bu ölçeğin duygu dışavurumu ölçekleriyle yapılan çalışmalara benzer sonuçlar ortaya koyduğu, hastaların algıladıkları eleştiri düzeyinin 9 aylık periyotta hastalığın tekrarlama oranıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Alkar (2006: 55-75) ise; hemodiyaliz hastalarının sahip oldukları kişisel ve sosyal kaynakların, yaşam kaliteleri ve iyilik halleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların algıladıkları duygu dışavurumunun etkisini de ele almıştır. Yetişkin böbrek hastalarından oluşan 106 kişilik örnekleme yaptığı çalışmada; duygu dışavurumunun eleştirel/düşmanca tutum alt boyutundan yüksek puan alanların yaşam kalitelerinin düşük puan alanlara kıyasla daha düşük olduğunu rapor etmiştir.

Hem yetişkin hem de çocuk ve ergen örneklemlerinden elde edilen bulgular ışığında ele alındığında diyabet hastaları için aile ortamı ve bakım verenlerin hastaya karşı tutumlarını yansıtan duygu dışavurumları hem tedavinin seyri hem de hastaların karşılaşılabilecekleri psikolojik sıkıntılar açısından oldukça önemli ve göz ardı edilmemesi

gereken bir faktördür. Bu çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak hastaların algıladıkları duygu dışavurumunun hem tip 2 diyabet hastaları üzerinde incelenmesi, hem de hastaların ailelerinin duygu dışavurum düzeylerini algılayış biçimlerinin onların sadece hastalık gidişatı üzerindeki etkisinin değil, hastaların psikolojik sıkıntıları ve travma sonrası gelişim düzeyleri üzerindeki etkisinin de araştırılması amaçlanmaktadır.



## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **ARAŞTIRMANIN KURAMSAL TEMELLERİ**

Çalışmanın bu bölümünde, çalışmanın dayandırıldığı kuramlar hakkında bilgi verilecektir.

#### **2.1. KAYNAKLARIN KORUNMASI KURAMI**

Stres modellerinden biri olan kaynakların korunması kuramı Hobfoll (1989: 513-524) tarafından stres ve baş etme süreçlerinin daha iyi anlaşılması amacıyla geliştirilmiştir. Kuram psikolojik stresi; kaynak kaybına yönelik var olan tehdit, kaynak kaybı ve önceden kazanılmış kaynakların ardından kaynak kazanımının yokluğu durumlarına gösterilen tepki olarak tanımlamaktadır. Kurama göre stresin oluşması için kaynaklara yönelik herhangi bir tehdit, kaynağın kaybı ve yeni kaynak kazanımının yokluğu yeterlidir. Kaynakların korunması kuramına göre, insanlar kaynak kaybına yönelik mevcut bir stresin olmadığı durumlarda, gelecekte oluşabilecek kayıpları dengelemek amacıyla fazladan kaynak oluşturmaya çalışırlar (Hobfoll, 1989: 513-524).

Kuramın bahsettiği kaynaklar farklı kategoriler altında sınıflandırılabilir. Bunlardan ilki kaynakları türlerine göre sınıflamaktır. Kaybı kişide stres veya iyilik hali yaratan kaynakları Hobfoll (1998: 97-102) dört kategoride toplamıştır: nesne kaynakları, kişisel kaynaklar, durumsal kaynaklar ve enerji kaynaklarıdır. İlk olarak adı geçen nesne kaynakları; konut, ulaşım, giyim gibi sosyoekonomik düzeyle de ilişkili olabilecek temel fiziksel kaynakları içermektedir. Kaynak türlerinden ikincisi kişinin becerilerini ve kişilik özelliklerini içeren kişisel kaynaklardır. Bu gruptaki kaynaklar; mesleki beceriler, liderlik yeteneği gibi kişisel becerileri ve özgüven, iyimserlik, öz yeterlik ve iyimserlik gibi kişilik özelliklerini içermektedir. Üçüncü kaynak türü olarak ele alınan durumsal kaynaklar yaş, medeni durum, sağlık, istihdam, ayrıcalık, hastalığa ilişkin özellikler gibi değişkenleri içerir ve durumsal kaynaklar diğer kaynaklara ulaşmak için temel oluştururlar. Örneğin kişinin yaşı ve sağlığı kişisel kaynakların içinde yer alan mesleki becerilerini etkiler. Kurama göre son kategori olan enerji kaynakları tek başlarına bir değeri olmayan, ancak diğer kaynaklara ulaşmak için kullanıldığı zaman anlam kazanan zaman, para, kredi,

eğitim ve bilgi gibi kaynakları içermektedir (Hobfoll, 1989: 513-524; Hobfoll, 1998: 97; Hobfoll, Ennis & Kay, 2000: 267).

Kaynakların korunması kuramı temel bazı ilkelere dayanmaktadır. Kuramın temel aldığı ilkelere ilki: 'kaynak kaybı, kaynak kazanımından daha etkilidir'. Bu ilkeye göre kaynak kazanımı özellikle kaynak kaybının olduğu durumlarda, kaybın negatif etkisini azaltmak ve durumu dengelemek açısından önem kazanmaktadır. Kuramın ikinci temel ilkesine göre: 'insanlar kaynaklara sahip olmak, onları sürdürmek, korumak ve beslemek için kaynaklarına yatırım yapmalılar'. Bu ilkeye göre, daha az kaynağa sahip kişilerin yeni kaynak kazanımının da daha az olması ve kaynak kayıplarına karşı daha savunmasız olması beklenmektedir. Bir kişinin sahip olduğu parasını koruyabilmesi için sigorta şirketine para ödemesi buna örnek olarak gösterilebilir (Hobfoll, Ennis & Kay, 2000: 280). Kuramın son ilkesi ise; kaynak kazanımı, kaynak kaybı bağlamında önemli hale gelir (Hobfoll, 1998: 513-524).

Farklı stres durumlarında meydana gelen kaynak kayıpları ve bunun bireyler üzerindeki etkilerine yönelik pek çok araştırma yapılmıştır. Kaynakların korunması kuramından yola çıkılarak yapılan bu çalışmalar arasında; doğal afet mağdurları (O'Neill, Evans, Bussman & Strandberg, 1999: 159; Sumer, Karanci, Berument & Gunes, 2005: 335), terörist saldırılara maruz kalanlar (Hobfoll, Tracy & Galea, 2006: 867), kronik yorgunluğu olan kişiler (Taylor, Kulkarni & Shiraishi, 2006: 3) ve fiziksel hastalığı olan kişilerle (Alkar, 2006: 55-75; Dirik, 2006: 1-200) yapılan çalışmalar yer almaktadır. Farklı stres durumlarına maruz kalmış bu örneklerle yapılan çalışmalarda, yaşanan durum sonrasında kaynaklarda meydana gelen azalmanın psikolojik stresle ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Doğal afetler, savaşlar, göçler gibi stres yaratan durumların yanı sıra bireylerin sağlıklarını tehdit eden kronik bir hastalığın varlığı gibi durumlar da bireylerin hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunlar arasında sayılabilecek kanser, diyabet, koroner kalp hastalıkları ve artrit gibi hastalıklar kişilerde önemli kaynak kayıplarına yol açmaktadır ve kaybedilen kaynaklar arttıkça kişilerin psikolojik sıkıntı yaşama olasılıkları da artmaktadır (Thompson & Kyle, 2000: 133). Bisschop ve arkadaşlarının (2004: 721-733) katılımcıların sahip oldukları psikososyal kaynakları incelemek amacıyla, içerisinde diyabet hastalarının da bulunduğu yedi farklı fiziksel hastalık grubu ve sağlıklı yetişkinlerden oluşan karşılaştırma grubuyla yaptığı çalışmanın sonucunda; en çok kaynağa sahip grubun

herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan karşılaştırma grubundakiler olduğu, birden fazla fiziksel hastalığı olanların ise en az kaynak düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir.

Farklı fiziksel hastalık örneklerinde ele alınan kaynakların korunması kuramı bu çalışmada, diyabet hastalarında tanı sonrası ve tedavi sürecinde meydana gelen kaynak kayıplarının ve psikolojik değişimlerin değerlendirilmesi amacıyla ele alınmıştır. Kuramda yer alan pek çok farklı kaynak arasından hastaların sahip oldukları öz yeterlik, baş etme yolları, sosyal destek, algılanan duygu dışavurumu gibi kaynaklar bu çalışmada kuram dahilinde incelenmiştir.

## 2.2. TRAVMA SONRASI GELİŞİM KURAMLARI

Stres yaratan bir olayın ardından kişileri olumsuz yönde etkileyen belirtilerin ortaya çıkmasının yanı sıra; kronik hastalıklar, engelli çocukların aileleri, kanser hastaları, kalp krizi geçiren hastalar, savaş ve doğal afet mağdurları ve geçmişlerinde cinsel tacize maruz kalan kişilerle yapılan pek çok çalışmada bu travmatik deneyimlerin ardından kişilerin sadece olumsuz yönde değil, olumlu yönde de değişimler gösterebilecekleri rapor edilmektedir (Linley & Joseph, 2004: 11). Farklı isimlerle adlandırılmasına rağmen travma sonrası gelişim temelde, stresli durumla mücadele sonrasında bireylerin işlevselliklerindeki artışa işaret etmektedir (Linley & Joseph, 2004: 11).

Travmatik deneyimin ardından meydana gelen olumlu değişiklikleri farklı şekillerde adlandıran ve açıklayan farklı kuramlar (Linley & Joseph, 2004: 18; Tedeschi & Calhoun, 1998: 1-22) bulunmaktadır. Bu çalışmada, en yaygın kabul gören kuramlardan olan Tedeschi ve Calhoun (1996: 455-471) tarafından geliştirilen Travma Sonrası Gelişimin İşlevsel-Betimsel (TSG) kuramı incelenecektir.

Tedeschi ve Calhoun (2004: 1-18) travma sonrası gelişim sürecini şu şekilde açıklamaktadır: öncelikle kişiler dünyaya dair genel inanışlar ve varsayımlar geliştirirler ve bu inançlar onların davranışlarını, olayları yorumlama biçimlerini etkiler. Ortaya çıkan yaşamsal bir kriz durumu ise; var olan bu inançlarla çelişir, kişinin inandığı varsayımların ve bilişsel şemaların zarar görmesine neden olur. Stres verici durumla karşılaşan kişinin travma öncesi ve sonrasındaki dünya görüşü arasında uyumsuzluk meydana gelir ve bu durum bireylerde psikolojik strese ve yerleşmiş şemalarda karmaşaya yol açar. Bu uyumsuzluğun çözümü için uğraşmak, deneyimlenen olayı anlamlandırma çabaları ve dünyaya ilişkin varsayımların yeniden yapılandırılmasıyla kişinin kendini algılayışında,

diğer insanlarla ilişkilerinde ve hayat felsefesinde değişiklikler meydana gelir. Ve bu süreç sonucunda ortaya çıkan değişimler olumlu yönde olursa, bu durum travma sonrası gelişim (TSG) olarak adlandırılır. Yazarlara göre; psikolojik stres ve travma sonrası gelişim aynı anda görülebilmektedir. Yani, travmatik deneyim sonrasında bir yandan travmanın getirdiği stres ve bununla ilişkili sorunlar yaşanırken; bir yandan da gelişimin gözlenmesi mümkün olmaktadır.

Gelişimin yaşandığı alanlardan ilki olan kendilik algısındaki değişim; kişinin duygusal açıdan geliştiğine ve eskisinden daha iyi bir insan olduğuna yönelik algısına işaret etmektedir. Bu alanda yaşanan gelişim sonrasında kişiler özellikle gelecekte karşılaşmaları muhtemel zorlukları kabullenme ve bu zorlukların üstesinden gelme becerilerine daha fazla güven duyar ve kendilerini eskisinden daha özgüvenli hissederler (Carver, 1998: 260; Smith & Kelly, 2001: 337; Updegraff & Taylor, 2000: 3). Bireylerin gelişim gösterebilecekleri diğer bir alan olan kişiler arası ilişkilerde ise; özellikle yakın akrabalar ve arkadaşlarla daha sıcak ve içten ilişkilerin kurulmaya başlanması, diğer insanların ihtiyaçlarının da kabullenilmesi ve gelişim yaşayan bireylerin diğer insanlara karşı kendilerini açmakta daha istekli olmaları gibi değişimler yaşanmaktadır (Carver, 1998: 245-266; Smith & Kelly, 2001: 337; Updegraff & Taylor, 2000: 18; Wheeler, 2001: 51). Travmatik deneyim sonucunda kişilerin hayat felsefelerinde ise; yaşamlarının değerini anlama, öncelikleri belirleme, bilgelik kazanma gibi değişiklikler meydana gelmektedir (Jackson, 2007: 1174; Joseph, Williams & Yule, 1993: 275; Richards, 2002: 173).

Tedeschi ve Caloun'un (1996: 455-471) yaptıkları çalışmada ise travmatik deneyim sonrasında yaşanan gelişmenin üç boyutta gerçekleşen değişiklikler sonucunda ortaya çıktığını rapor etmişlerdir. Bu boyutlar ise; kişilerarası ilişkilerde olumlu değişiklikler, kendilik algısındaki değişimler, hayat felsefesindeki değişim olarak belirtilmektedir.

Kuramın travma sonrası gelişimin oluşum sürecine yönelik açıklamasından anlaşıldığı üzere; travma sonrası gelişim travmatik deneyimin doğrudan bir sonucu değildir. Kişinin travmatik deneyim sonrasında oluşan yeni durumla mücadele etmesi ve uyum sağlama çabaları, ne ölçüde travma sonrası gelişim göstereceğinin kilit noktasını oluşturmaktadır ve gelişim süreci zaman içinde tamamlanmaktadır (Tedeschi & Calhoun, 2004: 1-18). Kurama göre, bilişsel işleme ve gelişim sürecinin önemli bir parçası ise ruminasyondur. Ruminasyon, travmatik yaşantının ardından istemsiz olarak ortaya çıkar ve olayla ilgili verilerin bilişsel olarak tekrar tekrar işlenmesini sağlar. Ruminasyonda kişi, sık

sık yaşadığı stres verici olayla ilgili düşüncelere ve konulara geri döner. Bu durum kişinin durumu anlamlandırma çabasının bir parçasıdır.

Tedeschi ve Calhoun'a (1995, 2004: 1-18) göre, travmatik deneyimi yaşayan bireyin kişilik özellikleri, kullandığı baş etme yolları ve sosyal destek gibi faktörler deneyimlenen duygusal sıkıntıyı ve travma sonrası gelişim düzeyini etkilemektedir. Eğer kişi duruma uygun baş etme stratejisini kullanmıyorsa, duygusal stres yaşar ve var olan bilişsel şemasıyla çelişir. Bu durumun sonucunda ise olumlu ruminasyon gerçekleşir ve var olan şemanın gözden geçirilir. Bilişsel şemalarda meydana gelen bu değişim ise; bireyin farklı baş etme yollarını kullanmasına ve sosyal destek aramasına yol açar. Tüm bu sürecin sonunda var olan şemanın değişmesiyle birlikte travma sonrası gelişim gerçekleşmiş olur.

Travmatik olayın niteliği kadar, olayın birey için önemi de travma sonrası gelişimde etkilidir. Linley ve Joseph (2004: 11) travmatik deneyim sonrasındaki olumlu değişimleri inceleyen çalışmaların sonuçlarına ilişkin yaptıkları literatür taramasında; kişilerin olumlu değişimler göstermelerinde yaşanan travmatik deneyimin ne olduğundan çok kişi için ne kadar tehdit edici olduğu ve bireylerin olayı nasıl yorumladıklarının etkili olduğu vurgulanmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### DİYABET HASTALARININ PSİKOLOJİK SIKINTI VE TRAVMA SONRASI GELİŞİMLERİNİN KAYNAKLARIN KORUNMASI KURAMI KAPSAMINDA İNCELENMESİ

#### 3.1. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmaya dahil edilen katılımcılara ilişkin özellikler ve kullanılan veri toplama araçları tanıtılarak, çalışmanın yürütülmesine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Son olarak da yapılan analizlerin sonuçlarına ilişkin bulgulardan bahsedilmiştir.

##### 3.1.1. Katılımcılar

Araştırmaya Bursa ve İzmir illerinde yaşayan ve en az 1 yıldır Tip 2 diyabet tanısıyla tedavi gören 29- 65 yaş aralığındaki 125 hasta katılmıştır. Katılımcıların 79'u kadın ve 46'sı erkektir. Örneklemin yaş ortalaması 53 (s.s.= 7.66) olarak hesaplanmıştır ve örnekleme yer alan kişiler farklı gelir düzeylerine sahiptir. Katılımcılardan 60 tanesi Bursa'da ve 65 tanesi de İzmir'de yaşamaktadır. Katılımcılara ait bu bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Değişkenler**

Değişkenler	Sayı	Yüzde	Ort.	Standart Sapma	Min.	Maks.	Ranj
Yaşadılan Şehir							
Bursa	60	48.0					
İzmir	65	52.0					
Cinsiyet							
Kadın	79	63.2					
Erkek	46	36.8					
Yaş			53.44	7.66	65	29	36
Medeni Durum							
Evli	100	80.0					
Bekar	2	1.6					
Dul	20	16.0					
Boşanmış	3	2.4					
Eğitim Düzeyi (yıl)			8.81	3.87			15
Okur yazar değil	1	0.8					
İlkokul	53	42.4					
Ortaokul	13	10.4					
Lise	27	21.6					
Yüksekokul	15	12.0					
Üniversite	16	12.8					
İş Durumu							
Çalışan	31	24.8					
Çalışmayan	94	75.2					
Gelir Düzeyi							
650'den az	9	7.2					
650-999	38	30.4					
1000-1999	43	34.4					
2000 ve üzeri	34	27.2					

### **3.1.2. Veri Toplama Araçları**

Bu bölümde, araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin ölçümü için kullanılan ölçeklere ilişkin bilgiler verilmektedir.

#### ***3.1.2.1. Sosyo-Demografik Ve Hastalıkla İlgili Bilgi Formu***

Bu form, sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Bu formun ilk kısmı yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aylık gelir, medeni durum, iş durumu, sağlık güvencesi ve sigara alkol kullanımı gibi bilgilerin sorulduğu sorulardan; ikinci kısmı ise hastalığın süresi, hastaneye yatış varlığı ve sayısı, kullanılan ilaçlar, psikiyatrik veya fiziksel diğer hastalıkların varlığı, komplikasyonlar, tedaviye uyumda yaşanan güçlükler ve hastalığa ilişkin şiddet algısı gibi tıbbi geçmiş ve hastalıkla ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca hastaların metabolik kontrollerini yani hastalıklarının seyrini değerlendirmek için kullanılan ve ölçümden önceki 2 ila 4 aylık dönemin kan şekeri düzeylerine dair bilgi verdiği kabul edilen son HbA1c ölçümüne ilişkin bir soru ve diyabete bağlı görülebilecek komplikasyonların tek tek sorgulandığı bir madde de bu formda yer almaktadır.

Hastaların hastalıklarının şiddetine ilişkin algılarını ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan bir madde de bu formda yer almaktadır. ‘Sizce hastalığınız ne kadar şiddetli? Sorusunun yer aldığı madde 1 ile 5 arasında (1= hiç; 5= çok fazla) derecelendirilmiştir. Ayrıca, diyabet hastalarının hastalığın geleceğine yönelik düşüncelerini incelemek amacıyla açık uçlu olarak hazırlanan ‘Önümüzdeki 10 yıl içinde hastalığınızla ilgili nasıl değişiklikler olacağını düşünüyorsunuz?’ sorusu da sosyodemografik ve hastalıkla ilgili bilgi formuna eklenmiştir.

#### ***3.1.2.2. Kaynak Kaybı Ölçeği***

Ölçeğin orijinali olan ‘Conservation of Resources-Evaluation (COR-E), (Kaynakların Korunması-Değerlendirme) Hobfoll ve Lilly (1993: 128) tarafından, kuramda belirtilen dört temel kaynak kategorisindeki (kişisel özellikler, nesnel kaynaklar, durumsal kaynaklar ve enerji kaynakları) kayıp ve kazanımları değerlendirmek amacıyla geliştirilen öz bildirim ölçeğidir. Kişinin sahip olduğu kaynaklarda son bir ayda meydana gelen değişiklikleri değerlendirmeyi amaçlayan bu ölçek, her kaynak kategorisini



kapsayacak 74 maddeden oluşmaktadır. Her biri 5'li likert tipi olan ve kaynak kaybı ve kazanımını değerlendirmeye yönelik iki ayrı formu vardır. Ölçekten alınan yüksek puanlar kaynak kaybının veya kazanımının arttığını göstermektedir. Farklı çalışmalardan elde edilen bulgular, ölçeğin bundan sonraki çalışmalarda kullanılabilirlik ve geçerliğe sahip olduğunu göstermektedir (Hobfoll & Lilly, 1993: 128; Lane & Hobfoll, 1992: 935).

Ölçeğin Türk örnekleminde kullanılabilmesi amacıyla Dirik (2006: 154) tarafından, orijinal ölçek maddelerinden yola çıkılarak her 4 kaynak kategorisini içine alacak şekilde hastaların kaynaklarındaki kayıpları ölçmeye yönelik 23 maddelik 'Kaynak Kaybı Ölçeği' oluşturulmuştur. 23 maddelik ölçek, psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla Romatoid artrit hastalarından oluşan 49 kişilik örnekleme uygulanmıştır. Hastalardan son bir yılda, her bir maddedeki kaynağa ilişkin ne derece kayıp yaşadıklarını (1= hiç kayıplarım olmadı ile 5= çok yüksek seviyede kayıplarım oldu) belirtmeleri istenmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda ölçeğin Cronbach alfa değerinin .94 olduğu ve iki hafta arayla yapılan test tekrar test güvenilirliğinin ise .79 olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada kaynak kaybı ölçeğinden alınan yüksek puanların kaygı ( $r = .56, p < .001$ ) ve depresyon ( $r = .53, p < .001$ ) puanlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla kaygı ve depresyon için korelasyon katsayıları hesaplanmış ve sırasıyla  $r = .56$  ( $p < .001$ ) ve  $r = .53$  ( $p < .001$ ) olarak belirlenmiştir. Bu değerlerden yola çıkarak ölçeğin kaynaklarda meydana gelen kayıpları ölçmek için güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu söylenebilir.

Kaynak kaybı ölçeğinin diyabet hastalarına uygulandığı bu çalışmada ise ölçeğin güvenilirlik değeri .94 olarak hesaplanmıştır. Bu örneklemden elde edilen Cronbach alfa değeriyle Dirik'in (2006: 146) örnekleminde elde ettiği değer ile örtüştüğü görülmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak kaynak kaybı ölçeğinin tip 2 diyabet hastalarının kaynaklarında meydana gelen kayıpları ölçmeye yönelik güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

### ***3.1.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği***

Arkadaşlardan, aileden ve diğer insanlardan algılanan destek olmak üzere algılanan sosyal desteği üç boyutta değerlendiren ölçek Zimet, Dahlem, Zimet, ve Farley (1988: 30-41) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşmakta ve her madde 1 ile 7 arasında

(1= kesinlikle katılmıyorum, 7= tamamen katılıyorum) derecelendirilmektedir. Ölçek 3 faklı kaynaktan (aile, arkadaş, özel biri) algılanan sosyal desteği değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84'tür ve ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal destekteki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal formunun psikometrik özelliklerini incelemek amacıyla 275 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmanın sonucunda; alt ölçekler için alfa katsayıları .91 (diğer kişilerden alınan), .87 (aileden alınan) ve .85 (arkadaşlardan alınan) olarak hesaplanırken tüm ölçek için güvenilirlik katsayısı .91 olarak belirlenmiştir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik, güvenilirlik çalışmaları Eker ve Arkar (1995: 121-126) tarafından farklı örneklem grupları dahil edilerek yapılmıştır ve Türk örnekleme için güvenilirlik katsayılarının .85 ile .91 arasında olduğu belirtilmiştir. Alt ölçekler için iç tutarlık katsayıları .78 ile .91 arasında değişmekte ve ölçeğin faktör yapısı (1,2,5,10 numaralı maddeler özel bir insan; 3,4,8,11. maddeler aile ve 6,7,9,12. maddeler arkadaş alt faktörlerine yüklenmiştir) Türk örnekleme için orijinaliyle benzerlik göstermektedir. Ölçeğin geçerliliğine ilişkin yapılan çalışmalarda depresyon ve kaygı ile negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir (Kazarian & McCabe, 1991: 158). Bu sonuçlardan yola çıkılarak, ölçeğin yeterli güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir.

Ölçeğin Türkçe versiyonu farklı örneklem gruplarıyla yapılan pek çok çalışmada kullanılmıştır. Bunlar arasında fibromyalji hastaları (Dirik, Sertel & Kartal, 2011: 45), huzurevinde kalanlar (Aksüllü & Doğan, 2004: 76) ve Romatoid Artrit hastalarıyla (Dirik & Karancı, 2008: 193) yapılan çalışmalar yer almaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin bu örneklem için güvenilirlik değerleri tüm ölçek için .86, arkadaşlık alt boyutu için .76, aile alt boyutu için .84 ve diğer çevre alt boyutu için .93 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler ölçeğin, tip 2 diyabet hastalarının algıladıkları sosyal desteği ölçmede kullanılacak güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

#### ***3.1.2.4. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği***

Ölçeğin orijinal formu olan Duygu Dışavurum Ölçeği Berksun (1992: 1-76) tarafından hasta yakınlarının hastaları ile olan ilişkilerindeki duygusal ifadeleri ölçmek ve tanımlamak için geliştirilmiştir ve hastalara birincil bakım veren kişilere uygulanan bir

ölçektir. Ölçek evet/hayır şeklinde cevaplanmakta ve 41 maddeden oluşmaktadır. Yapılan faktör analizleri sonucunda ölçeğin, eleştirelilik/düşmanlık ve duygusal aşırı ilgilenme olmak üzere iki faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirtilmiştir. Berksun'un (1992: 1-76) çalışmasında ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.89 olarak belirtilmiştir.

Karancı ve İnandılar (2002: 80) bu ölçeği şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptıkları çalışmada kullanmışlar ve Cronbach alfa değerlerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (Eleştirelilik/Düşmanlık için, Cronbach  $\alpha = .86$ ; Duygusal Aşırı İlgilenme için, Cronbach  $\alpha = .84$ ). Yapılan her iki çalışmada da ölçeğin Türk örnekleme için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Berksun'un (1992: 1-76) geliştirdiği duygu dışavurum ölçeği Alkar (2006: 55-75) tarafından hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmada algılanan duygu dışavurumunu ölçmek amacıyla değiştirilmiştir. Maddelerdeki ifadeler bakım verenin hastayla ilgili değerlendirmelerini değil, hastaların bakım veren kişiyle ilgili değerlendirmelerini yansıtmak şeklinde (Örneğin, 'Birlikteyken sadece onunla ilgilenirim, başka şeyle ilgilenmem' maddesi 'Benimleyken başka şeyle ilgilenemiyor, ilgisi hep benimle oluyor) düzenlenmiştir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar algılanan duygu dışavurumunun artışı yansıtmaktadır.

Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği'nin faktör yapısının ölçeğin orijinal formuyla paralel olarak iki faktörlü bir yapı (eleştirelilik/düşmanlık ve aşırı duygusal ilgilenme) sergilediği; aşırı duygusal ilgilenme alt boyutu için Cronbach alfa değerinin .93 ve eleştirelilik/düşmanlık boyutu için .79 ve tüm ölçek için bu değer .81 olduğu belirtilmektedir.

Baştuğ (2008: 22-89) da aynı yöntemle duygu dışavurum ölçeğini şizofreni hastalarının bulunduğu örnekleme algılanan duygu dışavurumunu ölçmek için uyarlamıştır. Yapılan faktör analizleri sonucunda ölçeğin orijinal formuyla paralel iki faktör yapısına sahip olduğu, 36. Maddenin herhangi bir faktöre yüklenmediği için çıkarıldığı, böylece yeni ölçeğin 40 maddeden oluştuğu belirtilmiştir. Tüm ölçek için güvenirlik katsayısı .88 olarak hesaplanmıştır.

Algılanan duygu dışavurum ölçeğinin diyabet örnekleminde uygulandığı bu çalışmanın sonucunda tüm ölçek için Cronbach alfa güvenirlik değeri .78, duygusal aşırı ilgilenme alt boyutu için .86 ve eleştirelilik/düşmanlık alt boyutu için ise .80 olarak

hesaplanmıştır. Bu güvenilirlik değerleri incelendiğinde bu ölçeğin tip 2 diyabet hastalarında kullanılabilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

### **3.1.2.5. Baş Etme Yolları Ölçeği**

Baş etme yolları ölçeği (Ways of Coping Questionnaire-WCQ), Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş ve 1985 yine Folkman ve Lazarus (1985: 150-170) revize edilerek problem odaklı ve duygu odaklı baş etme olmak üzere iki alt boyuttan oluşan 66 maddelik ölçek elde edilmiştir. Ölçek, 0 ile 3 (0 = kullanmam ile 3 = çok kullanırım) arasında derecelendirilen 4'lü likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin Türk örnekleme için çevirisi ve uyarlaması Siva (1991) tarafından yapılmış ve Türk kültürüne özgü kadercilik ve doğa üstü güçlere inanma gibi özellikleri de içeren 8 madde daha ölçeğe eklenerek 74 maddelik form elde edilmiştir. Siva'nın (1991: 1-135) uyarladığı ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .91 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin 42 maddelik bu formu 8 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan ilki problem odaklı baş etme, 6 tanesi duygu odaklı baş etme arzu giderici düşünme (wishful thinking), ayırma (distancing), pozitif vurgulama (emphasizing positive), kendini suçlama (self-blame), gerilimi azaltma (tension reduction) ve kendini soyutlama (self-isolation) ve duygu odaklı ve problem odaklı baş etmenin birleşimi olan sosyal destek arama (seeking social support) alt ölçekleridir.

Karancı ve ark. (1999: 189) ise; baş etme yolları ile psikolojik stres arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla depremzedelerle yaptıkları araştırmanın ön çalışmasında, baş etme yolları ölçeğinden bazı maddeleri çıkartmışlar ve 4'lü derecelendirme yerine 3'lü derecelendirmeli (1= hiçbir zaman, 2= bazen , 3= her zaman) 61 maddelik bu yeni formunu kullanmışlardır.

Son olarak, Kesimci (2003: 1-96) ise kanser hastalarıyla yaptığı çalışmasında, ölçeğin Karancı ve arkadaşlarının (1999: 192) uyarladığı versiyonunda .40 ve üzerinde değere sahip maddeleri değerlendirmeye katarak 42 maddelik son şeklini geliştirip kullanmıştır. Kesimci (2003: 1-96) bu ölçek için, kadercilik baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme ve çaresiz baş etmeden oluşan 4 faktörlü yapı belirlemiştir. Diyabet hastalarında yapılan bu çalışmada da Kesimci (2003: 1-96) tarafından son şekli

verilen ve üçlü derecelendirilen (1= hiçbir zaman, 2= bazen, 3= her zaman) 42 maddelik formu kullanılmıştır. Dirik (2006: 32-87) Keismci'nin (2003) son şeklini verdiği ölçeği romatoid artrit hastalarından oluşan örnekleminde kullanmış ve dört faktörlü bir yapı belirlemiştir (Kaderci baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme ve çaresiz baş etme). Kesimci'nin (2003: 1-96) kanser hastalarından oluşan örnekleminde belirlediği faktör yapısı diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada da kullanılmıştır.

Baş etme yolları ölçeğinin tip 2 diyabet hastalarından oluşan örneklem için güvenilirlik değerleri hesaplandığında; tüm ölçek için  $\alpha = .76$ , kadercilik alt boyutu için  $\alpha = .74$ , iyimserlik için  $\alpha = .68$ , problem çözme için  $\alpha = .81$  ve çaresizlik boyutu için ise  $\alpha = .71$  olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin bu örnekleminde elde edilen güvenilirlik değerleri, tip2 diyabet hastalarında kullanılabilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

### **3.1.2.6. Diyabete Özgü Öz Yeterlik Ölçeği**

Ölçek Bijl ve ark. (1999: 352-359) tarafından tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarına özgü öz yeterliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek hastaların diyabetle ilgili yapmaları gereken özbakım aktiviteleri temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçek 42 madde olarak geliştirilmiş fakat yapılan yapı geçerliği analizleri sonucunda 20 maddeye indirilmiştir. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda ölçeğin 5 hafta arayla yapılan test tekrar test güvenilirliği .79 olarak belirlenirken, iç tutarlık katsayısı .81 olarak hesaplanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda 4 faktörlü bir yapı (diyet ve kilo, genel beslenme ve kilo, genel beslenme ve tıbbi tedavi ve fiziksel egzersiz/kan şekeri) elde edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Yeşilbalkan (2001; 1-72) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu 20 maddeden oluşmakta ve yapılan faktör analizi sonucunda orijinal formundakine benzer şekilde 'özel beslenme ve kilo (6, 13, 14, 15 ve 16. maddeler)', 'fizik egzersiz (8, 11 ve 12. maddeler)', 'kan şekeri (1, 2 ve 3. maddeler)' ve 'genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü (4, 5, 7, 9, 10, 17, 18, 19 ve 20. maddeler)' olmak üzere dört alt ölçek belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik değerlerini belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda; ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği .98, ilk uygulamadaki alfa değeri .87 ve ikinci uygulamadaki alfa değeri .89 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmada da Yeşilbalkan'ın (2001; 1-72)Türkçe'ye uyarladığı form kullanılmış ve güvenirlik katsayıları: tüm ölçek için.93, kilo alt boyutu için.91, fiziksel egzersiz alt boyutu için .81, beslenme ve tedavi boyutu için .84 ve kan şekeri kontrolü boyutu için .82 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkarak ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğu ve gelecekte yapılacak çalışmalarda tip 2 diyabet hastalarında kullanımının uygun olduğu görülmektedir.

### **3.1.2.7. Hastane Kaygı Depresyon Ölçeği (HAD)**

Psikiyatrik olmayan örnekleme depresyon ve kaygıyı ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith (1983: 361-370) tarafından geliştirilen 14 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin 7 maddesi depresyon ve 7 maddesi de kaygıyı ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır ve bu maddelerden alınan yüksek puanlar kaygı ve depresyondaki artışa işaret etmektedir. Ölçeğin depresyon düzeyini ölçmeyi amaçlayan maddeleri: 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14 iken; kaygı düzeyini belirlemeye yönelik maddeleri ise: 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13'tür. Ölçek maddelerinin puanlanmasında bazı maddeler tersten puanlanmaktadır. 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler için a=0, b=1, c=2, d=3 olarak puanlanırken; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler için puanlama a=3, b=2, c=1 ve d=0 olarak puanlanmaktadır.

Kaygı ve depresyon düzeylerini belirlemek için bu ölçekte kullanılan kesim noktaları kaygı için 10, depresyon için ise 8 olarak kabul edilmektedir. Zigmond ve Snaith (1983: 361-370) ölçeği farklı fiziksel hastalık örneklemlerinde değerlendirmiş ve kaygı maddelerinin iç tutarlığının .76 ila .41; depresyon için ise .60 ila .30 arasında olduğunu belirtmiştir.

Ölçeğin Türk örnekleme için geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını hem üniversite öğrencilerinden hem de fiziksel hastalığı olan kişilerden oluşan örnekleme yapan Aydemir'in (1997: 49) çalışmasında; üniversite örnekleme için ortalama depresyon ve kaygı puanları sırasıyla 5.32 (SD = 3.26) ve 8.13 (SD = 3.41) olarak hesaplanırken; hasta grubunda bu ortalamalar sırasıyla 8.04 (SD = 4.76) ve 9.35 (SD = 5.20) olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin güvenirlik değerleri incelendiğinde; ölçeğin üniversite örnekleme için iç tutarlık katsayısı .70 (depresyon) ve .74 (kaygı); hasta örnekleme için ise .78 (depresyon) ve .85 (kaygı) olarak belirlenmiştir.

Ölçek Dirik (2006: 159) tarafından yetişkin RA hastalarından oluşan örnekleme kullanılmış ve bu örneklem için güvenirlik değerleri .79 (depresyon) ve .81 (kaygı) olarak belirtilmiştir. Hastane Kaygı ve Depresyon ölçeği ayrıca diyabet hastalarıyla yapılan pek çok çalışmada da kullanılmış ve bu hastalık grubunda psikolojik stresi değerlendirmek için uygun bir ölçek olduğu belirtilmiştir (Collins, Corcoran & Perry, 2009; Shaban & Cavan, 2006: 1381; Lloyd, Dyer & Barnett, 2000: 198; Smari & Valtysdottir, 1997: 151; Wearden, Ward, Barrowclough, TARRIER & Davies, 2006: 1-21).

Tip2 diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada da önceki güvenirlik değerlerine yakın değerlere ulaşılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik değerleri bu örnekleme depresyon boyutu için .77, kaygı boyutu için ise .78 olarak hesaplanmış ve diyabet hastalarıyla yapılacak çalışmalarda kullanılabilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### ***3.2.1.8. Travma Sonrası Gelişim Envanteri***

Travma sonrası gelişim envanteri, stres verici olayların sonrasında kişilerin hayatlarında meydana gelebilecek olumlu değişimleri incelemek amacıyla Tedeschi ve Calhoun (1996: 455-471) tarafından geliştirilmiştir. Tamamı 21 maddeden oluşan ve öz bildirim dayalı bu ölçek, “yeni olasılıkların fark edilmesi”, “kişilerarası ilişkiler”, “kendiliğin algılanması”, “inançtaki değişim” ve “hayatın değerini anlama” olmak üzere 5 alt boyuta sahiptir ve 0 (böyle bir değişim yaşamadım) ile 5 (bu tür bir değişimi aşırı derecede yaşadım) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin karşılaştığı travmatik deneyim sonrasında daha fazla gelişim gösterdiğine işaret etmektedir.

Yapılan çalışmalarda ölçeğin, travma sonrası gelişimi ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Orijinal ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tedeschi ve Calhoun (1996: 455-471) tarafından üniversite öğrencilerinden oluşan örneklem üzerinde yapılmış ve iç tutarlık katsayısı .90, iki aylık test-tekrar test güvenirliği ise .71 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada alt testlerin iç tutarlıklarının ise, .67 ile .85 arasında olduğu rapor edilmektedir (Tedeschi & Calhoun, 1996: 455-471). Tedeschi ve Calhoun (1996: 455-471) tarafından yapılan geçerlik analizlerinde iki ay arayla uygulandığında test tekrar test güvenirliğinin .71 olduğu belirtilmiştir.

Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Dirik (2006: 158) tarafından romatoid artrit hastalarından oluşan örnekleme yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarını belirlemek için yapılan faktör analizi sonucunda orijinal ölçekten farklı olarak; kendilik algısındaki değişim, diğer insanlarla ilişkilerdeki değişim ve hayat felsefesindeki değişim olarak adlandırılan 3 faktörlü bir yapı belirlenmiştir. Travma sonrası gelişimin hesaplanması tüm maddelere verilen cevapların toplanmasıyla elde edilirken; kendilik algısındaki değişim puanı 1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18 ve 19. maddelerden alınan puanların toplanmasıyla, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim puanı 6, 8, 9, 15, 16, 20 ve 21. maddelerden alınan puanların toplanmasıyla, hayat felsefesindeki değişim puanı ise; 3, 7, 11, 14 ve 17. maddelerden alınan puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Dirik'in (2006: 73-75) yaptığı çalışmada ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğu belirtilmiştir (TSG için  $\alpha = .94$ , kendilik algısı için  $\alpha = .88$ , diğerleriyle ilişkilerdeki değişim için  $\alpha = .86$  ve hayat felsefesindeki değişim için  $\alpha = .87$ ).

Travma sonrası gelişim envanteri stres verici yaşam olaylarından sonra meydana gelen olumlu değişimleri incelemek amacıyla yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Başta fiziksel hastalıklar olmak üzere (Best, Streisand, Catania & Kazak, 2001: 299; Weiss, 2002: 65), stres yaratan farklı durumlara ilişkin pek çok çalışmada (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 2000: 521; Kroo & Nagy, 2011: 455; Wild & Paivio, 2004: 105) Travma Sonrası Gelişim Envanteri kullanılmıştır.

Diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada envanterin Dirik (2006: 73-75) tarafından Türkçe'ye uyarlanan formu ve Dirik'in (2006: 73-75) çalışmasında belirlediği faktör yapısı kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda bu örneklemde ölçeğin tüm ölçek için güvenirlik katsayısı .97, ilişkiler alt boyutu için .91, yaşam felsefesindeki değişim boyutu için .85 ve kendilik algısındaki değişim boyutu için .93 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler ölçeğin tip2 diyabet hastalarında kullanılabilir bir ölçek olduğuna işaret etmektedir.

### **3.1.3. İşlem**

Araştırmanın verileri Ekim 2011- Mayıs 2012 tarihleri arasında Bursa ve İzmir'de yaşayan 130 Tip 2 diyabet hastalarından toplanmıştır. Her bir katılımcı için ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık kırk dakika sürmüştür. 130 diyabet hastasından psikiyatrik



tanısı olan ve bu nedenle ilaç kullandığını belirten 5 katılımcıdan toplanan veriler analizlere dahil edilmemiştir. Ayrıca veri toplama sürecinde gerek ölçüklerin uzunluğundan gerekse katılımcıların okumakta zorlanma, araştırmaya katılmaktan vazgeçmek isteme gibi nedenlerden dolayı araştırmayı yarıda bırakan 21 katılımcının anket formları değerlendirmeye alınmamıştır. Araştırmaya dahil olacak katılımcılara, üyelerine ulaşılması için izin alınan Ege Diyabetliler Derneği aracılığıyla ve kartopu örnekleme yoluyla ulaşılmıştır.

Veri toplama sürecine başlamadan önce, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları katılımcılara uygun olan ve dikkat dağıtıcı faktörlerin olabildiğinde kontrol edildiği ev, ofis, dernek gibi yerlerde ve araştırmacı ve katılımcının kararlaştırdığı zaman dilimlerinde uygulanmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce her katılımcının araştırmının amacının, kimler tarafından uygulanacağını, gizlilik ve gönüllülük şartlarının yer aldığı bilgilendirilmiş onam formunu okuması ve imzalaması sağlanmıştır. Bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan katılımcılardan öncelikle Sosyo-demografik ve Hastalıkla İlişkili Veri Formu 'nu doldurmaları istenmiş ve geri kalan ölçüm araçları araştırma sonuçlarını etkileyebilecek ardışıklık ve sıra etkisinin oluşmasını engellemek amacıyla her katılımcıya seçkisiz olarak sıralanmış bir şekilde verilmiştir.

Katılımcılardan anketleri tek oturumda ve sessiz bir ortamda kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Ancak tek başına sorulara yanıt veremeyecek durumda olan (görme sorunları, okuma-yazma bilmiyor olmak, soruları anlamakta güçlük çekmek vb.) katılımcılara sorular araştırmacı tarafından tek tek okunmuş ve verdikleri cevaplar formlara kaydedilmiştir.

Araştırmaya katılanlara öncelikle araştırmının özelliğini, gönüllülük esasına dayandığını ve istediği zaman araştırmadan çekilebileceğini belirten bilgilendirilmiş onam formu okunmuş ve imzalatılmış ardından, Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Bilgi Formu başta olmak üzere; Kaynak Kaybı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği, Baş Etme Yolları Ölçeği, Diyabete Özgü Öz yeterlik Ölçeği, Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği ve Travma Sonrası Gelişim Envanteri uygulanmıştır.

### **3.1.4. İstatistiksel Analiz**

Verilerin analizi için sosyal bilimler için istatistik paket programı olan SPSS16.0 kullanılmıştır (Green, Salkind & Akey, 1997: 1-125). Analizlerden önce hatalı girilmiş verileri ayıklamak amacıyla veri temizliği yapılmıştır. Psikiyatrik tanısı olduğunu belirten ve bununla ilgili tedavi gören beş katılımcıya ait veriler, araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek çıkartılmış ve 125 kişi üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkileri görmek amacıyla Pearson korelasyon analizi, cinsiyete göre psikolojik sıkıntılar ve TSG düzeyleri arasındaki farklılığı belirlemek için bağımsız gruplar için t testi yapılmıştır. Korelasyon analizinden sonra psikolojik sıkıntı (HAD toplam), depresyon, kaygı, Travma Sonrası Gelişim (TSG), TSG Kendilik Algısındaki Değişim, TSG Diğerleriyle İlişkilerdeki Değişim ve TSG Hayat Felsefesindeki Değişim olmak üzere araştırmanın yedi bağımlı değişkeni için 7 ayrı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Her regresyon analizi için aynı bağımsız değişkenlerden oluşan değişken seti kullanılmıştır. Son olarak hastaların önümüzdeki on yıl içerisinde hastalıklarına ilişkin öngörülerini değerlendirmek amacıyla sorulan açık uçlu sorunun değerlendirilmesinde, değerlendiriciler arası tutarlılık Kohen Kappa katsayısı incelenerek belirlenmiştir.

## **3.2. BULGULAR**

Bundan sonraki bölümlerde, hastalıkla ilgili değişkenlere dair bulgular öncelikle sunulacak sonrasında ise; kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntı düzeyi ile travma sonrası gelişim ve alt boyutlarına ilişkin bulgulara yer verilecektir. Son olarak; kaygı, depresyon, toplam psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile alt boyutlarının kişisel ve sosyal kaynaklarla ilişkisine dair bulgular ayrı başlıklar halinde sunulacaktır.

### **3.2.1. Hastalıkla İlgili Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler**

Diyabetle ilişkili betimleyici bilgiler Tablo 2'de verilmiştir. Tablodan görülebileceği gibi ortalama hastalık süresi 8 yıl 8 aydır. Katılımcıların %57'sinin diyabet dışında da fizyolojik bir hastalığının olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan tip 2 diyabet hastalarından %39.2'si insülin kullanmakta ve katılımcıların yarısı (%54.4) tedaviye uyum sağlamak zorlanmaktadır.

**Tablo 2. Hastalık değişkenlerine ilişkin veriler**

Değişkenler	S (%)	Ortalama	Standart Sapma	Min-Maks	Ranj
Tanı Süresi (ay)		105	81	12-360	348
Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatış					
Evet	38 (30.4)				
Hayır	87 (69.6)				
İnsülin Kullanımı					
Var	49 (39.2)				
Yok	76 (60.8)				
Başka Hastalığın Varlığı					
Var	71 (56.8)				
Yok	54 (43.2)				
Tedaviye Uyum Zorluğu <sup>1</sup>					
Var	68 (54.4)				
Yok	57 (45.6)				
Algılanan Hastalık Şiddeti <sup>2</sup>		2.70	0.8	1-5	4
Hastalık Şiddeti <sup>3</sup>		1.47	1.51	0-7	7

<sup>1</sup> Tedaviye uyum zorluğu; diyet, egzersiz ve insülin kullanımı gibi tedavinin gerektirdikleri arasından en az bir alanda yaşanan zorluğa işaret etmektedir.

<sup>2</sup> Kişinin hastalığının şiddetine yönelik algısı 'Sizce hastalığınız ne kadar şiddetli?' sorusuyla değerlendirilmiştir (1= hiç, 2= biraz, 3= orta, 4= fazla, 5= çok fazla).

<sup>3</sup> Hastalık şiddeti, diyabetin yol açabileceği yedi farklı alandaki komplikasyon sayısının toplamından elde edilmiştir.

### 3.2.2. Hastalığın Geleceğine İlişkin Düşünceler

Bu çalışmaya katılan tip 2 diyabet hastalarının, hastalıklarının önümüzdeki on yıl içerisinde nasıl seyredeceğine dair düşüncelerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan "Önümüzdeki 10 yıl içinde hastalığınızla ilgili nasıl değişiklikler olacağını düşünüyorsunuz?" sorusu sosyo-demografik ve hastalıkla ilişkili soru formunda yer almıştır. Açık uçlu olarak hazırlanan bu soruya verilen cevaplar incelendiğinde; bu cevapların 4 farklı kategori altında toplanabileceği belirlenmiştir. Bunlar: hastalığın gidişatı ile ilgili iyimser olanlar, hastalığın gidişatı ile ilgili kötümser olanlar, hastalığı ile ilgili herhangi değişim olmayacağını düşünenler ve fikri olmayanlar/hastalıkla ilgili düşünmekten kaçınanlar olarak isimlendirilmiştir. Bu kategoriler belirlenirken, örneğin hastalığın iyiye gideceğine, yeni tedavi yöntemlerinin ve kesin çözümlerin bulunacağına yönelik ifadeler iyimser olanların altında sınıflandırılırken; "daha da kötüleşecek", "böbreklerim, gözlerim hasar görecektir" gibi ifadeler kötümser olan grupta toplanmıştır. "Aynı kalır", "dikkat ettiğim sürece ilerlemez, bir değişiklik olmaz", "diyabetle yaşamaya alıştım, değişmeyecek" gibi ifadeler ise değişmeyeceğini düşünenlerin yer aldığı üçüncü kategoriye oluşturmaktadır. Böyle bir sorunun cevabının bilinemeyeceğini düşünenler ve bir tahmini olmadığını belirtenler de son kategori olan fikri olmayanlar/kaçınanlar kategorisinde tanımlanmıştır.

Katılımcıların cevaplarını değerlendirmek amacıyla tüm cevaplar, araştırmanın yazarı ve bu çalışmaya danışmanlık eden psikoloji bölümündeki bir öğretim üyesi tarafından birbirlerinden bağımsız olarak incelenmiş ve her bir değerlendirici her katılımcının cevabını önceden verilen cevapların niteliğine göre incelenerek belirlenen dört kategoriden bir tanesinin altına yerleştirmiştir. Boş bırakılan cevaplar değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Değerlendiricilerin sınıflandırma işlemi bittikten sonra verilen cevapların oranları incelendiğinde; katılımcıların % 28'inin iyimser ("yeni tedaviler bulunacak", "daha iyiye gidecek" vb), % 24'ünün kötümser cevaplar verdiği ("daha da kötüleşecek, ilerleyecek", "gözlerim daha az görecektir, böbreklerim hasar görecektir" vb) tespit edilmiştir. Ayrıca örneklemin % 11'inin hastalıklarında önümüzdeki 10 yıl içinde herhangi bir değişiklik olmayacağını tahmin ettikleri ("aynı kalır", "böyle devam eder", bir değişiklik olacağını sanmıyorum" vb) ve % 12'sinin ise sorulan soruya yanıt vermektten kaçındığı ya da

sorunun cevabına dair herhangi bir düşüncelerinin olmadığı (“soru anlamsız, kimse bilemez bunu”, “bilmiyorum, düşünmüyorum” vb) belirlenmiştir.

Değerlendiriciler arasındaki tutarlılığı belirlemek amacıyla Cohen’in Kappa katsayısı analizi yapılmış ve değerlendiriciler arası tutarlılık .84 ( $p < .05$ ) olarak belirlenmiştir. Landis ve Koch (1977) .75 ve üzeri tutarlılığın mükemmel olduğunu belirtmiştir (Akt. Haley & Osberg; 1989: 971). Bu bilgiden yola çıkarak, mevcut çalışmada elde edilen değerlendiriciler arası tutarlılık değerinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

### **3.2.3. Cinsiyet, Psikolojik Sıkıntılar ve Travma Sonrası Gelişim**

Tip 2 diyabet hastalarının kaygı, depresyon, toplam psikolojik sıkıntı, TSG ve TSG alt boyutları açısından cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediklerini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; kadınlar (Ort.= 1.30, S.S=.62) ile erkeklerin (Ort.= .97, S.S= .42) kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [ $t(123)=3.29, p < .001$ ]. Başka bir ifadeyle kadınların daha fazla kaygı yaşadıkları bulunmuştur. depresyon puanlarında ise cinsiyetler arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır [ $t(123)=1.89, p > .05$ ].

Yapılan t testinin sonucunda kadınlar (Ort.= 1.15, S.S= .55) ile erkekler (Ort.= .89, S.S= .37) arasında psikolojik sıkıntı düzeyi (HAD toplam) açısından da fark olduğu bulunmuştur [ $t(123)=2.86, p < .01$ ]. Kaygı düzeylerinde olduğu gibi kadınlar erkeklerden daha fazla psikolojik sıkıntı yaşamaktadır.

TSG [ $t(123)= .52, p > .05$ ], TSG alt boyutlarından kendilik algısındaki değişim [ $t(123)= .53, p > .05$ ], diğer insanlarla ilişkilerdeki değişim [ $t(123)= .66, p > .05$ ] ve hayat felsefesindeki değişim [ $t(123)= .18, p > .05$ ] puanlarının cinsiyetler arası farklılık gösterip göstermediğinin belirlemek için yapılan t testi sonucunda ise; cinsiyete göre travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

### **3.2.4. Katılımcıların Psikolojik Sıkıntı ve TSG Düzeyleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenlerinden ilki olan toplam psikolojik sıkıntılar Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin (HAD) toplam puanlarının hesaplanmasıyla

(Ort.= 14.77, S.S= 7.07, Min.= 1, Maks= 35); diğ er değ işken olan kaygı ise yine Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğ i'nin kaygı alt boyutuna ilişkin 7 maddeden alınan puanların toplanmasıyla elde edilmiştir (Ort.= 8.26, S.S= 4.00, Min.= 1, Maks.= 18). Araştırmaya katılan diyabet hastalarından 40'ı (%32) yüksek kaygı düzeyi için sınır kabul edilen 10 ve üzerinde puan almıştır. Ölçeğ in Cronbach alfa güvenirlilik değ eri .78 olarak hesaplanmıştır.

Depresyona ilişkin ortalama puanlar ise HAD'ın depresyonu ölçmeye yönelik 7 maddesinden alınan puanların toplanmasıyla elde edilmiştir (Ort.= 6.52, S.S= 4.06, Min.= 0, Maks.= 20). Araştırmaya katılan diyabet hastalarından 48'i (%38,4) depresyon için kesim noktası olarak kabul edilen 8 ve üzerinde puan almıştır. Ölçeğ in depresyona yönelik alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlilik değ eri .77 olarak belirlenmiştir.

Travma sonrası gelişim düzeyi tüm ölçekten alınan puanların toplamıyla elde edilmiştir. Buna göre bu örneklemede travma sonrası gelişim puanı ortalaması 50.72 (S.S= 2.81, Min.= 0, Maks.= 102) olarak belirlenmiştir. Alt boyutları için bakıldığında; kendilik algısındaki değ içim puan ortalaması 23.61 (S.S= 12.93, Min.= 0, Maks.= 45), diğ er insanlarla ilişkiler için puan ortalaması 16.34 (S.S= 9.93, Min.= 0, Maks.= 35) ve hayat felsefesi boyutu için puan ortalaması 10.77 (S.S= 6.73, Min.= 0, Maks.= 24) olarak belirlenmiştir.

### **3.2.5. Değ işkenler Arası Korelasyonlar**

Bu bölümde, araştırmanın değ işkenleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

#### ***3.2.5.1. Kaygı, Depresyon ve Toplam Psikolojik Sıkıntılar İçin Korelasyon Analizi Sonuçları***

Demografik değ işkenler ve hastalık değ işkenleri ile bağ ımlı değ işkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmanın bağ ımlı değ işkenlerinden olan kaygı; bekar ve kadın olmayla, hastalık şiddeti ve hastalığ a yönelik algılanan şiddetteki artışla pozitif yönde ilişkiliyken; gelir ve eę itim düzeyiyle negatif yönde ilişkili olduğ u belirlenmiştir.

Depresyon da kaygıyla benzer şekilde hastalık şiddeti ve hastalığa yönelik algılanan şiddetteki artışla, gelir ve eğitim düzeyiyle negatif yönde anlamlı ilişkiye sahipken; kadın olmayla, bekar olmayla, hastalık şiddeti ve hastalığa yönelik algılanan şiddetteki artışla pozitif yönde ilişkilidir.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda toplam psikolojik sıkıntılar cinsiyetle (1= kadın, 2= erkek) gelir ve eğitim düzeyiyle negatif yönde anlamlı ilişkiye sahipken; bekar olmayla, hastalık şiddetindeki ve hastalığa yönelik algılanan şiddetteki artışla pozitif yönde ilişkilidir.

Psikolojik sıkıntılar ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon analizleri sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Psikolojik sıkıntılar arasında ele alınan kaygı, TSG'nin diğerleriyle ilişkiler alt boyutuyla, kaynak kaybıyla ve çaresiz baş etme yollarının kullanılmasıyla ile pozitif ilişkilidir. Ayrıca kaygı; baş etme yollarından problem odaklı baş etme yollarının kullanılması ve iyimser baş etme yolunun kullanılması ile negatif yönde anlamlı ilişkiye sahiptir.

Psikolojik sıkıntılar arasında ele alınan bir diğer değişken olan depresyon ise, kaynak kaybıyla, çaresiz baş etme yolunun kullanılmasıyla ve algılanan duygu dışavurumunun eleştirelilik/düşmanlık alt boyutuyla pozitif ilişkili iken; iyimser ve problem odaklı baş etme yollarının kullanılması, algılanan duygu dışavurumunun duygusal aşırı ilgilenme alt boyutundan alınan puanlar ve öz yeterlik düzeyiyle negatif yönde anlamlı ilişkiye sahiptir.

Yapılan korelasyon analizleri sonucunda, toplam psikolojik sıkıntı düzeyiyle kaynak kaybındaki artış, çaresiz baş etme yollarının kullanımı, algılanan duygu dışavurumunun eleştirelilik/düşmanlık boyutu puanlarındaki artış pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Bunun yanı sıra; analiz sonuçlarına göre problem odaklı ve iyimser baş etme yolunun kullanılması, algılanan duygu dışavurumunda duygusal aşırı ilgilenme boyutundan alınan puanlardaki artış ve öz yeterlik düzeylerindeki artış, toplam psikolojik sıkıntılarla negatif anlamlı ilişkiye sahiptir.

### **3.2.5.2. TSG ve Alt Boyutları İçin Korelasyon Sonuçları**

TSG ve alt boyutlarının demografik değişkenler ve hastalık değişkenleri ile ilişkisine yönelik Pearson korelasyon katsayıları Tablo 3'te verilmiştir. Tablo 3'te de görüldüğü gibi; TSG sosyo-demografik değişkenlerden gelir ve eğitim düzeyiyle negatif yönde ilişkiye sahipken, hastalık değişkenlerinden hastalık şiddetiyle pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Travma sonrası gelişimin kendilik algısındaki değişim boyutu için korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde ise sadece; gelir durumu ve eğitim düzeyi ile negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir.

TSG'nin başkalarıyla ilişkilerdeki değişim alt boyutunun gelir ve eğitim düzeyiyle negatif, hastalık şiddeti ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu; hayat felsefesindeki değişim alt boyutu için ise; sosyo-demografik değişkenlerden yalnızca gelir düzeyiyle negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. TSG ve TSG alt boyutlarının bağımsız değişkenlerle ilişkisine dair Pearson korelasyon katsayıları Tablo 4'te verilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenlerinden olan travma sonrası gelişim ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizleri sonucunda; TSG'nin öz yeterlik, algılanan sosyal destek, kadercı baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme ile algılanan duygu dışavurumunun duygusal aşırı ilgilenme alt boyutu ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.

TSG'nin Kendilik Algısı alt boyutu için korelasyon değerlerine bakıldığında ise; algılanan sosyal destek, kadercı baş etme, iyimser baş etme ve problem odaklı baş etme yolları ile algılanan duygu dışavurumunun duygusal aşırı ilgilenme boyutu ve öz yeterlik değişkenleriyle pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmektedir

Diğer insanlarla ilişkilerdeki değişim boyutu ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda; algılanan sosyal destekteki artış, algılanan duygusal aşırı ilgilenilme ve baş etme yollarının tüm alt boyutlarıyla (kadercı baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme ve çaresiz baş etme) pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Hayat felsefesindeki değişim alt boyutu için yapılan korelasyon analizi sonuçları, hayat felsefesindeki gelişim ile sosyal destekteki artış, baş etme yollarından kadercı baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme, algılanan duygusal aşırı ilgilenilme ve öz yeterliğin pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir.



**Tablo 3. Bağımlı Değişkenler ile İlişkili Demografik Değişkenler ve Hastalık Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Değerleri**

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. TSG	.96**	.94**	.94**	.09	.16	.00	.05	.04	-.24**	-.27**	.10	.18*	.16	.08
2. TSG Kendilik		.84**	.86**	.11	.16	.02	-.05	-.01	-.19*	-.26**	.07	.17	.17	.06
3. TSG İlişkiler			.86**	.10	.18*	.00	-.06	.08	-.27**	-.25**	.14	.18*	.14	.12
4. TSG Hay.				.02	.09	-.06	-.01	.06	-.24**	-.28	.08	.15	.12	.06
Felsefesi														
5. Psikolojik Sıkıntı					.88**	.88**	-.25**	.00	-.26**	-.22*	.18*	.37**	.33**	.15
6. Kaygı						.54**	-.28**	-.06	-.26**	-.18*	.20*	.33**	.34**	.05
7. Depresyon							-.16	.06	-.19*	-.20*	.11	.33**	.24**	.21*
8. Cinsiyet								-.03	.31**	.34**	-.22*	.03	-.06	.00
9. Yaş									-.18	-.31**	.16	.18	-.05	.18
10. Gelir Düzeyi										.58**	-.50**	-.33**	-.27**	-.30**
11.Eğitim											-.23*	-.32**	-.21*	-.31**
12. Medeni Durum												.31**	.12	.24**
13. Hastalık Şiddeti													.38**	.39**
14. Şiddet Algısı														.18*
15. Tam Süresi														

\*p < 0.05 \*\*p < 0.01

**Tablo 4. Sosyal ve Kişisel Kaynaklar ile TSG, Kaygı ve Depresyon Arasındaki Korelasyon Değerleri**

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Psikolojik Sıkıntı	.88**	.88**	.09	.11	.10	.02	.57**	.16	.07	-.45**	-.40**	.51**	-.21*	.25**	-.23**
2.Kaygı		.54**	.16	.16	.18*	.09	.45**	-.04	.11	-.32**	-.30**	.51**	-.15	.17	-.15
3.Depresyon			.00	.03	.00	-.06	.56**	-.24**	.01	-.47**	-.40**	.39**	-.22*	.27**	-.25**
4.TSG				.96**	.94**	.94**	.10	.36**	.27**	.34**	.31**	.08	.22*	.02	.21*
5.TSG Kendilik Algısı					.84**	.86**	.07	.33**	.20*	.30**	.33**	.00	.19*	-.03	.25**
6.TSG Diğerleriyle İlişkiler						.86**	.13	.34**	.34**	.33**	.23*	.18*	.21*	.10	.15
7.TSG Hayat Felsefesi							.08	.37**	.23*	.34**	.30**	.05	.23*	.00	.19*
8.Kaynak Kaybı								-.19*	-.03	-.31**	-.26**	.31**	-.13	.37**	-.38**
9.Sosyal Destek									.13	.27**	.19*	-.01	.34**	-.39**	.24**
10.Kaderci Baş Etme										.25**	.13	.39**	.20*	.07	.18
11.İyimser Baş Etme											.74**	-.18	.16	-.06	.37**
12.Problem Odaklı Baş Etme												-.37**	.13	-.13	.29**
13.Çaresiz Baş Etme													.06	.20*	-.02
14.Duygusal Aşırı İlgilenme														-.22*	.22*
15.Eleştirelilik/Düşmanlık															-.20*
16.Öz Yeterlik															

\*p < 0.05 \*\*p < 0.01

### **3.2.6. Regresyon Analizleri**

Kaygı, depresyon, toplam psikolojik sıkıntılar ile, TSG ve alt boyutlarının yordayıcılarını incelemek amacıyla üç aşamalı 7 tane hiyerarşik (enter yöntemiyle) regresyon analizi yapılmıştır. Tüm regresyon analizlerinde aynı bağımsız değişkenler kullanılmıştır. Regresyon analizlerinin ilk aşamasında hastalık şiddeti; ikinci aşamada baş etme yolları (problem odaklı baş etme, iyimser baş etme, kaderci baş etme, çaresiz baş etme), algılanan sosyal destek, diyabete özgü öz yeterlik ve algılanan duygu dışavurumunun her iki boyutu (duygusal aşırı ilgilenilme ve eleştirelilik/düşmanlık); üçüncü ve son aşamada ise kaynak kaybı regresyon eşitliğine girilmiştir. Analizin üç basamağı için toplamda her analizde on bağımsız değişken analize dahil edilmiştir.

Tablo 5'te regresyon analizine dahil edilen bağımsız değişkenlere ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

**Tablo 5. Bağımlı Değişkenlere İlişkin Ortalama, Standart Sapma Değerleri**

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Min-Maks
Sosyal destek	61.30	15.11	12-84
Baş Etme Yolları			
Kaderci baş etme	30.68	4.27	19-40
İyimser baş etme	20.90	2.99	11-27
Problem odaklı baş etme	22.11	3.34	13-27
Çaresiz baş etme	11.45	2.54	6-18
Algılanan Duygu Dışavurumu			
Duygusal Aşırı İlgilenme	12.23	4.01	2-17
Eleştirelilik/Düşmanlık	4.80	3.56	0-19
Öz yeterlik	71.99	14.81	24-100
Kaynak kaybı	36.70	14.99	23-92

### 3.2.6.1. Kaygı İle İlişkili Değişkenler

Kaygının yordayıcılarını belirlemek için 3 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Analize ilişkin sonuçlar Tablo 6'da verilmiştir. 1. aşama varyansın %11'ini açıklamıştır [F(1,119)=13.51,  $p=.001$ ]. Bu aşamada analize giren hastalık şiddeti anlamlı bir değişken olarak belirlenmiştir.

İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen kaynaklar ise varyansın % 28'ini açıklamıştır [F(10, 111) = 6.47,  $p<.001$ ]. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.20$ ) ve çaresiz baş etme ( $\beta=.49$ ) kaygıyla pozitif yönde ilişkili bulunurken; duygusal aşırı ilgilenme ( $\beta=-.16$ ) ve iyimser baş etme ( $\beta=-.31$ ) ise kaygıyla negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Regresyon analizinin 3. aşaması varyansın %03'ünü açıkladı açıklamıştır [F(10, 110) = 5.33,  $p<.05$ ]. Bu aşamada iyimser baş etme ( $\beta=-.26$ ) ve duygusal aşırı ilgilenmenin ( $\beta=-.16$ ) kaygıyla negatif; çaresiz baş etme ( $\beta=.44$ ) ve kaynak kaybının ( $\beta=.22$ ) ise pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Toplamda 3 basamak varyansın %42'sini açıklamıştır [F(10, 110) = 7.83,  $p<.001$ ].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; iyimser baş etme ve duygusal aşırı ilgilenmenin kaygı ile negatif yönde, çaresiz baş etme ve kaynak kaybının ise kaygı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Başka bir ifadeyle iyimser baş etme düzeyi ve hastalara bakım verenlerin duygusal aşırı ilgilenme düzeyleri arttıkça kaygı düzeyinin azaldığı, çaresiz baş etme yolunun kullanımı ve kaynak kaybı arttıkça kaygı düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

**Tablo 6. Kaygının Yordayıcıları**

Bağımlı Değişkenler	$\beta$	T	R2 change	Df	F change
Hastalık Şiddeti	.32	3.68***	.11	1,119	13.51***
Hastalık Şiddeti	.20	2.50*			
Sosyal Destek	.14	1.55			
Kadercilik	-.03	-.37			
İyimser Baş Etme	-.31	-2.59*			
Problem Odaklı	.17	1.44			
Çaresiz Baş Etme	.49	5.33***			
Duygusal Aşırı İlgilenme	-.16	-1.98			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.06	.66			
Öz Yeterlik	-.01	-.14	.28	9,111	6.47***
Hastalık Şiddeti	.12	1.42			
Sosyal Destek	.13	1.50			
Kadercilik	-.01	-.13			
İyimser Baş Etme	-.26	-2.19*			
Problem Odaklı	.13	1.12			
Çaresiz Baş Etme	.44	4.66***			
Duygusal Aşırı İlgilenme	-.16	-2.05*			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.00	.03			
Öz Yeterlik	.04	.45			
Kaynak Kaybı	.22	2.31*	.03	10,110	5.33*

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

### 3.2.6.2. Depresyon İle İlişkili Değişkenler

Depresyonun yordayıcılarını belirlemek için 3 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 7’de verilmiştir. 1. aşama varyansın %11’ini açıklamıştır [ $F(1,119)=14.32, p<.001$ ]. Bu aşamada analize giren hastalık şiddeti ( $\beta=.33$ ) anlamlı bir değişken olarak belirlenmiştir.

İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen kaynaklar ise varyansın % 29’unu açıkladı [ $F(9, 111) = 6.62, p<.001$ ]. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.17$ ) ve çaresiz baş etme ( $\beta=.31$ ) depresyonla pozitif ilişkili bulunurken; iyimser baş etmenin ( $\beta=-.41$ ) ise depresyonla negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Regresyon analizinin 3. aşaması varyansın %08’ini açıklamıştır [ $F(10, 110) = 16.78 p<.001$ ]. Bu aşamada iyimser baş etmenin ( $\beta=-.33$ ) psikolojik sıkıntılarla negatif; çaresiz baş etme ( $\beta=.22$ ) ve kaynak kaybının ( $\beta=.38$ ) ise pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Toplamda 3 basamak varyansın %48’ini açıklamıştır [ $F(10, 110) = 9.98, p<.001$ ].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; iyimser baş etmenin psikolojik sıkıntılar ile negatif yönde, çaresiz baş etme ve kaynak kaybının ise depresyon ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, iyimser baş etme düzeyi arttıkça depresyon puanlarının azaldığı, çaresiz baş etme yolunun kullanımı ve kaynak kaybı arttıkça depresyon puanlarının arttığı belirlenmiştir.

**Tablo 7. Depresyonun Yordayıcıları**

Bağımsız Değişkenler	$\beta$	T	R <sup>2</sup> change	df	F change
Hastalık Şiddeti	.33	3.78***	.11	1,119	14.32***
Hastalık Şiddeti	.17	2.16*			
Sosyal Destek	-.04	-.42			
Kadercilik	-.02	-.17			
İyimser Baş Etme	-.41	-3.50**			
Problem Odaklı	.11	.97			
Çaresiz Baş Etme	.31	3.40**			
Duygusal Aşırı İlgilenme	-.13	-1.61			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.12	1.35			
Öz Yeterlik	-.02	-.29	.29	9,111	6.62***
Hastalık Şiddeti	.04	.49			
Sosyal Destek	-.05	-.58			
Kadercilik	.02	.25			
İyimser Baş Etme	-.33	-2.95*			
Problem Odaklı	.05	.43			
Çaresiz Baş Etme	.22	2.47*			
Duygusal Aşırı İlgilenme	-.13	-1.76			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.03	.30			
Öz Yeterlik	.06	.75			
Kaynak Kaybı	.38	4.10***	.08	10,110	16.78***

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001



### 3.2.6.3. Toplam Psikolojik Sıkıntılar İle İlişkili Değişkenler

Toplam psikolojik sıkıntılar; HAD ölçeğine verilen cevaplar toplanarak elde edilen ve diyabet hastalarının toplam psikolojik sıkıntı düzeyini gösteren bir değişkendir. Diyabet hastalarının sahip olduğu kaynak ve bu kaynaklarda meydana gelen kaybın yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ile ilişkisini incelemek amacıyla üç aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analize ilişkin sonuçlar Tablo 8'de verilmiştir. 1. aşama varyansın %15'ini açıklamıştır [ $F(1,119)=18.87, p<.001$ ]. Bu aşamada analize giren hastalık şiddeti anlamlı bir değişken olarak belirlenmiştir.

İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen kaynaklar (hastalık şiddeti, sosyal destek, kaderci baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme, çaresiz baş etme, duygusal aşırı ilgilenilme, eleştirelilik/düşmanlık, öz yeterlik) ise varyansın % 35'ini açıklamıştır [ $F(9, 111) = 9.34, p<.001$ ]. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.21$ ) ve çaresiz baş etme ( $\beta=.46$ ) psikolojik sıkıntılarla pozitif ilişkili bulunurken; duygusal aşırı ilgilenilme ( $\beta=-.17$ ) ve iyimser baş etme ( $\beta=-.41$ ) ise psikolojik sıkıntılarla negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Regresyon analizinin 3. aşaması varyansın %06'sını açıklamıştır [ $F(10, 110) = 16.37, p<.001$ ]. Bu aşamada iyimser baş etme ( $\beta=-.34$ ) ve duygusal aşırı ilgilenilmenin ( $\beta=-.17$ ) psikolojik sıkıntılarla negatif; çaresiz baş etme ve kaynak kaybının ise pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Toplamda 3 basamak varyansın %56'sını açıklamıştır [ $F(10, 110) = 13.50, p<.001$ ].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; iyimser baş etmenin psikolojik sıkıntılar ile negatif yönde, çaresiz baş etme ve kaynak kaybının ise psikolojik sıkıntılar ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Başka bir ifadeyle iyimser baş etme düzeyi arttıkça psikolojik sıkıntılarının azaldığı, çaresiz baş etme yolunun kullanımı ve kaynak kaybı arttıkça psikolojik sıkıntılarının arttığı belirlenmiştir.

**Tablo 8. Toplam Psikolojik Sıkıntıların (HAD toplam) Yordayıcıları**

Bağımsız Değişkenler	B	t	R <sup>2</sup> change	df	F change
Hastalık Şiddeti	.37	3.34***	.15	1,119	18.87***
Hastalık Şiddeti	.21	2.89**			
Sosyal Destek	.06	.69			
Kadercilik	-.03	-.33			
İyimser Baş Etme	-.41	-3.78***			
Problem Odaklı	.16	1.48			
Çaresiz Baş Etme	.46	5.41***			
Duygusal Aşırı İlgilenme	-.17	-2.22*			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.10	1.26			
Öz Yeterlik	-.02	-.27	.35	9,111	9.34***
Hastalık Şiddeti	.09	1.22			
Sosyal Destek	.05	.60			
Kadercilik	.01	.08			
İyimser Baş Etme	-.34	-3.25**			
Problem Odaklı	.10	.98			
Çaresiz Baş Etme	.37	4.54***			
Duygusal Aşırı İlgilenme	-.17	-2.41*			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.02	.22			
Öz Yeterlik	.06	.76			
Kaynak Kaybı	.34	4.05***	.06	10,110	16.37***

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

#### ***3.2.6.4. Toplam Psikolojik Sıkıntılar (Had Toplam), Kaygı Ve Depresyon İle İlişkili Değişkenler***

Tabo 9’da psikolojik sıkıntılara ilişkin regresyon analizlerinin sonucunda elde edilen ve psikolojik sıkıntılarının yordayıcısı olan değişkenler verilmiştir.

**Tablo 9. Kaygı, Depresyon ve Toplam Psikolojik Sıkıntıların Yordayıcıları**

Değişkenler	Psikolojik Sıkıntılar (HAD)	Kaygı	Depresyon
Kaynaklar	İyimser baş etme (-)	İyimser baş etme (-)	İyimser baş etme (-)
	Çaresiz baş etme (+)	Çaresiz baş etme (+)	Çaresiz baş etme (+)
	Duygusal aşırı ilgilenme (-)	Duygusal aşırı ilgilenme (-)	
Kaynak kaybı	Kaynak kaybı (+)	Kaynak kaybı (+)	Kaynak kaybı (+)

### 3.2.6.5. Travma Sonrası Gelişim (TSG)

Travma sonrası gelişim toplam puanının yordayıcılarını belirlemek için 3 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Travma sonrası gelişimin yordayıcılarına ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir. 1. aşama varyansın %03'ünü açıklamıştır [F(1,118)=3.02,  $p=.09$ ] ancak bu basamak anlamlı bulunmamıştır. İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen kaynaklar (hastalık şiddeti, sosyal destek, kadenci baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme, çaresiz baş etme, duygusal aşırı ilgilenme, eleştirelilik/düşmanlık, öz yeterlik) ise varyansın % 30'ini açıkladı [F(9, 110) = 6.49,  $p<.001$ ]. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.26$ ) ve sosyal destek ( $\beta=.33$ ) TSG ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Regresyon analizinin 3. aşaması varyansın %02'sini açıklamaktadır [F(10, 109) = 2.74,  $p=.10$ ] ancak bu basamak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu aşamada sosyal desteğin ( $\beta=.32$ ) ve hastalık şiddetinin ( $\beta=.20$ ) TSG ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Toplamda 3 basamak varyansın %35'ini açıklamaktadır [F(10, 109) = 5.97,  $p=.10$ ].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; hastalık şiddeti ve sosyal destek TSG ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, hastalık şiddeti ve sosyal destek arttıkça TSG düzeyi de artmaktadır.

**Tablo 10. TSG'nin (Travma Sonrası Gelişim)Yordayıcıları**

Bağımsız Değişkenler	$\beta$	t	R <sup>2</sup> change	df	F change
Hastalık Şiddeti	.16	1.74	.03	1,118	3.02
Hastalık Şiddeti	.26	3.10**			
Sosyal Destek	.33	3.56**			
Kadercilik	.11	1.15			
İyimser Baş Etme	.12	.98			
Problem Odaklı	.22	1.75			
Çaresiz Baş Etme	.04	.44			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.07	.82			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.15	1.65			
Öz Yeterlik	.07	.81	.30	9,110	6.49***
Hastalık Şiddeti	.20	2.24*			
Sosyal Destek	.32	3.55**			
Kadercilik	.12	1.33			
İyimser Baş Etme	.16	1.26			
Problem Odaklı	.19	1.49			
Çaresiz Baş Etme	-.00	-.02			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.07	.83			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.11	1.17			
Öz Yeterlik	.11	1.20			
Kaynak Kaybı	.17	1.66	.02	10,109	2.74

\*p<.05, \*\*p<.01,\*\*\*p<.001

### 3.2.6.6. Kendilik Algısındaki Değişim

TSG'nin kendilik algısındaki değişim boyutunun yordayıcılarını belirlemek için 3 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 11'de verilmiştir. 1. aşama varyansın %03'ünü açıklamıştır [ $F(1,118)=2.68, p=.10$ ] ancak basamak istatistiksel olarak anlamlı değildir. İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen kaynaklar (hastalık şiddeti, sosyal destek, kaderci baş etme, iyimser baş etme, problem odaklı baş etme, çaresiz baş etme, duygusal aşırı ilgilenme, eleştirelilik/düşmanlık, öz yeterlik) ise varyansın % 26'sını açıkladı [ $F(9, 110) = 5.36, p<.001$ ]. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.27$ ), sosyal destek ( $\beta=.29$ ) ve problem odaklı baş etme yolu ( $\beta=.27$ ) kendilik algısındaki değişim ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Regresyon analizinin 3. aşaması varyansın %02'sini açıklamaktadır [ $F(10, 109) = 2.74, p=.10$ ] ancak bu basamak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.22$ ), sosyal destek ( $\beta=.29$ ) ve problem odaklı baş etme yolu ( $\beta=.27$ ) kendilik algısındaki değişim ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Toplamda 3 basamak varyansın %31'ini açıklamaktadır [ $F(10, 109) = 4.93, p=.13$ ].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; hastalık şiddetinin, sosyal desteğin ve problem odaklı baş etme yollarını kullanmanın travma sonrası gelişimin kendilik algısındaki değişim alt boyutuyla pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle; hastalık şiddeti arttıkça, kişiler daha fazla sosyal destek algıladıkça ve problem odaklı baş etme yollarını kullandıkça kendilerine ilişkin algılarında olumlu yönde değişimlerin olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11. TSG Kendilik Algısının Yordayıcıları**

Değişkenler	$\beta$	t	R <sup>2</sup> change	df	F change
Hastalık Şiddeti	.15	1.64	.03	1,118	2.68
Hastalık Şiddeti	.27	3.17**			
Sosyal Destek	.29	3.08**			
Kadercilik	.07	.73			
İyimser Baş Etme	.01	.11			
Problem Odaklı	.30	2.32*			
Çaresiz Baş Etme	.00	.02			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.05	.55			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.10	1.09			
Öz Yeterlik	.13	1.50	.26	9,110	5.36***
Hastalık Şiddeti	.22	2.34*			
Sosyal Destek	.29	3.07**			
Kaderci Baş Etme	.09	.91			
İyimser Baş Etme	.50	.38			
Problem Odaklı Baş Etme	.27	2.08*			
Çaresiz Baş Etme	-.04	-.40			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.05	.55			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.06	.65			
Öz Yeterlik	.17	1.84			
Kaynak Kaybı	.16	1.54	.02	10,109	2.38

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.00



### 3.2.6.7. Diğer İnsanlarla İlişkilerdeki Değişim

TSG'nin diğer insanlarla olan ilişkilerdeki değişim boyutunun yordayıcılarını belirlemek için 3 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 12'de verilmiştir. 1. aşama varyansın % 03'ünü açıklamıştır [F(1,118)=2.94,  $p=.09$ ] ancak bu basamaktaki hastalık şiddeti değişkeni anlamlı bulunamamıştır. İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen kaynaklar ise varyansın % 31'ini açıkladı [F(9, 110) = 6.90  $p<.001$ ]. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.21$ ), sosyal destek ( $\beta=.32$ ) ve eleştirelilik/düşmanlık ( $\beta=.19$ ) kendilik algısındaki değişim ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Regresyon analizinin 3. aşaması varyansın %01'ini açıklamaktadır [F(10, 109) = 2.33,  $p=.13$ ] ancak bu basamak istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken; sosyal destek ( $\beta=.31$ ), kadercı baş etme ( $\beta=.18$ ) ve iyimser baş etme ( $\beta=.25$ ) diğer insanlarla ilişkilerdeki gelişim ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Toplamda 3 basamak varyansın %31'ini açıklamaktadır [F(10, 109) =6.24,  $p<.001$ ].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; kadercı ve iyimser baş etme yolları ile sosyal desteğin TSG'nin diğer insanlarla ilişkilerdeki değişim boyutu ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle sosyal desteğin artması ve kadercı ve iyimser baş etme yollarının kullanımı diğer insanlarla daha iyi ilişkiler kurulmasıyla ilişkilidir.

**Tablo 12. TSG Diğer İnsanlarla İlişkilerdeki Değişimin Yordayıcıları**

Bağımsız Değişkenler	$\beta$	t	R <sup>2</sup> change	df	F change
Hastalık Şiddeti	.16	1.72	.03	1,118	2.94
Hastalık Şiddeti	.21	2.53*			
Sosyal Destek	.32	3.49**			
Kaderci Baş Etme	.17	1.81			
İyimser Baş Etme	.22	1.79			
Problem Odaklı Baş Etme	.10	.77			
Çaresiz Baş Etme	.10	1.00			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.07	.81			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.19	2.20*			
Öz Yeterlik	.00	.00	.31	9,110	6.90***
Hastalık Şiddeti	.15	1.75			
Sosyal Destek	.31	3.48**			
Kaderci Baş Etme	.18	1.98*			
İyimser Baş Etme	.25	2.04*			
Problem Odaklı Baş Etme	.07	.54			
Çaresiz Baş Etme	.06	.56			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.07	.81			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.16	1.73			
Öz Yeterlik	.03	.38			
Kaynak Kaybı	.16	1.53	.01	10,109	2.33

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

### 3.2.6.8. Hayat Felsefesindeki Değişim

TSG'nin hayat felsefesindeki değişim boyutunun yordayıcılarını belirlemek için 3 aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 13'te özetlenmiştir. 1. aşama varyansın %02'sini açıklamıştır [F(1,118)=2.12,  $p=.15$ ] ancak basamak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İkinci aşamada regresyon eşitliğine girilen kaynaklar ise varyansın % 30'unu açıkladı [F(9, 110) = 5.97  $p<.001$ ]. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.24$ ) ve sosyal destek ( $\beta=.33$ ) hayat felsefesindeki değişim ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Regresyon analizinin 3. aşaması varyansın % 02'sini açıklamaktadır [F(10, 109) = 2.42,  $p=.12$ ] ancak bu basamak anlamlı bulunmamıştır. Bu aşamada hastalık şiddeti ( $\beta=.18$ ) ve sosyal destek ( $\beta=.32$ ) hayat felsefesindeki gelişim ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Toplamda 3 basamak varyansın %33'ünü açıklamaktadır [F(10, 109) =6.24,  $p<.001$ ].

Regresyon analizinin son basamağı değerlendirildiğinde; hastalık şiddeti ile sosyal desteğin TSG'nin hayat felsefesindeki değişim boyutu ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle diyabetin şiddeti ve sosyal destekteki artış diyabet hastalarının hayat felsefelerinde olumlu yönde değişikliklere yol açmaktadır.

**Tablo 13. TSG Hayat Felsefesindeki Değişimin Yordayıcıları**

Bağımsız Değişkenler	$\beta$	t	R <sup>2</sup> change	df	F change
Hastalık Şiddeti	.13	1.46	.02	1,118	2.12
Hastalık Şiddeti	.24	2.82**			
Sosyal Destek	.33	3.52**			
Kaderci Baş Etme	.06	.68			
İyimser Baş Etme	.15	1.19			
Problem Odaklı Baş Etme	.20	1.54			
Çaresiz Baş Etme	.03	.31			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.10	1.11			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.13	1.46			
Öz Yeterlik	.04	.44	.30	9,110	5.97***
Hastalık Şiddeti	.18	2.01*			
Sosyal Destek	.32	3.50**			
Kaderci Baş Etme	.08	.86			
İyimser Baş Etme	.18	1.45			
Problem Odaklı Baş Etme	.17	1.30			
Çaresiz Baş Etme	-.01	-.12			
Duygusal Aşırı İlgilenme	.10	1.12			
Eleştirelilik/Düşmanlık	.09	1.00			
Öz Yeterlik	.07	.81			
Kaynak Kaybı	.16	1.56	.02	10,109	2.42

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

### ***3.2.6.9. TSG ve Alt Boyutlarının Yordayıcıları***

Tablo 14'te TSG ve alt boyutlarına ilişkin regresyon analizi sonucu elde edilen TSG ve alt boyutlarının yordayıcı değişkenleri birlikte verilmiştir.

**Tablo 14. TSG, Kendilik Algısındaki Değişim, Diğerleriyle İlişkilerdeki Değişim, Hayat Felsefesindeki Değişimin Yordayıcıları**

Değişkenler	TSG	Kendilik algısı	Diğerleriyle ilişkiler	Hayat felsefesi
Hastalık şiddeti	Hastalık şiddeti (+)	Hastalık şiddeti (+)		Hastalık şiddeti (+)
Kaynaklar	Sosyal destek (+)	Sosyal destek (+) Problem odaklı baş etme (+)	Sosyal destek (+) Kaderci baş etme (+) İyimser baş etme (+)	Sosyal destek (+)

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRMELER

Bu çalışma, tip 2 diyabet hastalarının kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntı düzeyleri ile travma sonrası gelişimlerinin Kaynakların Korunması Kuramı (Hobfoll, 1989: 513-524) kapsamında incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada kaynak kaybının yanı sıra; demografik özelliklerle (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi), hastalık şiddeti, sosyal destek, algılanan duygu dışavurumu, diyabete özgü öz yeterlik ve baş etme yolları gibi farklı kaynak türleri de diyabet hastalarının yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişimleriyle ilişkili kaynakları belirlemek amacıyla incelenmiştir. Araştırmaya, kartopu örnekleme yoluyla ulaşılan ve en az bir yıldır tip 2 diyabet hastası olan 125 kişi dahil edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız gruplar için t testi analizleri yapılmış; ayrıca araştırmada yer alan açık uçlu soruya verilen cevap kategorilerine ilişkin değerlendiriciler arası turtalılık, Kohen'in Kappa katsayısı ile incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen sonuçlar Kaynakların Korunması Kuramı'nın (Hobfoll, 1989: 513-524) sayıtları doğrultusunda tartışılacaktır.

### 1. ÖRNEKLEME İLİŞKİN BETİMSSEL ÖZELLİKLER

Tip 2 diyabet hastalarından oluşan bu araştırma örnekleminin yaş ortalaması 53'tür (S.S= 7) ve araştırmaya katılanların yarısından çoğunu kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %75'i halen bir işte çalışmamaktadır ve yarıya yakın bir kısmı (% 42) ilkokul mezunudur. Katılımcıların % 80'i evli ve % 62'si orta ve üzerinde gelir düzeyine sahiptir. Literatürde yer alan çalışma bulgularına göre (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Bell, Smith, Arcury, Snively, Stafford & Quandt, 2005: 824; Katon, ve ark., 2004: 919) evli olmak psikolojik sıkıntılar için koruyucu bir faktördür. Bu bilgi ve katılımcıların medeni durumları göz önünde bulundurulduğunda, mevcut örneklemin psikolojik sıkıntı düzeyinin düşük olmasında, evli olmanın sosyal destek nedeniyle koruyucu rolünden bahsedilebilir. Ayrıca eğitim düzeyinin de psikolojik sağlıkla ilişkili olduğuna dair bulgulardan da yola çıkarak (Bell, Smith, Arcury, Snively, Stafford & Quandt, 2005),

mevcut araştırma örnekleminin yarısından fazlasının en az ortaokul mezunu olmasının da psikolojik açıdan daha dayanıklı olmalarına zemin hazırlayacağı öngörülmektedir..

Diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada, hastaların yarısından çoğunun ikinci bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Önceki çalışmalardan elde edilen bulgulara göre diyabet hastalarında ikinci bir fiziksel hastalığın varlığı bireylerin psikolojik sıkıntılarındaki artışla ilişkili bulunmaktadır (Katon, ve ark., 2004: 914). Bu nedenle, bu örneklemdaki tip 2 diyabet hastalarının yarısından çoğunun psikolojik sıkıntı yaşama açısından risk altında olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyabet hastalarının, hastalıklarının önümüzdeki on yıl içerisinde nasıl bir değişim göstereceğine yönelik düşüncelerini belirlemek için sorulan açık uçlu soruya verilen cevaplara göre; araştırmaya katılanların % 28'i gelecek hakkında olumlu düşünceler belirtirken; % 24'ünün kötümser olduğu, % 11'inin hastalıkla ilgili bir değişim beklemedikleri ve % 12'sinin herhangi bir fikri olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgudan yola çıkarak; araştırmaya katılan diyabet hastalarının çoğunlukla iyimser bir tablo çizdiği, kötümser olanların ise iyimser olanlardan sonra ikinci sırada yer aldığı görülmüştür. Ömür boyu sürecek olan bu hastalığa ilişkin umut beslemenin ve iyimser olmanın, hem hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağı, hem de hastalığın daha iyi seyredebileceğine inandıkları için tedavinin gerektirdiklerine daha çok özen göstererek hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmüştür.

## 2. DİYABET HASTALARININ PSİKOLOJİK SIKINTI DÜZEYİ

Pek çok çalışmada fiziksel hastalığı olanlarda psikolojik sıkıntıların sağlıklı bireylere kıyasla daha yaygın olarak görüldüğü belirlenmiştir (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 18-26; Collins, Corcorant & Perry, 2009; Gülseren, Hekimsoy, Gülseren, Bodur & Kültür, 2001: 94). Diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada katılımcıların %40'ının yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Bu bulgu, diyabet hastalarının %40'ının kaygı düzeyinin yüksek olduğunu rapor eden Grigsby ve arkadaşlarının (2002: 1053) bulgularıyla örtüşmektedir. Diyabet gibi yaşamı tehdit eden, pek çok sosyal alanda kendilerini kısıtlamalarını gerektiren bir hastalığın sonucu olarak bireylerin kaygı düzeylerinin yüksek seyretmesi beklenen bir durumdur.



Bu çalışmada diyabet hastalarının kaygı puanlarının ortalaması 8.26 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, Gülseren ve arkadaşlarının (2001: 95-96) diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada elde ettikleri kaygı (Ort.= 6.8) puanının ortalamasından daha yüksektir. Bu örnekleme kaygı puanlarının Gülseren ve arkadaşlarının (2001: 95-96) çalışmasında elde edilen ortalamaların üstünde olmasının, araştırma örneklemelerinin ve veri toplama yöntemlerinin farklılığından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Gülseren ve arkadaşlarının (2001: 95-96) çalışmasında örneklem, bir kamu hastanesinin endokronoloji biriminde düzenli takibi yapılan hastalardan oluşmaktadır. Diyabette düzenli tıbbi takibin önemi düşünüldüğünde, kontrol altındaki hastaların metabolik kontrollerinin daha iyi seyretmesi beklenmekte ve diyabet hekim ve hemşirelerinden alacakları düzenli ve doğru bilgilendirmelerle sağlık durumları konusunda daha az endişelenecekleri düşünülmektedir. Bu nedenle iki örneklem arasındaki bireylerin kaygı düzeyleri arasındaki farkın veri toplama yöntemlerinin farklılaşmasının bir sonucu olabileceği düşünülmüştür.

Diyabet hastalarında depresyonun sağlıklı örnekleme kıyasla iki kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001: 1070). Mevcut çalışmada katılımcıların depresyon puan ortalamalarının (Ort.= 6.51) Gülseren ve arkadaşlarının (2001: 89-96) yetişkin diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmadan elde ettikleri puan ortalamasına (Ort.= 6.1) oldukça yakın olduğu görülmektedir. Depresyonun yaygınlığına ilişkin veriler incelendiğinde ise; mevcut araştırmaya katılanların % 48'inin yüksek depresyon puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Diyabet hastalarıyla yapılan farklı çalışmalarda diyabet hastalarında depresif belirti yaygınlığının %18 ile %34 arasında olduğu (Collins, Corcoran & Perry, 2009; Egede, 2004: 424; Metsch, Tillil, Köbberling & Sartory, 1995: 104-117) belirtilmektedir. Mevcut çalışma bulgularının önceki bulgulardan farklı olmasının; kullanılan ölçüm araçlarının birbirinden farklı olması, bu çalışmada sadece tip 2 diyabet hastaları örnekleme dahil edilirken, diğer çalışmalarda tip 1 diyabet hastalarının da örneklemlere dahil edilmiş olması yani örneklemlerin homojen olmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

## **2.1. Sosyo-demografik Değişkenler, Hastalık Değişkenleri ve Psikolojik Sıkıntılar**

Bu araştırmada, psikolojik sıkıntı düzeyinin kadınlar ve erkekler arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan analizler sonucunda; kaygı ve toplam psikolojik

sıkıntılarının (HAD toplam) cinsiyete göre farklılaştığı, kadınların daha fazla kaygı ve psikolojik sıkıntı rapor ettikleri belirlenmiştir. Bu bulgu, cinsiyetin psikolojik sıkıntılar üzerindeki etkisini inceleyen literatür bulgularıyla (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 18-24; Collins, Corcorant & Perry, 2009; Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002: 1053; Huang, Chiu, Lee & Wang, 2011: 8; Li, Barker, Ford, Zhang, Strine & Mokdad, 2008: 880; Shaban, Fosbury, Kerr & Cavan, 2006: 185) benzerlik göstermektedir. Kaygı düzeyinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olmasının, kadınların yaşadıkları sıkıntıları daha kolay rapor ediyor olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Diğer sosyodemografik değişkenler arasında yer alan yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum ile psikolojik sıkıntılarının ilişkisini incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda; yaşın etkisinin anlamlı olmadığı, gelir ve eğitim düzeyindeki artışın kaygı ve depresyondaki azalmayla ilişkili olduğu ve bekar olmanın sadece kaygıdaki artışla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Gelir ve eğitim düzeyiyle psikolojik sıkıntılar arasında elde edilen negatif ilişki ile bekar olmak ile kaygı düzeyi arasında saptanan pozitif yönlü ilişki, diyabet hastalarıyla yapılan önceki çalışma bulgularını (Bahar, Sertbaş & Sönmez, 2006: 24; Bell, Smith, Arcury, Snively, Stafford & Quandt, 2005: 824; Katon, ve ark., 2004: 914) destekler niteliktedir. Araştırmanın kuramsal dayanağını oluşturan Kaynakların Korunması Kuramı'na (Hobfoll, 1989: 520) göre enerji kaynakları arasında yer alan eğitim düzeyi ve ekonomik düzey, diğer kaynaklara ulaşmak için kullanıldığında anlam kazanır ve bu yolla bireylerin psikolojik durumlarını etkiler. Mevcut çalışma ve önceki literatür bulguları bu kuram çerçevesinde ele alındığında; bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça hastalığın önemi konusunda daha çok bilgi edinme ve hastalıkla baş etmede işlerine yarayacak yeni kaynaklar kazanma çabasına girmeleri ve hastalığın gerektirdiklerini yapma konusunda daha bilinçli davranarak durumsal kaynaklar arasında yer alan hastalık şiddetini olabildiğince azaltmaları sonucunda daha az psikolojik sıkıntı yaşamalarına yol açıyor olabilir. Eğitim düzeyinde olduğu kadar, ekonomik düzeydeki iyileşmenin de hastalığın getirdiği maddi yükü baş etmede önemli rol oynamış ve bunun sonucunda yeni kaynaklar kazanarak hastaların daha az psikolojik sıkıntı yaşamalarına etki etmiş olabilir.

Bu çalışmada Kaynakların Korunması Kuramı'na göre (Hobfoll, 1989: 520) durumsal kaynaklar arasında yer alan hastalık şiddetinin; kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntı düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizlerinde ise hastalık şiddeti, ilk basamakta tek başına girdiğinde psikolojik sıkıntılarının

tüm ölçümleriyle anlamlı ilişkiye sahipken, diğer değişkenler de analize dahil edildiğinde anlamlı etkisini kaybettiği görülmüştür. Yine de hastalık şiddetinin bireylerin yaşadığı psikolojik sıkıntılar, kaygı ve depresyon ile pozitif ilişkisine dair bu bulgunun Bahar, Sertbaş ve Sönmez'in (2006: 18-26) ve Collins, Corcorant ve Perry'nin (2009: 151) diyabet hastaları ile yaptıkları çalışma bulgularıyla örtüştüğü görülmektedir. Kaynakların Korunması Kuramı'na (Hobfoll, 1998: 97-102) göre; durumsal kaynaklar, bireylerin diğer kaynaklara ulaşmaları için temel oluştururlar. Bu nedenle mevcut örnekleme hastalık şiddetinin artması, bireylerin durumsal kaynaklarında azalmaya yol açmakta ve durumsal kaynaklardaki azalma da diğer kaynaklara ulaşılmasını engelleyerek psikolojik sıkıntıların artmasına neden olabilir.

## **2.2. Kişisel, Sosyal Kaynaklar ve Psikolojik Sıkıntılar**

Diyabet hastalarında psikolojik sıkıntıları yordayan faktörlerin Kaynakların Korunması Kuramı (Hobfoll, 1989: 513-524) çerçevesinde araştırıldığı bu çalışmada, baş etme yollarından iyimser baş etme, çaresiz baş etme ve kaynak kaybı psikolojik sıkıntıların tümünü yordarken; algılanan duygu dışavurumunun duygusal aşırı ilgilenme boyutunun kaygı ve toplam psikolojik sıkıntıları yordadığı belirlenmiştir.

Kaynakların Korunması Kuramı'na (Hobfoll, 1989: 513) göre bireylerin sahip oldukları kaynaklara yönelik herhangi bir tehdit, kaynağın kaybı veya yeni kaynak kazanımının yokluğu psikolojik sıkıntıların ortaya çıkmasına yol açar. Diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda da kaynaklarda meydana gelen kaybın kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntıdaki artışla ilişkili olduğu sonucunda ulaşılmıştır. Kaynakların korunması kuramı kapsamında diyabet hastalarıyla yapılan çalışmalara rastlanmamış olmasına rağmen; farklı fiziksel hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda da (Dirik, 2006: 80-87) bu bulguyla paralel olarak bireylerin hastalık nedeniyle kaynaklarında meydana gelen kaybın, psikolojik sıkıntılarındaki artışı yordadığı bulunmuştur. Kuramda da belirtildiği gibi bireyler sahip oldukları kaynakları kaybettiklerinde ve kaynaklarına yönelik tehdidin var olduğu durumlarda psikolojik sıkıntılarla karşı karşıya gelmektedirler. Çünkü kişisel ve sosyal kaynakların yokluğu nedeniyle bireyler hastalığın getirdiği güçlükler ile baş edememekte ve bu durum da psikolojik sıkıntıların yaşanmasına neden olabilmektedir.

Mevcut araştırmada baş etme yollarına ilişkin yapılan analiz bulguları incelendiğinde; araştırmaya katılan diyabet hastalarının dört farklı baş etme yolunu (problem odaklı baş etme, iyimser baş etme, çaresiz baş etme ve kaderci baş etme) kullanma oranlarının birbirine oldukça yakın olduğu görülmüştür. Yapılan korelasyon analizi sonucunda; iyimser baş etme ve problem odaklı baş etme kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntı ile negatif ilişkili bulunurken; çaresiz baş etme yolunu kullanmanın kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntılar ile pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntıların yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinin sonucunda da; iyimser baş etmenin her üç psikolojik sıkıntıyla da negatif ilişkili olduğu, çaresiz baş etmenin ise her üç psikolojik sıkıntıyı da yordadığı görülmüştür. Bu bulgular; önceki çalışmalardan (Clarke & Goosen, 2009: 462; Smari & Valtysdottir, 1997: 151; Zhang, Chen & Chen, 2008: 523) elde edilen problem odaklı baş etmenin depresyon ve toplam psikolojik sıkıntıyla negatif ilişkiliyken, duygu odaklı ve kaçınma stratejilerinin psikolojik sıkıntılardaki artışla ilişkili olduğu bulgusuyla benzerdir. Karşılaşılan stresli durumlarda problem odaklı baş etme yolunun kullanılması genellikle psikolojik stresi önleyici olurken, çaresiz yani duygu odaklı baş etme yollarının kullanılması bireylerin yaşadıkları psikolojik stresi arttırmaktadır. Bu nedenle bireylerin hastalığı kabullenerek, hastalık ve getirdiği olumsuzluklarla baş etmek için probleme yönelik çözümler üretmelerinin psikolojik sağlıklarını olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir. Diyabet gibi ilaç takibini, kan şekeri kontrolünü, diyet ve egzersizi gerektiren bir hastalıkla duygu odaklı yöntemlerle baş etmenin ise; bireylerin psikolojik sıkıntılarının artmasına neden olacağı öngörülmektedir.

Bakım verenlerin hastalara karşı tutum ve davranışlarına işaret eden algılanan duygu dışavurumunun psikolojik sıkıntılar üzerindeki etkisine yönelik yapılan analizlerin sonucunda; duygusal aşırı ilgilenme boyutunun psikolojik sıkıntılar ve depresyon puanlarıyla negatif ilişkili olduğu; eleştirelilik/düşmanlık boyutunun ise yine psikolojik sıkıntı ve depresyon ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Psikolojik sıkıntılarının yordayıcılarının belirlenmesi amacıyla yapılan regresyon analizinin sonucunda ise duygusal aşırı ilgilenmenin hem kaygı hem de psikolojik sıkıntılar ile negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, Wearden, Tarrier ve Davies'in (2000: 128) tip 1 diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada elde ettikleri diyabet hastalarının eşlerinden aldıkları olumlu yorumlardaki artışın depresyon ve kaygı düzeyleriyle negatif ilişkili

olduğu sonucuyla örtüşmektedir. Duygusal aşırı ilgilenme boyutunun kaygıyla olan ilişkisi ise anlamsız bulunmuştur. Bu durum, ailelerin aşırı hassas ve duygu yoğunluklu tutumlarının bireylerin umutsuzluğa kapılmalarını engelleyerek onları psikolojik açıdan korurken, hastalığın getirdiği belirsizliği dolayısıyla da kaygıyı engellemekte tek başına yeterli olmadığını düşündürmektedir. Yapılan analizlerde eleştirelilik/düşmanlık boyutu ile psikolojik sıkıntılar arasında ise anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Eleştirelilik/düşmanlık boyutunun psikolojik sıkıntılarla ilişkisinin anlamsız çıkması, algılanan duygu dışavurum ölçeğinin eleştirelilik/düşmanlık alt boyutunun bu örneklem için uygun bir ölçek olmamasından, bu alt boyutu değerlendiren maddelerin katılımcılar tarafından yeterince anlaşılammış olmasından kaynaklanıyor olabileceği fikrini desteklemektedir.

Diyabete özgü öz yeterlik bu çalışmada kişisel kaynaklar kategorisinde ele alınmıştır. Araştırmaya katılan tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarına özgü öz yeterlik düzeylerinin yüksek olduğu ( Ort.= 3.64, Min.= 2.30, Maks.= 5) belirlenmiştir. Psikolojik sıkıntılarının yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan regresyon analizlerinde öz yeterliğin etkisi anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu literatürde yer alan öz yeterliğin psikolojik sıkıntılarla ilişkili olduğuna dair bulgularla (Cherrington, Wallston & Rothman, 2010: 87; Kanbara, ve ark., 2008: 56; Sacco, Wells, Friedman, Matthew, Perez & Vaughan, 2007: 693; Sacco, Wells, Vaughan, Friedman, Perez & Matthew, 2005: 630) örtüşmemektedir. Öz yeterliğin etkisinin bu örneklem için yordayıcı etkisinin çıkmamasının, çok sayıda değişkenin analize girmesi sonucunda öz yeterliğin etki göstermemiş olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Değişkenler arasındaki ilişkileri inceleme amacıyla yapılan korelasyon analizleri sonucunda ise; diyabete özgü öz yeterlik depresyon ve toplam psikolojik sıkıntıyla ilişkili bulunmuştur. Bu bulgulardan yola çıkılarak tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarına yönelik öz yeterlik hislerindeki artışın, bireylerin hastalıkları üzerindeki kontrol duygularının gelişmesine ve hastalıkla baş edebileceklerine yönelik güven duygularının artmasına yol açarak psikolojik sıkıntı ve depresyon yaşama ihtimallerini azaltabileceği sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmada ele alınan sosyal kaynaklardan algılanan sosyal desteğin kaygı, depresyon ve toplam psikolojik sıkıntı üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak, bu çalışmada regresyon analizine giren değişken sayısının çok fazla olması dolayısıyla sosyal desteğin anlamlı etkisini kaybetmiş olması, bu örneklemde sosyal destek düzeyinin zaten yüksek çıkması ve katılımcıların sosyal desteği zaten olması

gereken bir şey olarak algılamasının etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Korelasyon analizlerinde ise, algılanan sosyal desteğin kaygıyla negatif yönde anlamlı ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Bisschop ve arkadaşlarının (2004: 721) bulgularıyla benzerdir. Zhang, Chen ve Chen'in (2008: 523) bulgularıyla ise farklılık göstermektedir. Zhang, Chen ve Chen'in (2008: 523) çalışmasında tip 2 diyabet hastalarında algılanan sosyal destekteki artış, mevcut çalışmanın aksine depresif belirtilerdeki azalmayla ilişkili bulunurken, kaygıyla anlamlı bir ilişki belirtilmemiştir. Bu durumun nedeni olarak, sosyal destek mekanizmasının farklı kültürlerde farklı şekillerde işliyor olabileceği söylenebilir. Türk kültüründe, depresyonla ilişkilendirilebilecek üzüntü ve çaresizlik duygularının doğrudan dile getirilmesine çok sık rastlanmazken, kaygının bu kültürde daha kabul edilebilir ve paylaşılabılır olduğu düşünülmektedir. Bunun sonucu olarak bireyler üzüntülü hissettikleri zamanlardan çok, kendilerini kaygılı hissettiklerinde çevreden destek arama yoluna gitmekte ve böylece daha çok sosyal destek olarak kaygılarını yatıştırıyor olabilecekları düşünülmektedir. Farklı kültürlerde farklı duyguların kabul edilebilir olması ve ifade edilmesinin o toplumdaki bireylerin yaşadığı psikolojik sıkıntıları ve bunun çevreyle ilişkisini de etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle diyabet hastalarında kültürler arası yapılacak sosyal destek çalışmalarının aydınlatıcı sonuçlar doğuracağına inanılmaktadır.

### 3. TRAVMA SONRASI GELİŞİM

Travma sonrası gelişim düzeyi, travma sonrası gelişim envanterinden alınan puanların toplamıyla elde edilmiştir. Buna göre bu örnekleme travma sonrası gelişim puanı ortalaması 50.72 (S.S= 2.81, Min.= 0, Maks.= 102) olarak belirlenmiştir. Bu oranın, Dirik'in (2006: 158) romatoid artrit hastalarıyla yaptığı çalışmada belirlediği travma sonrası gelişim düzeyine (Ort.= 50.25, S.S= 25.91) oldukça yakın olduğu belirlenmiştir. Bu durum; yeterince araştırılmamış olmasına rağmen diyabet hastalarının da tanıdan sonraki süreçte travma sonrası gelişim gösterebileceklerine ve bu konuyla ilgili yapılacak boylamsal çalışmalarla da travma sonrası gelişime neden olan faktörlerin belirlenmesinin önemine işaret etmektedir.

### 3.1. Sosyo-demografik Değişkenler, Hastalık Değişkenleri ve TSG

Tip 2 diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada, travma sonrası gelişim ve alt boyutları açısından cinsiyetler arası herhangi bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda kadınlar ve erkekler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, Polatinsky ve Esprey'in (2000: 709) çalışma bulgularıyla benzerlik gösterirken; literatürde yer alan bazı çalışma bulgularıyla (Kesimci, Göral & Gencöz, 2005: 73; Tedeschi & Calhoun, 1996: 455-471; Weiss, 2002: 65; Xu & Liao, 2011: 274) çelişmektedir. Mevcut çalışmada travmatik olay olarak ele alınan diyabet tanısı almış olmanın; diyabetin kronik oluşu, kanser veya bir deprem kadar ölümcül olmaması gibi faktörler açısından diğer örneklerdeki travmatik deneyimlerle (depresyon, kanser vs) karşılaştırıldığında bireyler üzerindeki sarsıcı etkilerinin daha az olabileceği, bu nedenle travma sonrası gelişimin diğer travmatik olayların ardından yaşananlardan farklı bir süreç izliyor olma olasılığı gibi nedenlerden dolayı çalışma bulgularının birbirinden farklılaştığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastalık şiddetindeki artışın travma sonrası gelişimi yordadığı tespit edilmiştir. Travmatik deneyimin şiddetinin, bireylerin travma sonrası gelişim düzeylerini etkilediği bilinmektedir (Linley & Joseph, 2004: 11). Bu bilgiyi ve mevcut çalışma bulgularını destekleyen çalışmalarında da; Kesimci, Göral ve Gençöz (2005: 73) yaşanan travmatik deneyimin şiddetindeki artışın travma sonrası gelişimle ilişkili olduğunu rapor etmiştir. Tüm bu bulgulardan yola çıkarak, bireylerin yaşadıkları stres verici deneyimin sarsıcılığı arttıkça ve tüm yaşamlarını etkiledikçe bazı bireyler bununla mücadele etme ve değiştirme yoluna gidecektir. Bunun için mevcut kaynaklarını ve içinde buldukları durumu değerlendirerek yeni stratejiler geliştirmek için çaba sarf ederek, kendileri ve çevrelerindeki insanlar için yeni fırsatlar yaratma eğiliminde olacaklardır. Bu düşünceden yola çıkarak, hastaların tanı sonrası süreçte hastalıkla ilgili doğru bilgilendirilmeleri, hastalıkla birlikte kazanabilecekleri yeni şeylerin de olduğu hakkında farkındalık kazandırılmaları ve güçlü yönlerinin ortaya çıkartılarak desteklenmelerinin hem tedavinin sonraki süreçte sorunsuz devam etmesi hem de bireylerin psikolojik açıdan daha sağlıklı olmaları açısından son derece önemli olacağı düşünülmektedir.

Bireylerin eğitim düzeylerinin travma sonrası gelişim düzeyleri üzerindeki etkisi incelendiğinde; gelir ve eğitim düzeyindeki artışın travma sonrası gelişim ile negatif yönde

ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu travma sonrası gelişimin tüm alt boyutları açısından da paralellik göstermektedir. Francis (2004: 3525) ve Tomich ve Helgeson'un (2004: 16) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda da düşük gelir düzeyi ve düşük sosyo-ekonomik düzeyin travma sonrası gelişimin yordayıcısı olduğu belirtilmiştir. Widows ve arkadaşları (2005: 270-280) da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile travma sonrası gelişim arasında negatif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Bu durum nedeni olarak, eğitim ve gelir düzeyinin düşmesinin bireylerin stresli durumun etkilerine daha çok maruz kalmalarına yol açabileceği ve dolayısıyla tehdit algısını arttırarak bireylerin travma sonrası gelişim düzeylerinin artmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada, yaş ve medeni durumun TSG ile ilişkisi incelendiğinde ise; gerek yaşla gerekse medeni durumla travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak; tip 2 diyabetin doğası gereği genellikle ileri yaşlarda görülüyor olmasından dolayı mevcut örneklemin yaşlarının birbirine yakın olması, medeni durum açısından ise örneklemin %80'i gibi büyük bir kısmının evli olmasından dolayı bekar, dul ve boşanmış bireylerle aralarında sağlıklı bir karşılaştırmanın yapılamıyor olması göz önüne alınabilir.

### **3.2. Kişisel ve Sosyal Kaynaklar ve TSG**

TSG ve alt boyutlarının yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizleri sonucunda; sosyal destek TSG ve tüm alt boyutlarıyla ilişkiliyken; kaderci ve iyimser baş etme, diğer insanlarla ilişkiler alt boyutuyla, problem odaklı baş etme ise kendilik algısındaki değişim boyutuyla ilişkili bulunmuştur.

Diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada, algılanan sosyal desteğin travma sonrası gelişimle ilişkisini incelemek amacıyla yapılan korelasyon ve regresyon analizleri sonucunda sosyal destekteki artış, travma sonrası gelişim ve travma sonrası gelişimin tüm alt boyutlarındaki artışla ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, Travma sonrası gelişim kuramındaki (Tedeschi & Calhoun, 2004: 1-18) sosyal desteğin, travmatik yaşantıdan sonra ortaya çıkabilecek olumlu değişikliklerin öngörülebilmesini sağladığına yönelik sayıtlıyı desteklemektedir. Ayrıca elde edilen bu bulgu, önceki çalışma bulgularıyla da (Carver, 1998: 245; Kroo & Nagy, 2011: 455; Prati & Pietrantonì, 2009: 364) örtüşmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak; bireylerin sosyal çevrelerini destekleyici bir ortam olarak algılamaları, stres verici olayın psikolojik izlerinin onarılmasına yardım



ederek, hayatlarına yeni bir yön vermelerine ve eskisinden daha güçlü olmaları için gereken iyileştirici ortamın sağlanmasına zemin hazırlayacağı düşünülmektedir.

Diyabet hastalarıyla yapılan bu çalışmada baş etme yollarının TSG ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda; iyimser ve kaderci baş etme yollarını kullanmanın, hastaların diğer insanlarla ilişkilerdeki değişim alt boyutundan alınan puanlardaki artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, Karancı ve Acartürk'ün (2005: 307) Marmara depreminden sağ kurtulmuş bireylerle yaptıkları çalışmanın sonucunda iyimser ve kaderci baş etme yollarının kullanılmasının travma sonrası gelişimdeki artışla ilişkili olduğu bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Kesimci, Göral ve Gençöz'ün (2005: 68) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da bu çalışmanın bulgularıyla paralel olarak, problem odaklı ve kaderci baş etmenin travma sonrası gelişimle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Problem odaklı baş etme ise; travma sonrası gelişimin kendilik algısındaki değişim boyutunu yordamaktadır. Bu bulgu, Dirik ve Karancı'nın (2008: 193-198) romatoid artrit hastalarıyla yaptıkları çalışmalarının sonucunda elde ettikleri problem odaklı baş etmenin, travma sonrası gelişimin kendilik algısındaki değişim boyutuyla ilişkili olduğu bulgusuyla örtüşmektedir. Tüm bu araştırmalardan elde edilen bulgular bir arada değerlendirildiğinde; yaşadıkları travmatik deneyim karşısında kontrolü kendilerinde görerek mevcut problem için çözüm yolları bulmaya çalışmak, yaşadıkları olayın tamamıyla kötü yanlarını görmek yerine olaya iyimser yaklaşabilmek veya diyabet gibi kronik bir hastalıkla mücadelede çözümleri kendilerinin elinde olmayan sorunları fark edip bunlarla kaderci yollarla baş etmeye çalışmak, hastaların geleceklerine yönelmelerine ve yeni koşullara uyum sağlayarak hayatlarının farklı alanlarında olumlu değişiklikler yapmalarına yol açıyor olabilir.

Tip 2 diyabet hastalarının yaşadıkları travma sonrası gelişim ile diyabete özgü öz yeterlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda, diyabete özgü öz yeterlik ile travma sonrası gelişim toplam puanı ile travma sonrası gelişimin kendilik algısındaki değişim ve hayat felsefesindeki değişim boyutları arasında pozitif yönde ilişki belirlenmiştir. Bu bulgu, Abraido-Lanza (1998: 412) ve Carver'in (1998: 245) yaptıkları çalışmalarda öz yeterliğin travma sonrası gelişimle ilişkili olduğunu belirten bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bireylerin hastalıklarıyla baş edebileceklerine ilişkin güvenlerindeki artışın; hastalık karşısında çaresizliğe kapılmak yerine, yeni duruma uyum sağlamak için yeni fırsatlar yaratmalarını, hayata farklı

açılardan bakmayı öğrenmelerini ve yaşadıkları olaydan öğrendikleriyle kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağlamaya yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada baş etme yollarına yönelik yapılan korelasyon analizi sonucunda; çaresiz baş etme travma sonrası gelişimin başkalarıyla ilişkiler alt boyutuyla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Literatürde çaresiz baş etmenin travma sonrası gelişimle pozitif ilişkisine dair bir bulguya rastlanmamış olsa da bu durum, yaşadıkları stresli durumla çaresiz olarak baş eden ve kaçınan insanların, problemin çözümü için diğer insanlara yaklaşma eğiliminde olabilecekleri bu nedenle de diğer insanlarla ilişkilerinde olumlu yönde değişimlerin olabileceğini düşündürmektedir. Travma sonrası gelişim ve alt boyutlarının yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan regresyon analizleri sonucunda; problem odaklı baş etmenin kendilik algısındaki değişimi, kaderci ve iyimser baş etmenin ise diğerleriyle ilişkilerdeki değişimi yordadığı belirlenmiştir.

Duygu dışavurumunun travma sonrası gelişim ve alt boyutlarıyla ilişkisini incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda, hastaların bakım verenlerinden algıladıkları aşırı duygusal ilgilenme düzeylerindeki artışın, travma sonrası gelişimin tüm boyutlarıyla pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Duygu dışavurumunun travma sonrası gelişim ile ilişkisine yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamış olmasına rağmen; bu bulgu, Baştuğ'un (2008: 134) şizofreni hastaları ve bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada duygusal aşırı ilgilenmenin yaşam kalitesinin sağlık alt boyutundan alınan yüksek puanlarla ilişkili olduğu bulgusuyla paralellik göstermektedir. Bu çalışmada sosyal kaynaklar arasında ele alınan algılanan duygu dışavurum kavramının aşırı duygusal ilgilenme alt boyutunun tıpkı sosyal destekte olduğu gibi, hastaların tanıdan sonraki süreçte gelişim göstermelerine uygun duygusal iklimin oluşturulmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

#### 4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu bölümde araştırmanın hipotezlerinin desteklenen ve desteklenmeyen yönleri aktarılacaktır.

**Hipotez 1.** Cinsiyetin psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile ilişkili olması, kadınların daha fazla kaygı, depresyon, toplam psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişim rapor etmeleri beklenmektedir.

Bu hipotez kısmi olarak desteklenmiştir. Kaygı ve toplam psikolojik sıkıntı puanlarının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.

**Hipotez 2.** Gelir ve eğitim düzeyinin düşük olmasının, kaygı, depresyon, toplam psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişimdeki artışla ilişkili olması beklenmektedir. Ayrıca medeni durumun da değişkenler üzerinde etkisinin olacağı, evli olmanın travma sonrası gelişimdeki artış ile psikolojik sıkıntılar, kaygı ve depresyondaki azalma ile ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmi olarak desteklenmiştir. Gelir ve eğitim düzeyinin kaygı, depresyon, psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişim ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Medeni durumun bağımlı değişkenler üzerindeki etkisine dair hipotezlerden ise; sadece kaygı ile bekar olmanın ilişkili olacağı hipotezi desteklenmiştir. Ve bekarların daha fazla kaygı yaşadığı belirlenmiştir.

**Hipotez 3.** Hastalık şiddetinin (komplikasyon sayılarının ortalaması ile hesaplanmıştır) ve şiddet algısının (hastaların 'hiç şiddetli değil' ile 'aşırı derecede şiddetli' arasında değişen 5 dereceli maddeye verdikleri cevap ile hesaplanmıştır) hem psikolojik sıkıntılardaki hem de travma sonrası gelişim düzeyindeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez tamamıyla desteklenmiştir. Hastalık şiddetindeki artış hem psikolojik sıkıntılar, kaygı ve depresyon ile hem de travma sonrası gelişim ile ilişkili bulunmuştur.

**Hipotez 4.** Diyabet nedeniyle kaynaklarda meydana gelen azalmanın, psikolojik sıkıntılardaki ve travma sonrası gelişimdeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmi olarak desteklenmiştir. Kaynak kaybının psikolojik sıkıntılar, kaygı ve depresyon üzerinde güçlü ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu, travma sonrası gelişim ile kaynak kaybı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı belirlenmiştir.

**Hipotez 5.** Hastaların diyabetlerine yönelik öz yeterliklerindeki artışın, psikolojik sıkıntılardaki azalma ve travma sonrası gelişim düzeyindeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmektedir. Regresyon analizlerinde öz yeterlik gerek psikolojik sıkıntılar gerekse travma sonrası gelişim ile anlamlı ilişkili bulunmazken; korelasyon analizi sonucunda travma sonrası gelişim, hayat felsefesindeki değişim ve

kendilik algısındaki değişimle pozitif; psikolojik sıkıntılar ve depresyon ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur.

**Hipotez 6.** Problem odaklı baş etme yollarını kullanmanın psikolojik sıkıntılardaki (depresyon, kaygı) azalma ve travma sonrası gelişim düzeyinin artmasıyla; duygu odaklı baş etme yollarının kullanılmasının ise psikolojik sıkıntılardaki artış ve travma sonrası gelişimdeki azalmayla ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Kaderci, problem odaklı ve iyimser baş etme yollarının kullanımı, travma sonrası gelişim ve tüm alt boyutlarındaki artışla ilişkili bulunurken, korelasyon analizi sonucunda çaresiz baş etme travma sonrası gelişimin başkalarıyla ilişkiler alt boyutuyla pozitif ilişkili bulunmuştur. Regresyon analizinde, iyimser baş etmenin psikolojik sıkıntılarının tümündeki azalmayı, çaresiz baş etmenin ise psikolojik sıkıntılarının tümündeki artışı yordadığı belirlenmiştir.

**Hipotez 7.** Sosyal destekteki artışın, hastaların psikolojik sıkıntılarındaki (kaygı ve depresyon) azalma ve travma sonrası gelişim düzeylerindeki artışla ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez travma sonrası gelişim ve tüm alt boyutları için doğrulanmıştır. Psikolojik sıkıntılar için ise kısmen desteklenmektedir. Psikolojik sıkıntılardan yalnızca kaygı ile sosyal desteğin negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

**Hipotez 8.** Duygu dışavurumunun eleştirelilik/düşmanlık boyutundan alınan puanlar arttıkça, diyabet hastalarının daha fazla psikolojik sıkıntı (kaygı ve depresyon) ve daha az travma sonrası gelişim yaşamaları ve aşırı duygusal ilgilenme boyutundan alınan puanlardaki artışın travma sonrası gelişimle pozitif, psikolojik sıkıntılarla (Kaygı ve depresyon) negatif yönde ilişkili olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmektedir. Travma sonrası gelişim ve alt boyutları ile algılanan duygusal aşırı ilgilenme pozitif ilişkili bulunurken; eleştirelilik/düşmanlık alt boyutu ile anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Regresyon analizlerinde duygusal aşırı ilgilenme puanlarının artması hem psikolojik sıkıntılar hem de depresyondaki azalmayı yordamaktadır. Eleştirelilik/düşmanlık boyutunun ise korelasyon analizlerinde psikolojik sıkıntı ve depresyon ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.

## 5. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma tip 2 diyabet tanısı olan bireylerin psikolojik sıkıntıları, kaygı, depresyon ve travma sonrası gelişim düzeyleri ile sosyal ve kişisel faktörler arasındaki ilişkileri kaynakların korunması kuramı kapsamında incelemek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırmanın sınırlılıklarından ilki örneklemin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Araştırma hem Bursa'da hem de İzmir'de yaşayan ve en az bir yıldır tip 2 diyabet tanısıyla tedavi gören hastalardan kartopu örnekleme yoluyla toplanmıştır. Bu katılımcıların Türkiye'de yaşayan tüm tip 2 diyabet hastalarını temsil ettiğini varsaymak doğru olmayacaktır. Ayrıca örnekleme dair araştırmanın sınırlılıklarından birisi, araştırmaya dahil edilen örneklem grubuna ilişkin katılımcı sayısının değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik daha kapsamlı analizlerin yapılabilmesi için çok yeterli olmamasıdır. Örnekleme dair bu özellikler araştırma bulgularının genellenebilirliğine sınırlılık getirmektedir.

Örnekleme ile ilgili bir diğer sınırlılık da araştırmanın verilerinin Bursa ve İzmir gibi büyük şehirlerde yaşayan insanlardan oluşmasıdır. Her ne kadar kartopu örnekleme yöntemiyle eğitim veya gelir düzeyi gibi bir sınırlamaya bağlı olmadan ve farklı özelliklere sahip bireylerden veri toplanmış olsa da, katılımcıların yaşadıkları yerlerin benzer sosyo-kültürel özellikler taşıması da farklı bölgelerde ve küçük şehirlerde yaşayan diyabetlileri temsil edip etmeyeceği endişesini doğurmaktadır.

Bu çalışmada var olan bir diğer sınırlılık ise; katılımcılara uygulanan ölçeklerin öz bildirimde dayalı olmasıdır. Bu nedenler araştırma sonuçlarının yorumlanmasında öz bildirimden kaynaklanan yanlılıkların göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Araştırmada ele alınması gereken bir diğer sınırlılık da çalışmanın kesitsel bir çalışma olmasıdır. En az bir yıldır tip 2 diyabet tanısıyla tedavisini sürdüren bireyler için kaç yıldır bu hastalıkla birlikte yaşadıklarının depresyon, kaygı ve travma sonrası gelişim düzeyleri açısından karıştırıcı bir etki yapabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu hastalık grubuyla yapılacak boylamsal çalışmalarla hastalığın başlangıcı ve ilerleyen yıllarında ilgili değişkenler açısından tekrarlanan ölçümlerin alınmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın korelasyonel bir çalışma olduğu göz önünde bulundurularak değişkenler arasında elde edilen ilişkiler için nedensel çıkarımlar

yapmaktan kaçınılmalıdır. Yapılacak boylamsal çalışmalar ile bu nedensellik ilişkisine dair çıkarımlarda bulunulabilecektir.

Araştırma sadece tip 2 diyabet hastalarıyla yapılmıştır. Araştırma bulgularından özellikle kaygı, depresyon, travma sonrası gelişim düzeylerini karşılaştırma imkanı tanıyacak başka bir hastalığı olan bireylerden oluşan örneklem veya sağlıklı bireylerden oluşan bir kontrol grubunun olmayışı araştırmanın bir diğer sınırlı yönünü oluşturmaktadır.

Algılanan duygu dışavurumu son yıllarda öne çıkan bir kavram olarak dikkat çekmektedir. Bu çalışmada da diyabet hastalarının bakım verenlerine ilişkin algıladıkları duygu dışavurumunu incelemek amacıyla kullanılan Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği yeni uyarlanmış ve daha önce diyabet hastalarıyla yapılan çalışmalarda kullanılmamış bir ölçek olması nedeniyle başka araştırma bulgularıyla kıyaslama imkanı tanımamaktadır. Bu da araştırmanın bir diğer sınırlılığı olarak değerlendirilmektedir.

## 6. KLİNİK GÖSTERGELER

Araştırmanın bulguları bir bütün olarak değerlendirildiğinde; tip 2 diyabet hastalarında psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişimi yordayan belli başlı faktörler belirlenmiştir. Araştırmada yer alan değişkenler arasında elde edilen bu ilişkiler sonucunda bazı klinik göstergeler belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında; hastalık şiddeti arttıkça bireylerin kaygı, depresyon ve psikolojik sıkıntı yaşama ihtimalleri artmaktadır. Bu nedenle diyabetin getirdiği ilave tıbbi sorunlardaki artış durumunda bireylerin psikolojik sağlıklarına ayrıca önem gösterilmesinin ve bu konuda desteklenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada öne çıkan bir diğer bulgu da bireylerin sahip olduğu kaynaklarda meydana gelen kayıp arttıkça psikolojik sıkıntılarının artmasıdır. Bu nedenle, tanıdan itibaren bireyleri karşılaşılabilecekleri kayıplar konusunda bilgilendirmenin ve kayıpları en aza indirgeyecek önlemlerin alınmasına yönelik farkındalık kazandırılmasının diyabet hastalarının psikolojik sağlıklarını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra; hastaların stresli durumlarda kullanabilecekleri problem odaklı ve iyimser baş etme stratejilerine yönelik kazandırılacak becerilerin, hastalıkları üzerindeki kontrollerine ilişkin öz yeterliklerinin, kendilerine bakım verenlerle kuracakları sıcak ilişkilerin ve

sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesinin de bireylerin psikolojik sorunlarla karşılaşma ihtimallerini düşüreceği öngörülmektedir.

Diyabet hastalarını psikolojik sıkıntılardan uzak tutmak kadar, onların hastalık sonrasında hayatın farklı yönlerini görmeleri ve hayatlarına olumlu yeni yönler kazandırmalarının sağlanması da oldukça önemlidir. Yapılan literatür taramasında bu alana yönelik yapılmış niceliksel bir çalışmaya rastlanmamış olması, bu çalışmadan elde edilen bulguların gelecekte diyabet hastalarının travma sonrası gelişimleriyle ilgili yapılacak çalışmalara yol gösterici olacağı fikrini desteklemektedir. Tip 2 diyabet hastalarının travma sonrası gelişimleriyle ilişkili değişkenlerin belirlendiği bu çalışmanın bulgularından yola çıkarak; hastaların sosyal destek kaynaklarını arttırmaları yönünde çalışmaların yapılmasının, baş etme stratejilerinin gözden geçirilerek bireylerin ihtiyacına uygun yönlendirmelerde bulunulmasının, hastalıklarına yönelik öz yeterlik düzeylerinin belirlenerek, arttırılması yönünde girişimlerde bulunulmasının ve aileleriyle sıcak ve yakın ilişkilerini sürdürmelerinin önemi hakkında hem kendileriyle hem de bakım veren yakınlarıyla görüşme yapılmasının hastaların travma sonrası gelişim düzeylerini arttırarak gerek kendilerine bakışları ve hayat felsefeleri gerekse, diğer insanlarla olan ilişkilerinin olumlu yönde gelişmesi açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 7. GELECEKTE YAPILACAK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER

Diyabet hastalarına ilişkin yapılan çalışmaların hastalık gidişatı üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Ömür boyu süren ve hayatları pek çok açıdan etkilenen diyabet hastalarının psikolojik sağlıklarının korunması ve bununla ilgili önleyici tedbirlerin alınması da hastalık gidişatının kontrol altına alınması kadar önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak gelecekte yapılacak boylamsal çalışmalar ile diyabet hastalarının psikolojik sıkıntıları ile sahip olunan kaynaklar arasındaki nedensel ilişkilerin belirlenmesinin, sonrasında geliştirilecek önleyici programların hazırlanmasına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Son yıllarda yaygın olarak ele alınan ve stresli yaşam olaylarının ardından kişilerin hayatlarındaki olumlu değişikliklere odaklanan travma sonrası gelişim kavramına ilişkin diyabet hastalarında yapılan niceliksel bir çalışmaya rastlanmaması dikkat çekicidir. Bu

çalışmada ele alınan diyabet hastalarında travma sonrası gelişim kavramını daha kapsamlı olarak ele alan ve travma sonrası gelişimle ilişkili olabilecek faktörleri belirlemeye yönelik yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Diyabet hastalarının psikolojik sıkıntı yaşama oranlarının sağlıklı gruba kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda diyabet hastalarına yönelik geliştirilecek eğitim, müdahale veya bilgilendirme programlarının hazırlanması ve bu uygulamalara ilişkin ön test ve son testlerin yapılmasıyla diyabet hastalarının psikolojik sıkıntılarını önleyecek ya da azaltacak güvenilir programların geliştirilmesinin diyabet hastalarının hayatlarını kolaylaştıracağı ve hastalığın gidişatını da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.



## KAYNAKLAR

- ABRAIDO-LANZA Ana F. (1998), "Psychological Thriving Among Latinas With Chronic Illness", **Journul of Sociul Issues** , 54 (2), ss. 405-424.
- AFFLECK Glenn- TENNEN Howard- CROOG Sydney- LEVINE Sol (1987), "Causal Attribution, Perceived Benefits, and Morbidity After Heart Attack: An 8-Year Study", **Journal of Consulting and Clinical Psychology** , 55 (1), ss. 29-35.
- AKSÜLLÜ Nihayet- DOĞAN Selma (2004), "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki", **Anatolian Journal of Psychiatry** , 5, ss. 76-84.
- ALKAR Özden Yalçınkaya (2006), The Relationship of Expressed Emotion and Psychosocial Variables with the Quality of Life of Haemodialysis Patients: An Analysis Within The Conversation of Resources Model, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara.
- American Diabetes Association, **Diabetes Basics (1997)**, <http://www.diabetes.org>, (25.12.2011).
- ANDERSON Ryan J.- FREEDLAND Kenneth E.- CLOUSE Ray E.- LUSTMAN Patrick J. (2001), "The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes", **Diabetes Care** , 24, ss. 1069-1078.
- ANDERSON Rayn J.- DE GROOT Mary- GRIGSBY Allison B.- MCGILL Janet B.- FREEDLAND Kenneth E.- CLOUSE Ray E.- LUSTMAN Patrick J. (2002), "Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature", **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, 32 (3), ss. 235-247.
- AYDEMİR Ömer (1997), "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 8 (4), ss. 49-59.
- AYDIN Dilek (2004), Kanser Hastalarında Posttravmatik Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sivas.
- BAHAR Aynur- SERTBAŞ Gülümser- SÖNMEZ Ayhan (2006), "Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi", **Anadolu Psikiyatri Dergisi** , 7, ss. 18-26.
- BARROWCLOUGH Chirstine- HOOLEY Jill M. (2003), "Attributions and expressed emotion: A review", **Clinical Psychology Review**, 23, ss. 849-880.

- BAŞTUĞ Gülbahar (2008), The Roles of Percieved Expressed Emotion of the Schizophrenic Patients and the Expressed Emotion of Their Caregivers on Symptom Severity and Quality of Life, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.(Yayınlanmamış doktora tezi), Ankara.
- BEAN Debbie- CUNDY Tim- PETRIE Keith J. (2007), “Ethnic Differences in Illness Perceptions, Self-Efficacy and Diabetes Self-Care”, **Psychology and Health**, 22 (7), ss. 787-811.
- BELL Ronny A.- SMITH Shannon L.- ARCURY Thomas A.- SNIVELY Beverly M.- STAFFORD Jeanette M.- QUANDT Sara A. (2005), “Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms Among Rural Older African Americans, Native Americans, and Whites With Diabetes”, **Diabetes Care**, 28, ss. 823-829.
- BENIGHT Charles C.- BANDURA Albert (2004), “Social Cognitive Theory of Posttraumatic Recovery: The Role of Perceived Self-efficacy”, **Behaviour Research and Therapy**, 42, ss. 1129-1148.
- BERKSUN Oğuz Erkan (1992), Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi).
- BEST Mary- STREISAND Randi- CATANIA Lori- KAZAK Anne E. (2001), “Parental Distress During Pediatric Leukemia and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) After Treatment Ends”, **Journal of Pediatric Psychology** , 26 (5), ss. 299-307.
- BIJL Jaap Van Der- POELGEEST-EELTINK Ada van- SHORTRIDGE-BAGGET Lillie (1999), “The Psychometric Properties of The Diabetes Management Self Efficacy Scale for Patient with Type 2 Diabetes”, **Journal of Advanced Nursing**, 30 (2), ss. 352-359.
- BISSCHOP M. Isabella- KRIEGSMAN Didi M.W.- BEEKMAN Aartjan T.- DEEG Dorly J. H. (2004), “Chronic Diseases and Depression: The Modifying Role of Psychosocial Resources”, **Social Science & Medicine** , 59, ss. 721-733.
- BLACK Sandra A.- MARKIDES Kyriakos S.- RAY Laura A. (2003), “Depression Predicts Increased Incidence of Adverse Health Outcomes in Older Mexican Americans With Type 2 Diabetes”, **Diabetes Care**, 26, ss. 2822-2828.
- BRESSI Cinzia- CORNAGGIA Cesare- MARIA Beghi- MASSIMILIANO Porcellana- MATTEO Iandoli- ILARIA Ida- INVERNIZZI Giordano (2007), “Epilepsy and family expressed emotion: Results of a prospective study”, **Seizure** , 16, ss. 417-423.
- BUTLER Lisa D.- BLASEY Christine M.- GARLAN Robert W.- MCCASLIN Shannon E.- AZAROW Jay- CHEN Xin-Hua ve ark. (2005), “Posttraumatic Growth Following the Terrorist Attacks of September 11, 2001: Cognitive, Coping, and

Trauma Symptom Predictors in an Internet Convenience”, **Traumatology** , 11 (4), ss. 247-267.

CALHOUN Lawrence G.- CANN Arnie- TEDESCHI Richard G.- MCMILLAN Jamie (2000), “A Correlational Test of the Relationship Between Posttraumatic Growth, Religion, and Cognitive Processing”, **Journal of Traumatic Stress** , 13 (3), ss. 521-527.

CARDOVA Matthew J.- CUNNINGHAM Lauren L.- CARLSON Charles R.- ANDRYKOWSKI Michael A. (2001), “Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study”, **Health Psychology** , 20, ss. 176-185.

CARVER Charles S. (1998), “Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages”, **Journal of Social Issues** , 54 (2), ss. 245-266.

CHAO Jingdong- NAU David P.- AIKENS James E.- TAYLOR Stephanie D. (2002), “The Role of Adherence in Mediating the Relationship Between Depression and Health Outcomes”, **Journal of Psychosomatic Research** , 1 (4), ss. 877-881.

CHERRINGTON Andrea- WALLSTON Kenneth A.- ROTHMAN Russell L. (2010), “Exploring the Relationship Between Diabetes Self-efficacy, Depressive Symptoms, and Glycemic Control Among Men and Women with Type 2 Diabetes”, **Journal of Behavioral Medicine** , 33, ss. 81-89.

CHIH An-Hsuan- JAN Chyi-Feng- SHU San-Ging- LUE Bee-Horng (2010), “Self-efficacy Affects Blood Sugar Control Among Adolescents With Type I Diabetes Mellitus”, **Journal of the Formosan Medical Association** , 7 (109), ss. 503-510.

CIENCHANOWSKI Paul S.- KATON Wayne J.- RUSSO Joan E.- HIRSCH Irl B. (2003), “The Relationship of Depressive Symptoms to Symptom Reporting, Self-Care and Glucose Control in Diabetes”, **General Hospital Psychiatry** , 25, ss. 246-252.

CLARKE Dave- GOOSEN Tanya (2009), “The Mediating Effects of Coping Strategies in The Relationship Between Automatic Negative Thoughts and Depression in a Clinical Sample of Diabetes Patients”, **Personality and Individual Differences** , 46, ss. 460-464.

COBB Sidney (1976), “Social Support as a Moderator of Life Stress”, **Psychosomatic Medicine** , 38 (5), ss. 300-314.

COELHO Rui- AMORIM Isabel- PRATA Joana (2003), “Coping Styles and Quality of Life in Patients with Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus”, **Psychosomatics**, 44 (4), ss. 312-318.

COLLINS Matthew M.- CORCORAN P.- PERRY I. J. (2009), “Anxiety and Depression Symptoms in Patients With Diabetes”, **Diabetic Medicine** , 26, ss. 151-161.

- DİRİK Gülay (2006), Posttraumatic Growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An Evaluation Within The Conservation of Resources Theory, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış doktora tezi), Ankara.
- DİRİK Gülay- KARANCI A. Nuray (2008), “Variables Related to Posttraumatic Growth in Turkish Rheumatoid Arthritis Patients”, **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, 15 (3), ss. 193-203.
- DİRİK Gülay- SERTEL Pınar- KARTAL Mehtap (2011), “Fibromyalji Sendromlu Hastaların Yaşadıkları Psikolojik Sıkıntılar ile Sosyal Destek, Öz Yeterlik ve Yeti Yitimi İlişkisi”, **Düzce Tıp Dergisi**, 13 (1), ss. 45-52.
- DUANGDAO Kate M.- ROESCH Scott C. (2008), “Coping With Diabetes in Adulthood: A Meta-Analysis”, **Journal of Behavioral Medicine**, 31, ss. 291-300.
- EATON William W. (2002), “Epidemiologic Evidence on The Comorbidity of Depression and Diabetes”, **Journal of Psychosomatic Research**, 53, ss. 903-906.
- EGEDE Leonard E. (2004), “Diabetes, Major Depression, and Functional Disability Among U.S. Adults”, **Diabetes Care**, 27, ss. 421-428.
- EGEDE Leonard E.- NIETERT Paul J.- ZHENG Deyi (2005), “Depression and All-Cause and Coronary Heart Disease Mortality Among Adults With and Without Diabetes”, **Diabetes Care**, 28, ss. 1339-1345.
- EKER Doğan- ARKAR Haluk (1995), “Perceived Social Support: Psychometric Properties of the MSPSS in Normal and Pathological Groups in a Developing Country”, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 30 (3), ss. 121-126.
- ENDLER S. Norman- PARKER D. James (1990), “Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 58 (5), ss. 844-854.
- ENZLIN Paul- MATHIEU Chantal- BRUEL Annick Van den- VANDERSCHUEREN Dick- DEMYTTENAERE Koen (2003), “Prevalence and Predictors of Sexual Dysfunction in Patients With Type 1 Diabetes”, **Diabetes Care**, 26, ss. 409-414.
- EREN İbrahim- ERDİ Özlem- ÖZCANKAYA Ramazan (2003), “Tip II Diabetik Hastalarda Kan Şekeri Kontrolü İle Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 14 (3), ss. 184-191.
- EROL Özgül (2009), İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu ve Öz-Etkililik, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul.
- FISHER Lawrence- CHESLA Catherine A.- MULLAN Joseph T.- SKAFF Marilyn M.- KANTER Richard A. (2001), “Contributors to Depression in Latino and

- European-American Patients With Type 2 Diabetes”, **Diabetes Care**, 24, ss. 1751-1757.
- FOLKMAN Susan- LAZARUS Richard S. (1988), “Coping as a Mediator of Emotion”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 54 (3), ss. 466-475.
- FOLKMAN Susan- LAZARUS Richard S. (1985), “If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 48 (1), ss. 150-170.
- FRANCIS Henry M., (2004), “The Relationship Between Personal and Environmental Resources, Subjective Experience with Trauma, and Post Traumatic Growth in Low Socioeconomic Individuals with Cancer”, **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering**, 64, ss. 3525-3525.
- GAFVELS Catharina- WANDELL Per E. (2006), “Coping Strategies in Men and Women With Type 2 Diabetes in Swedish Primary Care”, **Diabetes Research and Clinical Practice**, 71, ss. 280-289.
- GARAY-SEVILLA Ma.Eugenia- NAVA Laura E.- MALACARA Juan M.- HUERTA Raquel- LEÓN Jorge Diaz- MENA Aurora- FAJARDO Martha E. (1995), “Adherence to Treatment and Social Support in Patients with Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus”, **Journal of Diabetes and its Complications**, 9 (2), ss. 81-86.
- GOODWIN Renee D.- DAVIDSON John R. (2005), “Self-reported Diabetes and Posttraumatic Stress Disorder Among Adults in the Community”, **Preventive Medicine**, 40, ss. 570-574.
- GREEN Samuel B.- SALKIND Neil J.- AKEY Theresa M. (1997), **Using SPSS for Windows Analyzing and Understanding Data**. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- GREENBERG Melanie A. (1995), “Cognitive Processing of Traumas: The Role of Intrusive Thoughts and Reappraisals”, **Journal of Applied Social Psychology**, 25 (14), ss. 1263-1296.
- GRIGSBY Allison B.- ANDERSON Ryan J.- FREEDLAND Kenneth E.- CLOUSE Ray E.- LUSTMAN Patrick J. (2002), “Prevalence of Anxiety in Adults With Diabetes A Systematic Review”, **Journal of Psychosomatic Research**, 53, ss. 1053-1060.
- GRIVA Konstadina- MYERS Lynn B.- NEWMAN Stanton (2000), “Illness Perceptions and Self Efficacy Beliefs in Adolescents and Young Adults with Insulin Dependent Diabetes Mellitus”, **Psychology and Health**, 15, ss. 733-750.
- GUYTON Arthur C.- HALL John E (2001), “İnsülin, Glukogon ve Diabetes Mellitus”, **Tıbbi Fizyoloji**, W.B. Saunders Company, 10, ss. 884-898.

- GÜLSEREN Leyla- HEKİMSOY Zeliha- GÜLSEREN Şeref- BODUR Zeynep- KÜLTÜR Savaş (2001), "Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi." **Türk Psikiyatri Dergisi**, 12 (2), ss. 89-98.
- HALEY M Stephen- OSBERG J Scott (1989), "Per Subject: A Special Communication Kappa Coefficient Calculation Using Multiple Ratings", **Physical Therapy**, 69, ss.970-974.
- HANNINEN Jouko A.- TAKALA Jorma K.- KEİNANEN-KIUKAANNIEMİ Sirkka M. (1999), "Depression in Subjects With Type 2 Diabetes: Predictive Factors and Relation to Quality of Life", **Diabetes Care**, 22, ss. 997-998.
- HASTINGS Richard P.- LLOYD Tracey (2007), "Expressed Emotion in Families of Children and Adults With Intellectual Disabilities", **Mental Retardation and Developmental Disabilities**, 13, ss. 339-345.
- HELGESON Vicki S.- SNYDER Pamela R.- ESCOBAR Oscar- SIMINERIO Linda-BECKER Dorothy (2007), "Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years", **Journal of Pediatric Psychology**, 32, ss. 794-806.
- HERPERTZ Sabine- KRAMER-PAUST R.- PAUST R.- SCHLEPPINGHOFF B. S.- BEST F.- BIERWIRTH R. ve ark. (2002), "Association Between Psychosocial Stress and Psychosocial Support in Diabetic Patients", **International Congress Series**, 1241, ss. 51-58.
- HINRICHSEN Gregory A.- POLLACK Simcha (1997), "Expressed Emotion and the Course of Late-life Depression", **Journal of Abnormal Psychology**, 106 (2), ss. 336-340.
- HOBFOLL Stevan E.- LILLY Roy S. (1993), "Resource Conservation As a Strategy for Community Intervention", **American Journal of Community Psychology**, 21, ss. 128-148.
- HOBFOLL Stevan E (1989), "Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress", **American Psychologist**, 44, ss. 513-524.
- HOBFOLL Stevan E. (1988), **The Ecology of Stress**. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- HOBFOLL Stevan E.- DUNAHOO Carla A.- MONNIER Jeannine (1995), "Conservation of resources and traumatic stress", In J. R. Freedy & S. E. Hobfoll (Ed.), **Traumatic Stress From Theory To Practice**. New York: Plenum pres, ss.29-47.
- HOBFOLL Stevan E.- ENNIS N.- KAY Jeannie (2000), "Loss, Resources, and Resiliency in Close Interpersonal Relationships." Der. J. H. Harvey, & E. D. Miller **Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives** Taylor & Francis, ss. 267-285.

- HOBFOLL Stevan E.- TRACY Melissa- GALEA Sandro (2006), "The Impact of Resource Loss and Traumatic Growth on Probable PTSD and Depression Following Terrorist Attacks", **Journal of Traumatic Stress**, 19 (6), ss. 867-878.
- HOBFOLL Stevan E. (1998), **Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress**. New York: Plenum.
- HOOLEY Jill M.- TEASDALE John D. (1989), "Predictors of Relapse in Unipolar Depressives Expressed Emotion, Marital Distress, and Perceived Criticism", **Abnormal Psychology** , 98, ss. 229-235.
- HOOLEY Jill M.- ORLEY John- TEASDALE John D. (1986), "Levels of Expressed Emotion and Relapse in Depressed Patients", **The British Journal of Psychiatry**, 148, ss. 642-647.
- HUANG Chun-Jen- CHIU Heng-Chia- LEE Mei-Hsuan- WANG Shing-Yaw (2011), "Prevalence and Incidence of Anxiety Disorders in Diabetic Patients: A National Population-Based Cohort Study", **General Hospital Psychiatry**, 33, ss. 8-15.
- JACKSON Colleen A. (2007), "Posttraumatic Growth: Is there evidence for changing our practice?" **The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies**, 1, ss. 1174-4707.
- JOSEPH Stephen- WILLIAMS Ruth- YULE William (1993), "Changes in Outlook Following Disaster: The Preliminary Development of a Measure to Assess Positive and Negative Responses", **Journal of Traumatic Stress**, 6 (2), ss. 271-279.
- KALTER-LEIBOVICI Ofra- WAINSTEIN Julio- ZIV Arnona- HARMAN-BOHEM Ilana- MURAD Havi- RAZ Itamar (2005), "Clinical, Socioeconomic, and Lifestyle Parameters Associated With Erectile Dysfunction Among Diabetic Men", **Diabetes Care**, 28, ss. 1739-1744.
- KANBARA Sakiko- TANIGUCHI Hiroshi- SAKAUE Motoyoshi- WANG Da-Hong- TAKAKI Jiro- YAJIMA Yuki- ve ark. (2008), "Social Support, Self-Efficacy and Psychological Stress Responses Among Outpatients with Diabetes in Yogyakarta, Indonesia", **Diabetes Research and Clinical Practice**, 80, ss. 56-62.
- KARANCI Nuray A.- ACARTÜRK. (2005), "Post-Traumatic Growth among Marmara Earthquake Survivors Involved in Disaster Preparedness as Volunteers", **Traumatology**, 11, ss. 307-323.
- KARANCI Nuray A.- İNANDILAR Hicran (2002), "Predictors of Components of Expressed Emotion in Major Caregivers of Turkish Patients with Schizophrenia", **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 37 (2), ss. 80-88.

- KARANCI A. Nuray- ALKAN N.- AKSİT B.- SUCUOĞLU, H.- BALTA E. (1999), "Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) earthquake", **North American Journal of Psychology**, 1 (2), ss. 189-204.
- KARLSEN Bjorg- IDSOE Thormod- HANESTAD Berit Rokne- MURBERG T.- BRU Edvin (2004), "Perceptions of Support, Diabetes-Related Coping and Psychological Well-Being in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes", **Psychology, Health & Medicine**, 9 (1), ss. 53-70.
- KATON Wayne- KORFF Michale Von- CIECHANOWSKI Paul- RUSSO Joan- LIN Elizabeth- SIMON Gregory- ve ark. (2004), "Behavioral and Clinical Factors Associated With Depression Among Individuals With Diabetes", **Diabetes Care**, 27, ss. 914-920.
- KAZAIRAN Shahne S.- MCCABE Scott B. (1991), "Dimensions of Social Support in the MSPSS: Factorial Structure, Reliability, and Theoretical Implications", **Journal of Community Psychology**, 19 (2), ss. 150-160.
- KESİMCİ Aslı- GÖRAL F. Sevinç- GENÇÖZ Tülin (2005), "Determinants of Stress-Related Growth: Gender, Stressfulness of the Event, and Coping Strategies", **Current Psychology**, 24 (1), ss. 68-75.
- KESİMCİ Aslı (2003), Perceived social support, coping strategies and stress-related growth as predictors of depression and hopelessness in breast cancer patients, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- KIM Eunice Y.- MIKLOWITZ David J. (2004), "Expressed Emotion as a Predictor of Outcome Among Bipolar Patients Undergoing Family Therapy", **Journal of Affective Disorders**, 82, ss. 343-352.
- KING Suzanne (2000), "Is Expressed Emotion Cause or Effect in the Mothers of Schizophrenic Young Adults?" **Schizophrenia Research**, 45 (1), ss. 65-78.
- KOCABIYIK Ahmet- BEŞTEPE Emrem- KARŞIDAĞ Çağatay- KÜKÜRT Reşit- ALPAY Nihat (2005), "Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumunun Relaps Üzerine Etkisi", **Düşünen Adam**, 18 (1), ss. 4-12.
- KOCH Tina- KRALİK Debbie- TAYLOR Jenny (2000), "Men Living with Diabetes: Minimizing the Intrusiveness of The Disease", **Journal of Clinical Nursing**, 9, ss. 247-254.
- KROO Adrienn- NAGY Henriett (2011), "Posttraumatic Growth Among Traumatized Somali Refugees in Hungary", **Journal of Loss and Trauma**, 16, ss. 440-458.
- LANE Carol- HOBFOLL Stevan E. (1992), "How Loss Affects Anger and Alienates Potential Supportes", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60, ss. 935-942.



- LAZARUS Richard S. (1991), "Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion", **American Psychologist**, 46 (8), ss. 819-834.
- LI Chaoyang- BARKER L.- FORD Earl S.- ZHANG Xu- STRINE Tara W.- MOKDAD Ali H. (2008), "Diabetes and Anxiety in US Adults: Findings From the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System", **Diabetic Medicine**, 25, ss. 878-881.
- LINLEY P. Alex- JOSEPH Stephen (2004), "Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review", **Journal of Traumatic Stress**, 17 (1), ss. 11-21.
- LISTER Zephon Darnell (2010), **Diabetes and the Couple Dyad: Expressed Emotion, Diabetes Control and Management**, UMI Dissertation Publishing, USA.
- LLOYD Cathy E.- DYER P. H.- BARNETT A. H. (2000), "Prevalence of Symptoms of Depression and Anxiety in A Diabetes Clinic Population", **Diabetic Medicine**, 17, ss. 198-202.
- MATTHEWS Lisa S.- WICKRAMA K. A.- CONGER Rand D. (1996), "Predicting Marital Instability From Spouse and Observer Reports of Marital Interaction", **Journal of Marriage and the Family**, 58, ss. 641-655.
- MCSHABAN J. F.- CAVAN D. A. (2006), "The Prevalence of Depression and Anxiety in Adults With Type 1 Diabetes", **Diabetic Medicine**, 23, ss. 1381-1384.
- MCMILLAN J. Curtis- COOK Cynthia Loveland (2003), "The Positive By-products of Spinal Cord Injury and Their Correlates", **Rehabilitation Psychology**, 48, ss. 77-85.
- METSCH J.- TILLIL H.- KOBBERLING J.- & SARTORY G. (1995), "On The Relation Among Psychological Distress, Diabetes-Related Health Behavior, and Level of Glycosylated Hemoglobin in Type I Diabetes", **International Journal of Behavioral Medicine**, 2 (2), ss. 104-117.
- MEZUK Barina.- EATON William W.- ALBRECHT Sandra- GOLDEN Sherita Hill (2008), "Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan", **Diabetes Care**, 31, ss. 2383-2390.
- MUSSELMAN Dominique L.- BETAN Ephi- LARSEN Hannah- PHILLIPS Lawrence S. (2003), "Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment", **Society of Biological Psychiatry**, 54, ss.317-329.
- NİKİBAKHT Ali- MOAYEDI Farah- ZARE Shahram- MAHBOOBİ Hamidreza- BANAEI Sedighe- KHORGOEI Tahareh ve ark. (2009), "Anxiety and Depression among diabetic patients in Bandarabbas, Southern Iran", **Australasian Medical Journal**, 1 (7), ss. 25-28.
- O'LEARY Virginia E.- ICKOVICS Jeanette R. (1995), "Resilience and Thriving in Response to Challenge: An Opportunity for a Paradigm Shift in Women's

Health”, **Women’s Health: Research on Gender, Behavior and Policy**, 1 (2), ss. 121-142.

O’NEILL H. Katherine- EVANS Blake A.- BUSSMAN Michael D.- STRANDBERG D. Kimberly (1999), “Psychological Distress during the Red River Flood: Predictive Utility of the Conservation of Resources Model”, **Applied Behavioral Science Review**, 7 (2), ss. 159-169.

ÖLÇER Sema- FİŞ Neşe Perdahlı- BERKEM Meral- KARADAĞ Bülent (2010), “Astımlı Çocukların Benlik Saygıları ve Annelerinin Duygu Dışavurum Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, **Türk Pediatri Arşivi**, 45, ss. 144-149.

PAOLA Fiammetta D.- FARAVELLÌ Carlo- RÌCCA Valdo (2010), “Perceived Expressed Emotion in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge-eating Disorder“, **Comprehensive Psychiatry**, 53, ss. 401-405.

PARK Crystal L.- COHEN Lawrence H.- MURCH Renee L. (1996), “Assessment and Prediction of Stress-Related Growth”, **Journal of Personality**, 64 (1), ss. 71-105.

PASCHALIDES C.- WEARDEN Alison J.- DUNKERLEY R.- BUNDY Christine- DAVIES R.- DICKENS C. M. (2004), “The Associations of Anxiety, Depression and Personal Illness Representations with Glycaemic Control and Health-Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus”, **Journal of Psychosomatic Research**, 57, ss. 557-564.

PEVELER Robert C.- BRYDEN Kathryn S.- NEİL H. Andrew- FAIRBURN Christopher G.- MAYOU Richard A.- DUNGER David B.- TURNER Hannah (2005), “The Relationship of Disordered Eating Habits and Attitudes to Clinical Outcomes in Young Adult Females With Type 1 Diabetes”, **Diabetes Care**, 28, ss. 84-88.

POLATNSKY Stefan- ESPREY Yvette (2000), “An Assessment of Gender Differences in the Perception of Benefit Resulting From the Loss of a Child”, **Journal of Traumatic Stress**, 13 (4), ss. 709-718.

PRATI Gabriele- PIETRANTONÌ Luca (2009), “Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis”, **Journal of Loss and Trauma**, 14, ss. 364-388.

RICHARDS T. Anne (2002), “Spiritual resources following a partner's death from AIDS.” **Meaning Reconstruction And The Experience Of Loss**, American Psychological Association, Washington, ss. 173-190.

RICHARDSON Lisa K.- EGEDE Leonard E.- MUELLER Martina- ECHOLS Carrae L.- GEBREGZİABHER Mulugeta (2008), “Longitudinal Effects of Depression on Glycemic Control in Veterans With Type 2 Diabetes”, **General Hospital Psychiatry**, 30, ss. 509-514.

- RUBIN Richard R. (2005), "Counselling and Psychotherapy in Diabetes Mellitus." F. J. Snoek, & T. C. Skinner içinde, **Psychology in Diabetes Care**, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd., ss. 171-194.
- SACCO William P.- BYKOWSKI Cathy A. (2010), "Depression and Hemoglobin A1c in Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role of Self-Efficacy", **Diabetes Research and Clinical Practice**, 90, ss. 141-146.
- SACCO William P.- YANOVER Tovah (2006), "Diabetes and Depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms", **Journal of Behavioral Medicine**, 29 (6), ss. 523-531.
- SACCO William P.- WELLS Kristen J.- FRIEDMAN Andrea- MATTHEW Rebecca-PEREZ Sylvia- VAUGHAN Christine A. (2007). "Adherence, Body Mass Index, and Depression in Adults with Type 2 Diabetes: The Mediation Role of Diabetes Symptoms and Self-efficacy." **Health Psychology**, 26 (6), ss. 693-700.
- SACCO William P.- WELLS Kristen J.- VAUGHAN Christine A.- FRIEDMAN Andrea-PEREZ Sylvia- MATTHEW Rebecca (2005), "Depression in Adults with Type 2 Diabetes: The Role of Adherence, Body Mass Index, and Self-Efficacy", **Health Psychology**, 24 (6), ss. 630-634.
- SAMUEL-HODGE Carmen D.- WATKINS Daphne C.- ROWELL Kyrel L.- HOOTEN Elizabeth G. (2008), "Coping Styles, Well-Being, and Self-Care Behaviors Among African Americans With Type 2 Diabetes", **The Diabetes Educator**, 34, ss. 501-510.
- SAVOCA Margaret- MILLER Carla (2001). "Food Selection and Eating Patterns: Themes Found Among Women with Type 2 Diabetes Mellitus." **Journal of Nutrition Education**, 33, ss. 224-233.
- SCHAEFER J.- MOOS R. (1998), "The Context for Posttraumatic Growth: Life Crises, Individual and Social Resources, and Coping", **Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis**, Tedeschi, Park, & Calhoun, Mahwah: Erlbaum, ss. 99-126.
- SIEGEL Karolynn- SCHRIMSHAW Eric W. (2000), "Perceiving Benefits in Adversity: Stress-Related Growth in Women Living with HIV/AIDS", **Social Science & Medicine**, 51 (10), ss. 1543-1554.
- SİVA Nazlı Ayşe (1991), İnfertilite'de Stresle Baş Etme, Öğrenilmiş Güçlülük ve Depresyonun İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Nörolojik Bilimler ve Psikiyatri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara.
- SKINNER T. Chas- VEN N. V. (2005), "Psychological Group Interventions in Diabetes Care", **Psychology in Diabetes Care**, ed. F. J. Snoek, & T. C. Skinner, John Wiley & Sons, Ltd., West Sussex, ss. 141-170.

- SMARI Jakob- VALTYSDOTTIR Helga (1997), "Dispositional Coping, Psychological Distress and Disease-Control in Diabetes", **Personality and Individual Differences**, 22 (2), ss. 151-156.
- SMITH Marilyn E.- KELLY Lillian M. (2001), "The Journey of Recovery After a Rape Experience", **Issues in Mental Health Nursing**, 22 (4), ss. 337-352.
- STEVENSON Kristeen- SENSKY Tom- PETTY Richard (1991), "Glycaemic Control in Adolescents With Type I Diabetes and Parental Expressed Emotion", **Psychotherapy And Psychosomatics**, 55 (2-4), ss. 170-175.
- SUMER Nebi- KARANCI A. Nuray- KAZAK-BERUMENT Sibel- GUNES Hatice (2005), "Personal Resources, Coping Self-Efficacy, and Quake Exposure as Predictors of Psychological Distress Following the 1999 Earthquake in Turkey", **Journal of Traumatic Stress**, 18 (4), ss. 331-342.
- TALBOT France- NOUWEN Arie (2000), "A Review of the Relationship Between Depression and Diabetes in Adults", **Diabetes Care**, 23, ss. 1556-1562.
- TAYLOR Renee R.- KULKARNI Supriya- SHIRAISHI Yukiko (2006), "Conservation of Resources and Quality of Life in Individuals with Chronic Fatigue Syndrome", **Journal of Chronic Fatigue Syndrome**, 13 (4), ss. 3-15.
- TEDESCHI Richard G.- CALHOUN Lawrence G. (2004), "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence", **Psychological Inquiry**, 15 (1), ss. 1-18.
- TEDESCHI Richard G.- CALHOUN Lawrence G. (1996), "The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma", **Journal of Traumatic Stress**, 9 (3), ss. 455-471.
- TEDESCHI Richard G.- PARK Crystal- CALHOUN Lawrence G. (1998), "Posttraumatic growth: Conceptual issues", **Posttraumatic Growth: Theory And Research On Change In The Aftermath Of Crisis**, ed. R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, ss. 1-22.
- TENNEN Howard- AFFLECK Glenn- URROWS Susan- HIGGINS Pamela- MENDOLA Richard (1992), "Perceiving Control, Construing Benefits, and Daily Processes in Rheumatoid Arthritis", **Canadian Journal of Behavioral Science**, 24, ss. 186-203.
- THOMPSON Suzanne C.- KYLE Diana (2000), "The Role of Perceived Control in Coping With The Losses Associated With Chronic Illness", **Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives**, ed. J. H. Harvey, & E. D. Miller, Taylor & Francis, Philadelphia, ss. 131-142.
- TOLJAMO Maisa- HENTINEN Maija (2001), "Adherence to Self-care and Social Support", **Journal of Clinical Nursing**, 10, ss. 618-627.

- TOMICH P. L.- HELGESON Vicki (2004), "Is Finding Something Good in the Bad Always Good? Benefit Finding Among Women with Breast Cancer", **Health Psychology**, 23, ss. 16-23.
- TÜZER Verda- ZİNCİR Selma- BAŞTERZİ Ayşe Devrim- AYDEMİR Çiğdem- KISA CebraİL- GÖKA Erol (2003), "Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi", **Klinik Psikiyatri**, 6, ss. 198-203.
- UPDEGRAFF John A.- TAYLOR Shelly E. (2000), "From Vulnerability to Growth: Positive and Negative Effects of Stressful Life Events", **Handbook of Loss and Trauma**, der. J. Harvey, & E. Miller, Taylor & Francis, New York, ss. 3-21.
- UPDEGRAFF John A.- TAYLOR Shelley E.- KEMENY Margaret E.- WYATT Gail E. (2002), "Positive and Negative Effects of HIV Infection in Women With Low Socioeconomic Resources", **Personality and Social Psychology Bulletin**, 28, ss. 383-394.
- VISHNEVSKY Tanya- CANN Arnie- CALHOUN Lawrence G.- TEDESCHI Richard G.- DEMAKIS George J. (2010), "Gender Differences in Self-Reported Posttraumatic Growth: A Meta-analysis", **Psychology of Women Quarterly**, 34, ss. 110-120.
- WALLSTON Kenneth A.- ROTHMAN Russell L.- CHERRINGTON Andrea (2007), "Psychometric Properties of the Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS)", **Journal of Behavioral Medicine**, 30 (5), ss. 395-401.
- WEARDEN Alison J.- TARRIER Nicholas- BARROWCLOUGH Christine- ZASTOWNY Thomas R.- RAHILL Alice Armstrong (2000), "A Review of Expressed Emotion Research in Health Care", **Clinical Psychology Review**, 20 (5), ss. 633-666.
- WEARDEN Alison J.- TARRIER Nicholas- DAVIES Rob (2000), "Partners' Expressed Emotion and The Control and Management of Type 1 Diabetes in Adults", **Journal of Psychosomatic Research**, 49, ss. 125-130.
- WEARDEN Alison J.- WARD Jonathan- BARROWCLOUGH Christine- TARRIER Nicholas- DAVIES Rob (2006), "Attributions for Negative Events in The Partners of Adults With Type 1 Diabetes: Associations With Partners' Expressed Emotion and Marital Adjustment", **British Journal of Health Psychology**, 11, ss. 1-21.
- WEISBERG Risa B.- BRUCE Stevan E.- MACHAN Jason T.- KESSLER Ronald C.- CULPEPPER L.- KELLER Martin B. (2002), "Nonpsychiatric Illness Among Primary Care Patients with Trauma Histories and Posttraumatic Stress Disorder", **Psychiatr Serv**, 7 (53), ss. 848-854.
- WEISS Tzipi (2002), "Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study", **Journal of Psychosocial Oncology**, 20 (2), ss. 65-80.

- WESTAWAY Margaret S.- SEAGER John R.- RHEEDER Paul- ZYL Danie G. (2005), "The Effects of Social Support on Health, Well-being and Management of Diabetes Mellitus: A Black South African Perspective", **Ethnicity and Health**, 10 (1), ss. 73-89.
- WHEELER Inese (2001), "Parental bereavement: the crisis of meaning", **Death Studies**, 25 (1), ss. 51-66.
- WHITLOCK Brian (2003), "The Relationship of Depression, Anger, and Gender Among American Indians Diagnosed With Diabete Mellitus", Oklahoma State University, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Oklahoma.
- WIDOWS Michelle- JACOBSEN P. B.- BOOTH-JONES M.- FIELDS K. K. (2005), "Predictors of Post-Traumatic Growth in People Who Have Experienced Childhood Abuse: Understanding Vehicles of Change", **Psychology and Psychotherapy**, (76), ss. 267-283.
- WIEDEMANN Georg- RAYKI Oliver- FEINSTEIN Elias- HAHLOWEG Kurt (2002), "The Family Questionnaire: Development and Validation of a New Self-Report Scale for Assessing Expressed Emotion", **Psychiatry Research**, ss. 265-279.
- WILD Nicole D.- PAIVIO Sandra C. (2003), "Psychological Adjustment, Coping, and Emotion Regulation as Predictors of Posttraumatic Growth", **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma**, 8 (4), ss. 97-122.
- WILD Sarah- ROGLIC Gojka- GREEN Anders- SICREE Richard- KING Hilary (2004), "Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030", **Diabetes Care**, 27, 1047-1053, ss. 2569.
- WILFEY Denise E. (2011), "Binge Eating, Mood, and Quality of Life in Youth With Type 2 Diabetes", **Diabetes Care**, 34, ss. 858-860.
- WILLIAMS K. Endel- BOND M. J. (2002), "The Roles of Self-Efficacy, Outcome Expectancies and Social Support in The Self-Care Behaviours of Diabetics", **Psychology, Health & Medicine**, 7 (2), ss. 127-141.
- WORRALL-DAVIES Anne- OWENS David- HOLLAND Philip- HAIGH David (2002), "The Effect of Parental Expressed Emotion on Glycaemic Control in Children With Type 1 Diabetes Parental Expressed Emotion and Glycaemic Control in Children", **Journal of Psychosomatic Research**, 52, ss. 107-113.
- XU Jiuping- LIAO Qian (2011), "Prevalence and Predictors of Posttraumatic Growth Among Adult Survivors One Year Following 2008 Sichuan Earthquake", **Journal of Affective Disorders**, 133, ss. 274-280.
- YALOM Irvin D.- LIEBERMAN Morton A. (1991), "Bereavement and Heightened Existential Awareness", **Psychiatry**, 54 (4), ss. 334-345.

- YAMAKAWA Miyae- MAKİMOTO Kiyoko (2008), “Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: An exploratory qualitative study”, **An exploratory qualitative study**, 45, ss. 1032-1041.
- YAN Leslie J.- HAMMEN Constance- COHEN Amy N.- DALEY Shannon E.- HENRY Risha M. (2004), “Expressed Emotion Versus Relationship Quality Variables in the Prediction of Recurrence in Bipolar Patients”, **Journal of Affective Disorders**, 83, ss. 199-206.
- YEŞİLBALKAN Ö. Usta (2001), “Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterlikleri ve Öz Yeterliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir.
- YORULMAZ Hatice- BAYRAKTAR Seda- ÖZDİLLİ Kürşat (2010), “Posttraumatic Growth in Chronic Kidney Failure Disease”, **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 5, ss. 2313-2319.
- YÜKSEL, Sevda (2007), Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Afyon.
- ZAHİD, Naeem- ASGHAR, Shaheen- CLAUSSEN, Bjorgulf- HUSSAIN, Akhtar (2008), “Depression and diabetes in a rural community in Pakistan”, **Diabetes Research and Clinical Practice**, 79, ss. 124-127.
- ZHANG, Cai-Xia- CHEN, Yu-Ming- CHEN, Wei-Qing (2008), “Association of Psychosocial Factors With Anxiety and Depressive Symptoms in Chinese Patients With Type 2 Diabetes”, **Diabetes Research and Clinical Practice**, 79, ss. 523-530.
- ZIGMOND, A. S.,- SNAITH Ronald P. (1983), “The Hospital Anxiety And Depression Scale“, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 67 (6), ss. 361-370.
- ZİMET, Gregory D.- DAHLEM, Nancy W., ZİMET, Sara G., & FARLEY, Gordon K. (1988), “The Multidimensional Scale of Perceived Social Support”, **Journal of Personality Assessment**, 52 (1), ss. 30-41.

## EKLER

### EK. 1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

#### SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIKLA İLİŞKİLİ BİLGİ FORMU

Aşağıda size ve hastalığınıza dair bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyun ve her maddeyi size en uygun cevaba karşılık gelecek şekilde doldurun.

1. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
2. Yaşınız : \_\_\_\_\_
3. Medeni Durumunuz  
 Evli  Bekar  Dul  Boşanmış  Diğer(belirtiniz)\_\_\_\_\_
4. Eğitim durumunuz  
 Okur yazar değil  İlkokul  Ortaokul  Lise  
 Yüksekokul (önlisans)  Üniversite  Lisansüstü
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz  
 Evet ise, yaptığınız işi belirtiniz: \_\_\_\_\_  
 Hayır
6. Sağlık Güvenceniz  
 Yok  Emekli Sandığı  SSK  Bağ-kur  Özel Sigorta
7. Ailenizin aylık geliri ortalama ne kadardır?  
 650 TL'den az  650-999 TL  1000-1999 TL  2000 ve üzeri TL
8. Sigara kullanıyor musunuz?  
 Hayır  
 Evet ise ne sıklıkta? \_\_\_\_\_
9. Alkol kullanıyor musunuz?  
 Hayır  
 Evet ise ne sıklıkta? \_\_\_\_\_
10. Diyabetinizin (şeker hastalığınızın) türü:  Tip 1  Tip 2
11. Diyabet (şeker hastalığı) tanısı konulalı ne kadar zaman oldu? \_\_\_\_\_
12. Diyabet veya diyabet nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle hastaneye yattınız mı?  
 Hayır  Evet ise;  
En son ne kadar süre önce hastaneye yattınız? \_\_\_\_\_  
Diyabet tanısı konduğundan beri kaç defa hastaneye yattınız? \_\_\_\_\_
13. İnsülin iğnesi kullanıyor musunuz? Evet  Hayır   
Evet ise;  
 Günde bir defa  Günde iki defa  Günde üç defa   
Diğer(belirtiniz)\_\_\_\_\_
14. En son ölçülen HbA1c (kan şekeri) düzeyi: % \_\_\_\_\_
15. Diyabet/şeker hastalığı dışında başka herhangi bir kronik hastalığınız var mı?  
 Hayır  Evet ise, belirtiniz: \_\_\_\_\_
16. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?  
 Hayır  Evet ise belirtiniz: \_\_\_\_\_
17. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?  
 Hayır  Evet ise, belirtiniz: \_\_\_\_\_



18. Tedaviniz sırasında uymakta güçlük çektiğiniz bir konu var mı?  
( ) Yok ( ) Egzersiz ( ) İnsülin kullanımı  
( ) Diyet ( ) Diğer: \_\_\_\_\_
19. Kronik komplikasyon varlığı ( ) Var ( ) Yok  
Diyabetik retinopati (diyabetin göze verdiği zarar) ( ) Var ( ) Yok  
Diyabetik nefropati (diyabetin böbreklere verdiği zarar) ( ) Var ( ) Yok  
Diyabetik nöropati (diyabetin sinir sistemine verdiği zarar) ( ) Var ( ) Yok  
el, kol ya da ayaklarda hissizlik, uyuşma)  
Hipertansiyon ( ) Var ( ) Yok  
İskemik kalp hastalığı, geçirilmiş kalp krizi ( ) Var ( ) Yok  
Ayak yarası ( ) Var ( ) Yok  
Amputasyon (ayak parmağı kesilmesi gibi) ( ) Var ( ) Yok
20. Sizce hastalığınız ne kadar şiddetli?  
( ) Hiç ( ) Biraz ( ) Orta ( ) Fazla ( ) Çok Fazla
21. Önümüzdeki 10 yıl içinde hastalığınızla ilgili nasıl değişiklikler olacağını düşünüyorsunuz?  
(Lütfen cevabınızı aşağıdaki boşluğa yazınız)
-

## DİYABETE ÖZGÜ ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda diyabetli hastaların kendi kendilerine bakımlarında yeterlikleri hakkında 20 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun gelen rakamı daire içine alarak belirtiniz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.Eğer gerekli ise kan şekerimi kontrol ederim					
2.Kan şekeri değeri çok yükseldiğinde kan şekerimi kontrol altına alırım					
3.Kan şekeri değeri çok düştüğünde kan şekerimi düzenlerim					
4.Doğru besinleri seçerim					
5.Diyabetik diyeteye uygun farklı yiyecekleri seçerim					
6.Kilomu kontrol altında tutarım					
7.Ayaklarımda yara olup olmadığını kontrol edebilirim					
8.Yeterli fizik egzersiz yaparım (yürüyüş, bisiklete binme vb.)					
9.Hasta olduğumda diyetimi düzenleyebilirim					
10.Diyetime sadık kalırım					
11.Doktorum fazla fiziksel egzersiz yapmamı önerdiğinde bunu yapabilirim					
12.Daha fazla fizik egzersiz yaptığımda diyetimi düzenleyebilirim					
13.Evden uzakta iken diyetimi devam ettiririm					
14.Evden uzakta iken diyetimi düzenlerim					
15.Tatilde iken diyetime uyarım					
16.Bir davete katıldığımda diyetimi sürdürürüm					
17.Stres (gerilim) altında olduğum zaman diyetimi düzenlerim					
18.Diyabet kontrolü için en az üç ayda bir doktoruma danışırım					
Diyabet kontrolü için ağızdan diyabet ilacı alıyorsanız aşağıdaki iki soruyu lütfen yanıtlayın					
19.İlaçlarımı bana önerildiği şekilde alırım					
20.Hastalandığım zaman önerilen diğer ilaçların yanı sıra diyabet ilaçlarımı almayı sürdürürüm					

## BAŞ ETME YOLLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların sıkıntılarını gidermek için kullanabilecekleri bazı yollar belirtilmektedir. Cümlelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, kendi sıkıntılarınızı düşünerek, bu yolları hiç kullanmıyorsanız **hiçbir zaman**, kimi zaman kullanıyorsanız **bazen**, çok sık kullanıyorsanız **her zaman** seçeneğini belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Her Zaman
1. Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraşırım.			
2. Bir mucize olmasını beklerim.			
3. İyimser olmaya çalışırım.			
4. Çevremdeki insanlardan sorunlarımı çözmemde bana yardımcı olmalarını beklerim.			
5. Bazı şeyleri büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım.			
6. Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.			
7. Durumun değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.			
8. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim.			
9. Olanları unutmaya çalışırım.			
10. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.			
11. Durumun ciddiyetini anlamaya çalışırım.			
12. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.			
13. Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim.			
14. 'Her işte bir hayır var' diye düşünürüm.			
15. Dua ederek Allah'tan yardım dilerim.			
16. Elimde olanlarla yetinmeye çalışırım.			
17. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.			
18. Sıkıntılarımı içimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim.			
19. Mutlaka bir çözüm yolu bulabileceğime inanıp bu yolda uğraşırım.			
20. 'İş olacağına varır' diye düşünürüm.			
21. Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımla fikrini alırım.			
22. Kendimde her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum.			
23. Olanlardan olumlu bir şeyler çıkarmaya çalışırım.			
24. Bunun alın yazım olduğunu ve değişmeyeceğini düşünürüm.			

25. Sorunlarıma farklı çözüm yolları ararım.			
26. 'Olanları keşke değiştirebilseydim' diye düşünürüm.			
27. Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalışırım.			
28. Sorunlarımı adım adım çözmeye çalışırım.			
29. Her şeyin istediğim gibi olamayacağını düşünürüm.			
30. Dertlerimden kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm.			
31. Ne yapacağımı planlayıp ona göre davranırım.			
32. Mücadele etmekten vazgeçerim.			
33. Sıkıntılarımın kendimden kaynaklandığını düşünürüm.			
34. Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.			
35. 'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye' düşünürüm.			
36. ' Benim suçum ne' diye düşünürüm.			
37. 'Allah'ın takdiri buymuş deyip' kendi kendimi teselli etmeye çalışırım.			
38. Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım.			
39. Çözüm için kendim bir şeyler yapmak isterim.			
40. Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.			
41. Hakkımı savunmaya çalışırım.			
42. Bir kişi olarak olgunlaştığımı ve iyi yönde geliştiğimi hissedirim.			

## KAYNAK KAYBI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların yaşamını etkilediği düşünülen bir dizi kaynak/imkan sıralanmıştır. Sizden son bir yılı düşündüğünüzde bu alanlarda ne derece bir kayıp yaşadığınızı 1 ile 5 arasında derecelendirmeniz istenmektedir. Kayıp derecesini ifade eden rakamı yuvarlak içine almanız yeterli olacaktır. Aşağıda verilmiş ama kendi yaşamınız içerisinde yer almayan kaynaklar için ise 1 değerini kullanmanız istenmektedir. Listede bulunmayan ama eklemek istediğiniz ifadeyi formun sonuna (24) yazıp puanlayabilirsiniz.

GEÇTİĞİMİZ YIL içerisinde bu kaynaklarımda ne derece KAYBIM oldu?

KAYNAKLARIMDA

1 = Hiç kaybım olmadı

2 = Çok az kaybım oldu

3 = Orta seviyede kaybım oldu

4 = Ciddi seviyede kaybım oldu

5 = Çok yüksek seviyede kaybım oldu

	Hiç kaybetme				Çok kaybettim
1.İşimi ya da işteki statümü kaybettim					
2.Patronumun ve çalışma arkadaşlarımda desteğini kaybettim					
3.İyi iletişim kurabilme becerimi kaybettim					
4.Kendimle ilgili olumlu duygularımı kaybettim					
5.Yapmak istediklerimi yapabileceğim duygusunu kaybettim					
6.Günlük işlerimi yapmaktaki becerimi kaybettim					
7.Yaşamım üstünde kontrolüm olduğu duygusunu kaybettim					
8.Kendi başıma hayatımı sürdürebilme yeteneğimi kaybettim					
9.Mutluluğumu ve huzurumu kaybettim					
10.Yaşamla ilgili umutlarımı kaybettim					
11.Hastalığımla ilgili harcamalardan dolayı maddi kaybım oldu					
12.Hastalığımla ilgili olmayan nedenlerden dolayı maddi kaybım oldu					
13.İstediklerimi yapmak için gerekli olan zamamı kaybettim					
14.Aile üyeleri ile olan yakın ve sıcak ilişkilerimi kaybettim					
15.Eşimle olan yakın ve sıcak ilişkilerimi kaybettim					
16.Cinsel yaşantımdan aldığım zevki kaybettim					
17.Ev işleri veya çocuk bakımında aldığım yardımları kaybettim					
18.Arkadaşlarımla olan yakın ve sıcak ilişkilerimi kaybettim					

19.Sosyal aktivitelere katılmaya olan ilgi ve motivasyonumu kaybettim					
20.Diğer insanlar için değerli biri olduğum hissini kaybettim					
21.Düzenli aile yaşantımı kaybettim					
22.Dayanma/katlanma gücümü kaybettim					
23.Dini inancımın gereği olan ibadetleri yerine getirme gücümü kaybettim					
24.					

## ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin **sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını** belirtmek için o cümle altındaki **rakamlardan yalnız bir tanesini** daire içine alarak işaretleyiniz. **Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret** koyarak cevaplarınızı veriniz. **Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.** Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

2. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır								Kesinlikle evet
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------



### ADDÖ (ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ)

Açıklama: Aşağıda sizin **bakımınızla en çok ilgilenen aile ferdiyle** aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen **yakınınızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size uygunsa DOĞRUYU (D), uygun değilse YANLIŞI (Y)** işaretleyin. Bunu yaparken son 3 ayınızı düşünün.

Hastalığınız ve bakımınızla en çok ilgilenen kişiyi belirtiniz: \_\_\_\_\_

	Doğru	Yanlış
1.Benim bazı şeyleri kasten yaptığımı düşünüyor ve öfkeleniyor		
2.Benim hasta olduğuma inanmıyor		
3.Benimle sohbet etmekten hoşlanıyor		
4.Onun için benim isteklerim diğer aile üyelerininkilerden daha önemlidir		
5.Benimle ilgili her şeyi, kendime özel konuları bile öğrenmeye çalışıyor		
6.Benim varlığım onu deli ediyor		
7.Ne hata yaptım da O böyle oldu diye düşünüp düşünüp yanıyor		
8.Benim bazı yönlerimi beğeniyor ve takdir ediyor		
9.Bana sık sık öğüt veriyor		
10.Benimle uyuşmıyor		
11.Beni 'Ne halin varsa gör' diye bıraktı artık		
12.Aile içinde benim her şeyimle o ilgileniyor		
13.Bana kırılıyor, güceniyor		
14.Benim fikirlerimi sonuna kadar dinler		
15.Benim üstüme titrer		
16.Benimleyken başka şeyle ilgilenemiyor, ilgisi hep benimle oluyor		
17.Benim onun hayatını yaşamasına engel olduğumu düşünüyor		
18.Ben hasta oldum diye dünya başına yıkılmış gibi geliyor		

19.Benim yaptığım işleri beğenmiyor		
20.Benim giyim kuşamımı beğenmiyor ve bunu bana söylüyor		
21.Benden onun beklediği gibi davranmamı istiyor		
22.Bana en ufak birşey olacak diye endişeleniyor		
23.Benim her şeyim ile o ilgileniyor		
24.Benden 'Ah bir kurtulsam' diye düşündüğü oluyor		
25.Huzursuz ve keyifsiz olduğumda anlıyor ve benden uzak duruyor		
26.Kendi işlerimi sıralı ve düzenli yapmam için beni sık sık ikaz ediyor		
27.Hastaneye yatmam onu perişan ediyor, benden ayrılamıyor		
28.Bizim birbirimize benzediğimizi düşünüyor		
29.Benim yanlışlarımı düzeltmemi istiyor		
30.Benimle iyi anlaşıyor		
31.Aklı fikri hep bende başka hiçbir şey düşünemiyor		
32.Kendimi düzeltmem için beni sık sık eleştiriyor		
33.Benden uzak kalmak istiyor		
34.Başına bir sürü dert açtığımı düşünüyor		
35.Ben olmasam bütün işlerin yoluna gireceğini düşünüyor		
36.Bir zorlukla karşılaşırsa başa çıkabileceğini düşünüyor		
37.Benim her şeyimle ilgilenmek ona zevk veriyor		
38.Öfkelendiğimde benden uzak durmaz, beni yatıştırmaya çalışır		
39.Huzursuz ve keyifsiz olduğumda benimle sohbet etmeye çalışır		
40.Benim hastalığımı abarttığımı düşünüyor		
41.Moralim bozuk olduğunda genellikle o destek oluyor		

## HAD (HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ)

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 parantezin içini 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 olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.  
 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli  
 Evet, ama çok da şiddetli değil  
 Biraz, ama beni endişelendirmiyor.  
 Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.  
 Her zaman olduğu kadar  
 Simdi pek o kadar değil  
 Simdi 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 gevsek 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

## TRAVMA SONRASI GELİŞİM ENVANTERİ

Aşağıda hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

0= Hastalığımdan dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım

1= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım

2= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım

3= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım

4= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım

5= Hastalığımdan dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

	Hiç Yasamadım					Aşırı Derecede
1.Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2.Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3.Yeni ilgi alanları geliştirdim.	0	1	2	3	4	5
4.Kendime güvenim arttı.	0	1	2	3	4	5
5.Manevi konuları daha iyi anladım.	0	1	2	3	4	5
6.Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
7.Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8.Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9.Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10.Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11.Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
12.Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13.Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14. Hastalığımdan dolayı benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15.Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16.İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17.Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayre göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18.Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19.Düşündüğümden daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20.İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21.Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

EK 2. ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
Görükle Yerleşkesi, 16059. Nilüfer/ BURSA

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Kaynakların korunması kuramı kapsamında tip 2 diyabet (şeker) hastalarının yaşadığı psikolojik sıkıntılar ve travma sonrası gelişimin kişisel kaynaklar ve algılanan duygu dışavurumu ile ilişkisinin incelenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç.Dr.Gülay Dirik
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	Psikolog Ezgi Göcek
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	10 ay
	KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	200
	DESTEKLEYİCİ	Masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ / NİTELİĞİ	ANKET çalışması / Yüksek Lisans tez çalışması	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	19.12.2011	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.12.2011	Türkçe
	ANKET FORMU		Türkçe
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	18.12.2011	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012-1/4	Tarih : 03 Ocak 2012
	<p>Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Gülay Dirik'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda;</p> <p>1- Çalışmanın yapılacağı diğer kurumlardan alınacak yazılı belgelerin dosyaya eklenmesini takiben araştırmacının yapılmasının uygun olduğuna.</p> <p>2- Etik Kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun gönüllüye çalışması hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına.</p> <p>3- Araştırmacının başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine.</p> <p>4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN					
ÜYELER						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dahil	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan Yardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Necdet KARLI Raportör	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç.Dr.Emel İRGİL Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

<b>ÖZGEÇMİŞ</b>			
<b>Adı, Soyadı</b>	Ezgi		GÖCEK
<b>Doğum Yeri ve Yılı</b>	Balıkesir		15.01.1987
<b>Bildiği Yabancı Diller ve düzeyi</b>	İngilizce		İyi
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Başlama - Bitirme Yılı</b>		<b>Kurum Adı</b>
<b>Lise</b>	2001	2005	İzmir 60. Yıl Anadolu Lisesi
<b>Lisans</b>	2005	2009	Hacettepe Üniversitesi /Psikoloji Bölümü
<b>Yüksek Lisans</b>	2009	-	Uludağ Üniversitesi/ Psikoloji Bölümü
<b>Doktora</b>			
<b>Çalıştığı Kurum (lar)</b>	<b>Başlama - Ayrılma Yılı</b>		<b>Çalışılan Kurumun Adı</b>
<b>1.</b>	2011	2012	Bursa Özel Çakır İlköğretim Okulu
<b>2.</b>	2012	-	T.C Adalet Bakanlığı İzmir Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu
<b>Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlar</b>	Türk Psikologlar Derneği		
<b>Katıldığı Proje ve Toplantılar</b>	<p>Ocak 2010-Mayıs 2010- Sanayide Personel Seçme ve Yerleştirmede Kullanılacak Psikoteknik Değerlendirme Sistemi Prototip Üretimi (Coşkunöz Holding-TUBİTAK-TEYDEB 3080749 No' lu proje)</p> <p>Mayıs 2010 5- Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın</p> <p>Eylül 2010- 4. Lisansüstü Öğrencileri Kongresi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara</p> <p>Haziran2009-Temmuz 2009- WISC-IV Çocuklar İçin Zeka Testi Türkiye Standardizasyon Çalışması, Ankara</p> <p>Ağustos 2008-Mayıs 2009- MS Hastalarının Psikolojik Yüklerinin araştırılması projesi, Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi, Ankara</p> <p>Temmuz 2008- 13. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara</p> <p>Kasım 2005-Ocak 2006- Hasta Çocuğa Yaklaşım Seminerleri, Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Topluluğu, Ankara</p>		
<b>Yayınlar:</b>			
<b>Diğer:</b>			
<b>İletişim (e-posta):</b>	<a href="mailto:ezggck@gmail.com">ezggck@gmail.com</a>		
	<b>Tarih</b>		05.08.2012
	<b>Adı Soyadı</b>		Ezgi Göcek