

**ÖZ DÜZENLEYİCİ MODEL KAPSAMINDA
TRANSDİAGNOSTİK YAPILARIN HİPERTANSİYON VE
DİYABET HASTALARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ: BAŞA
ÇIKMA VE DUYGU DÜZENLEMENİN ARACI ROLÜ**

MERVE ERBAY ERŞEN

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ
AĞUSTOS, 2023**

ÖZ DÜZENLEYİCİ MODEL KAPSAMINDA TRANSDİAGNOSTİK
YAPILARIN HİPERTANSİYON VE DİYABET HASTALARINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ: BAŞA ÇIKMA VE DUYGU
DÜZENLEMENİN ARACI ROLÜ

MERVE ERBAY ERŞEN

Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Doktora Programı,
2023

Bu tez, Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'ne Doktora (PhD.) derecesi
için sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
AĞUSTOS, 2023

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

ÖZ DÜZENLEYİCİ MODEL KAPSAMINDA TRANSDİAGNOTİK
YAPILARIN HİPERTANSİYON VE DİYABET HASTALARINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ: BAŞA ÇIKMA VE DUYGU
DÜZENLEMENİN ARACI ROLÜ

MERVE ERBAY ERŞEN

ONAYLAYANLAR:

Doç. Dr. Berna Akçınar (Doktora Tez Danışmanı)	Işık Üniversitesi
Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel	Işık Üniversitesi
Doç. Dr. Belma Bekçi	Acıbadem Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan	Işık Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Elif Ergüney Okumuş	Sabahattin Zaim Üni.

ONAY TARİHİ: 23/08/2023

THE ASSESSMENT OF THE TRANSDIAGNOSTIC FACTORS WITHIN THE SELF-REGULATORY MODEL IN HYPERTENSIVE AND DIABETIC PATIENTS: THE MEDIATING ROLE OF COPING AND EMOTION REGULATION

ABSTRACT

Within the framework of the Self-Regulatory Model, this study investigates the relationships between illness representations and emotion regulation, coping mechanisms, and adverse mental health outcomes for people with chronic illness. The research aims to examine how perceived illness threats affect mental health outcomes and determine if there are any mechanisms that mediate this relationship. A total of 307 individuals (207 women and 100 men) with diabetes, hypertension, and diabetes-hypertension co-diagnosis took part in the study. In addition, a qualitative study was conducted with a limited sample of participants using semi-structured interviews. The participants also completed the Inventory for Coping with Stressful Situations, the Emotion Regulation Questionnaire, the Sociodemographic Characteristics and Data Form, the Brief Symptom Inventory Depression, Anxiety, and Somatization subscales, and the Brief Illness Perception Scale. The path analysis model, which investigated the mediation role of coping and emotion regulation, was implemented using the R Studio. According to the findings, participants' illness representations predict depression, anxiety, and somatization symptoms. As the participants' perceived threat of their illness worsens, depression, anxiety, and somatization symptoms also worsen. Path analysis findings suggest the mediating role of emotion-focused and problem-focused coping between illness representations and depression and anxiety symptoms. To analyze the data from semi-structured interviews, the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) approach was used. Based on the data obtained from the interviews, three main themes were identified. These themes are "Patient identity after diagnosis", "Psychosocial challenges and sources of support", and "Being a diabetic patient in the health care system". The results of the quantitative and qualitative analyzes confirm the framework of the Self-Regulatory Model in people diagnosed with diabetes and/or hypertension. To improve the quality of life for patients with diabetes and

hypertension, it is important to consider their illness representations and coping strategies in order to control negative health outcomes.

Keywords: Self -Regulatory Model, Illness Representations, Chronic Illnesses.

ÖZ DÜZENLEYİCİ MODEL KAPSAMINDA TRANSDİAGNOSTİK YAPILARIN HİPERTANSİYON VE DİYABET HASTALARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ: BAŞA ÇIKMA VE DUYGU DÜZENLEMENİN ARACI ROLÜ

ÖZET

Bu araştırma, kronik hastalık tanılı kişilerin, hastalık temsillerinin duygu düzenleme, başa çıkma stilleri ve olumsuz ruh sağlığı sonuçları ile ilişkisini Öz Düzenleyici Model çerçevesinde incelemektedir. Araştırmanın temel amaçları, kişilerin algıladıkları hastalık tehdidi ile olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu ilişkide var olan potansiyel mekanizmaların aracı rolünü test etmektir. Araştırmaya diyabet, hipertansiyon ve diyabet hipertansiyon eş tanısı bulunan 307 kişi (207 kadın, 100 erkek) katılmıştır. Ayrıca, araştırmanın katılımcılarından oluşan küçük bir örneklem ile yarı yapılandırılmış görüşmelerden oluşan bir nitel çalışma uygulanmıştır. Araştırmada katılımcılara Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu, Kısa Yeti yitimi Anketi, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kısa Form, Duygu Düzenleme Anketi ve Kısa Semptom Envanteri Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon alt ölçekleri uygulanmıştır. Başa çıkma ve duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünün sınındığı yol analizi modeli R Studio programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, katılımcıların hastalık temsilleri puanı depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerini yordamaktadır. Katılımcıların hastalıklarına dair algıladıkları tehdit arttıkça depresyon anksiyete ve somatizasyon belirtileri de şiddetlenmektedir. Yol analizi bulguları, hastalık temsilleri ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasında duygu odaklı ve çözüm odaklı başa çıkmanın aracı rolünü göstermektedir. Araştırmanın nitel analiz aşamasında ise, yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler ise Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen bulgulara göre üç ana tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar “Tanıdan sonra hasta kimliği”, “Psikososyal zorluklar ve destek kaynakları”, “Sağlık sistemi içinde diyabet tanılı olmak” şeklindedir. Nicel ve nitel analizlerden elde edilen bulgular, diyabet ve/veya hipertansiyon tanılı kişilerde Öz Düzenleyici Model ’in temel çerçevesini doğrulamaktadır. Diyabet ve hipertansiyon hastalarının olumsuz sağlık sonuçlarının

kontrol altına alınması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde, hastalık temsilleri ve başa çıkma stratejilerinin göz önünde bulundurulması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Öz Düzenleyici Model, Hastalık Temsilleri, Kronik Hastalıklar.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin belki de en zorlayıcı ancak bir o kadar da güzel tecrübelerle dolu olan tez yazım sürecinde birçok kişinin desteğini aldım. Doktora tezimi tamamlamak hayatımın önemli ve anlamlı yaşam dönümlerinden biri oldu. Katkı ve destek sağlayan herkese teşekkürlerimi sunmak isterim.

İlk olarak hem doktora eğitimimin en başından bu yana katkıları, akademik duruşu, hem de tez sürecimdeki destek ve yönlendirmeleri için değerli tez danışmanım Doç. Dr. Berna Akçınar'a,

Tez izleme komitelerinde verdikleri geri bildirimlerle çalışmama çok değerli katkılar sağlayan ve desteklerini sunan değerli hocalarım Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel ve Dr. Öğr. Üyesi Elif Ergüney Okumuş'a,

Tez jürimde yer almayı kabul ederek beni onurlandıran ve bu araştırmaya destek veren değerli hocalarım Doç. Dr. Belma Bekçi, Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan, Dr. Öğr. Üyesi Buket Ünver ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş'a,

Bu çalışma sayesinde tanışma fırsatı bulduğum, verilerin toplanmasında büyük emeği ve desteği olan sevgili arkadaşım Uzm. Dr. Selin Yurdakul'a, Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi ekibine ve araştırmanın tüm katılımcılarına,

Doktora sürecim boyunca birlikte eğitim almaktan büyük keyif duyduğum, bu yolculuğu daha da güzel hale getiren doktora grubu arkadaşlarım İrem, Hazel ve Fatih'e,

Son olarak akademik hayatın yükünü benimle paylaşıp yükümü hafifleten, tez sürecimde manevi desteği ile hep yanımda olan eşim Alişan'a, eğitim hayatım boyunca bana olan inanç ve desteklerini esirgemeyen, yanımda olan sevgili aileme, emekleri ve yardımları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve ERBAY ERŞEN

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖZET.....	iv
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
BÖLÜM 1.....	1
1. GİRİŞ	1
BÖLÜM 2.....	5
2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR	5
2.1 Kronik Fiziksel Hastalıkların Psikososyal Değişkenler Açısından İncelenmesi.....	5
2.2 Diyabet.....	7
2.2.1 Epidemiyolojisi.....	8
2.2.2 Diyabet Tipleri	9
2.2.2.1 Tip 1 Diyabet (T1D).....	9
2.2.2.2 Tip 2 Diyabet (T2D).....	9
2.2.3 Diyabet Komplikasyonları	11
2.3 Hipertansiyon.....	11
2.3.1 Epidemiyolojisi ve Sınıflandırılması	12
2.3.2 Hipertansiyonun Komplikasyonları	14
2.4 Kronik Hastalıklar ve Olumsuz Ruhsal Sağlık Sonuçları.....	15
2.5 Araştırmanın Teorik Çerçevesi: Öz Düzenleyici Model (ÖDM)	17
2.6 Hastalık Temsilleri: Tanımı ve Olumsuz Sağlık Sonuçları ile İlişkisi	19
2.7 Hastalık Temsillerini Ortaya Çıkmasında Etkili Olan Faktörler	21

2.8 Öz Düzenleyici Model’de Başa Çıkma: Tanım ve Olumsuz Sağlık Sonuçları ile İlişkisi	23
2.9 Öz Düzenleyici Model’de Duygu Düzenleme: Tanımı ve Olumsuz Sağlık Sonuçları ile İlişkisi	26
2.9.1 Bilişsel Yeniden Değerlendirme, Bastırma ve Sağlık Sonuçları	28
2.10 Depresyon	30
2.11 Anksiyete	31
2.12 Somatizasyon	33
2.13 Araştırmanın Amacı: Kronik Hastalık Deneyiminde Psikososyal Faktörlerin Nitel ve Nicel Yöntemlerle Değerlendirilmesi	34
2.14 Araştırmanın Modeli, Amaçlar ve Hipotezler	35
BÖLÜM 3.....	38
3. YÖNTEM.....	38
3.1 Nicel Aşamada Uygulanan Yöntem ve Süreç	38
3.1.1 Araştırma Deseni	38
3.1.2 Araştırma Yeri	38
3.1.3 Örneklem.....	38
3.1.4 Katılımcılara Ulaşma ve Veri Toplama Prosedürü.....	39
3.1.5 Nicel Veri Toplama Araçları	40
3.1.5.1 Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (EK B)	40
3.1.5.2 Kısa Yeti Yitimi Anketi (KY YA) (EK C)	41
3.1.5.3 Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri 21- Kısa Form (SDBÇE-21) (EK D).....	41
3.1.5.4 Kısa Semptom Envanteri (KSE) (EK E).....	42
3.1.5.5 Duygu Düzenleme Anketi (DDA) (EK F)	42
3.1.5.6 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) (EK G).....	43
3.1.6 Verilerin Analizi	43
3.2 Nitel Aşamada Uygulanan Yöntem ve Süreç	43
3.2.1 Nitel Araştırmanın Modeli ve Metodolojik Arka Planı	44
3.2.2 Nitel Araştırmanın Örneklemi	44
3.2.3 İşlem.....	45
3.2.4 Verilerin Analizi	46
3.2.5 Nitel Araştırmalarda Refleksivite	46
BÖLÜM 4.....	48
4. BULGULAR.....	48
4.1 Nicel Çalışma Veri Analizi.....	48

4.1.1 Psikometrik ve Betimleyici Analizler	48
4.1.1.1 Veri Toplama Araçlarının İç Tutarlılık Katsayıları.....	48
4.1.1.2 Katılımcıların Demografik ve Hastalık Süreçleri Özellikleri	50
4.1.2 Sosyodemografik Özellikler, Katılımcıların Hastalık Verileri ve Araştırma Değişkenlerine Göre Grupların Karşılaştırılması	53
4.1.3 Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler	62
4.1.4 Araştırma Hipotezinin Test Edilmesine Dair Yol Analizi Bulguları..	64
4.2 Nitel Çalışma Verilerinin Bulguları.....	67
4.2.1 Ana Tema 1: Tanıdan Sonra Hastalık Kimliği	68
4.2.2 Ana Tema 2: Psikososyal Uyum Ve Zorluklar	71
4.2.3 Ana Tema 3: Sağlık Sistemi İçinde T1D Tanılı Olmak.....	74
BÖLÜM 5.....	77
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	77
5.1 Nicel Analiz Bulgularının Tartışılması.....	78
5.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Süreçlerinin Değerlendirilmesi.....	78
5.1.2 Araştırma Değişkenlerinin Gruplar Arası Karşılaştırma Bulgularının Değerlendirilmesi.....	82
5.1.3 Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler ve Yol Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi.....	84
5.1.4 Yol Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi.....	86
5.2 Sonuç ve Öneriler	91
5.3 Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	95
5.4 Nitel Analiz Bulgularının Değerlendirilmesi	97
5.5 Sonuç ve Öneriler	100
5.6 Kısıtlılıklar ve İleri Araştırmalar için Öneriler.....	102
5.7 Araştırmanın Nicel ve Nitel Bulgularının Bir Arada Değerlendirilmesi..	103
KAYNAKÇA	108
EKLER.....	130
EK-A BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	130
EK-B SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİ FORMU	132
EK-C KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ	135
EK-D STRESLİ DURUMLARLA BAŞA ÇIKMA ENVANTERİ 21-KISA FORM	137
EK-E DUYGU DÜZENLEME ANKETİ.....	139
EK-F KISA SEMPTOM ENVANTERİ	140
EK-G KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ	142

ÖZGEÇMİŞ.....	144
----------------------	------------

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1 Nicel veri toplama araçlarının güvenilirlik bilgileri.....	49
Tablo 4.2 Nicel veri toplama araçlarının ortalama puan, standart sapma ve normal dağılım değerleri	50
Tablo 4.3 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	51
Tablo 4.4 Katılımcıların klinik özellikleri.....	52
Tablo 4.4 (devamı) Katılımcıların klinik özellikleri	53
Tablo 4.5 Cinsiyet değişkenine göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları	54
Tablo 4.6 Medeni duruma göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları	55
Tablo 4.7 Eğitim seviyesine göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları	56
Tablo 4.8 Yeti yitimi düzeyine göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları	57
Tablo 4.9 Katılımcıların ait hissettikleri gelir seviyesi grubuna göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları	58
Tablo 4.9 (devamı) Katılımcıların ait hissettikleri gelir seviyesi grubuna göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları.....	59
Tablo 4.10 Katılımcıların hastalıklarına göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları....	60
Tablo 4.11 Çalışma durumuna göre KY YA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları.....	61

Tablo 4.11 (devamı) Çalışma durumuna göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları....	62
Tablo 4.12 Araştırma değişkenlerinin birbirleri ile ilişkilerini gösteren korelasyon tablosu	63
Tablo 4.13 Araştırma modeli yol analizi bulguları.....	66
Tablo 4.13 (devamı) Araştırma modeli yol analizi bulguları	67
Tablo 4.15 Analizden elde edilen üst ve alt temalar.....	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 Kavramsal çerçeve	35
Şekil 4.2 Yeti yitimi ve eş tanı kontrol edildikten sonra hastalık temsilleri ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon arasındaki ilişkide başa çıkma ve duygu düzenlemenin aracı rolünün incelendiği yol analizine dair beta katsayıları	65

KISALTMALAR LİSTESİ

ADA: American Diabetes Association

DDA: Duygu Düzenleme Anketi

DM: Diyabet

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HT: Hipertansiyon

IDF: International Diabetes Federation

KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu

KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu

KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu

KSE: Kısa Semptom Envanteri

KSHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi

ÖDM: Öz Düzenleyici Model

SDBÇE- 21: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- 21

T1D: Tip 1 diyabet

T2D: Tip 2 diyabet

YFA: Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre kronik hastalıklar sebebi ile her yıl 41 milyon insan hayatını kaybetmektedir. Bu rakam dünyadaki tüm ölümlerin %71'ine denk gelmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (DSÖ, 2019). Kronik hastalıklar alan yazında çoğunlukla “Bulaşıcı olmayan hastalıklar” (BOH) olarak tanımlanmaktadır. Dünya genelinde BOH'lar halen sakatlıklara ve ölümlere sebep olma açısından ilk sırada yer aldığı için en önemli sağlık problemlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

DSÖ, ölüm oranı ve yaygınlığına göre BOH'ları dört ana kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler, kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet şeklinde sıralanmıştır. BOH'lara bağlı ölümlerin en önde gelen sebebi kalp ve damar hastalıklarıdır ve dünya genelinde 2018 yılında kalp damar hastalıklarından dolayı 17.9 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu hastalık grubu tüm BOH'lara bağlı ölümlerinin %44'ünü ve dünya çapında ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır. Kalp ve damar hastalıklarının ardından BOH'lara bağlı ölümlerde ikinci sırada kanserler yer almaktadır. Kanserler sebebiyle 2018 yılında 9 milyon insan hayatını kaybetmiş ve tüm BOH'lara bağlı ölümlerinin %9'unu, tüm dünya genelinde ölümlerin %16'sını kanserlere bağlı ölümlerin oluşturduğu görülmüştür. Kronik solunum yolu hastalıkları kanserlerin ardından üçüncü sırada yer almaktadır. Bu hastalık grubu 3.8 milyon ölüme sebep olmuş, tüm dünya geneli ölümlerin %7'sini kronik solunum yolu hastalıklarının oluşturduğu bildirilmiştir. Dört ana BOH kategorisinden son olarak 4. sırada ise diyabet gelmektedir. Diyabet sebebiyle 2018 yılında 1.6 milyon ölüm görülmüş ve tüm BOH'lara bağlı ölümlerin %4'ü ve dünya geneli ölümlerin %3'ünün diyabet sebebi ile gerçekleştiği tespit edilmiştir (DSÖ, 2019).

Dünya genelindeki verilerle benzer bir biçimde ülkemizde de ölümlerin %87,5'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Türkiye'de bu dört ana bulaşıcı olmayan hastalıktan herhangi biri nedeniyle erken (70 yaşından önce) ölüm olasılığı altıda birdir (%16,8). 2017 yılında DSÖ tarafından yayınlanan BOH'ların yaygınlığını içeren raporda Türkiye'de BOH'lardan 392.000 kişinin hayatını kaybettiği ve tüm ölümlerin %88'inin BOH'lardan kaynaklandığı, ayrıca BOH sebebiyle erken ölüm oranının %17 olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmanın örneklemini, yukarıda bahsedilen dört ana bulaşıcı olmayan hastalık grubundan diyabet (DM) ve hipertansiyon (HT) tanısı almış kişiler oluşturmaktadır. DM ve HT tanısı, kişilerin günlük yaşam düzenlerinde ciddi değişikliklere yol açarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu hastalıklar tıbbi tedaviye ek olarak düzenli egzersiz, kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, rutin tıbbi kontrol ve takip gibi çeşitli yaşam tarzı değişiklikleri ile kontrol altına alınabilmektedir. Bahsi geçen sağlık davranışlarının geliştirilip hastalığa uyum gösterilmesi kişiye özgü ve pek çok faktörden etkilenen bir süreçtir. Hastalığa uyumda, benzer özelliklere sahip kişilerin dahi farklı düzeylerde uyum gösterdikleri bildirilmiştir (Smedema, Bakken-Gillen, ve Dalton, 2009). Bir kronik hastalık tanısı sonrası kişinin duruma verdiği tepki, gösterdiği uyum ve hastalıkla nasıl başa çıktığı kişisel, kültürel, ekonomik, sağlık sistemi, tedavi prosedürü, bir başka hastalığın varlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Kalogiani, 2011).

Öte yandan fiziksel kronik hastalıkların varlığı, ruh sağlığı problemleri açısından da risk oluşturmaktadır. Hastalıkla birlikte gelen yeti yitimi, hastalık düzenine uyum sağlama gibi faktörler kişileri farklı ruh sağlığı problemlerine açık hale getirebilir. Konu ile ilgili araştırma bulguları diyabet, kanser, kalp damar hastalıkları, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok kronik hastalık grubunda ruh sağlığı sorunlarının eş tanımlı olarak varlığına işaret etmektedir (Akın ve Durna 2006; Bahar, Sertbaş ve ark. 2006; Balcıoğlu ve ark. 2000; Blumenthal, Babyak ve ark., 2012; Çam ve Saka 2006; Gallagher, O'Regan ve ark., 2012; Sukan 2005; Özdemir ve Taşçı, 2013; Yeşilbalkan, Akyol ve ark. 2005). Fiziksel hastalıklara eş tanımlı bir psikiyatrik bozukluk olması kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğini bozarak hastalığa uyum ve hastalık seyrini olumsuz etkileyebilir (Arıcı, 2018). Dolayısı ile ruh sağlığı bozuklukları konusunda da bir risk grubu olan kronik hastalık sahibi kişilerin, psikolojik ve fiziksel iyilik halinin devamını sağlayabilecek duygusal, davranışsal ve bilişsel mekanizmaların anlaşılması oldukça önemlidir. Kişilerin hastalık ve sağlık

durumlarına verdikleri karmaşık tepkileri tek bir bakış açısı ile incelemek mümkün olmasa da, ilgili literatürde bu tepkileri inceleyen modellerden biri Leventhal, Meyer ve Nerenz (1980) tarafından geliştirilen Öz Düzenleyici Model'dir (ÖDM). ÖDM hastalık deneyiminin temeline "hastalık temsilleri" kavramını alır. Hastalık temsilleri, kişinin hastalığının süresine, sonuçlarına, nedenlerine ve kontrol edilebilirliğine dair bilişsel ve duygusal değerlendirmelerini içerir. Kişilerin hastalıklarına dair tehdit algısı arttıkça, olumsuz fiziksel ve ruh sağlığı sonuçları da artacaktır, dolayısı ile hastalık temsilleri hastalığın duygusal ve fiziksel sonuçlarını yordamada önemli bir değişkendir (Hagger, Koch, Orbell ve Chatzisarantis, 2017). Ayrıca, modelin bir diğer temel varsayımı hastalık temsillerinin sağlık sonuçlarını etkilediği ve bu etkide başa çıkma stratejilerinin aracı rolü olduğudur (Diefenbach ve Leventhal, 1996). İlgili alan yazında, hastalık temsillerinin hangi mekanizmalar üzerinden fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarını etkilediğinin araştırılması önemli bulunmuştur (Hagger ve Orbell, 2022). ÖDM'nin temel varsayımı ve ÖDM çerçevesinde hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, hastalık temsillerinin başa çıkma (Hagger ve Orbell, 2022; Leventhal ve Diefenbach, 1996) ve duygu düzenleme (Cameron ve Leventhal, 2003; Cameron ve Jago, 2008; Leventhal, 1970) üzerinden sağlık sonuçlarını etkileyebileceği görülmektedir. ÖDM'nin kuramsal zemini, hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkide başa çıkma ve duygu düzenlemenin potansiyel aracı etkisini sınama için uygun bir alan yaratmaktadır (Cameron ve Jago, 2008; Karademas, 2020).

Özetle, gerek dünya genelinde, gerekse ülkemizde pek çok kişinin günlük yaşantısı ve hayat kalitesini doğrudan etkileyen kronik hastalık yaşantılarının daha detaylı olarak araştırılması, bu hastalıklarla daha etkin başa çıkılması ve tanı alan kişilerin iyilik halinin sürdürülmesi açısından önemlidir. İlgili literatürde son yıllarda bu alanda yapılan çalışmaların arttığı, ülkemizde de farklı kronik hastalık gruplarında bu konunun çalışıldığı görülmektedir. Bu çalışmada, ÖDM çerçevesinde DM ve HT tanısını almış olan kişilerin olumsuz ruh sağlığı sonuçları başa çıkma mekanizmaları ve duygu düzenlemenin aracı rolü test edilecektir. Araştırma nicel ve nitel yöntemleri içeren iki kısımdan oluşmaktadır. Nicel verilerin değerlendirildiği aşamada, öncelikle hastalık temsillerinin depresyon, anksiyete ve somatizasyon ile olan ilişkisi ve bu ilişkide bastırma, yeniden değerlendirme, kaçınmacı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve çözüm odaklı başa çıkmanın aracı rolünü öneren model yol analizi ile test edilmiştir. Nitel verilerin değerlendirildiği ikinci aşamada ise Yorumlayıcı

Fenomenolojik Analiz uygulanmıştır. Nitel analiz aşamasında, kronik hastalık tanılı kişilerin hastalık deneyimlerinde nicel yöntemlerle ulaşılamayacak verilerin elde edilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın, kronik hastalık deneyiminde sağlık sonuçlarını etkileyebilecek faktörleri ve bu faktörlerin rolünü nicel ve nitel bulgularla bir arada değerlendirerek alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan araştırmalarda DM ve HT tanılı gruplarda hastalık temsillerinin farklı sonuç değişkenleri ile incelendiği ancak bu ilişkide potansiyel aracı mekanizmaların araştırma modelinde yer almadığı görülmüştür. Ek olarak, bu araştırmada aracı etkisi sınanacak olan başa çıkma ve duygu düzenleme farklı psikopatolojilerin gelişimine etki eden tanılar üstü (transdiagnostic) yapılar olarak değerlendirilmektedir (Aldao ve Nolan -Hoaksema, 2010; Elhai, Yang ve Montag, 2019). Bu yapıların hastalık tanısı almış bir katılımcı grubu ile hastalık bağlamında sınanacak olmasının alan yazına katkı sunacağı düşünülmektedir. Son olarak, ÖDM' nin güçlü bir yanı, her ikisi de kültürel inanç sistemleri tarafından şekillendirilen hastalıklar ve tedaviler hakkında sağduyusal (common sense) inançlara dayanmasıdır (Cameron, Fleszar-Pavlović ve Khachikian, 2020; Cameron, Durazo ve Rus, 2016). Bu yanı ile ÖDM kültüre duyarlı özellikleri de barındırmakta olup yurtdışında bu alanda yapılmış çalışmalar ile mevcut araştırmanın bulgularını kültürel özellikler kapsamında da kıyaslamaya olanak sağlayacaktır.

BÖLÜM 2

2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR

Bu araştırmada, kronik bir hastalığa sahip olma deneyimi diyabet (DM) ve hipertansiyon (HT) tanılı kişilerle, Öz Düzenleyici Model (ÖDM) çerçevesinde incelenecek, hastalık temsilleri ile olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkide duygu düzenleme ve başa çıkma becerilerinin aracı rolü test edilecektir. Ek olarak, hastalık deneyiminin daha derinlemesine incelenebilmesi için kronik hastalık tanılı kişilerle görüşmeler yapılacak ve bu görüşmeler nitel yöntemlerle analiz edilecektir. Bu doğrultuda, literatür kısmında öncelikle kronik hastalık sahibi olmanın psikososyal boyutlarına ve sağlık psikolojisi kuramları ve araştırmalarındaki yerine değinilecektir. Ardından, araştırmanın amacı doğrultusunda seçilmiş kronik hastalık grupları olan DM ve HT hastalıklarına dair bilgiler sunulacaktır. Sonrasında, ÖDM kapsamında araştırmanın temel değişkenleri ile bu değişkenlerin birbirleri ile ilişkisini araştıran çalışmalardan örnekler aktarılacaktır. Son olarak bu bölümde, araştırmanın amacı ve kavramsal çerçevesi paylaşılacaktır.

2.1 Kronik Fiziksel Hastalıkların Psikososyal Değişkenler Açışından İncelenmesi

DSÖ'nün (2011) tanımına göre, kronik hastalıklar, ağır seyreden, üç ay ve daha uzun süreli, birden fazla sebebe bağlı, tanı alan kişilerin yaşam kalitesini etkileyen ve dolayısı ile kişinin günlük yaşantısını kısıtlayan durumlardır. Kronik hastalıklar tıbbi olarak tedavisi mümkün olmasına ya da kontrol altına alınabilmesine rağmen, tanı alan kişilerin hastalık süreçlerinde iyilik hallerinin devam edebilmesi için uygulanan tedavi protokollerine sıkı ve disiplinli bir biçimde bağlı kalması gerekmektedir. Bir başka deyişle, tanı alan kişiler, yaşamlarını hastalıkla birlikte ortaya çıkan sağlık koşulları çerçevesinde düzenlemek durumunda kalmakta, bu kişilerin günlük yaşamlarında

kritik değişimler meydana gelmektedir. Geleneksel biyomedikal model perspektifinden kronik hastalıkları anlamlandırmak, semptomun iyileştirilmesi üzerinden temellenirken, hastalık davranışı ile kişinin hastalığa bağlı acı ve şikayetleri arasında birebir uyumun görülmemesi, bu durumlara bir biyomedikal modelin uygulanmasının yetersiz kalacağını göstermektedir (Şen, 2019). Alternatif olarak geleneksel biyomedikal bakış açısının içerdiği faktörlere ek, hastalıkların psikososyal dinamiklerine odaklanmanın tedavi sonuçlarını ve iyilik halini artırdığı görülmektedir (Stewart, 2001). Biyopsikososyal bakış açısı, kişinin hastalık yaşantısını değerlendirirken, hikayesini, inançlarını, aile öyküsünü, sosyoekonomik durumunu, eğitimini, ilgi ve meraklarını, ilişkilerini, yaşam koşullarını göz önünde bulundurarak biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarını bir arada ele alır, gerekli bakım ve tedaviyi bu bakış açısı çerçevesinde önerir. Bu bakış açısının tarihsel gelişimine bakıldığında Antik Yunan döneminde dahi, tıp eğitim içeriklerinde biyomedikal ve biyopsikososyal bakış açılarının izlerine rastlamak mümkündür (Korucu, Söylemez ve Oksay, 2021).

Biyopsikososyal model, George Engel tarafından 1977 yılında kavramsallaştırılmıştır. Engel'e göre (1978) hastalıklar kişilerin yaşam güdülerine, inançlarına, yaşadıkları çevresel faktörlere göre şekillenir ve tıbbi yardım için başvuruda bulunan bir kişinin problemlerini en etkin şekilde değerlendirmek ve yanıt verebilmek, kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal durumunu bir arada ele almakla mümkündür. Engel, hastaların ızdıraplarını anlamak, onlara yeterli yanıt vermek -ve anlaşıldıklarını hissettirmek- için sağlık personellerinin hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları ile aynı anda ilgilenmeleri gerektiğine inanmıştır. Engel'in yaklaşımı 20. yüzyılın ortalarından bu yana sanayileşmiş toplumlarda hakim olan biyomedikal modele bütüncül bir alternatif sunmuş ve model 'biyopsikososyal model' ismi ile kavramsallaştırılmıştır (Engel, 1977). Engel, modelini, bilimin analitik ve indirgemeci bir perspektiften daha bağlamsal ve disiplinler arası bir çabaya evrildiği bir dönemde formüle etmiştir (Minuchin, Rosman ve Baker, 1978). Engel'e göre, biyomedikal bakış açısı ana akım tıpta önemli gelişmeleri teşvik etmekte, ilerlemeleri etkin bir biçimde desteklemektedir. Ancak Engel, klinisyenlerin hastaları nesnel olarak görmelerine ortam hazırlayan, hastaların öznel deneyimlerinin bilimsel araştırma ve uygulama konusu olamayacağını savunan bakış açısını eleştirmiş ve odağını dar bulmuştur (Borrell-Carrió, Suchman ve Epstein, 2004) Engel fikirlerini yalnızca bir bilimsel öneri olarak değil, tıbbın hastaları nesne olarak gören bakış açısını tersine çevirmeye çalışan bir ideoloji olarak savunmuştur. Model, tıp uygulamalarına

daha fazla empati ve şefkat getirmek isteyen tıp çevrelerinde büyük yankı uyandırmıştır. Engel'in biyomedikal bakış açısına getirdiği eleştiriler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Borrell-Carrió, Suchman ve Epstein, 2004)

- Biyokimyasal bir değişiklik doğrudan bir hastalığa dönüşmez. Hastalığın ortaya çıkması, moleküler, bireysel ve sosyal düzeydekiler de dahil olmak üzere çeşitli nedensel faktörlerin etkileşiminden kaynaklanır. Tersine, psikolojik değişiklikler, belirli koşullar altında, zaman zaman biyokimyasal bağıntılar da dahil olmak üzere sağlık sorunları oluşturan hastalıklar olarak ortaya çıkabilir.
- Biyolojik bir dengesizliğin varlığı, semptomların hasta için anlamını tam olarak açıklayamaz, klinisyenin hastadan bilgi almak ve bu bilgileri etkin bir şekilde işlemek için sahip olması gereken tutum ve becerileri de ortaya çıkarmaz.
- Psikososyal değişkenler, hastalığa biyomedikal bakış açısının yüklediğinden daha önemli duyarlılık, şiddet ve hastalık seyri belirleyicileridir.
- Hasta rolü mutlaka biyolojik bir problemin varlığıyla ilişkili değildir.
- Biyolojik tedavilerin çoğunun başarısı psikososyal faktörlerden etkilenir, örneğin plasebo etkisi
- Hasta-hekim ilişkisi, sadece uygulanan tedaviye uyum üzerindeki etkisi nedeniyle bile tıbbi sonuçları etkiler.
- Bilimsel araştırmalarda cansız deneklerden farklı olarak, hastalar, üzerinde çalışılma biçiminden ciddi biçimde etkilenir ve çalışmayı yürüten bilim insanları da çalışma grubundaki hastalardan etkilenir.

Yukarıda detaylandırıldığı üzere, kronik hastalık deneyimlerinin psikososyal değişkenlerle birlikte ele alınarak araştırılması son derece önemlidir. Bu çalışmada DM ve HT tanılı kişilerin kronik hastalık yaşantıları biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirilecektir.

2.2 Diyabet

Diyabet, pankreasın yeterli düzeyde insülin hormonu üretememesi ya da üretilen insülinin vücut tarafından etkin bir biçimde kullanılamaması sebebi ile organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yararlanamadığı, sürekli tıbbi yardım ve bakım ihtiyacı doğuran kronik bir metabolizma hastalığıdır (DSÖ, 2011). İnsülinin

üretilememesi ya da etkin bir biçimde kullanılamaması kandaki şeker miktarının yükselmesine yol açar. Bu durum uzun vadede vücuttaki çeşitli doku ve organların zarar görmesine, zaman içerisinde koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları gibi makrovasküler sorunların daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına ve daha agresif seyretmesine de yol açabilir (DSÖ, 2004). Farklı diyabet türlerinde metabolik kontrolün yeterince sağlanması ile bu komplikasyonların önlenilebileceği veya geciktirilebileceği kanıtlanmıştır (Nathan, Genuth, Lachin, Cleary, Crofford ve Davis, 1993). Çok su içme, çok sık idrara çıkma, aşırı yemek yeme, kilo alımı/ kilo kaybı gibi durumlar diyabetin temel semptomları arasında yer almaktadır. Ayrıca hastalığa bağlı olarak gelişen nöropati (belirli organlarda yanma, kaşıntı, uyuşma, karıncalanma), görme bozuklukları ve ani böbrek yetmezliği gibi durumlar da görülebilmektedir (Erem, Hacıhasanoğlu, Celik, Ovalı, Ersöz, Ukinç ve ark., 2005).

2.2.1 Epidemiyolojisi

Diyabet, içinde bulunduğumuz zamanın en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak görülmekte olup görülme sıklığı tüm dünyada hızlı bir şekilde artış göstermektedir (DSÖ, 2016). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) güncel kaynaklarda 2021 yılı için 20-79 yaş grubu arasında 536 milyon kişinin diyabet tanılı olduğunu (%10.5) bildirmektedir. Dünyada, yaklaşık 240 milyon kişi ise henüz teşhis edilmemiş (underdiagnosed) diyabetle yaşamaktadır, bir başka deyişle diyabet hastası her iki yetişkinden birisi hastalığının farkında değildir.

Etkisi bölgeye göre değişse de, diyabet dünya genelinde en yaygın ölüm nedenlerinden birisidir. COVID 19 pandemisi ile ilişkili ölüm oranları hariç tutulduğunda, 2021 yılında 20-79 yaş arası yaklaşık 6,7 milyon yetişkinin diyabet veya komplikasyonları nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bu rakam, bu yaş grubunda tüm nedenlerden kaynaklanan dünya geneli ölümlerin %12,2'sine karşılık gelmektedir. (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2021). Uluslararası Diyabet Federasyonu 2021 raporuna göre, günümüzde Türkiye %14,5 diyabet prevalansı ile Avrupa bölgesinin en yüksek diyabet görülme sıklığına sahip ülkesidir ve 9 milyon erişkin diyabetli sayısı ile bölgede birinci sırada yer almaktadır. Dünya verileri ile benzer olarak ülkemizde de diyabet farkındalığı düşük düzeydedir. Diyabetlilerin yaklaşık yarısının (%45) hastalığın farkında olmadığı, diyabet farkındalığı konusunda ciddi bir sorun olduğu bildirilmektedir (Satman, Omer, Tutuncu, Kalaca, Gedik ve Dinccag, 2013.).

2.2.2 Diyabet Tipleri

Diyabet için kabul gören geniş kapsamlı ilk sınıflama 1980’de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanmıştır ve 1985 yılında da yenilenmiştir.

Diyabet 4 alt tipte görülebilir (Amerikan Diyabet Birliği, 2017):

1. Tip 1 Diyabet
2. Tip 2 Diyabet
3. Gestasyonel Diyabet (GDM) (Bu tip diyabette tanı gebelik sırasında konur)
4. Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet tipleri (Pankreası etkileyen çeşitli faktörler sonucu kan şekerinin yükselmesiyle oluşmaktadır)

2.2.2.1 Tip 1 Diyabet (T1D)

“İnsüline bağımlı diyabet”, “Juvenil diyabet”, “Çocukluk çağında başlayan diyabet” gibi isimlerle de bilinen tip 1 diyabette pankreas beta hücrelerinin çoğunlukla otoimmün hasarına bağlı olarak mutlak insülin eksikliği vardır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Programı Kılavuzu, 2014). Diyabet hastalarının %5-10’u tip 1 diyabetlidir ve tip 1 diyabet tanılı kişilerin sayısı gittikçe artmaktadır. (Amerikan Diyabet Birliği, 2014)

2021 yılı itibari ile tüm dünyada 1, 2 milyon çocuk ve ergenin tip 1 diyabet tanısına sahip olduğu bildirilmiştir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2021). Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Programı Kılavuzu’na (2014) göre Tip 1 diyabette beta hücre hasarı oldukça değişken olduğundan hastalar erken çocukluk döneminde diyabetin akut ve hayatı tehdit eden komplikasyonlarından biri olan diyabetik ketoasidoz (DKA) ile ilk tanısını alabilir. Tip 1 diyabette tedavi, mutlak insülin eksikliği olduğundan temel olarak dışarıdan verilen insülinle eksik olan insülinin telafi edilmesine dayalıdır. İnsülin tedavisi öncesinde öldürücü hastalıklar kategorisinde yer alan tip 1 diyabet, bu tedavi yönteminin uygulanmaya başlaması ile kronik hastalıklar grubuna dahil edilmiştir. Tip 1 diyabet tanısı bulunan kişiler, insülin tedavisi, düzenli ve rutin takip, sağlıklı beslenme düzeni, düzenli fiziksel aktivite gibi gerekli yaşam değişikliği düzenlemeleri ile birlikte sağlıklı bir biçimde yaşamlarını sürdürebilirler.

2.2.2.2 Tip 2 Diyabet (T2D)

“İnsüline bağımlı olmayan diyabet”, “Erişkin diyabet” veya “Tip 2 diyabet” olarak da bilinen tip 2 diyabet, tüm diyabet vakalarının %90’ından fazlasını oluşturmakta olup en sık görülen diyabet türüdür (Amerikan Diyabet Birliği, 2014).

Türkiye Diyabet Vakfı Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi'ne (2021) göre tip 2 diyabet hastaları tanı öncesinde, yaklaşık 5 ila 10 yıl arasında süren bir prediyabet dönemi geçirmektedir. Bu dönemde kan şekeri normal değerinden yüksek ancak diyabet tanı sınırından da düşüktür. Bu dönem halk arasında “gizli şeker” olarak bilinmektedir ve semptom görülmez.

Tip 2 diyabet, obezite ve fiziksel hareketsizliğe bağlı olarak genellikle daha sık görülmektedir. Hastalığın temelinde, bu hastalığa genetik yatkınlığı olan kişilerde yaşam tarzı ile tetiklenen ve giderek artan insülin direnci ve zamanla azalan insülin salınımı görülür. Tüm dünyada toplumun %5-10'u tip 2 diyabetlidir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, <http://www.idf.org/diabetesatlas>) Tip 2 diyabet, genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkar ve yaşlanma ile görülme sıklığı artmaktadır. Bununla birlikte, son yıllarda hareketsiz yaşam tarzı, günlük aktivitelerde görülen değişiklikler ve yükselen obezite görülme sıklığı gibi faktörler sebebi ile çocuk ve ergen gruplarda da tip 2 diyabet sıklığı artmaktadır. Amerikan Diyabet Birliği (2014) tip 2 diyabet risk faktörlerini aşağıdaki gibi bildirmektedir:

40 yaş üzerinde olup aşağıdaki durumlardan bir ya da birkaçına sahip olan kişiler diyabet açısından risklidir.

- Ailede diyabet öyküsünün varlığı
- Yüksek riskli etnik grup mensubu olmak
- Prediyabet
- Hipertansiyon tanısına sahip olmak
- HDL kolesterol 250 mg/dL görülmesi
- Kardiyovasküler hastalık tanısının varlığı
- Fazla kilolu veya obezite tanısı almış olmak
- Polikistik over sendromu (PCOS)
- Gestasyonel diyabet hikayesinin varlığı
- 4 kilonun üzerinde bebek doğurma öyküsü
- İnsülin direnci ile ilişkili durumlar
- Şizofreni
- Bazı atipik antipsikotik ve antidepresan ilaçların kullanımı
- Fiziksel hareketsizlik
- Solid organ (özellikle böbrek) transplantasyonu yapılmış olan kişiler

2.2.3 Diyabet Komplikasyonları

Tip 2 diyabet tanılı kişilerde, özellikle koroner arter hastalığı (KAH) olmak üzere makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyon geliştirme riski diyabetik olmayan kişilere oranla 2- 4 kat daha yüksek bulunmuştur (Beulens, Rutters, Ryden, Schnell, Mellbin ve ark., 2019). Diyabet komplikasyonları akut ve kronik komplikasyonlar olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır (Amerikan Diyabet Birliği, 2014)

Akut komplikasyonlar:

- Hipoglisemi
- Diyabetik ketoasidoz
- Hiperosmolar hiperglisemik durum

Kronik komplikasyonlar:

- Kardiyovasküler komplikasyonlar
- Serebrovasküler komplikasyonlar
- Periferik vasküler komplikasyonlar
- Diyabetik retinopati
- Diyabetik nefropati
- Diyabetik nöropati
- Diyabetik ayak

2.3 Hipertansiyon

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2022) hipertansiyonu “Tekrarlanan ofis ölçümlerinde arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg’den daha yüksek olması” olarak tanımlamaktadır. Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile kendini gösteren, sistemik bir hastalık olup ciddi komplikasyon için risk oluşturması ve toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle ciddi bir sağlık problemi olarak değerlendirilmektedir. Tedavi edilmeyen ya da kontrol altına alınmayan hipertansiyonun, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırdığı bildirilmiştir (TEMĐ Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı olarak ölüm oranı, kan basıncı yüksekliği ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık %80-90’ını oluşturan primer (esansiyel) hipertansiyon, kesin mekanizması

bilinmeyen, herhangi bir ikincil hastalığa bağlı oluşmamış, sistemik arteriyel kan basıncının sürekli yüksekliğidir. Kan basıncı değerlerinin normal sınırlarda kontrol edilmesi halinde, hipertansiyon tanılı kişiler bahsi geçen bu hastalıklardan korunabilirler (Onat ve Can, 2017). Bir başka deyişle, hipertansiyon tanısının ve tedavisinin amacı kalp, beyin, damar ve böbrek hastalıkları riskini ve eşlik eden morbidite ile ölüm oranını azaltmaktır. Bu nedenle, yüksek riske sahip grupların tespit edilmesi, bu grupların takip ve tedavi usullerinin belirlenmesi için sürekli güncellenen kılavuzların rehberliğinde yetişkinler için kan basıncı sınıflamaları yapılmaktadır (Satman ve ark., 2011).

Diyabet ile benzer bir biçimde, hipertansiyon tanısı ile ilgili bir diğer önemli özellik, özellikle erken evrelerde hipertansiyon semptomlarının nadiren görülmesi ve dolayısı ile birçok kişinin erken evrelerde tanı almasının mümkün olmamasıdır. Nefes darlığı, göğüste ağrı, sersemlik hissi, baş ağrısı, kalp çarpıntısı, burun kanaması gibi belirtiler görülmesine karşın bu belirtiler doğrudan hipertansiyonu düşündürmeyebilir (DSÖ, 2013).

2.3.1 Epidemiyolojisi ve Sınıflandırılması

Hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte artmakta ve obezite, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivitenin azlığı ve diyabet gibi risk faktörleriyle hipertansiyon gelişimi arasında ilişki olduğu bilinmektedir (TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022) Yaşla birlikte artan görülme sıklığının yanında hipertansiyon komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranları da artmaktadır; yirmi yaş altı bireylerde primer hipertansiyon daha seyrek görülmekte ve genç bireylerde kan basıncı yüksekliğinde, sekonder nedenlerin sıklığının arttığı bildirilmiştir. Hipertansiyon sıklığı aynı zamanda ırk ve coğrafyaya göre de değişim göstermektedir (TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Amerika Birleşik Devletleri ve pek çok Avrupa ülkesinde yetişkin nüfusun hipertansiyon tan oranının %25-30 olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de konu ile ilgili yürütülen farklı araştırmalarda, yetişkin nüfusta hipertansiyon prevalansının %36.5 (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği), %33 (Türk Kardiyoloji Derneği) ve %30.3 (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği) arasında değişmekte olduğu görülmüştür. Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışmasıdır. Yürütülen bu araştırmada, hipertansiyon prevalansının %33.7 olduğu, yaşın artması ile birlikte prevalansın arttığı belirlenmiştir. Ülkemizde

hipertansiyonun görülme sıklığı, genel dağılımı, hipertansiyon farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda en güncel ve detaylı verilere ulaşmak için gerçekleştirilen bir diğer geniş kapsamlı araştırma da Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasıdır (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey, PatenT). Çalışmada yetişkin nüfusta hipertansiyon prevalansı %31.8 olarak bulunmuştur. Görülme oranı kadınlarda %36.1 iken, erkeklerde %27.7 olarak bildirilmiştir. Ayrıca, hipertansiyon tanılı kişilerin yalnızca %40.7'sinin hastalıklarının farkında olduğu görülmüştür (Onat ve Can, 2017).

Hipertansiyon etiyojisine göre Esansiyel (Primer) ve Sekonder hipertansiyon olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Vakaların yaklaşık % 80-90'ını esansiyel hipertansiyon vakalarının oluşturduğu bildirilmiştir (Chan ve ark., 1998). Genellikle orta yaşta görülmektedir (Öztürk, 2011). Hastalığın mekanizması tam olarak aydınlatılmış olmamakla birlikte genetik ve çevresel faktörler hastalığın oluşmasında etkilidir. Hipertansiyonun ortaya çıkmasında etkili olan birden fazla genin varlığı bildirilmiştir (Chan ve ark., 1998). Esansiyel hipertansiyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlayan faktörlerden bazıları genetik yatkınlık, sempatik aktivitenin artması, sodyum tutulumunu arttıran hormonların fazla üretimi, vazokonstriksiyon, uzun süreli-yüksek miktarda sodyum, düşük miktarda potasyum ve kalsiyum alımı, diyabet, insülin direnci, obezite ve vasküler büyüme faktörleri gibi durumlardır (TEMD Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2017). Sekonder hipertansiyon ise, hipertansiyonun bilinen nedenleri dışında bir nedene bağlı olarak ortaya çıkması olup vakaların yaklaşık %10'unu ise ikincil nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan sekonder hipertansiyon vakaları oluşturduğu saptanmıştır (Öztürk, 2011)

Yukarıda hipertansiyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlayan faktörlerden genel hatları ile bahsedilmiş olup konu daha detaylandırıldığında hipertansiyon gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak iki grupta sınıflandırıldığı görülmektedir (TEMD Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2017). Yaş, cinsiyet, etnik köken, aile öyküsü hipertansiyon için değiştirilemeyen risk faktörlerini oluşturmaktadır. Aile üyelerindeki yüksek kan basıncı diğer üyeler için de yüksek risk faktörü olarak değerlendirilmiş, genetik özelliklerin hipertansiyon gelişimine katkısının yüzde 30- 60 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Egan ve ark., 2010). Cinsiyet açısından ise erkeklerin daha yüksek düzeyde hipertansiyon riski taşıdığı, kadınlarda hamilelik döneminde ve menopoz sonrası dönemde riskin arttığı görülmüştür (Öztürk, 2011).

Değiştirilebilen risk faktörleri ise, beslenme tarzı, sedanter yaşam, obezite/ fazla kilo, psikososyal faktörler, sigara, alkol, diyabet, dislipidemi, obstruktif uyku apnesi, ilaçlar/takviye gıdalar gibi faktörlerdir (TEMD Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Gerekli yaşam tarzı düzenlemeleri ile kontrol altına alınabilecek bu faktörlerin risk grupları açısından göz önünde bulundurulması önemlidir. Değiştirilebilir faktörler hipertansiyonun önlenmesi ve hastalık yönetiminde psikososyal faktörlerin mutlaka değerlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca, hipertansiyon hastalarının yarısının tedavi başlangıcını takiben ilk bir yılda ilaç kullanımını bıraktığı ve hastaların yaklaşık yüzde 10'unun ilaçlarını kullanmayı unuttuğu bildirilmiştir (TEMD Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018). Hipertansiyon farkındalığının düşük olması, hastalığa ve tedaviye dair yanlış bilgilere sahip olunması, herhangi bir belirti olmamasından dolayı hastalığın reddedilmesi, düzenli ilaç kullanımının hastalığın kötüye gittiğine dair bir izlenim oluşturması, ilaç yan etkileri gibi faktörlerin tedaviye uyumu azalttığı ve dolayısı ile hastalığın kontrolünde güçlük yaratabileceği belirtilmiştir (DSÖ, 2013).

2.3.2 Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyonun doğru tedavi edilmediği ya da kontrol altına alınmadığında, hayati organlara zarar vererek inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, demans, böbrek yetmezliği ve körlük gibi ciddi komplikasyonlara neden olabileceği bildirilmiştir (DSÖ, 2014). Komplikasyonların önlenmesi adına, hipertansiyon tanısının etkin bir biçimde konulması, uygun tedavinin uygulanması ve hastalığın kontrol altına alınması son derece önemli bulunmuştur (TEMD, Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu'na göre (2000) hipertansiyona bağlı bazı önemli komplikasyonlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

Kardiyovasküler komplikasyonlar: Hipertansiyon, sol ventrikül miyokard tabakasında sertleşme ve hipertrofi, ateroskleroz, aritmi ve konjestif yetmezliği, artmış talep ile azalmış desteğin bir araya gelmesi sonucu miyokart iskemisine yol açabilmektedir.

Renovasküler komplikasyonlar: Hipertansiyon tanısı almış kişilerde, renal disfonksiyon, nefroskleroz ve nefrosklerozun ilerlemesiyle plazma kreatinin seviyelerinde yükselme sonucu böbrek yetersizliği ortaya çıkabilmektedir.

Serebrovasküler Komplikasyonlar: Hipertansiyona bağlı olarak bütün arteriyel damarlarda olduğu gibi beyni besleyen arterlerde de hipertrofi ve yeni damarlanmalar

meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, beyin dokusunun vasküler yapısında ve kanlanmasında bozulma sonucu inme ve geçici iskemik atak gelişimine neden olmaktadır.

Göz Komplikasyonları: Retinopati hipertansiyona bağlı olarak gelişen en ciddi göz komplikasyonudur. Hipertansiyon, retina damarlarının çapında daralma, retina kanamaları, fokal spazmlar eksüda oluşumu, lokal enfarktüsler ve optik fundusta ödem oluşumuna neden olmaktadır.

2.4 Kronik Hastalıklar ve Olumsuz Ruhsal Sağlık Sonuçları

Kronik bir hastalık tanısı almış olmak, kişilerin başa çıkma ve uyum kapasitesini zorlayan temel bir stres faktörüdür; bu tanıyı almış olmanın beraberinde getirdiği bir takım yeni durumlar ve rutinler (tedaviler, beslenme, ilaçlar, bedensel değişiklikler, ağrı, kişiler arası ilişkilerde bozulmalar, bakım ve sosyal destek ihtiyacı vs.) kişiyi alışkın olduğu hayat düzeninden koparıp başka günlük pratiklere uyum sağlamaya itebilir. Bu sebeple, kronik hastalıkların yönetimi, fizyolojik problemlerin yönetiminin yanı sıra psikososyal adaptasyon süreçlerinin yönetimini de içermektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010).

Yapılan araştırmalara göre, (Akın ve Durna 2006; Bahar, Sertbaş ve ark. 2006; Balcıoğlu ve ark. 2000; Blumenthal, Babyak ve ark., 2012; Çam ve Saka 2006; Gallagher, O'Regan ve ark., 2012; Sukan 2005; Özdemir ve Taşçı, 2013; Yeşilbalkan, Akyol ve ark. 2005) diyabet, kanser, kalp damar hastalıkları, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok kronik hastalık grubunda psikososyal sorunlar görülmektedir. Kronik hastalık tanısı alan kişilerde ortaya çıkan psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik duyguları, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/ bağımlı olma endişesi, depresif belirtiler görülmektedir (Akdemir, Bostanoğlu ve ark., 2011). Psikososyal sorun görülme bakımından nörolojik bozukluklarda, kalp hastalıklarında, kronik akciğer hastalıklarında, kanserde, sakatlıklar ve artritlerde risk daha yüksek bulunmuştur (Mete 2008). Kömürçüoğlu ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tanısı alan kişilerin 1/ 3'üne depresyon tanısı konulduğu, yatarak tedavi alanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bunun nedeni, başka bir çalışmada KOA tanılı bireylerin ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal

etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşaması ve bu sorunların hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltması olarak gösterilmiştir (Korkmaz ve Tel, 2010). Kanser tanısı alan kişilerin tanı, tedavi, nüks ve palyatif dönemlerde değişik duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirdikleri görülmüştür (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Kanserli bireylerde uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif sendromlar, organik beyin sendromları (deliryum, demans) görülmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu hastalık grubunda, depresyon ve organik beyin sendromları en sık görülen durumlar olarak bildirilmiştir (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar; uyum güçlüğü, davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete, depresyon ve seksüel sorunlardır (Özkan 1993). Yetişkin'in (2008) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada ise kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan grupta kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon riski tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın örneklemini oluşturan DM ve HT tanılı kişiler için de benzer bulgular söz konusudur. Okanovich ve arkadaşlarının (2005) araştırma bulgularına göre, DM tanısı almış kişilerde depresif bozukluk oranı %33 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise, bir diyabet merkezine başvuran hastaların %30.8'inde anksiyete, %51.1'inde ise depresyon bulguları saptanmıştır (Bahar, Sertbaş ve ark., 2006). Bir başka çalışmada ise, diyabet tanısı ile geçirilen süre, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, diyabetik komplikasyonların varlığı, insülin kullanımı, düzenli olmayan metabolik değerlerin hastaların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği, depresif semptomları ve majör depresif bozukluk tanısı alma riskini artırdığı görülmüştür (Güven, 2007). Major depresif bozukluk kardiyak hastalığı olan kişilerde de oldukça sık görülen bir durumdur (Ha ve Wong 2011). Özdemir ve Taşçı'ya göre (2013) kalp hastalıklarından özellikle akut miyokard infarktüsü (MI) psikiyatrik komplikasyonların en sık geliştiği hastalıktır; MI' da akut dönemde hastalar ciddi duygusal zorlanmalar yaşamaktadır. Bu duruma neden olabilecek faktörler makalede ölüm korkusu ve sağlığını ya da yaşam düzenini, amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu olarak değerlendirilmiştir; hastalar günlük hayatlarına yönelik kısıtlamaları ve ne yapamayacaklarını düşünerek kayıp duygusu yaşamakta ve bu durum depresyon riskini artırdığı anlaşılmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan araştırma bulgularının da gösterdiği üzere, kronik fiziksel hastalıkların varlığı, olumsuz ruh sağlığı değişkenlerinin ortaya çıkmasında ciddi bir

risk faktörü olarak yer almaktadır. Dolayısı ile, kronik hastalık yaşantılarını bir psikososyal model çerçevesinde değerlendirmek ve olumsuz sağlık sonuçlarını yordayabilecek diğer faktörleri incelemek, kronik hastalık tanılı kişilerin yaşam kalitesini yükseltebilecek müdahaleleri geliştirmede ve eş tanılı psikolojik bozuklukların önüne geçme konusunda önem taşımaktadır.

2.5 Araştırmanın Teorik Çerçevesi: Öz Düzenleyici Model (ÖDM)

Hastalık yaşantısı ve sağlıklı olma hali kişiden kişiye farklılık gösteren, kişiye özgü dinamikleri olan deneyimlerdir. Bu farklılığı yaratan pek çok faktör bulunmaktadır. Kişiler deneyimleri, bilgileri, hayata dair sahip oldukları değer sistemleri ve ihtiyaçları çerçevesinde hastalıklarını anlamaya ve açıklamaya çalışırlar (Brown ve Byrnie, 1988, Lipowski, 1981). Leventhal, Nerenz ve Steele (1984), bireylerin sağlığını tehdit eden ya da hastalık deneyimlerini anlama ile ilgili çabalara yönelik Öz Düzenleyici Model'i (ÖDM) öne sürmüştür. ÖDM, korkunun sağlık davranışları üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalardan hareketle, bireylerin sağlık tehditlerine verdikleri yanıtların, bu tehditlerle başa çıkmak için alınan önlemlerle nasıl ilişkili olduğunu anlamaya yönelik araştırmaların sonuçlarından ortaya çıkmıştır. ÖDM'nin kuramsal temeli, birçok sağlık modelinin de temelini dayandığı Sağduyu Modeli'ne (Common Sense Model) dayanmaktadır.

ÖDM, bireyleri, sağlıkları ile ilgili herhangi bir problemi anlayabilmek ve anlamlandırmak için hastalıklarına dair zihinsel algılar oluşturan, aktif problem çözücüler olarak değerlendirmektedir (Leventhal ve ark., 1980). Bu modele göre bireyler, somut ve soyut bilgi kaynaklarından elde ettikleri bilgilerle, zihinlerinde hastalık ya da sağlıklarını tehdit edecek durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Bu zihinsel şemalar, kişilerin hastalıkla başa çıkma tepkilerinin oluşumu ve başa çıkma davranışlarının fiziksel ve ruhsal sonuçlarına dair beklentileri, hastalığın belirtileri, süresi, sonuçları, nedenleri gibi değişkenlerle ilgili kendi düşünceleridir. Aynı zamanda bu şemalar, tedavi ve durumun kontrol edilebilirliği ile ilgili inançları da içermektedir (Heijmans ve ark., 1998).

Modele göre, bireylerin tehdiye işaret eden uyarılara verdikleri başa çıkma tepkileri, hastalığa ilişkin hafızada depolanan bilgilerden oluşan temsiller tarafından yönlendirilmektedir (Diefenbach ve Leventhal, 1996). Model iki bağımsız sistem ile çalışır: Bunlardan birincisi sağlığı tehdit eden durumun objektif psikolojik algısıdır ve

ikincisi algı koluna paralel ve eş zamanlı olarak çalışan bir duygusal işleme sistemidir. Bunlardan ilki algılanan hastalık tehdidinin gerçekliği, ikincisi ise sağlığı tehdit eden durumun duygusal boyutu olmaktadır. Başa çıkma tepkileri, birbiri ile paralel ve simultane olarak çalışan bu iki işleme sistemi üzerinden gelişmektedir (Leventhal ve ark., 1980).

Öz düzenleme, bir sağlık tehdidinde dair içsel ya da dışsal uyarılarla başlayan ve paralel işleyen, bilişsel ve duygusal süreçlerle kavramsallaştırılmıştır. Bireyler hastalıklarını anlamlandırmak ve yönetmek için ellerinde var olan somut (örneğin; hastalıkların bedensel ve semptomatik görünümü) ve soyut bilgi kaynaklarına (örneğin geçmiş hastalıklara dair bellekte depolanan bilgiler ve dış kaynaklar tarafından sağlanan bilgiler) dayanarak hastalıklarının zihinsel temsilini oluşturduklarını varsaymaktadır (Hagger ve Orbell, 2003). Hastalık temsilleri şematik bir yapıdadır ve bedensel duyumlar, geçmiş hastalık öyküleri, çevre ile etkileşim gibi deneyim yolları ile kazanılmaktadır. Sağlık tehditlerine ilişkin bilgi kaynakları, kişisel sağlık/ hastalık deneyimleri, duyumsanan bedensel belirtiler gibi içsel kaynaklar olabileceği gibi, kitle iletişim araçlarında sunulan mesajlardan da elde edilebilir. Bilgi ayrıca, bir doktorun hastasına teşhis koyması, gazetede bir hastalık hakkında bir şeyler okumak veya bir meslektaşla arkadaşının hastalığı hakkında sohbet etmek gibi diğer uzman ve uzman olmayan kaynaklardan da elde edilebilir. Normal fonksiyonlardan belirgin bir sapmaya işaret eden semptomlar ya da bedensel tepkiler, bir tepkiyi harekete geçirme olasılığı en yüksek olanlar olarak kabul edilir. Tehdit edici bilgi, bellekte depolanan hastalıkla ilgili bilgileri harekete geçirebilir ve bilgi sağlık için önemli bir tehdit olarak algılanırsa, bireyleri uygun bir başa çıkma tepkisi oluşturmaya motive edebilir. ÖDM'ye (Diefenbach ve Leventhal, 1996) göre,

- Bireyler bedensel duyularını sürekli bir şekilde değerlendirir ve herhangi bir farklılık görüldüğünde bu farklılığa dair fikirler üretirler. Bu fikirlerin doğruluğunu test edip yeniden bedensel duyularını değerlendirir ve çevreden gelen bilgileri de bu değerlendirme sürecinin içine dahil eder.
- Bireylerin hastalıklarla başa çıkma stillerini ve davranışlarının sonuçlarının değerlendirilmesini yöneten yapılar hastalık temsilleridir.
- Hastalık temsilleri tıbbi süreçler ya da hastalık tanısının ne olduğundan bağımsız bir biçimde bireyin kendi süreçlerinden etkilenmektedir.

ÖDM, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, romatolojik hastalıklar, HIV/ AIDS de dahil olmak üzere geniş bir hastalık spektrumunda çalışılmıştır. ÖDM'nin

temel bileşeni “Hastalık temsilleri” olarak kavramsallaştırılmıştır. Modelde ve alan yazında bu kavramın “hastalık temsilleri” ve “hastalık algısı” şeklinde dönüşümlü olarak kullanıldığı görülmüş olup bu araştırmada metin ve kavram bütünlüğünün sağlanması adına “hastalık temsilleri” kullanılmıştır. Hastalık temsili kavramı bir sonraki başlık altında, daha detaylı aktarılmış ve olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkisine dair mevcut bilgiler paylaşılmıştır.

2.6 Hastalık Temsilleri: Tanımı ve Olumsuz Sağlık Sonuçları ile İlişkisi

Hastalık temsili kavramı, kısaca kişilerin yaşadıkları hastalıkla ilgili inançları olarak tanımlanabilir (Leventhal ve ark., 1980). Bu inançlar, kişilerin hastalığı anlamlandırma ve hastalıkla başa çıkma şemasını tanımlayan temel yapılarıdır (Ogden, 2012). Leventhal ve arkadaşlarına göre (1998), hastalık davranışının gelişimi şu aşamalarla şekillenir: ilk aşama, bireyler bedenlerinde olağan dışı bir duyum hissetmeye başladıklarında, bunun ne anlama geldiğini değerlendirdikleri aşamadır (Semptomları hissetmeye başladıklarında, semptomların hastalık göstergesi olduğunu belirleyene kadar geçen süre). Sonrasında ise kişinin hasta olduğu aşama gelecektir (Kişinin hasta olduğunu anladığı ve bir uzmandan yardım istediği aşama). Son olarak ise, yardım alma aşaması gelmektedir; kişinin yardım istemekten uzman tedavisi almaya kadar geçen dönemdir. Burada kritik olan nokta, hastalık temsil niteliğinin, kişinin hastalık ve tedavi sürecine uyumunu belirlemesidir (Young, 2004). Dolayısı ile bu noktada, hastalık temsillerinin kişinin yaşadığı hastalığa dair tüm inançları, beklentileri ve verdikleri anlam olduğu sonucuna varılabilir.

Hastalık temsilleri ÖDM'nin temel bileşeni olup iki alt boyut içermektedir: Bu boyutlar Bilişsel Temsil ve Duygusal Temsil boyutları olarak adlandırılmıştır. Bilişsel temsil, kimlik (hastalık etiketi hakkındaki algılar ve semptomları hakkındaki bilgi), sonuç (hastalığın ciddiyeti ve psikolojik, sosyal, fiziksel ve ekonomik işlevsellik üzerindeki olası etkileri hakkındaki algılar), zaman-kronik/akut- (hastalığın seyri ve semptomların ne kadar süreceğine dair algılar), kişisel kontrol (kişinin semptomları ve hastalığı kontrol etme veya yönetme becerisine ilişkin algılar), neden (hastalığa neden olan faktörlere ilişkin algılar) ve uyum (bireyin hastalığına ilişkin genel anlayış duygusunu yansıtır) alt boyutlarını içerirken; duygusal temsil, hastalık karşısında ortaya çıkan ve tipik olarak öfke, endişe ve depresyon gibi olumsuz duygusal tepkileri

içeren duygulardır. Hastalık temsillerinin boyutları aşağıda kısaca açıklanmış ve örneklendirilmiştir:

Kimlik: Hastalık temsillerinin kimlik boyutu, bireyin hissettiği bir bedensel duyumun olası etiketi hakkındaki inançlarını içermektedir (Kemp, 1996). Bireyin bedensel duyularını, hastalığını görme biçimidir. Örneğin, bir kişinin burnunun tıkalı olduğunu hissettiğinde grip olduğunu düşünmesi. Yüksek hastalık kimliğine sahip olma, kronik hastalık tanısı almış kişilerin, kaygı, depresyon gibi psikolojik semptomlarında artışa (Bozkurt, Altekin, Alkan, Ural, Sezer ve Akkuş, 2018) sebep olmaktadır. Kimlik boyutu, hastaların aldıkları tanının kanıtı olarak semptomları kendilerinde arama davranışına da yol açabilmektedir. Bu sebeple bu boyut somatizasyon ile yüksek ilişki göstermektedir (Hale, Treharne ve Kitas, 2007).

Zaman: Bu boyut, hastalığın süresine, tedavi için gereken sürenin uzunluğuna ve tedavi yapılmadığında olası en kötü sonucun ortaya çıkma süresine ilişkin bireysel inançları içermektedir. Ayrıca bu boyut, hastalığın akut, kronik veya döngüsel olup olmadığına dair bireyin atıflarını da içerir (Singh, 2011). Örneğin; kişinin gripin sadece iki gün süreceğine inanması. Zaman boyutu yani hastalığın uzun süreli ve kronik olarak algılanmasının fiziksel işlevlerde bozulmaya (Vaughan, Morrison ve Miller, 2003), somatizasyon, depresyon ve kaygı belirtilerinde artışa sebep (Knibb ve Horton, 2008) olduğu görülmüştür.

Nedenler: Bu boyut kişilerin, hastalıklarının potansiyel nedenlerine dair dışsal faktörler (bakteriler, virüsler, stres ve diğer dış etkenler), içsel yatkınlık (genetik faktörler) ve hastalığın davranışsal nedenleri (kanseri ortaya çıkarabilecek davranışlar) gibi atıflarını içerir (Leventhal ve ark., 2001). Örneğin, kişinin grip olmasının sebebini virüsler olarak açıklaması.

Kontrol: Bu boyut, beklenen tedavi yanıtı ve hastalığın tedavi edilebileceğine ve yönetilebileceğine ve hastalıkların sonucunun kendileri veya sağlık uzmanları tarafından ne ölçüde kontrol edilebileceğine olan kişisel inançları içermektedir (Ogden, 2012). Örneğin, kişinin dinlendiğinde gripin geçeceğine inanması. Kontrol boyutu ile ilgili çalışmalar, kişilerin tedavi ve kendi eylemleri ile hastalığı kontrol edebileceklerine yönelik inancın, ağrı seviyesinde azalmaya (Karademas ve ark., 2017), depresyon ve kaygı belirtilerinde düşüğe (Groarke, Curtis, Coughan ve Gsel, 2005), sosyal işlevlerde artışa (Kotsis ve ark., 2014), tedavi uyumunun artmasına (Hughes, 2011) neden olmaktadır.

Duygusal Boyut: Hastalık temsillerinin duygusal boyutu ise, kişilerin hastalıklarına dair geliştirdikleri duygusal tepkileri ele alış biçimlerini içermektedir (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002). Hastalığa yönelik verilen yüksek düzeyde duygusal tepkinin yaşam kalitesinde düşüşe (Kotsis, Voulgari ve Tsifetaki, 2014), düşük sosyal işlevselliğe (Scharloo ve ark., 2005) depresyon, yüksek algılanan stres ve uykusuzluğa (Knibb ve Horton, 2008) neden olmaktadır.

Uyum: Son olarak, uyum/ anlaşılabilirlik (coherence) boyutu ise, kişinin hastalıkla ilgili süreci anlama, bu sürece anlam verme durumunu ele alan bir alandır. Kronik hastalığı olan kişilerin hastalıklarını anlamlandırmada zorlanmasının tedavi uyumunda düşüşe (Gould, Umscheid, Agarwal, Kuntz ve Pegues, 2010), belirti şiddetlerinin yüksek algılanmasına, duygusal tepkilerin artmasına sebep olabileceği görülmüştür (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne ve Cameron, 2002).

2.7 Hastalık Temsillerini Ortaya Çıkmasında Etkili Olan Faktörler

Bireysel Kişisel Bağlam

Bir kişinin tıbbi geçmişi, gelecekte yaşayabileceği bedensel uyaranlara ilişkin algısını, duygusal tepkilerini ve başa çıkma süreçlerini etkileyen deneyimler üretebilir (Ogden, 2012). Uyarın bireyin içinden geldiğinde, durumun yaşanan şema yapısına benzerliğine dayalı olarak bireysel bir temsil üretecektir.

Sosyo- Kültürel Bağlam

Hastalık temsillerinin inşası ve pratiğinde pek çok kültürel faktörden bahsedilebilir. Öncelikle kültür, hastalıkla ilgili ortaya çıkan semptomların görünümünü belirlemektedir. Eğer bir kültürde somatik semptomlar, psikolojik semptomlardan daha kabul edilebilirse, hastalığın temsiline somatik semptomlar dahil edilecek, psikolojik semptomlar ise dışlanacaktır. İkinci olarak, semptomlar bireyin tedaviyle ilgili beklentilerini şekillendirmektedir. Örneğin; medikal ya da alternatif tedavi yöntemlerinin seçimi kültürel faktörlerden etkilenebilir. Özetle, kültürel bağlam, bireysel hastalık temsilinin çerçevesini oluşturur. Hastalıklarla ilgili şemaları şekillendiren sosyal faktörler sadece aileden değil, kişilerin yaşadıkları çevrede hasta olan kişilerin başkaları tarafından nasıl algılandığından, kitle iletişim araçlarının hastalık ve ölümle ilgili haberleri nasıl sunduğundan ve bu haberlerin neden ve sonuçlara dair atıflarından şekillenmektedir (Leventhal ve ark., 2001).

Yukarıda tanım ve özellikleri detaylandırılan hastalık temsilleri kavramı, kronik hastalıklara uyum, bu hastalıkların yönetimi, tedavi uyumu, olumlu/ olumsuz sağlık sonuçları gibi birçok konuda araştırmaya konu olmuştur. Hastalık temsili ölçümleri kullanılarak, ÖDM çerçevesinde yürütülmüş çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Hagger ve Orbell, 2003; Leventhal ve ark., 2011; Leventhal ve ark., 2016). Araştırma bulgularına göre, yüksek düzeyde bir sağlık tehdidine işaret eden hastalık temsili boyutları (sonuçlar, zaman, neden, kimlik ve duygusal temsiller) ile olumsuz sağlık sonuçları (anksiyete, düşük yaşam kalitesi, olumsuz hastalık seyri) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülürken, daha düşük düzeyde tehdide işaret eden hastalık temsilleri (kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığa uyum) ile arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Kronik hastalıklar çerçevesinde, hastalık temsilleri kavramı temel alınarak yapılan çalışmalar, hastalık temsillerinin hastalığın önemli bir değişkeni olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin; Dempster, Howell ve McCorry (2015) yürüttükleri meta-analiz çalışmasında, analize dahil ettikleri 31 araştırmayı değerlendirmiştir. İncelemeye göre, farklı fiziksel kronik hastalık gruplarında, herhangi bir potansiyel aracı değişkenin modele dahil edilmediği kesitsel çalışmalarda, hastalık temsillerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi değişkenlerindeki varyansın %25 ila %30'unu açıkladığı görülmüştür. İnceleme kapsamındaki hastalıkların çeşitliliği göz önünde bulundurulduğunda, bu oldukça homojen bir bulgudur. Ayrıca, hastalık temsilleri boyutlarından sonuç boyutu ve duygusal temsiller, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi değişkenleri ile en güçlü ilişkiye sahip hastalık temsilleri olmuştur. Bulgulara göre, hastalığın kronik ya da akut bir durum olduğuna dair inançları içeren zaman boyutu ise, olumsuz ruh sağlığı değişkenleri ile en zayıf ilişkiye sahip alt boyuttur.

Araştırmanın örneklemini oluşturan diyabet ve/veya hipertansiyon tanısı almış kişilerde hastalık temsilleri ile olumsuz ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelenmiştir. Örneğin diyabet tanısı almış hastalarla gerçekleştirilen çalışmalar hastalık temsillerinin diyabette öz yönetim davranışlarını (Harvey ve Lawson, 2009), ruh sağlığı sonuçlarını (Hudson, Bundy, Coventry ve Dickens, 2014) ve glisemik kontrolü (Mc Sharry, Morris Morris ve Kendrick, 2011) açıklamadaki rolünü göstermektedir. Diyabet hastaları ile yapılan bir başka çalışmada hastalık temsilleri kimlik boyutu yüksek puanları, yüksek düzeyde depresyon puanları ile ilişkili bulunmuştur. Benzer bir biçimde hastalık temsilleri sonuç boyutu da yüksek düzeyde depresyon belirtileri ve diyabet stresi ile ilişkilidir. Diyabete dair algılanan

yüksek düzeyde tedavi kontrolü, düşük depresyon puanları, hastalığa dair yüksek duygusal temsil puanları yüksek düzeyde depresyon puanları ile ilişkili bulunmuştur.

Hipertansiyon tanılı kişilerle yürütülen araştırmalarda, hastalık temsilleri hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ifade eden “sonuç” boyutu ve "kimlik" alt boyutlarından yüksek puan almış olmak, daha şiddetli depresyon semptomları ve düşük ilaç uyumu ile ilişkili bulunmuştur (Spikes, Higgins, Lewis ve Dunbar, 2020).

Hastalık temsilleri ve olumsuz ruh ve fiziksel sağlık değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek, fiziksel hastalıkların yönetiminde var olan dinamikleri anlama konusunda oldukça önemlidir. Hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki ilişki yukarıdaki araştırma sonuçları ile detaylandırılmış olup bu ilişkide potansiyel aracı değişkenleri keşfetmek bu dinamiğe yönelik daha derin bir bakış açısı kazandırabilir. Bu araştırmanın da amaçları doğrultusunda, hastalık temsilleri ile olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkide potansiyel aracı olan “başa çıkma” ve “duygu düzenleme” aşağıdaki kısımda detaylandırılacaktır.

2.8 Öz Düzenleyici Model’de Başa Çıkma: Tanım ve Olumsuz Sağlık Sonuçları ile İlişkisi

Folkman ve Lazarus’a (1986) göre başa çıkma, bireyin stresli olarak algıladığı, kişisel kaynaklarını zorlayan ve zaman zaman aşan içsel ve dışsal gereklilikleri ile, bu gereklilikler arasındaki uyumsuzlukları yönetmek, azaltmak ya da tolere etmek için sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır. Folkman ve Lazarus (1986) duygusal odaklı başa çıkma ve problem odaklı başa çıkma olmak üzere iki temel başa çıkma stili tanımlamıştır. Duygu odaklı başa çıkma durumunda bireyler olumsuz duyguyu ortadan kaldırmaya yönelik ve görece pasif bir yöntem izlerken, problem çözme odaklı başa çıkmada daha planlı ve aktif bir yöntemle hareket etmektedir. Başa çıkma tarzlarının kullanımı akışkan ve değişken bir görünümde; bireyler yalnızca bir tür başa çıkma tarzını kullanmamakta, değişik bağlamlarda her iki başa çıkma yoluna da farklı oranlarda başvurmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1986). Başa çıkma kavramı ile ilgili ilerleyen dönemlerde yapılan çalışmalar literatürde başa çıkma stillerinin genel olarak iki ya da üç başlık altında toplanabileceğini göstermektedir. Endler ve Parker’a göre, kişilerin stresli durumlar karşısında gösterdikleri başa çıkma tepkileri, çözüme dönük başa çıkma, duygusal başa çıkma ve kaçınmacı başa çıkma olarak üç başlıkla gruplandırılmıştır (Endler ve Parker, 1990). Bu araştırmada da başa

çıkma değişkeni çözüme dönük başa çıkma, duygusal başa çıkma ve kaçınmacı başa çıkma alt boyutları çerçevesinde incelenmiştir.

Başa çıkma, ÖDM’de de ele alınan ve modelin temeline uyarlanan kavramlarından biridir. ÖDM’ye göre, herhangi bir sağlık tehdidine yönelik temsillerimiz, bu tehdit ile başa çıkma eylemlerimizi belirler, bu durum da olumlu/olumsuz sağlık sonuçlarını etkileyecektir. Bir başka deyişle, ÖDM, hastalık temsilleri ve sağlık sonuçları arasında bir ilişki olduğunu ve başa çıkma stratejilerinin hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği öne sürmektedir. Kavramsal olarak, bireylerin sağlık tehdidine yönelik temsilleri, tehdidi yönetmek, duygusal dengeyi yeniden sağlamak ve sağlığı korumak için başa çıkma davranışlarının seçimini tetikler. Başa çıkma uygulamalarının, kişinin algıladığı normal dışı göstergelerin seyrinde bir değişiklik yaratması beklenmektedir. Örneğin; başa çıkma olarak seçilen ilaç almak veya bir doktora görünmek gibi davranışların hastalığın ilerlemesinde ya da hissedilen semptomlarda durma ya da azalma sağlaması muhtemeldir. Ayrıca, başa çıkmanın hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki aracılık etkisi, sağlık sonuçlarındaki değişikliklerin ve başa çıkma prosedürlerinin kişi tarafından algılanan etkinliğinin, temsillerin güncellenmesini teşvik eden bilgi kaynakları olarak hizmet ettiği yeniden değerlendirme sürecinin de öncüsüdür. Örneğin, düzenli olarak profilaktik ilaç kullanarak astımla başa çıkan bir birey, astım hastalığında bir azalma yaşamalıdır. Bu da kişinin durumunu daha kontrol edilebilir ve daha az tehdit edici olarak güncellemesine ya da yeniden değerlendirmesine yol açacaktır (Hagger ve Orbell, 2003). Aynı süreç, sonraki tüm başa çıkma girişimlerinde ve sonraki sonuçların değerlendirilmesinde de devam edecektir. Hastalık temsilleri ve başa çıkma süreçleri arasındaki son derece kemikleşmiş ilişki, muhtemelen hafızadaki hastalık temsili ve başa çıkma prosedürü arasında yakın ilişkilerin tekrarlanma ve ilacın rutin kullanımı ile ortaya çıkacaktır (Henderson, Orbell ve Hagger, 2009; Orbell ve Phillips, 2019). Zaman içerisinde hastalık, düşük düzeyde tehdit içeren sonuç hastalık temsili boyutu ve yüksek düzeyde kontrol hastalık temsili boyutu ile algılanacaktır.

Hastalık temsilleri, başa çıkma ve sağlık sonuçlarının bir arada değerlendirildiği araştırmaların bulgularına göre (Hagger ve Orbell, 2022), tehdit algılarını yansıtan boyutların, olumlu sağlık sonuçlarına yol açması muhtemel olmayan başa çıkma prosedürleriyle (örneğin, kaçınma, inkar, duyguları dışı vurma, sosyal destek arama) pozitif yönde ilişkili olma eğiliminde olduğu ve şaşırtıcı bir şekilde, başa çıkma

davranışlarıyla (örneğin, sağlık uzmanlarını ziyaret etme) veya uyum sağlayıcı sonuçları kolaylaştırabilecek diğer başa çıkma prosedürleriyle (örneğin, bilişsel yeniden değerlendirme) negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir.

Hastalığın nedensel atıfları üzerine yapılan araştırmalar da benzer bulgulara işaret etmektedir. Örneğin, hastalıklarını stresle ilgili nedenlere (örn. stres tepkileri) bağlayan kalp hastalarının olumsuz sağlık sonuçları (örn. daha yüksek kalp krizi riski, hastalık) gösterme riski daha yüksektir (Affleck ve ark., 1987). Bununla birlikte, hastalıklarını davranışsal nedenlere (örn. Kötü sağlık alışkanlıkları) bağlayan kalp hastalarının uyumlu başa çıkma yöntemini (örn. Diyet ve egzersiz) benimseme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (Weinman ve ark., 2000). Hastalık temsilleri boyutlarından kontrol ve uyum boyutlarının, olumlu sağlık sonuçlarını destekleyen muhtemel başa çıkma davranışları ile pozitif, kaçınma odaklı başa çıkma davranışlarıyla ise negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Başta çıkmanın aracı değişken olarak değerlendirildiği ve analize dahil edildiği araştırmalar sayı olarak görece az olmakla birlikte, duygu odaklı başa çıkma stillerinin yüksek düzeyde hastalık tehdidini gösteren hastalık temsilleri (örneğin; sonuçlar, kimlik, neden, zaman) ile olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişkide aracı rolü (Benyamini ve ark., 2004; Evans ve Norman, 2009; Rutter ve Rutter, 2002), problem odaklı başa çıkma stillerinin ise daha az tehdit içeren kişisel ve tedavi kontrolüne ilişkin hastalık temsilleri ile olumlu sağlık sonuçları arasındaki ilişkide aracı rolü bulunduğu (Rutter ve Rutter, 2002) görülmüştür. Özetle, literatürde, yüksek tehdit algısı, duygu odaklı başa çıkma stilleri ve bu başa çıkma stilleri üzerinden olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkili olarak bulunurken, düşük tehdit algısı problem odaklı başa çıkma stilleri ve dolayısı ile olumlu sağlık sonuçları ile ilişkili olarak görülmektedir.

Bununla birlikte, yukarıda aktarılan çalışmalardan farklı olarak, bazı araştırma bulguları, yüksek tehdit algılarının başa çıkmanın aracılık ettiği olumlu sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini göstermektedir (Hagger ve Orbell, 2022). Modelin temel öngörüsünün tehdit algılarının bireyleri tehdidi yönetmek için harekete geçmeye motive etmesi gerektiği olduğu düşünüldüğünde bu durum dikkate değerdir. Başta çıkmanın aracılık etkisini bu şekilde bir model üzerinden açıklayan çalışmalar nispeten az olmakla birlikte, literatürde bu şekilde çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin, Brewer ve ark. (2002), hipokolesterolemik hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların sonuç (tehdit içeriği yüksek) hastalık temsili boyutu ile kolesterol düzeyleri arasındaki ilişkide, ilaç tedavisine uyumlarının aracılık ettiği görülmüştür. Benzer bir

biçimde, neden hastalık temsili boyutu üzerine yapılan araştırmalarda içsel, kararsız ve kontrol edilebilir nedensel atıfların, yaklaşım ve duygu odaklı başa çıkma davranışlarının kullanımı aracılığı ile olumlu psikolojik sağlık çıktıları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Roesch ve Weiner, 2001). Bu bulgulara ek olarak, aracılık etkisinin test edildiği birçok araştırmada, başa çıkmanın hastalık tehdidi algıları ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkilere aracılık etmediği de literatürde yer alan bulgular arasındadır (Hagger ve Orbell, 2022).

Bu durum, hastalık temsili kavramının çok boyutluluğu ve mevcut sayısız başa çıkma tepkisi göz önünde bulundurulduğunda, kavramların ölçümü ve analizlerinde uygulanan yöntemlerin yetersiz kalabileceği şeklinde bir yorum ile tartışılmış ve ek olarak başa çıkmanın aracılık etkisi ile birlikte bu aracılık rolü üzerinde de potansiyel moderatör değişkenlerin varlığının (kişilik özellikleri, mükemmeliyetçilik, bazı sosyodemografik değişkenler gibi) da araştırılması önerilmiştir (Hagger ve Orbell, 2022)

Bu çalışmada başa çıkmanın aracılık etkisi, üç başa çıkma alt boyutu (kaçıncı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve problem odaklı başa çıkma) çerçevesinde, ÖDM'nin bir başka önemli kolu olan duygu düzenleme kavramı ile karşılıklı ilişkileri yol analizi yöntemiyle değerlendirilmek üzere incelenecektir.

2.9 Öz Düzenleyici Model'de Duygu Düzenleme: Tanımı ve Olumsuz Sağlık Sonuçları ile İlişkisi

Duyguların varoluşu ve işleyiş mekanizmasına dair merak eski dönemlerden bu yana Doğu ve Batı kaynaklı felsefi akımların konusu olmuştur. Platon duyguları bir at metaforu üzerinden tarif ederken -kolayca eğitilebilen ya da vahşi, tehlikeli bir at- (Totan, 2015), Stoacı filozoflardan aydınlanma çağına doğru ise duygular, daha rasyonel deneyimler olarak ele alınmaya değerlendirilmiştir (Leahy ve ark., 2011). İnsan yaşamının vazgeçilmez bir parçası olarak duygular, günlük yaşamımızda ortaya koyduğumuz tepkilerin ve davranışların oluşmasında önemli bir işleve sahiptir. İçinde bulunduğumuz ortama göre duyguların yönetilebilmesi, günlük hayatta pek çok alanda işlevselliğin sürdürülebilmesi için temel bir gereklilik olarak düşünülmektedir (Gross ve Thompson, 2007). Dolayısı ile, duyguları düzenlemeye yönelik becerilerimiz ve bu becerilerin etkin bir biçimde kullanılması, önemli bir yaşam becerisi olarak kabul edilebilir. Bu noktada, duyguların işleyiş mekanizmasını açıklayan kavramlardan bir tanesi duygu düzenlemedir.

Duygu düzenleme en temel hali ile, kişinin duygularını, bu duyguları nasıl ifade ettiğini ve nasıl deneyimlediğini etki eden süreçleri ifade etmektedir. Duygu düzenleyici süreçler otomatik-kontrollü, bilinçli-bilinçsiz olabilir (Gross, 1998). Duygu düzenleme mekanizmalarını anlamaya yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan en kapsamlı, etkili ve popüler olanlardan birisi Gross tarafından geliştirilen (1998) Süreç Modeli'dir. Duygu düzenleme süreçleri (Gross, 1998), kişilerin duygusal deneyimlerini ifade ve kontrol etmek için kullandıkları çeşitli "strateji" örüntülerini tanımlar. Süreç Modeli'ne göre, duygusal tepkinin ortaya çıkışından önce ve sonrası olmak üzere beş tane duygu düzenleme yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemlerden ilki duygusal tepki ortaya çıkmadan önce ortaya çıkan öncül – odaklı duygu düzenlemedir. Bu süreç durum seçimi, durum değişimi, dikkat yayılması ve bilişsel değişim olmak üzere dört farklı duygu düzenleme sürecini içerir. Duygusal tepkinin ortaya çıkmasından sonra gerçekleşen sürece tepki odaklı duygu düzenleme ismi verilirken, duygusal yanıtın fizyolojik, deneyimsel ve davranışsal öğelerinin düzenlenmesini içeren tepki düzenleme bulunmaktadır. Literatürde duyguların etkin bir biçimde yönetilmesi/ düzenlenmesi psikolojik iyiliğin korunması ile ilişkili olarak değerlendirilirken, duygu düzenlemede yaşanan problemler ise depresyon, kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi pek çok psikopatolojide ortak olarak var olan bir yapı olarak ortaya çıktığı (Aldao, Nolan- Hoaksema ve Schweizer, 2010; Moore, Zoellner, Mollenholt, 2008; Seligowski, Lee, Bardeen ve Orcutt, 2015; Vatan, 2016); dolayısı ile bu kavramın psikopatolojiler için tanımlar üstü (transdiagnostic) bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceği ileri sürülmüştür (Aldao ve Nolan- Hoaksema, 2010).

Duygular, sağlık sonuçlarını ve iyilik halini güçlü bir şekilde etkilemektedir ve hem sağlıklı hem de hasta popülasyonlarda morbiditenin en güçlü belirleyicilerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Chida ve Steptoe, 2008; Pressman ve Cohen, 2005). Duygusal tepkilerin kalitesi, yoğunluğu ve süresi, sağlık davranışları ve çeşitli fizyolojik sistemler (örneğin bağışıklık sistemi; Buerki ve Adler, 2005; Pressman ve Cohen, 2005) üzerindeki etkileri yoluyla sağlıkla ilişkilidir. Fiziksel ve psikolojik sağlık için eşit derecede önemli olan bir diğer nokta da kişilerin duygularını düzenlemek için kullandıkları stratejilerdir (DeSteno, Gross ve Kubzansky, 2013).

Kronik hastalıklar çerçevesinde duygu ve duygu düzenleme kavramlarının incelenmesi için ÖDM uygun bir kuramsal zemin sağlamaktadır. ÖDM'nin duygu düzenleme kolu şu şekilde çalışmaktadır: ÖDM'nin büyük işleme sistemi bulunmakta

olup bunların ilki hastalık tehdidinin nesnel algısıdır. İkincisi ise bu nesnel algı koluna eş zamanlı olarak işleyen bir duygusal sistemdir (Leventhal ve ark., 1992). Bir başka deyişle bu kolların ilki hastalık tehdidinin algılanan gerçekliği, ikincisi ise hastalık tehdidinin duygusal boyutu olmaktadır. Duygusal sistem, sıkıntıyı kontrol etmek için davranışları motive eden kaygı ve korkunun ortaya çıkarılmasını içerir. Kişilerin eş zamanlı ve paralel olarak işlenen bu iki süreç üzerinden hastalıkla baş etmede uygun davranışlar geliştirdikleri öne sürülmektedir (Leventhal ve ark., 1980).

ÖDM, hastalık yaşantıları bağlamında duygu düzenlemeyi ele almak için diğer teorik modellere göre çeşitli avantajlar sağlamaktadır (Cameron ve Jano, 2008). İlk olarak model duyguların ve bilişlerin karşılıklı etkilerini ve kaygının temsilleri şekillendiren bilgi işleme sürecini nasıl etkileyebileceğini tarif etmektedir (Cameron, 2003; Cameron ve ark., 2020). İkincisi model, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkmanın birbirinden bağımsız olmadığını savunur. Hastalığı kontrol etmeyi amaçlayan davranışlar bir yandan stresi yönetebilme becerilerini de etkileyebilir ya da stresi yönetebilme becerileri hastalığı kontrol etmeyi amaçlayan davranışları etkileyebilir; bazen duygu düzenleme ve hastalığı yönetme birbiriyle uyumlu olacak, bazen de bir eylem diğerinin düzenlenmesini engelleyecektir. Son olarak model, duygu düzenleme süreçlerini hastalık deneyimleri bağlamına oturtarak, hastalık temsillerinin tedavi ortamının ve çevresel / sosyal faktörlerin temel içeriklerini ve özelliklerini bir araya getirmektedir (Cameron ve Jano, 2008).

ÖDM’de de duygu düzenleme kolundaki duygu düzenleme stratejileri, James Gross (1999) tarafından tanımlanan ve özellikle hastalık konusundaki kaygıya uygun olacak şekilde uyarlanan davranışlardır: (1) dikkati tehditte uzaklaştırmayı (kaçınma) veya tehdit ipuçlarına odaklanmayı ve izlemeyi içeren dikkati dağıtma; (2) tehdidi azaltmak için proaktif davranışlar (örneğin tıbbi tedavi arama); (3) bilişsel değişim veya durumun anlamını yeniden değerlendirme (örneğin anlam bulma, faydaları belirleme); ve (4) tepki modülasyonu veya duyguların ifadesini veya deneyimini değiştirme (örneğin bastırma, rahatlama, madde kullanma). Bu araştırmada, duygu düzenleme stratejileri, en yaygın kullanılan (English ve ark., 2017) iki strateji olan “Bastırma” ve “Yeniden Değerlendirme” alt boyutları ile ele alınmıştır.

2.9.1 Bilişsel Yeniden Değerlendirme, Bastırma ve Sağlık Sonuçları

Duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel yeniden değerlendirme, öncül odaklı stratejilerden biridir ve duyguların ortaya çıkmasına yol açan olayların duygusal

etkisini değiştirecek şekilde yeniden yapılandırılmasıdır. Bastırma ise sonuç odaklı stratejilerden biridir ve süregiden duygu ifade edici durumları engellemek olarak tanımlanmaktadır (Gross, 2001). Bilişsel yeniden değerlendirme olumsuz duyguları ve bu duygularla ilişkili olabilecek işlevsel olmayan davranışları azaltma konusunda etkili bir yöntemdir. Bu stratejiyi kullanmanın kişilere bilişsel, fizyolojik ya da kişiler arası bir yükü olmadığı görülmüştür (Gross, 2002). Bastırma ise, olumsuz duyguları ifade eden davranışları baskılama konusunda etkilidir. Bu stratejinin kullanımı ciddi bir fizyolojik ve bilişsel yükü beraberinde getirmektedir (Gross, 2002). Bulgulara göre, bilişsel yeniden değerlendirmenin bastırmaya göre daha uyumlu bir duygu düzenleme stratejisi olduğu söylenebilir (Gross, 2001).

Süreç Modeli'nde ve yukarıda bahsedilen duygu düzenleme stratejilerinin her birinin duygular, düşünceler ve davranışlar üzerinde kısa ve uzun vadeli sonuçları vardır (Gross, 2015). Bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırmanın farklı sağlık sonuçları ve davranışları ile ilişkili olduğu görülmüştür (O'Leary ve ark., 2018). Bastırma, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, romatoid artrid gibi çeşitli kronik durumlarda daha olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçlarla ilişkilidir. Aldao ve ark. (2010) yaptıkları meta- analiz çalışmasında, bastırmanın olumsuz psikolojik iyi oluş ile tutarlı bir şekilde ilişkili olduğunu ve bastırmanın kronik kullanımının, yeniden değerlendirmenin sürekli kullanımına kıyasla psikolojik semptomlarla daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bastırma, iyi olma halini farklı yollarla etkileyebilir. Örneğin; olumsuz duyguları düzenlemedeki işlevi genellikle kısa süreli olduğundan, olumsuz duygular yeniden ortaya çıkacaktır ve olumsuz duygunun yeniden ortaya çıkması tekrar bastırılması konusunda daha fazla güçlüğe neden olacaktır. Ayrıca, olumlu ya da olumsuz duyguların bastırılması, yeniden değerlendirmeye göre daha zorlu bir görevdir ve sosyal ve bilişsel kaynakları daha fazla tüketmektedir (Wegner, 2009).

Bilişsel yeniden değerlendirme, hem hasta hem de sağlıklı örneklemlerde daha yüksek düzeyde fiziksel ve psikolojik iyi oluş hali ile ilişkili bulunmuştur (Karademas ve ark., 2010; Schroevers ve ark., 2008). Wagner ve ark. (2015) kanser hastaları ile yaptıkları araştırmada bilişsel yeniden değerlendirmeyi kronik bir hastalıkta daha yüksek düzeyde adaptasyon ile ilişkili bulmuştur. Ayrıca bilişsel yeniden değerlendirme kronik bir hastalıkta stresin sonuçlarına karşı potansiyel olarak önemli bir koruyucu faktör olarak değerlendirilmiştir (Sagui ve Levens, 2016).

Duygu düzenlemenin hastalık temsilleri ve olumsuz sağlık sonuçları arasındaki aracı rolünü inceleyen çalışmalar literatürde görece az sayıdadır. Karademas, Tsalikou ve Tallarou'nun (2011) 135 kronik kalp hastası katılımcı ile yaptıkları araştırma bulgularına göre, hastalıkla ilgili olumsuz duygular ile psikolojik iyilik hali arasında hem bastırma hem de yeniden değerlendirmenin kısmi aracı rolü bulunmaktadır.

Özetle, duygu düzenleme son yıllarda özellikle psikoloji literatüründe üzerinde sıklıkla çalışılmış, tanımlar üstü bir kavram olmasına rağmen, kronik hastalıklar bağlamında bu kavramı inceleyen çalışmaların sayısı görece azdır. Duygu düzenleme kavramının tek düze bir kavram olmadığı, ortaya çıktığı bağlamın da düzenleme üzerinde bir rolü olduğu vurgulanmaya başlamıştır (Bintaş -Zörer ve Yorulmaz, 2022). Bu araştırmada duygu düzenleme kavramı kronik hastalık tanılı kişilerden oluşan bir örnekleme ve hastalık yaşantıları bağlamında ele alınacaktır.

2.10 Depresyon

Depresyon kavramı, psikiyatride başlıca üç durumu anlatmak için kullanılmaktadır (Türkçapar, 2004). Kavramın ilk kullanımı bir kayıp sonrası ortaya çıkabilen bir duygusal yaşantı olarak üzüntülü, kederli ruh halini anlatmakta olup herkeste görülebilen, çevresel değişikliklere verilen uyuma yönelik uygun ve doğal bir tepkidir. Depresyonun ikinci kullanımı bir ruhsal belirtiyi tarif etmektedir, günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun yoğun olduğu normal dışı bir duygudurumu anlatmak için kullanılır. Bir belirti olarak depresyon çok farklı durumlarda görülebilir ve başta psikiyatrik bozukluklar olmak üzere çeşitli nörolojik ve medikal hastalığa eşlik edebilir. Depresyonun üçüncü kullanımı ise özgül bir psikolojik bozukluğu ifade etmek içindir. Bu anlamı ile depresyon, üzgün duygulanım, boşluk hissi ve irritabl duygu durum ile seyreden, bir takım somatik ve bilişsel değişimlerin eşlik ettiği, ek olarak işlevselliğin bozulabildiği bir psikolojik hastalık durumudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Gerek biyolojik ve genetik yönleriyle gerekse tedaviye verdiği yanıt ve prognozu yönüyle depresyon karmaşık bir ruhsal hastalıktır (Hisli, 1988).

Depresyonun belirtileri duygusal, fiziksel ya da zihinsel alanlarda ortaya çıkabilir. Başa çıkılamayacak kadar yoğun üzüntü, endişe, suçluluk, değersizlik, yalnızlık, geleceğe dair umutsuzluk duygularıyla birlikte, uyku, iştah ve cinsel istekte bozulma ve dikkati sürdürmede zorluk gibi geniş bir spektrumda belirtiler görülebilir

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2004). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) (DSM-5) göre Majör Depresif Bozukluk tanısı için 14 gün boyunca çökkün duygudurum, etkinliklere karşı ilgi kaybı, aşırı kilo kaybı ya da alımı, aşırı uyuma ya da yoğun uykusuzluk, ajitasyon, enerji düşüklüğü, değersizlik/suçluluk gibi duygular, odaklanma problemleri ya da aşırı kararsızlık, yineleyici ölüm düşünceleri belirtilerinden en az beşi görülmelidir. Bu beş belirtiden biri çökkün duygudurum veya ilgisini yitirme ya da zevk alamama olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Depresyon dünya genelinde yaygınlığı en sık bildirilen ruhsal bozukluklardan biridir (DSÖ, 2023). Depresyon yineleyici özellik gösterir ve gerekli tedavinin alınmadığı durumlarda kronik hale gelebilir ve kişi eski işlev düzeyine yeniden ulaşamayabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2004).

Depresyon belirtileri yukarıda da ifade edildiği gibi yalnızca duygusal ve zihinsel belirtilerden değil, çoğu zaman bedensel şikayetlerin de olduğu bir klinik görünümde ilerleyebilir. Kan şekerinde beklenmedik iniş çıkışlar ya da tansiyonda dalgalanmalar görülebilir (Mete, 2008). Alan yazındaki bulgulara göre, depresyon döneminde kişilerin kronik hastalıklar konusunda daha fazla risk taşıdığını ve daha fazla tanı alındığı bildirilmiştir (Brown ve ark., 2011; Bush ve ark., 2001).

2.11 Anksiyete

“Anksiyete” kelimesinin kökeni Yunanca'da “daralma”, “gerginlik” gibi anlamlara gelen “angh” kelimesinden türemiştir (Rachman, 2004). Belirsiz, korkutucu bir geleceğe dair duyguları tarif etmekte kullanılan Almanca kökenli “angst” kelimesine dayanan anksiyete; belirgin ve sürekli korku ya da düşük yoğunluktaki sürekli korku anlamlarına gelebilmektedir (Bannister, 1985). Ruh sağlığı alanında her dönem pek çok araştırmaya konu olmuş anksiyete kavramı en temel hali ile, kişinin tehlikeli bir şey olacak hissi yaşadığı endişe ve korku duygusudur (Bal, 2010; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Türkçapar, 2004). Bu durum, hafif bir endişe hali olarak yaşanabileceği gibi kişinin ciddi psikolojik bozukluklar geliştirmesine neden olabilecek kadar şiddetli de olabilir. Anksiyeteye çoğu zaman, göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, mide/ karın bölgesinde huzursuzluk gibi bir takım bedensel duyumlar eşlik edebilir. Anksiyetenin klinik görünümü oldukça kişiye özgü olup bu belirtiler kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Birey yüksek düzeyde anksiyete

yaşadığında bundan fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak etkilenir. Dolayısıyla anksiyeteyi anlamak için belirtilerini bilmek veya fiziksel, bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlarda nasıl ifade bulduğunu anlamak gerekir (Clark ve Beck, 2012). Anksiyete çoğunlukla içerikleri abartılmış, çarpıtılmış, felaketleştirici karakterdeki tehdit edici düşüncelerden oluşur (Leahy, 2007). Bu açıdan değerlendirildiğinde anksiyete bilişsel bir bozulma durumu olarak düşünülebilir. Diğer bir ifadeyle, anksiyete sahip olduğu özellikle standart duygusal reaksiyonlardan farklılaşmaktadır.

Anksiyete, organizmanın varlığına yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında harekete geçmek üzere hazırlayan temel bir mekanizmadır (Ohman, 2008). Bu yönü ile anksiyete, yeni durumlara uyum sağlama ve ruhsal gelişimde oldukça işlevsel olabileceği gibi tersine uyum bozucu bir etki de yaratabilir (Arıcı, 2021). Dolayısı ile anksiyetenin ne zaman işlevsel, ne zaman uyum bozucu bir etkisinin olduğunu belirlemek önemlidir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Somut bir tehlikenin varlığından bağımsız yoğun ve şiddetli bir biçimde yaşanan ve kişinin günlük yaşantısını etkileyen durumlar anksiyete bozukluklarını düşündürmektedir (Türkçapar, 2004). Özetle, anksiyete belirtilerinin şiddeti, süresi, ortaya çıktığı bağlam ve işlevselliğe olan etkisi anksiyete belirtilerinin ne zaman bir psikopatolojiye dönüşeceğinin temel faktörleridir.

DSM-5'te Anksiyete Bozuklukları kümesi, Özgül Fobi, Agorafobi, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk (Beklendik/ıpuçlu, Beklenmedik/ıpuçsuz), Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu., Madde-İlaça Bağlı Anksiyete Bozukluğu, Tanımlanmış ve Tanımlanmamış kategorileri altında tanımlanmıştır. Anksiyete bozuklukları, dünya genelinde görülme sıklığı en yüksek olan psikolojik bozukluklardır. DSÖ (2022) verilerine göre, 2019 yılı itibari ile 301 milyon kişi anksiyete bozukluğu tanısı ile yaşamaktadır. 2020 yılında, COVID-19 salgını nedeniyle anksiyete ve depresif bozukluklarla yaşayan insanların sayısı önemli ölçüde artmıştır. İlk tahminler, sadece bir yıl içinde anksiyete ve majör depresif bozukluklar için sırasıyla %26 ve %28'lik bir artış olduğunu göstermektedir (DSÖ, 2022). Anksiyete bir başka bozukluğa sıklıkla eşlik eden bir durumdur ve anksiyete bozuklukları birçok farklı bozuklukla komorbid olarak görülebilir (Clark, Smith, Neighbors, Skerlec ve Randall, 1994; Jarrett ve Ollendick, 2008; Kauffman ve Landrum, 2015; McLaughlin, Geissler ve Wan, 2003). Özellikle depresyon ile anksiyete bozuklukları eş tanımlı klinik görünümlere sıklıkla

rastlandığı bildirilmiştir (Kessler ve ark., 2008; Murphy ve ark., 2004'ten akt. Arıcı, 2018).

2.12 Somatizasyon

Somatizasyon (bedenselleştirme), kişinin organik temelli açıklanamayan bedensel yakınma ve belirtiler yaşanması, ifade edilmesi ve bunları bir hastalık belirtisi olarak yorumlanarak tıbbi yardım arama eğilimi olarak tanımlanmıştır (Lipowsky, 1988). “Somatizasyon reaksiyonu” kavramı Meninger tarafından, hipertansiyondan frijiditeye kadar geniş bir hastalık grubunda kaygının bilinçli yaşanmasına engel olan içsel ifade biçimi olarak tanımlanmıştır. Katon ve arkadaşlarının (1984) somatizasyon tanımına göre ise, somatizasyon duygusal ve psikososyal sorunların beden üzerinden açığa vurulduğu bir tür sıkıntı ifadesidir. Alan yazında pek çok farklı tanımla bulunan somatizasyon kavramı için bu tanımlar arasındaki ortak nokta, somatizasyonun organik bir sebeple ile açıklanamayan ve fiziksel belirtilerle seyreden görünümüne işaret etmektedir. Somatizasyonu bir ruhsal bozukluk olarak değerlendiren görüşlerin yanı sıra (Alkın, 1999; Çermik, Çevik, Soykan ve Aksakal, 1999), Lipowski (1988) somatizasyon kavramını bir hastalık veya tanısal kategori olmaktan çok, ilişkili tıbbi bulgular olmaksızın fiziksel belirtilerden yakınan hastalardaki yaşantısal, bilişsel ve davranışsal tipik özelliklerden oluşan bir seti ifade eden jenerik bir terim olarak isimlendirmiştir. Somatizasyon bir hat üzerinde değerlendirildiğinde, en altta stresli yaşam olaylarına bağlı olarak meydana gelen bedensel belirtilerin yer aldığı, en üstte ise çok sayıda tıbbi muayene ve tedavi öyküsü ile kişinin işlevselliğinin tamamen bozulduğu bedensel belirti bozuklukları kümesinin olduğu belirtilmiştir (Kırkpınar, Deveci, Kılıç, Zihni-Çamur, 2016' dan akt. Karaköse, 2018).

Fiziksel hastalıkların varlığı, geçici ya da kronik somatizasyon ve hipokondriazis için yatkınlaştırıcı bir etken olarak değerlendirilmiş olup bir psikosomatik sendromun varlığının, diğer psikosomatik sendromlara da yatkınlık hazırladığı bildirilmiştir (Alkın, 1999). Alan yazındaki bulgular bu yatkınlaştırıcılığı doğrulamaktadır (Fishbain, Cole, Cutler, Lewis, Rosomoff ve Rosomoff, 2006; Norton, Norton, Asmundson, Thompson ve Larsen, 1999). Özenli, Yoldaşcan, Topal ve Özçürümez' in (2008) 804 kişi ile gerçekleştirdikleri araştırmada da kronik hastalık tanısı ile somatizasyon belirtileri arasında pozitif bir ilişki görülmüştür. Birinci basamak sağlık

kuruluşlarına tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri sebebi ile başvuran 172 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, hasta grubunda psikiyatrik bozukluğu olanların oranının bu tür belirtileri olmayanlara göre en az 2 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Feder, Olfson, Gameroff, Fuentes, Shea ve Lantigua, 2001). Benzer bir biçimde Haftgoli ve arkadaşlarının (2010) birinci basamağa en az bir bedensel şikayet ile başvuran hastalarla yürüttükleri araştırmada, katılımcılarda depresyon sıklığını %20, anksiyete bozuklukları %15.5 ve somatik bozuklukları %15.1 oranında olduğu görülmüştür. Özetle, somatizasyon belirtilerinin fiziksel ve ruhsal kronik hastalıklara sıklıkla eşlik ettiği görülmektedir.

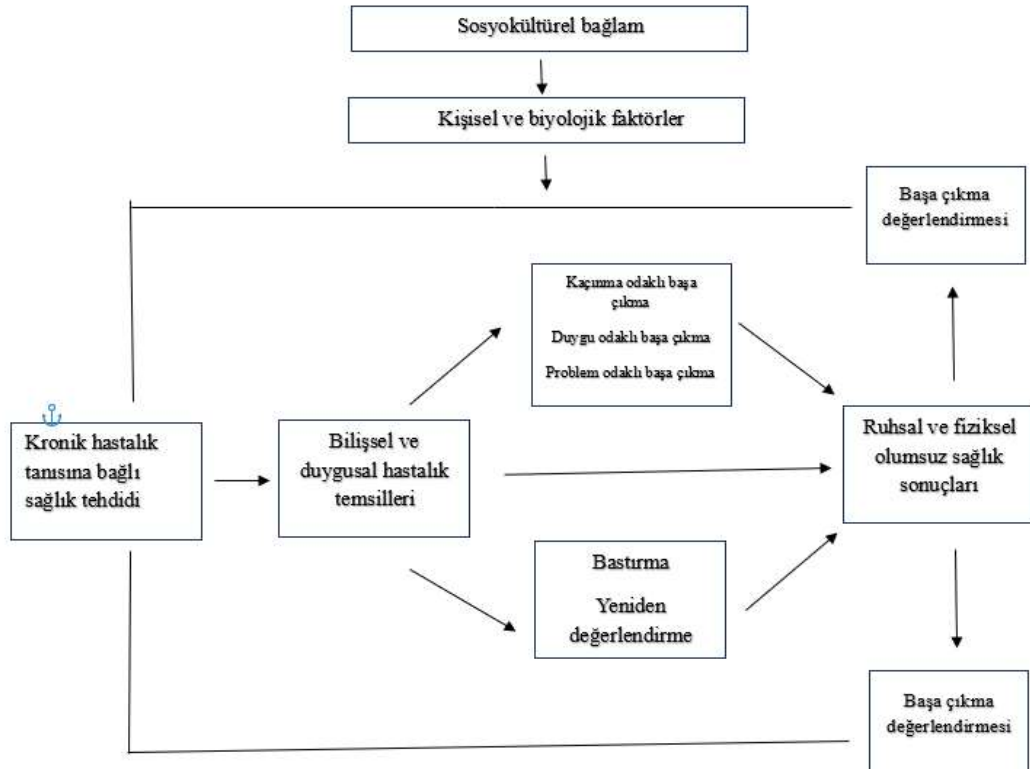
2.13 Araştırmanın Amacı: Kronik Hastalık Deneyiminde Psikososyal Faktörlerin Nitel ve Nicel Yöntemlerle Değerlendirilmesi

Yukarıda ilgili alan yazın kapsamında araştırmanın temel değişkenleri ve kronik hastalıklar ile olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkiye dair araştırma bulguları paylaşılmıştır. Kronik hastalıkların yönetiminde, hastalığa uyum ve kontrolün sağlanması, yalnızca tıbbi müdahale ve ilaç kullanımı ile mümkün görünmemektedir. Araştırmanın örneklemini oluşturan DM ve/veya HT tanılı kişilerin gerekli yaşam tarzı düzenlemeleri ile yaşam kaliteleri, fiziksel ve psikolojik iyilik halleri artabilmektedir. Her türlü çabaya karşın hastalığa uyumda başarıya ulaşamayan kişilere yaklaşımda, öncelikle hastalık deneyimlerinin etkin bir biçimde anlaşılması, tanımlanması ve psikososyal problemlerin göz önünde bulundurulması önemli bulunmuştur (Miller ve Rollnick 2002, Martins ve McNeil 2009; Muslu, Ardahan ve Günbayı, 2017). Geleneksel medikal modelden farklı olarak biyopsikososyal model (Engel, 1977) kişilerin en temel hali ile farklı genetik yapıya sahip olduğu, farklı psikososyal çevrelerde yetiştiklerini ve dolayısı ile hastalık deneyiminin kişiye özgü olduğunu öne sürmektedir. Kronik hastalık deneyiminde de her hastayı birbirinden farklı kılan çok sayıda kişisel özelliğin dikkate alınması kronik hastalıklarla yaşamada uyum ve koruyucu önlemler açısından oldukça önemlidir. Muslu ve arkadaşları (2017) T2D tanılı kişiler ile nitel yöntemle gerçekleştirdikleri araştırmada, benlik kavramında ve ilişkilerde hastalığın anlamının önemli bir psikososyal hedef olduğunu, böylece mevcut yaşam tarzı ile öz- yönetim davranışlarının bütünleştirilmesinin mümkün olduğunu belirtmektedir. İlgili alan yazında bu konu ile ilgili nicel yöntemi benimseyen çalışmaların yoğunlukta olduğu görülmüş, buna karşın diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıklara sahip kişilerin hastalık deneyimlerinin anlaşılmasına

yönelik nitel yöntemlerle yapılmış çalışmaların kısıtlı olduğu bildirilmiştir (Lisbeth, Minet, Lonvig, Henriksen ve Wagner, 2011; Whittemore, Chase, Mandle ve Roy, 2002). Bu doğrultuda bu çalışmada, kronik hastalık tanılı kişilerin yaşadıkları hastalık deneyimleri, hastalığa uyumları, hasta olmakla ilgili duyguları ve hastalıkla başa çıkma yollarının daha derin bir biçimde anlaşılabilmesi nitel ve nicel yöntemler bir arada kullanılarak oluşturulan araştırma deseni ile hedeflenmiştir. Araştırmanın nitel kısmından elde edilecek bulguların kronik hastalık tanılı kişilerde koruyucu bakım ve müdahale girişimleri için bir ön analiz olabileceği ve bu anlamda alan yazına katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

2.14 Araştırmanın Modeli, Amaçlar ve Hipotezler

İlgili alan yazın kapsamında araştırmanın temel değişkenlerine dair bilgiler aktarılmış, araştırmanın nitel aşaması ile ilgili gerekçe ve amaçlar yukarıda sunulmuştur. Araştırmanın kavramsal çerçevesi Şekil 1’de yer almaktadır. Ardından araştırmanın nicel aşamasının amaç ve hipotezleri paylaşılmıştır.



Şekil 2.1 Kavramsal çerçeve

Amaç 1: Kronik hastalık tanılı kişilerde hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemek

Hipotezler:

1a. DM ve/veya HT hastalarının duygusal hastalık temsilleri ile (kimlik, sonuç, zaman ve duygusal hastalık temsilleri boyutları) depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır.

1b. DM ve/veya HT hastalarının bilişsel hastalık temsilleri (kontrol ve uyum boyutları) ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri arasında negatif korelasyon bulunmaktadır.

1c. DM ve/veya HT hastalarının toplam hastalık temsilleri puanı ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır.

Amaç 2: Kronik hastalık tanılı kişilerde hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkide başa çıkma stilleri ve duygu düzenleme stratejilerinin aracılık etkisini incelemek.

Hipotezler:

2. Başa çıkma stilleri ve duygu düzenleme stratejilerinin (Çözüm odaklı başa çıkma, kaçınma odaklı çıkma, duygu odaklı başa çıkma, bastırma ve yeniden değerlendirme) hastalık temsilleri ile olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişkide anlamlı aracılık etkisi bulunmaktadır.

2a. Hastalık temsilleri çözüm odaklı başa çıkmayı, çözüm odaklı başa çıkma da depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerini negatif yordamaktadır.

2b. Hastalık temsilleri duygu odaklı başa çıkmayı, duygu odaklı başa çıkma da depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerini pozitif yönde yordamaktadır.

2c. Hastalık temsilleri kaçınma odaklı başa çıkmayı, kaçınma odaklı başa çıkma da depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerini pozitif yönde yordamaktadır.

2d. Hastalık temsilleri bastırmayı, bastırma da depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerini pozitif yönde yordamaktadır.

2e. Hastalık temsilleri yeniden değerlendirmeyi, duygu odaklı başa çıkma da depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerini pozitif yönde yordamaktadır.

Bu amaçlar çerçevesinde incelenecek olan ilişkiler yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi kapsamında yürütülecek olan yol analizi için R Studio programı kullanılmıştır. Ayrıca, örneklem özelliklerinin betimlenmesi için belirlenen yan amaçlar bulunmaktadır. Bunlar, araştırmaya katılan

kişilerin özelliklerinin ortaya konması amacıyla kullanılacak olan tanımsal istatistiklerdir. Bu kapsamda, diyabet ve hipertansiyon tanılı kişilerin aldıkları tanıya göre, sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin tümünün farklılaşma düzeyleri incelenmiştir. Aynı zamanda, hastaların aldıkları tanıya göre ölçeklerden aldıkları puanlardaki değişimin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada yürütülen olan betimsel analizler, grup karşılaştırmaları ve değişkenler arası ilişkiler için ise IBM SPSS 25.0 kullanılmıştır.

BÖLÜM 3

3. YÖNTEM

Bu araştırma, nicel ve nitel yöntemleri içeren iki aşamadan oluşmaktadır. Bu bölümün ilk kısmında nicel aşamada izlenen yöntem ve süreç aktarılacaktır. Sonrasında nitel aşamanın yöntemi ve süreci ile ilgili bilgiler verilecektir.

3.1 Nicel Aşamada Uygulanan Yöntem ve Süreç

3.1.1 Araştırma Deseni

Bu araştırmanın birinci aşaması DM ve/veya HT tanısı almış kişilerin hastalık temsilleri, başa çıkma, duygu düzenleme ve olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere nicel ve kesitsel bir yöntem ile planlanmıştır.

3.1.2 Araştırma Yeri

Araştırmanın nicel veri toplama aşamasında, katılımcılara ölçekler bir çevrim içi anket uygulaması (Survey Monkey/surveymonkey.de) aracılığı ile sosyal medya kanallarından paylaşılmış, sağlanan iş birliği doğrultusunda Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi hastalarından DM ve/veya HT tanılı kişilere SMS aracılığı ile gönderilmiş ve son olarak ölçeklerin yüz yüze katılımcılara uygulanması yöntemi ile iletilmiştir. Yüz yüze uygulanan anketler İstanbul Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi İç Hastalıkları ve Kardiyoloji bölümlerinde gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmacı ve stajyer hemşirelerin katılımcılara yardımı ile uygulanmıştır.

3.1.3 Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini en az üç aydır DM ve/veya HT tanısı almış olan kişiler oluşturmaktadır. Örneklem seçimi, DSÖ'nün yaygınlık ve ölüm oranına bağlı olarak oluşturduğu kronik hastalık sınıflandırmasında (bulaşıcı olmayan hastalıklar)

yer alan ana hastalık kategorilerine (Kalp ve damar hastalıkları, kanser türleri, solunum yolu hastalıkları ve diyabet) göre yapılmıştır. DM ve HT, hastalık süreçlerinde düzenli ilaç kullanımı, düzenli doktor kontrolü, düzenli beslenme alışkanlığı, yeterli fiziksel aktivite gibi uygun tedavi protokolleri uygulandığında kontrol altına alınabilen kronik durumlar olup diyabet ve hipertansiyon tanılı kişilerle gerçekleştirilmiş olan bir araştırmada, hastalık temsili boyutlarından kimlik, süre, kontrol ve uyum boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Megarezky, Sandy ve Arifin, 2022) Bu hastalıkların risk faktörleri ve nedenleri incelendiğinde ise, yaş, cinsiyet, aile öyküsü, genetik faktörler, obezite, stresli yaşam olayları, yetersiz fiziksel aktivite gibi ortak faktörleri görülmektedir (DSÖ, 2018). Yaygınlık, risk faktörleri, hastalık üzerinde kişisel kontrol ve dolayısı ile başa çıkma stilleri, tedavi süreçleri gibi değişkenler ve Türk örnekleminde kronik hastalık gruplarına ulaşılabilirlik değerlendirildiğinde DM ve HT'nin benzer nitelikleri göz önünde bulundurulmuş ve bu sebeplerden dolayı örneklemin DM ve/veya HT tanısı alan kişilerden oluşturulması hedeflenmiştir.

Araştırmaya katılımcı olma kriteri 18 yaş üzeri olmak, en az üç aydır hekim tanılı DM ve/veya HT hastası olmaktır. Dışlama kriterleri ise, bilinen ve ilaç tedavisi alınan bir psikiyatrik rahatsızlık sahibi olmak, hafif bilişsel bozukluk tanısı almış olmak ve dil bilmemektir.

Araştırmanın işleme kriterlerine uygun toplam 344 kişi araştırma anketlerini tamamlamıştır. Bu katılımcılar arasında halen psikiyatrik ilaç kullanımı bulunan 37 kişi çalışmaya dahil edilmemiş ve analizler toplam 307 kişinin verileri üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu oluşturan 307 katılımcıdan 153 kişiye çevrim içi kanallar üzerinden, 172 kişiye Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi Dahiliye ve Kardiyoloji polikliniklerinde yüz yüze ve son olarak 19 kişiye ise aynı hastanenin SMS sistemi aracılığı ile ulaşılmıştır.

3.1.4 Katılımcılara Ulaşma ve Veri Toplama Prosedürü

Araştırmanın veri toplama süreci Işık Üniversitesi Etik Kurul Onay belgesinin araştırmacıya iletilmesinin (28.07.2022) ardından başlamıştır. Etik kurul onayının ardından araştırma ölçek bataryası Survey Monkey isimli çevrim içi veri toplama platformu aracılığı ile DM ve/veya HT tanılı kişilere ulaşılacak kanallara iletilmiştir. Eş zamanlı olarak araştırma iş birliği yapılabilecek kişi ya da kurumlar ile (Diyabet dernekleri, dahiliye, kardiyoloji gibi alanlarda çalışan uzman hekimler, sosyal medyada sağlık alanında içerik üreticiler) iletişime geçilmiştir. Yazışmalar

sonucu, Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi ile araştırma iş birliği sağlanmıştır. Veri toplama aşamasından önce İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuş ve onayın çıkmasının ardından ilk olarak araştırmanın anket bataryası hastanenin veri sistemine kayıtlı olan DM ve/veya HT tanılı kişilere SMS ile gönderilmiştir. Sonrasında, 27 Şubat 2023- 10 Nisan 2023 tarihleri arasında veriler Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi Dahiliye ve Kardiyoloji Polikliniklerinde yüz yüze toplanmıştır. Veri toplama işlemi sırasında katılımcıların yaş ve eğitim durumlarına göre ölçek maddeleri tek tek okunarak ölçek doldurma işlemi yapılmıştır. Katılımcılardan yüz yüze veriler araştırmacı ve stajyer hemşireler tarafından toplanmıştır. Stajyer hemşireler katılımcılar ile görüşmeden önce ölçeklerle ilgili bilgilendirilmiş ve ölçeklerin doldurulması ile ilgili usuller stajyer hemşirelere öğretilmiştir.

Çevrim içi, SMS ve yüz yüze yöntemle ulaşılan tüm katılımcılar ölçekleri doldurmadan önce araştırmanın katılım koşulları, tahmini süresi, istedikleri takdirde araştırmayı bırakabilecekleri, vermiş oldukları bilgilerin gizliliği gibi konularda “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (EK A) aracılığı ile bilgilendirilmiştir.

3.1.5 Nicel Veri Toplama Araçları

3.1.5.1 Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu (EK B)

Sosyodemografik özellikler ve tıbbi öyküye dair bilgileri içeren ve araştırmacı tarafından hazırlanmış 23 Maddelik bir formdur. Formda katılımcılardan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir seviyesi gibi sosyodemografik verilerle birlikte tıbbi öykülerine dair daha detaylı bilgi almak üzere DM/HT tanı süresi, ilaç kullanımı, ilaç kullanım süresi, aile hastalık öyküsü, eş tanılı hastalıkların varlığı, DM hastaları için insülin kullanımı, düzenli tıbbi kontrol, psikiyatrik ilaç kullanımı gibi sorular sorulmuştur.

Bu araştırmanın örneklemini DM ve/veya HT tanısı almış kişiler oluşturmaktadır. Kronik hastalıklarda hastalık deneyimi açısından iki önemli değişken hastalığın süresi ve hastalığın şiddetidir. DM ve HT yukarıda bahsedilen özellikleri bakımından birbirleri ile benzer nitelik taşımalarına rağmen, hastalığın şiddeti potansiyel bir karıştırıcı değişken olarak karşımıza çıkabilir (Örneğin, insülin tedavisi gören diyabet hastası ile sadece düzenli ilaç kullanımı ile hastalığını kontrol altına alınan hipertansiyon hastasının durumunu karşılaştırıldığında). Bu çalışmada hastalığın şiddeti, “Kısa Yeti Yitimi Anketi” ile ölçülmüş ve kontrol değişkeni olarak

analize eklenmiştir. Benzer bir biçimde hastalığın süresi ile ilgili bilgi de Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formunda alınmış ve kontrol değişkeni olarak değerlendirilmiştir. Böylece, farklı hastalık grupları ile çalışılması hedeflenen bu araştırmada, hastalık gruplarında karıştırıcı etkisi olabilecek hastalıkla ilgili değişkenlerin kontrol altına alınması hedeflenmiştir.

3.1.5.2 Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYYA) (EK C)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendiren kısa bir ankettir. Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki yeti yitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir. Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYYA'nde bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır. İlk sorular spor yapmak, masa çekmek, çanta taşımak, merdiven yokuş çıkmak, eğilmek, doğrulmak, ağır eşya kaldırmak, uzun mesafe yürümek, banyo yapmak, tuvalete gitmek gibi günlük uğraşların yerine getirilmesinde sağlık sorunları nedeniyle kişinin engellenip engellenmediği sorgulanmaktadır. Diğer sorular sağlık sorunlarının hobiler, günlük işler, çalışma isteği, iş verimi, kişiler arası ilişkileri değerlendirmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-22 arasında değişmektedir: 0-4=yeti yitimi yok, 5-7=hafif yeti yitimi, 8-12=orta ağırlıkta yeti yitimi, 13 puan ve üstü = ağır yeti yitimi şeklinde değerlendirilmektedir. Türkçe uyarlaması Kaplan (1995) tarafından yapılmış ve geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir. Ölçek toplam puanı için Cronbach alfa değerinin 0.92'dir. Mevcut araştırmada Cronbach alfa değeri 0.87'dir. Ölçek öz bildirim dayalı olarak katılımcılar tarafından doldurulmaktadır.

3.1.5.3 Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri 21- Kısa Form (SDBÇE- 21) (EK D)

Türkçe geçerlik çalışması Boysan (2012) tarafından gerçekleştirilen ölçek 21 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar, "Çözüme Dönük Başa Çıkma", "Duygusal Başa Çıkma" ve "Kaçınmacı Başa Çıkma" şeklindedir. Türkçe versiyonun çözüme dönük başa çıkma, duygusal başa çıkma ve kaçınmacı başa çıkma alt ölçekleri için sırası ile Cronbach's alpha değerleri 0.72, 0.77 ve 0.74'tür. Bu araştırmada, Cronbach's alpha değerleri sırasıyla 0.85, 0.77, 0,71 şeklindedir. Duygusal başa çıkma; 3,5,10,12,14,17,20 (Örnek maddeler: "Bu duruma düştüğüm için kendimi suçlarım", "Baş edemeyeceğim kaygısını yaşarım")maddeler ile ,çözüme dönük başa çıkma; 2,6,8,11,13,16,19 (Örnek maddeler: "Probleme odaklanıp nasıl çözeceğime bakarım",

“Benzer problemleri nasıl çözdüğümü düşünürüm”)maddeler ile kaçınmacı başa çıkma ise 1,4,7,9,15,18,21 (Örnek maddeler: “Kendime sevdiğim bir yiyecek veya atıştırarak bir şey alırım”, “Benim için özel bir kişi ile zaman geçiririm”) maddeler ile ölçülmektedir.

3.1.5.4 Kısa Semptom Envanteri (KSE) (EK E)

Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiştir. Türkçe uyarlamasının Cronbach’s alpha katsayısı 0.96’dır. Ölçek toplamda 53 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Katılımcılardan son bir hafta içerisinde ölçek maddelerindeki belirtileri ne kadar hissettiklerini puanlamaları istenmektedir. Olumsuz sağlık sonuçlarını değerlendirmek amacı ile bu araştırmada, yalnızca depresyon, anksiyete ve somatizasyon alt ölçekleri kullanılmıştır. Anksiyete alt boyutu toplam 13 maddeden (Örneğin; kendini gergin ve tedirgin hissetme), depresyon alt boyutu toplam 12 maddeden (Örneğin; gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları), somatizasyon alt boyutu ise toplam 9 maddeden (Örneğin; baygınlık, baş dönmesi) oluşmaktadır. Her bir alt boyuttan alınan puanların yükselmesi o alt boyuta ait belirtilerin şiddetlenmesi anlamına gelmektedir. Mevcut araştırmada güvenirlik katsayıları sırası ile anksiyete, depresyon ve somatizasyon alt boyutları için 0.90, 0.89 ve 0.83 şeklindedir.

3.1.5.5 Duygu Düzenleme Anketi (DDA) (EK F)

Ölçek Gross ve John tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 10 madde ve iki boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar Bastırma ve Bilişsel Yeniden Değerlendirme şeklindedir. Ölçeği Türkçe’de ilk kullanan Yurtsever (2008), bilişsel yeniden değerlendirme için iç tutarlılık katsayısını 0.85, baskılama içinse 0.78 olarak rapor etmiştir. Araştırmacı test tekrar test katsayılarını ise bilişsel yeniden değerlendirme için 0.88, baskılama içinse de 0.82 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği son olarak 2015 yılında Totan tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık katsayılarının bilişsel yeniden değerlendirme boyutunda 0.78, bastırma boyutunda 0.71 olduğuna ulaşılmıştır. Ölçekten toplam puan alınmamakta olup her alt boyutun puanları birbirinden bağımsız hesaplanmaktadır. Ölçek 7li Likert tipindedir. Bastırma alt boyutu için örnek ölçek maddeleri “Duygularımı kendime saklarım”, “Duygularımı belli etmeyerek onları kontrol ederim”, bilişsel yeniden değerlendirme alt boyutu için “Daha az olumsuz duygu hissetmek istediğimde o durumla ilgili düşünce şeklimi değiştiririm” ve “Daha fazla olumlu duygu hissetmek istediğimde o durumla ilgili düşünce şeklimi

değiştirir” şeklindedir. Mevcut araştırmada güvenilirlik katsayıları sırası ile bastırma ve yeniden değerlendirme alt boyutları için 0.72 ve 0.85 olarak bulunmuştur.

3.1.5.6 Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) (EK G)

Öz-Düzenleyici modelin temel değişkeni olan hastalık temsillerini değerlendirmek amacı ile oluşturulan Hastalık Algısı Ölçeği'nin kısaltılmış versiyonudur. Ölçek maddeleri, Hastalık Algısı Ölçeği'nin süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık kimliği, endişe, hastalığın anlaşılabilirliği ve nedensel atıflar alt ölçeklerini içermektedir. Türkçe geçerlik çalışması Karataş, Özen ve Kutlutürkan (2017) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarılmanın duygusal algılar, bilişsel algılar ve toplam puanın Cronbach's Alpha değerleri sırasıyla, 0.83, 0.80, ve 0.85 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada güvenilirlik katsayıları sırası ile duygusal hastalık algısı ve bilişsel hastalık algısı alt boyutları ve toplam hastalık algısı puanı için 0.88, 0.65 ve 0.74 şeklindedir.

Hastalık algı skoru arttıkça, kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ile hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Likert yapısındaki ilk sekiz sorusu ile; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalığın kontrolünün kendisinde olduğuna inanma, tedaviye inanç, şikayetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama ve hastalığa verilen duygusal tepki özellikleri değerlendirilmektedir.

3.1.6 Verilerin Analizi

Araştırmanın betimleyici istatistiksel analizleri, gruplar arası karşılaştırmalar ve değişkenler arası ilişkileri inceleyen korelasyon analizleri IBM SPSS 25.0'da yapılmıştır. Yapısal eşitlik modellemesi çerçevesinde aracı model sınaması için yürütülen yol analizi ise R Studio programı kullanılarak test edilmiştir.

3.2 Nitel Aşamada Uygulanan Yöntem ve Süreç

Bu çalışmanın nitel araştırma aşaması, kronik hastalık kişilerin hastalık tanısı aldıkları dönemden bu yana geçirdikleri süreçte hastalık deneyimleri, hastalığa uyum sürecindeki destek mekanizmaları ve engeller, hastalıkla ilgili duyguları ve başa çıkma yollarının belirlenmesi için aşağıda yer alan sorular çerçevesinde tasarlanmıştır:

- Kendinizden biraz bahsedebilir misiniz?
- Diyabet/ hipertansiyon hastası olmak sizin için ne anlama geliyor?

○Hastalık deneyimlerinizden bahsedebilir misiniz?

○Hastalığınızın nedenleri sizce nelerdir?

○Hastalığınızla başa çıkmada size yardımcı olan kaynaklar/ sizi zorlayan durumlar nelerdir?

Hastalık sürecinde beklediğiniz desteği alabildiniz mi? Aile, arkadaşlar, devlet, sağlık çalışanları ile olan deneyimlerinizden örnekler verebilirsiniz.

○Hastalığınızın günlük yaşamınıza yansımaları nelerdir?

Eğitim hayatınız, aile yaşantınız, iş hayatınız gibi konulardan örnekler verebilirsiniz.

○Hastalığınız genel sağlık durumunuzu nasıl etkiliyor?

Fiziksel sağlığınızdaki, ruh sağlığınızdaki örnekler verebilirsiniz.

○Hastalığınıza nasıl uyum sağlıyorsunuz?

○Hastalık tanısını aldığınızda hangi duyguları yaşadınız? Hastalığınızla ilgili şu anda neler hissediyorsunuz?

3.2.1 Nitel Araştırmanın Modeli ve Metodolojik Arka Planı

Araştırmada kronik hastalık tanılı kişilerin hastalıklarına yönelik kendi öznel deneyimlerinin anlaşılması amaçlanmış ve bu amaca uygun olacak şekilde nitel analiz yöntemlerinden Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz (YFA) yöntemi tercih edilmiştir. Nitel yöntemler, hastalara yönelik kişisel farklılıkları ortaya koymayı ve dolayısı ile sağlık çalışanlarına hastaların hastalık yaşantılarını anlama konusunda önemli bir alan yaratmaktadır (Biggerstaff ve Thompson, 2008). YFA'nın son dönemde sağlık alanında yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Smith ve Osborn, 2015). YFA'da araştırmacı, katılımcıların deneyimlerini anlamlandırma ve yorumlama konusunda merkezi bir roledir. YFA'da süreç çift yorumlama üzerinden ilerlemektedir; katılımcılar kendi deneyimlerini anlamlandırmaya çalışırken, araştırmacı da katılımcıların deneyimlerini anlamlandırma çabasıdadır.

3.2.2 Nitel Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın nitel analiz basamağının katılımcılarını, yaşları 24 ile 44 arasında değişen ve daha önce araştırma ölçeklerini doldurmuş olup araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kişiler oluşturmaktadır. Katılımcılar uygulanan Kısa Hastalık Algısı Ölçeğinden en az bir buçuk standart sapma üzerinde puan alan kişiler arasından seçilmiştir. YFA'da örneklem mümkün olduğunda homojen olmalı ve

katılımcıların birbirine benzer özellikler taşıması gerekmektedir (Smith ve Osborn, 2003). YFA’da örneklemin sayıca büyüklüğünden çok yapılan görüşmelerin niteliği önemli görülmekte ve “az çoktur” bakış açısı ile hareket edilmektedir (Smith ve Osborn, 2015). Araştırmalarda bir kısıtlama bulunmamakla birlikte önerilen sayı 5- 10 arasındadır (Smith ve Osborn, 2004).

Araştırmanın ikinci aşamasına gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve iletişim bilgisini ileten toplam 109 katılımcı bulunmaktadır. Araştırmanın ikinci aşamasına geçmeyi kabul eden katılımcıların yoğun olarak kadın (n=69) ve T1D tanılı (n=49) olduğu görülmüştür. Bu durum katılımcıların araştırmaya devam motivasyonu açısından dikkate değer bulunmuştur. Bu doğrultuda, araştırmanın örneklemini T1D tanısı bulunan üç kadın katılımcı oluşturmuştur. Katılımcıların T1D dışında eş tanılı başka hastalıkları da bulunmaktadır.

3.2.3 İşlem

Araştırmanın nicel veri toplama aşamasına katılan katılımcılardan ikinci aşamaya da katılmayı kabul edip iletişim bilgisini ileten katılımcılara telefon yolu ile ulaşıp nitel görüşmelerle ilgili daha detaylı bilgi verilmiştir. Görüşmelerin amacı, bu görüşmeler sırasında ses kaydı alınacağı, görüşmelerin tahmini süresi, görüşmelerin gizliliği gibi konularda katılımcılara bilgiler aktarılmıştır. Görüşme yapmayı kabul eden katılımcılar ile uygun gün ve saat belirlenip tercih ettikleri çevrim içi iletişim aracından görüşmeler planlanmıştır. Araştırmacının yurtdışında yaşaması sebebi ile tüm görüşmeler çevrim içi iletişim platformları üzerinden sağlanmıştır. Araştırmada, katılımcılarla bağı kolaylaştıran ve esnek bir görüşme zemini sağlayan (Smith ve Osborn, 2003) yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırma bulgularının sunumunda katılımcıların isimleri gizli tutulmuş, görüşme sırasına göre “Katılımcı 1”, “Katılımcı 2” ve “Katılımcı 3” şeklinde isimlendirilmiştir. Bu araştırma kapsamında toplamda dört katılımcı ile görüşme yapılmıştır. Ancak bir katılımcının görüşmesinde alınan ses kaydının transkripsiyon için uygun ses kalitesinde olmamasından dolayı veri transkripsiyona aktarılamamış ve bu katılımcının görüşmesi analize dahil edilmemiştir.

Görüşmeler 14 Haziran 2023- 21 Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin süresi 42 dakika ile 69 dakika arasında değişmektedir. Görüşmeler ve verilerin analizden önce, araştırmacı, Prof. Jonathan

Smith tarafından verilen çevrim içi “Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz’e Giriş” eğitimine (10.02.2023) katılmıştır.

3.2.4 Verilerin Analizi

Yapılan görüşmelerin ses kaydı transkripsiyonları araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Sonrasında ise, Smith ve Osborn (2003) oluşturduğu “Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz” kılavuzu baz alınarak veriler dört aşamada analiz edilmiştir. YFA’da ilk olarak birinci katılımcının görüşmesinden elde edilen veriler detaylıca, tekrar tekrar okunur. Transkriptte göze çarpan noktalar ve gözlemler metnin sol kenar boşluğuna yazılır. Sonrasında ise, metnin en başına dönülerek tekrar eden temalar sağ kenar boşluğuna yazılır. Üçüncü adımda, temalar arasında bağlantılar tespit edilir ve böylece alt ve üst temalar oluşturulup ilk katılımcı için temaların tablosu çıkarılır. Son aşamada, bu işlemler tüm katılımcılar için tekrarlanır ve çapraz karşılaştırmalar yapılarak analiz tamamlanır (İlter ve Sarı, 2022). Mevcut araştırmada da bu işlem sırası takip edilerek analiz tamamlanmıştır.

3.2.5 Nitel Araştırmalarda Refleksivite

Nitel araştırmalar, nicel araştırma yaklaşımlarından farklı olarak araştırmacının araştırmadaki etkisini baştan kabul etmektedir. Buna ek olarak, araştırmada araştırmacının süreç üzerindeki rolüne izin verir ve bunu refleksivite kavramı ile ele alır (Morrow, 2005; İlter ve Sarı, 2022). Refleksivite, araştırmacının araştırma boyunca bilgi ve anlam üretiminin bir parçası olduğunun ve yürüttüğü araştırmadan tamamen bağımsız bir konumda olamayacağını farkında olmasıdır (Cantekin, 2022). Bir nitel analiz yaklaşımı olarak Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz de araştırmacının araştırma sürecindeki rolüne ve araştırmacının etkisine açıktır. Bu sebeple, bu kısma refleksivite kavramının eklenmesi önemli bulunmuştur. Bu çalışmada, nitel araştırma boyunca araştırmacının süreç üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulmuştur. Refleksiviteyi çalışmak için en önemli araçlardan birisi araştırmacının süreç boyunca katılımcılarla kurduğu etkileşimlere, gözlemlere, görüşmeler sırasında ortaya çıkan duygulara dair notlar almasıdır. Bu araştırmada da benzer bir yöntem uygulanmıştır.

Araştırmanın yürütücüsü olarak ben, görüşmeler sırasında daha önce T1D tanılı kimseyle temas etmediğimi, uzun süredir planladığım araştırmanın katılımcı grubuna yabancı kaldığımı hissettim. Görüşmelerdeki belirgin duygularım şaşkınlık, katılımcıların deneyimlerini dinlerken hissettiğim kaygı oldu. Bununla birlikte,

katılımcıların görüşmeler sırasındaki isteği ve motivasyonu konuya dair hem kişisel hem de akademik merak ve heyecan duygumu artırdı.

BÖLÜM 4

4. BULGULAR

Bu araştırmada diyabet ve/veya hipertansiyon tanısı bulunan katılımcıların sosyodemografik özellikleri, hastalık süreçlerine dair bilgiler, hastalık algıları, duygu düzenleme ve başa çıkma stilleri, depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerine dair veriler toplanmıştır. Nitel aşama için ise görüşmeye katılım kriterlerine uyan katılımcılarla 42- 69 dakika süren görüşmeler yapılmıştır. Bu bölümde, öncelikle araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının psikometrik özellikleri ve çalışmanın örneklem özelliklerini içeren betimleyici analiz bulguları ve grup karşılaştırmaları paylaşılacaktır. Ardından, araştırmanın temel aracı değişken hipotezine uygun olacak şekilde oluşturulan yol analizi bulguları aktarılacaktır. Bu bölümün son kısmında ise araştırmanın nitel aşamasından elde edilen bulgular yer alacaktır.

4.1 Nicel Çalışma Veri Analizi

4.1.1 Psikometrik ve Betimleyici Analizler

4.1.1.1 Veri Toplama Araçlarının İç Tutarlılık Katsayıları

Araştırmanın nicel çalışma sürecinde kullanılan veri toplama araçlarının daha önce gerçekleştirilen araştırmalarda Türkçe uyarlaması yapılmış ve psikometrik özelliklerinden “Amaç ve Yöntem” kısmında bahsedilmiştir. Kullanılan ölçeklerin bu çalışma kapsamında psikometrik özellikleri incelenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarının güvenilirlik değerlerinin yer aldığı veriler Tablo 4.1’de aktarılmıştır.

Tablo 4.1 Nicel veri toplama araçlarının güvenirlik bilgileri

Ölçekler	Cronbach's Alpha
KYYA	0.87
KHAÖ	0.74
Tablo 4.1 (devamı)	
KHAÖ-BİL	0.65
KHAÖ-DUY	0.88
SDBÇE 21-KAÇ	0.71
SDBÇE 21-DUY	0.77
SDBÇE 21-ÇÖZ	0.85
DDA-BAS	0.72
DDA-YD	0.85
KSE-DEP	0.90
KSE-ANK	0.89
KSE- SOM	0.83

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu , SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözüm Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyut

Bulgulara göre, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının güvenirlik değerleri en düşük KHAÖ-BİL alt boyut 0.65 olmak üzere, diğer tüm alt boyut ve ölçek toplam puanlarında 0.70-0.90 arasında olduğu görülmüştür. Ölçek güvenirlik değerinin 0,60 -0,70 arasında olması kabul edilebilir bir güvenirlik düzeyini, 0,80 veya daha yüksek olması ise iyi bir güvenirlik düzeyini göstermektedir (Hulin, Netemeyer, ve Cudeck, 2001). Mevcut çalışmanın ölçek toplam puan ve alt ölçeklerin güvenirlik değerleri kabul edilebilir ve iyi düzeydedir. Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutların ortalama puan, standart sapma ve normal dağılım değerlerini gösteren Tablo 4.2 aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.2 Nicel veri toplama araçlarının ortalama puan, standart sapma ve normal dağılım değerleri

	N	Ort	SS	Skewness	Kurtosis
KYYA	307	7.37	4.71	0.73	0.33
KHAÖ	307	32.49	12.39	-0.13	0.28
KHAÖ-BİL	307	10.07	6.01	0.52	0.01
KHAÖ-DUY	307	22.41	9.75	-0.26	-0.55
SDBÇE 21-KAÇ	307	18.57	6.01	0.29	-0.29
SDBÇE 21-DUY	307	20.16	6.68	0.19	-0.87
DDA-BAS	307	15.46	6.01	0.13	-0.75
DDA-YD	307	26.11	8.63	-0.48	-0.52
KSE-DEP	307	26.98	10.18	0.85	0.39
KSE-ANK	307	25.47	9.56	1.21	1.72
KSE- SOM	307	16.31	6.15	1.25	1.61

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözüm Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyutu

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiştir. Skewness ve Kurtosis değerlerine göre tüm ölçek ve alt ölçeklerin normal dağılıma (-2 ile +2 arasında) sahip olduğu görülmüş ve bundan sebeple verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır. Skewness ve Kurtosis değerlerinin -2 ve +2 arasında olması normal dağılım açısından kabul edilebilir değerler olarak belirlenmiştir (George ve Mallery, 2010).

4.1.1.2 Katılımcıların Demografik ve Hastalık Süreçleri Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formundan demografik bilgiler ve katılımcıların klinik özellikleri sırası ile Tablo 4.3 ve Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $ort=54.89$, $SS=15.50$ 'dir. Araştırmanın örneklemini 207 (% 67. 43) kadın, 100 (% 32.57) erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunu evli (% 74.92), çocuk sahibi (% 84.69) çalışmayan (% 26,06) ya

da emekli (% 31), alt- alt orta gelir seviyesinde (% 66,78) olup yaklaşık yarısı (% 51.14) ortaokul ve altı eğitim seviyesindedir.

Tablo 4.3 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	207	67.43
Erkek	100	32.57
Medeni durum		
Evli	230	74.92
Evli değil	77	25.08
Eğitim seviyesi		
Ortaokul ve alt	157	51.14
Lise ve üstü	150	48.86
Çalışma durumu		
Çalışıyor	80	26.06
Çalışmıyor	129	42.02
Emekli	98	31.92
Gelir seviyesi		
Alt	89	28.99
Alt - orta	116	37.79
Üst	102	33.22
Çocuk sahibi olma		
Evet	260	84.69
Hayır	47	15.31
Birlikte yaşanılan kişi		
Yalnız	26	8.5
Anne baba ile	21	6.8
Eş ile	103	33,6
Bir yakınım ile	11	3.6
Eş ve çocuklar ile	116	37.8
Sadece çocuklar ile	25	8.1
Eş, çocuklar ve bir yakınım ile	4	1.3
Bakıcı ile	1	0.3

Katılımcıların hastalıkla ilgili özellikleri incelendiğinde katılımcıların ağırlıklı olarak DM tanılı kişilerden oluştuğu görülmektedir; 130 kişinin yalnızca DM, 89 kişinin yalnızca HT ve 88 kişinin ise hem DM hem HT tanısı bulunmaktadır. Diyabet tanılı katılımcıların ise çoğunluğu T2D tanılıdır. DM tanılı katılımcıların tedavi şekli

%37,1'i oral antidiyabetik (OAD), %23,8'i ise insülin ile tedavi görmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%85.99) düşük ve orta düzeyde yeti yitimi bildirmiştir. Katılımcıların %26,2'si DM, HT ya da DM-HT dışında bir kronik hastalığa daha sahiptir.

Tablo 4.4 Katılımcıların klinik özellikleri

Değişkenler	<i>n</i>	%
Hastalık türü		
Diyabet	130	42.34
Hipertansiyon	89	28.99
Diyabet- Hipertansiyon	88	28.66
Yeti yitimi		
Düşük ve orta yeti yitimi	264	85.99
Yüksek yeti yitimi	43	14.01
Eş tanıli Hastalıklar		
Astım	23	7.5
KOAH	10	3.3
Kalp yetmezliği	13	4.2
Böbrek yetmezliği	6	2
Hematolojik hastalıklar	2	0.7
Gastrointestinal sistem h.	16	5.2
Obezite	10	3.3
Ailede kronik hastalık öyküsü		
Var	223	72.6
Yok	84	27.4
Hastalıkla ilgili kontrol sıklığı		
Ayda bir	25	8.1
Üç ayda bir	89	29
Altı ayda bir	67	21.8
Hekim önerisi doğrultusunda	42	13.7
Bir sağlık sorununda	68	22.1

Tablo 4.4 (devamı) Katılımcıların klinik özellikleri

Hiç	4	1.3
Diyabet türü		
T1D	73	23.8
T2D	122	39.7
Diğer	23	7.5
Diyabet ile ilgili tedavi şekli		
Oral antidiyabetik	114	37.1
İnsülin	73	23.8
Oral A.diyabetik ve insülin	18	5.9
Diyet	38	12.4

4.1.2 Sosyodemografik Özellikler, Katılımcıların Hastalık Verileri ve Araştırma Değişkenlerine Göre Grupların Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu aracılığı ile elde edilen bilgiler doğrultusunda, araştırma değişkenlerinin cinsiyete, medeni duruma, eğitim seviyesine ve yeti yitimine göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan bağımsız gruplar t- test analizlerinde etki büyüklüğü Cohen's d etki büyüklüğü baz alınarak hesaplanmıştır. Değişkenlerin hastalık türü, gelir seviyesi ve çalışma durumuna göre farklılık göstermediği ise tek yönlü Anova uygulanarak analiz edilmiş olup etki büyüklüğü için ise 'eta square' değeri baz alınmıştır.

İlk olarak cinsiyete göre araştırma değişkenlerinin grup karşılaştırmasını içeren tablo aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.5 Cinsiyet değişkenine göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları

Bağımsız gruplar t test	Kadın		Erkek		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>			
KYYA	7.79	4.66	6.49	4,73	2.28	0.02*	0.16
KHAÖ	33.70	12.46	29.84	11.88	2.63	0.01**	0.03
KHAÖ-BİL	10.01	6.06	10.20	5.93	-0.3	0.80	
KHAÖ-DUY	23.75	9.46	19.64	9.81	3.5	0.00***	0.25
SDBÇE-KAÇ	19.08	6.04	17.49	5.85	2.2	0.029*	0.27
SDBÇE-DUY	15.22	5.97	15.96	6.10	1.51	0.13	
SDBÇE-ÇÖZ	23.19	6.11	24.09	6.07	-1.2	0.23	
DDA-BAS	20.56	6.67	19.34	6.66	-1.0	0.31	
DDA-YD	25.97	9.18	26.41	7.39	-0.5	0.65	
KSE-DEP	28.07	10.29	24.73	9.62	2.72	0.01**	0.33
KSE-ANK	26.33	9.96	23.70	8.43	2.41	0.02*	0.00
KSE-SOM	17.07	6.20	14.73	5.76	3.2	0.01**	0.00

p<.05*;p<.01**;p<.001***

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözümüne Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyutu

Yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre, kadın ve erkek katılımcıların KYYA, KHAÖ, KHAÖ – DUY, SDBÇE 21- KAÇ, KSE-DEP, KSE-ANK, KSE-SOM ölçeklerinden aldıkları puanlar, anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bulgulara göre, kadın katılımcıların yeti yitimi, hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri, kaçınmacı başa çıkma, depresyon, anksiyete ve somatizasyon puanları daha yüksektir. Etki büyüklükleri küçük düzeyde bulunmuştur. Medeni duruma göre araştırma değişkenlerinin gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.6 Medeni duruma göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları

Bağımsız gruplar t test	Evli		Evli değil		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>			
KYYA	7.2	4.68	7.88	4.8	-1.11	0.27	
KHAÖ	31.72	11.59	34.79	14.37	-1.7	0.09	
KHAÖ-BİL	9.96	5.69	10.43	6.9	-0.6	0.55	
KHAÖ-DUY	21.76	9.4	24.36	10.54	-2.04	0.04*	0.36
SDBÇE-KAÇ	18.58	6.12	18.53	5.72	0.06	0.95	
SDBÇE-DUY	20.13	6.78	20.27	6.41	-0.17	0.87	
SDBÇE-ÇÖZ	24.08	5.94	21.71	6.26	2.98	0,00**	0.04
DDA-BAS	15.4	6.02	15.62	6.04	-0.28	0.78	
DDA-YD	26.67	8.34	24.45	9.31	1.95	0.05*	0.03
KSE-DEP	26.03	9.94	29.81	10.43	-2.85	0.00**	0.05
KSE-ANK	24.63	9.26	28	10.03	-2.71	0.01**	0.03
KSE-SOM	16.28	6.12	16.4	6.27	-0.15	0.88	

p<.05* p<.01**;

p<.001***

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözüm Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyutu

Yürütülen bağımsız gruplar t testi analizine göre, evli ve evli olmayan katılımcıların KHAÖ-DUY, SDBÇE-ÇÖZ, DDA-YD, KSE-DEP, KSE-ANK ölçeklerinden aldıkları puanlar anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Evli olmayan katılımcıların duygusal hastalık algıları, depresyon ve anksiyete düzeyleri evli olanlara göre daha yüksektir. Evli olan katılımcıların ise çözüme dönük başa çıkma ve bilişsel yeniden değerlendirme puanları evli olmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Anlamlı farklılık bulgularanan değişkenlerde anlamlılığın etki büyüklüğü düşük olarak görülmüştür. Eğitim seviyesine göre gruplar arası farkın analiz edildiği Tablo 4.7 aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.7 Eğitim seviyesine göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları

Bağımsız gruplar t test	Ortaokul ve altı		Lise ve üstü		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>			
KYYA	8,71	4,75	5,97	4,26	5,31	0,00***	0.13
KHAÖ	34,27	12,73	30,63	11,79	2,60	0,01**	0.36
KHAÖ-BİL	10,84	6,15	9,27	5,77	2,30	0,02*	0.03
KHAÖ-DUY	23,43	9,07	21,35	10,34	1,87	0,06	
SDBÇE-KAÇ	19,08	6,41	18,03	5,54	0,05	0,13	
SDBÇE-DUY	20,95	6,53	19,34	6,75	2,12	0,04*	0.04
SDBÇE-ÇÖZ	22,99	6,11	24,00	6,06	-1,45	0,15	
DDA-BAS	16,56	5,97	14,31	5,86	3,34	0,00***	0.24
DDA-YD	25,13	9,16	27,14	7,93	-2,06	0,04*	0.39
KSE-DEP	26,86	9,75	27,11	10,64	-0,21	0,83	
KSE-ANK	24,82	7,99	26,15	10,94	-1,21	0,23	
KSE-SOM	17,25	6,24	15,33	5,91	2,77	0,01**	0.03

p<.05*; p<.01**;
p<.001***

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözümü Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyut

Ortaokul ve altı eğitim seviyesindeki katılımcılar ile, lise ve üstü düzeydeki eğitim seviyesine sahip katılımcıların KYYA, KHAÖ, KHAÖ-BİL, SDBÇE-DUY, DDA-BAS, DDA-YD, KSE-SOM ölçeklerinden aldıkları puanlar birbirinden anlamlı olarak farklıdır. Etki büyüklüğü küçük düzeyde olarak bulunmuştur. Ortaokul ve altı eğitim seviyesindeki katılımcıların yeti yitimi, hastalık algıları, bilişsel hastalık algıları, duygu odaklı başa çıkma stilleri, bastırma odaklı duygu düzenleme stilleri ve somatizasyon belirtileri, en az lise mezunu olan katılımcılardan daha yüksektir. En az lise mezunu olan katılımcıların ise yeniden değerlendirme duygu düzenleme stili puanları, ortaokul ve altı eğitim seviyesindeki katılımcılardan yüksektir.

Katılımcıların yeti yitimi göre gruplar arası farkın analiz edildiği t- testi raporunu gösteren Tablo 4.8 aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.8 Yeti yitimi düzeyine göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t- test sonuçları

Bağımsız gruplar t test	Düşük ve Orta Yeti Yitimi		Yüksek Yeti Yitimi		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>			
KYYA	5.99	3.32	15.81	2.83	-18.35	0.00***	0.31
KHAÖ	30.93	11.71	42.05	12.27	-5.73	0.00***	0.03
KHAÖ-BİL	9.66	5.81	12.60	6.60	-3.02	0.00**	0.04
KHAÖ-DUY	21.27	9.47	29.44	8.51	-5.32	0.00***	0.09
SDBÇE-KAÇ	18.76	5.89	17.37	6.69	1.41	0.16	
SDBÇE-DUY	19.86	6.73	22.02	6.06	-1.98	0.05	
SDBÇE-ÇÖZ	23.76	6.08	21.79	5.99	1.97	0.05	
DDA-BAS	15.33	5.98	16.28	6.22	-0.96	0.34	
DDA-YD	26.75	8.39	22.16	9.12	3.29	0.00***	0.08
KSE-DEP	25.88	9.29	33.72	12.64	-3.90	0.00***	0.07
KSE-ANK	24.59	8.66	30.86	12.71	-3.12	0.00***	0.06
KSE-SOM	15.36	5.34	22.12	7.53	-5.66	0.00***	0.10

p<.05*; p<.01**;
p<.001***

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözümüne Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyut

Yeti yitimi bildirmeyen, düşük ve orta yeti yitimi bildiren katılımcılar ile, yüksek düzeyde yeti yitimi bulunan katılımcıların KYYA, KHAÖ, KHAÖ-BİL, KHAÖ-DUY, DDA-YD, KSE-DEP, KSE-ANK, KSE-SOM ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık görülmüş olup etki büyüklüğü küçük düzeyde olarak görülmüştür Yüksek düzeyde yeti yitimi bulunan katılımcıların yeti yitimi düzeyleri, toplam

hastalık algıları, bilişsel hastalık algıları, duygusal hastalık algıları, depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyleri yeti yitimi bildirmeyen, düşük ve orta yeti yitimi bildiren katılımcılardan daha yüksektir. Yeti yitimi bildirmeyen, düşük ve orta yeti yitimi bildiren katılımcıların ise duygu düzenlemenin bir alt boyutu olan bilişsel yeniden değerlendirme puanları yüksek düzeyde yeti yitimi bildiren katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kendilerini ait hissettikleri gelir seviyesi gruplarına göre araştırma değişkenlerinin gruplar arası karşılaştırmalarının yapıldığı tek yönlü ANOVA analizi gösteren Tablo 4.9 aşağıda bulunmaktadır.

Tablo 4.9 Katılımcıların ait hissettikleri gelir seviyesi grubuna göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları

Gelir Seviyesi	Alt		Alt- orta		Üst		F	η^2
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
KYYA	8.40	4.71	8.00	5.06	5.75	3.84	(9.77) 0.00***	0.06
KHAÖ	34.88	12.89	34.88	12.89	28.70	12.69	(7.6) 0.00***	0.05
KHAÖ-BİL	10.30	6.01	10.53	5.61	9.36	6.42	(1.11) 0.33	
KHAÖ-DUY	24.57	9.34	23.47	8.81	19.33	10.42	(8.33) 0.00***	0.05
SDBÇE 21-KAÇ	18.46	5.82	18.34	6.35	18.91	5.83	(0.26) 0.77	
SDBÇE 21-DUY	21.24	6.52	19.95	6.52	19.47	6.93	(1.77) 0.17	
SDBÇE 21-ÇÖZ	22.29	6.46	23.34	5.98	24.70	5.73	(3.82) 0.02*	0.02
DDA-BAS	16.73	6.52	16.73	6.52	16.73	6.52	(2.91) 0.56	
DDA-YD	23.83	10.20	26.14	7.60	28.07	7.80	(5.91) 0.00**	0.04
KSE-DEP	28.93	10.84	27.04	10.02	25.21	9.53	(3.24) 0.04*	0.02
KSE-ANK	26.08	9.05	25.51	9.69	24.90	9.90	(0.36) 0.70	

Tablo 4.9 (devamı) Katılımcıların ait hissettikleri gelir seviyesi grubuna göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları

KSE- SOM	17.15	6.50	16.49	6.37	15.37	5.47	(2.07) 0.13
----------	-------	------	-------	------	-------	------	-----------------

p<.05*;p<.01**;p<.001***
 KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözüme Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyut

Yürütülen tek yönlü ANOVA testine göre alt, alt- orta ve üst gelir grupları arasında KYYA, KHAÖ, KHAÖ-DUY, SDBÇE 21-ÇÖZ, DDA-YD, KSE-DEP ölçek ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasından anlamlı bir fark bulunmaktadır. Hangi gelir grupları arasında fark olduğunun tespit edilmesi için Post Hoc test yürütülmüştür. Scheffe karşılaştırma bulgularına göre, alt ve alt orta gelir grubuna dahil olduğunu düşünen katılımcıların, üst gelir grubuna dahil olduğunu bildiren katılımcılardan yeti yitimi düzeyleri, hastalık temsilleri toplam puanları ve duygusal hastalık temsilleri daha yüksektir. Alt gelir grubuna dahil olduğunu bildiren katılımcıların depresyon düzeyleri, üst gelir grubuna dahil olduğunu düşünen katılımcılardan daha yüksek olarak bulgulanmıştır. Son olarak, üst gelir grubuna dahil olduğunu bildiren katılımcıların yeniden değerlendirme duygu düzenleme puanları ve çözüme dönük başa çıkma puanları daha yüksektir. Aralarında gruplar arası anlamlı fark olduğu görülen araştırma değişkenlerinde, alt ve alt- orta gelir grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Katılımcıların tanı aldıkları hastalık türüne göre gruplar arası farkların incelendiği analiz bulguları aşağıda yer alan Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Tablo 4.10 Katılımcıların hastalıklarına göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları

Hastalık Türü	Hipertansiyon		Diyabet		Her ikisi de		F	η^2
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
KYYA	6.62	4.49	6.48	4.21	9.44	5.03	(12.91) 0.00***	.08
KHAÖ	29.11	11.83	32.48	12.59	35.92	11.82	(6.94) 0.00***	.04
KHAÖ-BİL	9.71	5.87	9.38	5.95	11.47	6.06	(3.44) 0.03*	.02
Tablo 4.10 (devamı)								
KHAÖ-DUY	19.40	9.70	23.09	10.25	24.45	8.32	(6,73) 0,00***	0.04
SDBÇE 21-KAÇ	18,67	6,23	18,33	5,35	18,81	6,74	(0,18) 0,83	
SDBÇE 21-DUY	19.47	6.70	20.03	6.94	21.06	6.21	(1.29) 0.28	
SDBÇE 21-ÇÖZ	24.21	6.07	23.30	5.79	23.02	6.56	(0.95) 0.39	
DDA-BAS	15.85	6.16	14.75	6.16	16.10	5.59	(1.60) 0.21	
DDA-YD	27.08	8.76	26.72	8.24	24.24	8.87	(2.99) 0.05	
KSE-DEP	24.58	8.69	27.53	10.89	28.59	10.16	(3.83) 0.02*	0.03
KSE-ANK	23.51	8.15	26.15	10.71	26.47	8.85	(2.71) 0.07	
KSE- SOM	15.31	5.57	15.67	5.86	18.26	6.72	(6.53) .00**	0.04

p<.05*;p<.01**;p<.001***

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözümü Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyut

Tanı alınan hastalığa göre, katılımcıların KYYA, KSE- DEP, KSE- SOM, KHAÖ, KHAÖ- BİL, KHAÖ- DUY puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Var olan üç tanı kategorisinden hangi gruplar arasında farkın olduğunu tespit etmek için yapılan Scheffe karşılaştırmalarına göre ise, DM- HT komorbid tanıli katılımcıların depresyon puanları, sadece HT tanıli katılımcılardan, DM- HT komorbid tanıli katılımcıların somatizasyon puanı sadece DM ve sadece HT

tanılı katılımcılardan, DM tanılı katılımcıların somatizasyon puanı HT tanılı katılımcılardan, DM HT komorbid tanılı katılımcıların yeti yitimi puanları, sadece HT ve sadece DM tanılı katılımcılardan, DM HT komorbid tanılı katılımcıların hastalık temsilleri toplam puanları, sadece HT tanılı katılımcılardan, DM HT komorbid tanılı katılımcıların ha duygusal alt boyut puanları sadece DM ve sadece HT tanılı katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırmalarını içeren analiz bulguları Tablo 4.11’de paylaşılmıştır.

Tablo 4.11 Çalışma durumuna göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları

Çalışma Durumu	Çalışıyor		Çalışmıyor		Emekli		F	η^2
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
KYYA	5.96	4.69	8.14	4.36	7.48	4.95	(5.51) 0.00**	0.04
KHAÖ	32.82	11.66	33.17	12.47	31.30	12.88	0.67 0.510	
KHAÖ- BİL	9.41	5.25	10.20	6.09	10.43	6.46	(0.69) 0.49	
KHAÖ- DUY	23.41	10.22	22.96	9.33	20.86	9.79	(1.87) 0.15	
SDBÇE 21- KAÇ	18.07	5.48	19.41	5.75	17.84	6.65	(2.28) 0.10	
SDBÇE 21- DUY	19.52	7.00	21.00	6.85	19.57	6.08	(1.79) 0.16	
SDBÇE 21-ÇÖZ	24.21	5.52	22.42	6.23	24.28	6.21	(3.41) 0.03*	0,01
DDA- BAS	14.08	5.81	15.66	6.18	16.30	5.80	(3.174) 0.04*	0.02
DDA- YD	26.02	7.74	25.71	9.32	26.70	8.40	0.37 0.69	
KSE- DEP	27.31	10.55	28.60	10.99	24.57	8.18	(4.53) 0.01*	0.03
KSE- ANK	26.58	10.67	26.27	10.06	23.51	7.47	(3.10) 0.05*	0.02

Tablo 4.11 (devamı) Çalışma durumuna göre KYYA, KHAÖ, SDBÇE- KAÇ, SDBÇE- DUY, SDBÇE- ÇÖZ, DDA-BAS, DDA-YD, KSE- DEP, KSE- ANK, KSE- SOM puanlarının karşılaştırıldığı tek yönlü ANOVA sonuçları

KSE- SOM	15.71	5.90	17.58	6.76	15.12	5.15	(5.10) 0.00***	0.03
-------------	-------	------	-------	------	-------	------	-------------------	------

p<.05*;p<.01**;p<.001***

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ- BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu , SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözüm Dönük Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyut

Çalışma durumuna göre, katılımcıların KYYA, SDBÇE 21-ÇÖZ, DDA-BAS, KSE- DEP, KSE-ANK, KSE- SOM puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışma durumu kategorilerinden, hangi gruplar arasında farkın olduğunu tespit etmek için yapılan Scheffe ve Games- Howell karşılaştırmalarına göre ise, çalışmadığını bildiren katılımcıların yeti yitimi düzeyi, çalışan katılımcılara göre daha yüksektir. Çalışmayan katılımcıların, depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyleri emekli katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Son olarak emekli olduğunu belirten katılımcıların, duygu düzenleme- bastırma puanlarının çalışan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.1.3 Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Araştırma modelinin yol analizi yöntemi ile sınanmasından önce araştırma değişkenlerinin birbirleri ile olan ilişkileri sınanmıştır. Bu doğrultuda değişkenler arası ilişkiler Pearson Korelasyon katsayı testi ile analiz edilmiş olup ilgili korelasyon bulguları Tablo 4.12’de özetlenmiştir. Yürütülen korelasyon analizi bulgularına göre, yeti yitimi kaçınmacı başa çıkma hariç araştırmanın tüm diğer değişkenleri ile anlamlı olarak ilişkilidir. Hastalık temsilleri toplam puan değeri, duygu düzenleme -bastırma alt boyutu hariç araştırmanın diğer tüm değişkenleri ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Araştırmanın sonuç değişkenleri incelendiğinde ise depresyon, anksiyete ve somatizasyon puanlarının başa çıkma- kaçınmacı başa çıkma ve duygu düzenleme – bastırma alt boyutları hariç araştırmanın bütün değişkenleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür.

Tablo 4.12 Araştırma değişkenlerinin birbirleri ile ilişkilerini gösteren korelasyon tablosu

Değişkenler	Ort	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
KYYA	7.37	4.71	—											
KHAÖ	32.49	12.39	0.46**	—										
KHAÖ-BİL	10.07	6.01	0.29**	0.64**	—									
KHAÖ-DUY	22.41	9.75	0.41**	0.88**	0.19**	—								
SDBÇE 21-KAÇ	18.57	6.01	-0.03	-0.12*	-0.15**	-0.06	—							
SDBÇE 21-DUY	20.16	6.68	0.18**	0.35**	0.12*	0.37**	0.13*	—						
SDBÇE 21-ÇÖZ	23.49	6.1	-0.15**	-0.25**	-0.29**	-0.146*	0.29**	-0.03	—					
DDA-BAS	15.46	6.01	0.13*	0.1	0.05	0.09	-0.04	0.13*	0.09	—				
DDA-YD	26.11	8.63	-0.16**	-0.27**	-0.24**	-0.20**	0.12*	-0.27**	0.35**	0.13*	—			
KSE-DEP	26.98	10.18	0.41**	0.52**	0.21**	0.54**	-0.01	0.48**	-0.19**	0.04	-0.26**	—		
KSE-ANK	25.47	9.56	0.32**	0.44**	0.20**	0.44**	0.04	0.43**	-0.23**	-0.01	-0.30**	0.79**	—	
KSE-SOM	16.31	6.15	0.50**	0.43**	0.22**	0.41**	0	0.33**	-0.20**	0.02	-0.22**	0.67**	0.61**	—

p<.05*; p<.01**;

KYYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi, KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, KHAÖ – DUY: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Duygusal Hastalık Algısı Alt Boyutu, KHAÖ-BİL: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Bilişsel Hastalık Algısı Alt Boyutu, SDBÇE 21- KAÇ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Kaçınmacı Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- DUY: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Duygusal Başa Çıkma Alt Boyutu, SDBÇE 21- ÇÖZ: Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri- Çözümle Başa Çıkma Alt Boyutu, DDA-BAS: Duygu Düzenleme Anketi- Bastırma Alt Boyutu, DDA-YD: Duygu Düzenleme Anketi- Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu, KSE- DEP: Kısa Semptom Envanteri- Depresyon Alt Boyutu, KSE- ANK: Kısa Semptom Envanteri- Anksiyete Alt Boyutu, KSE- SOM: Kısa Semptom Envanteri- Somatizasyon Alt Boyut

4.1.4 Araştırma Hipotezinin Test Edilmesine Dair Yol Analizi Bulguları

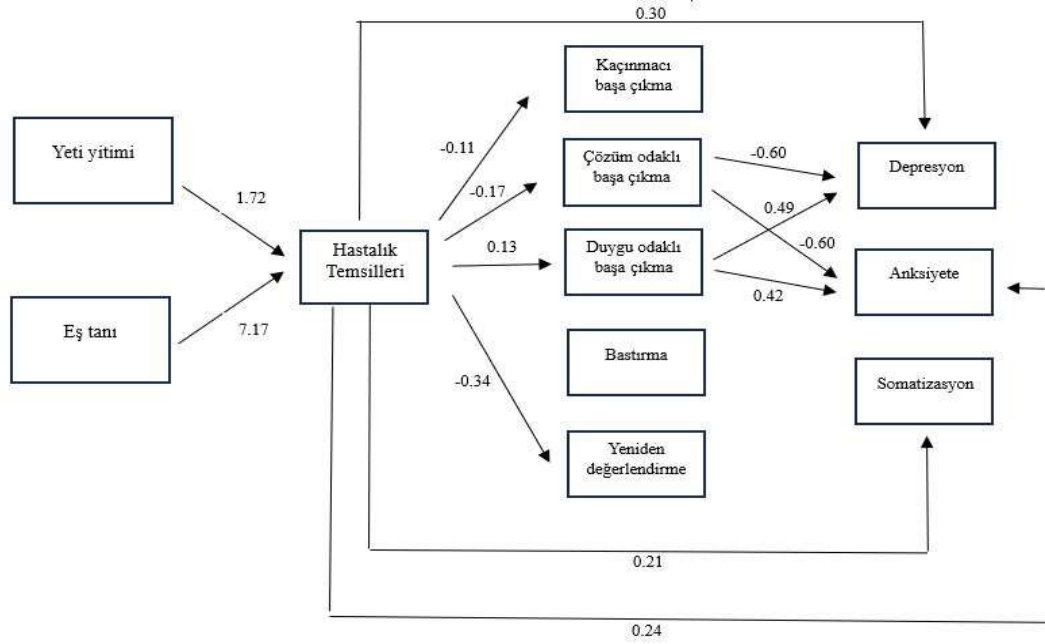
Hastalık temsilleri ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon arasındaki ilişkide, duygu düzenleme ve başa çıkma stratejilerinin aracı etkisinin incelendiği modelin test analizleri yapısal eşitlik modellemesi çerçevesinde yol analizi yöntemi ile R Studio programı kullanılarak yapılmıştır. Yapısal eşitlik modellemesi ve analiz programı olarak R Studio'nun birtakım avantajları bulunmaktadır. Yapısal eşitlik modellemesi, önceden belirlenen ilişki örüntüsünü verinin doğrulayıp doğrulamadığını ortaya koymak üzere, model içindeki değişkenler arasındaki ilişkileri, bağlı değişkenler arası kovaryans yapısını, ölçüm hatalarını tüm değişkenleri bir arada değerlendirerek çoklu regresyon modellerine göre çok daha güçlü bir teknik sağlamaktadır (Novikova, Richman, Supekar, Barnard- Brak ve Hall, 2013). R Studio ise güncel araştırmalarda sıklıkla kullanılan bir analiz programıdır.

Bu araştırmada yol analizi ile sınanacak modelde, birden fazla aracı değişken ve birden fazla sonuç değişkeni bulunmaktadır. SPSS, PROCESS MACRO gibi programlarda birden fazla bağımsız değişken aynı modele dahil edilememekte, dolayısı ile analizler ayrı ayrı yürütülmektedir. Araştırmada istatistiksel analiz gücünün artırılması, ölçüm hatalarının sıfırlanması ve değişkenlerin aynı anda modele dahil edilip etkileşimlerinin de sınanabilmesi için yol analizinin R Studio kullanılarak yürütülmüştür.

Tanı süresi ve yeti yitimi düzeyi modelde kontrol değişkenleri olarak yer almıştır. Analiz sonuçlarına göre, modelin uyum iyiliği değerleri (Ki-kare>.05, CFI=0,935, TLI=0,834, RMSEA=0,098, SRMR=0,058) şeklinde olup uyum iyiliği değerleri iyi düzeyde bulunmamıştır. Modelde kontrol değişkeni olarak belirlenen tanı süresi değişkeni ile hastalık temsilleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu noktada, modelin uyum iyiliği değerlerini yeterli düzeye getirme amacı ile kontrol değişkeni olan tanı süresi modelden çıkarılmış ve yerine katılımcıların hastalık temsillerini etkileyebilecek bir diğer faktör olan diyabet ve/veya hipertansiyon dışında bir eş tanıli hastalıklarının var olması eklenmiştir.

Bu doğrultuda oluşturulan yeni araştırma modeli test edilmiş ve uyum iyiliği değerleri (Ki- Kare <.05, CFI=0.98, TLI=0.96, RMSEA=0.053, SRMR=0.068) olmak üzere, modelin uyum iyiliği yeterli bulunmuştur. Bulgulara göre, hastalık temsilleri duygusal başa çıkmayı ($\beta=.13$, $p<.05$), depresyon ($\beta = .30$, $p<.05$), anksiyete ($\beta = 24.$, $p<.05$), somatizasyon ($\beta = .21$, $p<.05$) puanlarını olumlu yönde yordamakta, kaçınma

odaklı başa çıkma ($\beta = -.11, p < .05$), çözüm odaklı başa çıkma ($\beta = -.17, p < .05$) ve yeniden değerlendirmeyi ($\beta = -.34, p < .05$) olumsuz yönde yordamaktadır. Çözüm odaklı başa çıkma depresyon puanlarını ($\beta = -.60, p < .05$) ve anksiyete puanlarını ($\beta = -.60, p < .05$) azaltırken, depresyon ($\beta = .49, p < .05$) ve anksiyete ($\beta = .42, p < .05$) puanlarını artırmaktadır. Yapısal eşitlik modellemesi analizleri sonuçlarına göre değişkenler arası ilişkilerde beta katsayıları Şekil 2 'de paylaşılmıştır.



Not: Tüm aracı değişkenlerin arası kovaryanslar ve sonuç değişkenleri arasındaki kovaryanslar da hesaplanmış olup modelde gösterilmesi zor olduğundan görsele eklenmemiştir.

Şekil 4.2 Yeti yitimi ve eş tanı kontrol edildikten sonra hastalık temsilleri ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon arasındaki ilişkide başa çıkma ve duygu düzenlemenin aracı rolünün incelendiği yol analizine dair beta katsayıları

Elde edilen bulgulara göre, yeti yitimi düzeyi ve diyabet ve/veya hipertansiyona ek olarak, eş tanılı en az bir hastalığa sahip olmanın kontrol edildiği modelde, hastalık temsilleri ile depresyon arasında çözüm odaklı başa çıkma ve duygusal başa çıkmanın, hastalık temsilleri ile anksiyete arasında çözüm odaklı ve duygusal başa çıkmanın aracı rolü tespit edilmiştir. Duygu düzenleme alt boyutlarından herhangi birisi modelde aracı değişken olarak görülmemiş olup hastalık temsilleri ile duygu düzenleme alt boyutlarından yeniden değerlendirme alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Aracı değişken olarak modele eklenen değişkenlerden hiçbirinin somatizasyon sonuç değişkeni ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Modelde,

hastalık temsilleri ile kaçınmacı başa çıkma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmesine karşın, kaçınmacı başa çıkma ile sonuç değişkenleri arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır. Modelin beta katsayı değerleri ile, standart hata, Z değeri, p değerleri ve R² değerleri Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.13 Araştırma modeli yol analizi bulguları

	β 1	S. hata	Z- değeri	p	R ²
Hastalık temsilleri→depresyon	0.298	0.098	3.043	0.002	0.392
Stresli durumlarla başa çıkma kaçınmacı başa çıkma→depresyon	0.045	0.202	0.221	0,739	
Stresli durumlarla başa çıkma çözüme dönük başa çıkma→depresyon	-.602	0.229	-2.623	0.009	
Stresli durumlarla başa çıkma duygusal başa çıkma→depresyon	0.492	0.198	2.491	0.013	
Duygu düzenleme bastırma alt boyut→depresyon	0.038	0.190	0.201	0.841	
Duygu düzenleme bilişsel yeniden değerlendirme→depresyon	0.116	0.148	0.780	0.435	
Hastalık temsilleri→anksiyete	0.239	0.101	2.374	0.312	0.388
Stresli durumlarla başa çıkma kaçınmacı başa çıkma→anksiyete	0.210	0.208	1.011	0,068	
Stresli durumlarla başa çıkma çözüme dönük başa çıkma→anksiyete	-.600	0.236	-2.539	0.011	
Stresli durumlarla başa çıkma duygusal başa çıkma→anksiyete	0.425	0.203	2.091	0.037	
Duygu düzenleme bastırma alt boyut→anksiyete	-.067	0.196	-0.340	0.734	
Duygu düzenleme bilişsel yeniden değerlendirme→anksiyete	-.070	0.153	-0.461	0.645	
Hastalık temsilleri→somatizasyon	0.207	0.068	3.043	0.002	0.223
Stresli durumlarla başa çıkma kaçınmacı başa çıkma→somatizasyon	0.104	0.140	0.739	0.460	
Stresli durumlarla başa çıkma çözüme dönük başa çıkma→somatizasyon	-.180	0.160	-1.125	0.260	
Stresli durumlarla başa çıkma duygusal başa çıkma→somatizasyon	0.124	0.138	0.904	0.366	
Duygu düzenleme bastırma alt boyut→somatizasyon	-.082	0.133	-0.618	0.537	
Duygu düzenleme bilişsel yeniden değerlendirme→somatizasyon	0.069	0.103	0.666	0.505	
Hastalık temsilleri→stresli durumlarla başa çıkma kaçınmacı başa çıkma	-.109	0.053	-2.047	0.041	0.059
Hastalık temsilleri→stresli durumlarla başa çıkma çözüme dönük başa çıkma	-.170	0.046	-3.721	<0,001	0.171
Hastalık temsilleri→stresli durumlarla başa çıkma duygusal başa çıkma	0.130	0.056	2.310	0.021	0.074
Hastalık temsilleri→duygu düzenleme bastırma alt boyut	0.016	0.054	0.305	0.760	0.001

Tablo 4.13 (devamı) Araştırma modeli yol analizi bulguları

Hastalık temsilleri→duygu düzenleme bilişsel yeniden değerlendirme	-0.338	0.077	-4.409	<0,001	0.225
Yeti yitimi→hastalık temsilleri	1.720	0.301	5.720	<0,001	.382
Eş tanı→hastalık temsilleri	7.179	2.380	3.017	0.003	

4.2 Nitel Çalışma Verilerinin Bulguları

Bu bölümde, ilk olarak T1D tanılı katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin verilere yer verilmiştir (Tablo 4.14). Katılımcıların hepsi kadın, yaş ortalamaları $ort=31,6$ 'dır. Katılımcılardan ikisi lisans mezunu ve bir katılımcı ise üniversite son sınıf öğrencisidir. Mevcut araştırmanın katılımcıları kendilerini orta gelir grubunda gördüklerini belirtmiştir. Katılımcılardan ikisi bekar, birisi boşanmıştır. Bir katılımcı emekli, bir katılımcı tam zamanlı bir işte çalışmakta, son katılımcı ise öğrencidir. Katılımcıların ikisi Konya'da bir katılımcı ise İstanbul'da yaşamaktadır.

Tablo 4.14 Nitel analiz katılımcılarının sosyodemografik ve klinik özellikleri

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Hastalık Türü	Tedavi Şekli	Eş tanı hastalık	KHAÖ puanı
Katılımcı 1 (K1)	44	Kadın	Lisans	T1D	OAD* ve insülin	Var	47
Katılımcı 2 (K2)	24	Kadın	Lisans	T1D	İnsülin	Var	45
Katılımcı 3 (K3)	27	Kadın	Üniversite Öğrencisi	T1D	İnsülin	Var	45

*OAD: Oral Antidiyabetik

Görüşmelerin analizi sonucu üç ana tema elde edilmiştir. Birinci tema “Tanıdan sonra hasta kimliği”, ikinci tema “Psikososyal zorluklar ve destek kaynakları” ve üçüncü tema ise “Sağlık sistemi içinde diyabet tanılı olmak ve psikolojik destek” şeklinde belirlenmiştir. Ana tema ve alt temalar Tablo 4.15’te gösterilmiştir.

Tablo 4.15 Analizden elde edilen üst ve alt temalar

Üst temalar	Alt temalar
Tanıdan sonra hasta kimliği	Tanı ile ortaya çıkan duygular Hasta kimliğine geçiş
Psikososyal zorluklar ve destek kaynakları	Sosyal hayatta diyabet tanılı olmak Hastalıkla değişen yaşam düzenine uyum
Sağlık sistemi içinde diyabet tanılı olmak	Tedavi araçlarına erişim Sağlık çalışanları ile iletişim ve psikolojik destek

4.2.1 Ana Tema 1: Tanıdan Sonra Hastalık Kimliği

Katılımcıların T1D tanılı olmakla ilgili anlatılarında dikkati çeken ilk nokta bir yaşam dönümü olarak diyabet tanısı aldıklarını öğrendikleri gün ve o güne dair duygularıdır. Katılımcıların tamamı o günü hatırladıkları ve T1D deneyimlerinin önemli bir parçası olarak aktardıkları görülmüştür. Ayrıca, tanı öncesi/sonrası kendi psikolojik ve fiziksel sağlıklarına dair atıflarının niteliği önemli bulunmuştur. Bu doğrultuda ilk ana temanın iki alt teması: “Tanı ile ortaya çıkan duygular” ve “Hasta kimliğine geçiş” olarak belirlenmiştir.

Tanı ile ortaya çıkan duygular

Katılımcıların tamamı hastalık tanılarını 17- 22 yaş arasında üniversite sınavına hazırlandıkları ya da üniversite eğitimlerine devam ederken aldıklarını belirtmiştir. K1, diyabet tanısı aldığı günü “kilometre taşı” olarak, K2 ise “travmatik” bir gün olarak değerlendirmektedir.

“Tanı aldığım anı hatırlıyorum. Kronik hastalık sahibi olan insanların bunları çok unuttuğunu sanmıyorum. Çünkü hepsi böyle bir kilometre taşı gibi. Evet, hatırlıyorum. Üniversite yıllarıydım” (K1)

“Yemek yemeyi çok seven bir insanım ve iğneden çok korkan bir insanım. O yüzden bu birazcık zor oldu. Benim için çok travmatik bir şey oldu. Yani bunu öğrenmem. Tanı deyince zaten çok kötü oldum. Sonrasında işte bir şeyler

Yiyebilirsiniz zaten vesaire falan filan diye şey yaptılar. Ama eve gittiğinde çok ağlamıştım. Yani yaklaşık 2 saat boyunca ağladım. Yani çok üzülmuştüm” (K2)

K3 diyabet tanısının hayatının tamamen değiştirdiğini belirtmiş, duygu olarak önce “hiçbir şey” hissetmediğini bir süre sonra ise duygularının farklı şekilde dönüştüğünü ifade etmiştir.

“Üniversite sınavında da böyle hani biraz daha iddialı olduğum için o anda hayatım tamamen böyle değişti. Ama çok ilginç bir şekilde sanki böyle yıllardır diyabetmişim gibi çok hızlı da adapte olduğumu düşünüyorum Ay ama yıllar sonra da bunu mesela şey, kabullenmemiş olduğumu bazı şeyleri de, isyankar bir nokta da oldu” (K3)

“Yani hiçbir şey hissetmiyordum aslında ya ne böyle hani hiç mesela üzüntü hissetmedim” (K3)

Katılımcıların tanı aldıkları zamanki duygularını biraz daha detaylandırmaları istendiğinde ise “neden ben, bu benim başıma nasıl geldi” gibi soruların yanı sıra kişisel kontrol duygusunun kaybı, kısıtlanmış olmak ve bundan sonra hayatın nasıl geçeceğine dair geleceğe yönelik yoğun kaygılarını dile getirdikleri görülmüştür. Tüm katılımcıların bu noktadaki anlatılarından örnekler aşağıda paylaşılmıştır.

“Evet, çok net hatırlıyorum direkt şey diye düşündüm. Hani yemek yemeyi kesmek zorunda kalacağım. Sevdiğim şeyleri yiyemeyeceğim işte rahat rahat arkadaşlarımla gezeceğim Dünyayı gezmek gibi bir hayalim vardı işte. Her gittiğim yerde de bir şeyler her şeyi yemek istiyordum, tatmak istiyordum, yine tadabilirim tabii ki onda bir sıkıntı yok ama bunların hiçbirini yapamayacağımı düşündüm. O anda hani bütün hayallerimin yıkıldığını düşündüm çünkü” (K2)

“Yani benim için çok zor bi andı. Yani direk şey dedim. Bütün hayatım bitti galiba yani? Ya eskisi gibi hareket edemeyeceğim. İşte enerjik olamayacağım, belki gezemeyeceğim” (K2)

“Böyle bir öfke vardı Yani işte dünyanın ne kadar adaletsiz olduğunu neden mi ben böyle bir şey olduğunu? Kendimi birazcık suçluyordum. Dünya adaletsiz ben suçluyum ve neden ben? neden bunlar benim başıma geldi. Neden ben insülin olmak zorundayım. ya da neden yediğime dikkat etmek zorundayım ” (K3)

“... ya rabbim ben yani ne olacağım böyle, nasıl geçecek bu ömür diye ilk anda çok hayflandım, duygu olarak nasıl ifade ediyor bilmiyorum. Artık hiçbir şey eskisi gibi olmayacak, eksik gibi kusurlu gibi belki” (K1)

“Bir mesela şöyle bir şey var, astım hastası oldum astımı da mesela diyorum ki neden ben? Çünkü çok dikkat eden bir insanım, ağzına sigara sürmemiş bir insanım. Yani sigara içilen ortamdan uzak dururum böyle. Hani çok fazla şey yapmam neden benim başıma geldi bunlar ben anlamıyorum. Şeker hastası olmamak için de şey yapıyordum. Çayımdeki şekeri kesmişim falan böyle. Dikkat etmeye çalışıyorum yani aslında ama yine de bir şekilde benim oluyorlar anlamadım” (K2)

Katılımcıların diyabet tanısı öncesi ve sonrasında kendi sağlıklarına bakış açıları ile ilgili fikirlerinin, hastalık kimliği ve “iyi” benliğin kaybı (loss of good self) (Marchini, Caputo, Napoli ve ark., 2018) kavramları çerçevesinde değerlendirilebileceği düşünülmüştür. K1 ve K2 şikayetleri üstüne doktora başvurup tanı almalarına karşın son ana kadar ciddi bir şey beklemediklerini ve “konduramadıklarını” belirtmişlerdir. K3 ise bir başka sağlık şikayetinin muayenesi sırasında diyabet tanısı almıştır. Tanı ile birlikte katılımcıların sağlıklı bir bedene sahip olmakla ilgili algılarının değiştiği görülmüştür.

“Yirmili yaşlarımda Diyabet tanısı alarak kronik hastalıklarla tanıştım. Diyabet olana kadar da hiçbir rahatsızlığım yoktu. Hani nasıl söyleyeyim ki? Metabolizmam çok iyiydi yani hani nezle grip vesaire bile olmazdı” (K1)

“Doksan yaşındaki birinin iç organlarına sahibim, dışarıda yirmi beş ama içeride doksan bayağı hani artık vücudumun çok iyi çalışmalarını düşündüğüm için öyle. Hayır, daha önce (diyabet tanısından önce) hiç böyle hissetmiyordum.” (K2)

“Ondan sonra her an böyle şey şekerim düşecek mi? Düşmeyeceğini zaten hani yeni adapte olduğum için de çok fazla düşüş yoktu. Yani ondan sonra bence bu anksiyeteyi onun tetiklediğini düşünüyorum ben. Çünkü ondan önce yani ilk sınavlarda da bu kadar kaygılı bir insan değilim. Çok rahattım aksine yani” (K3)

4.2.2 Ana Tema 2: Psikososyal Uyum Ve Zorluklar

Katılımcılar, T1D tanısı ile yaşamının bir sonucu olarak günlük hayatın çeşitli alanlarında pek çok zorluk yaşadıklarından bahsetmiştir. Bu durumun katılımcılarda hayal kırıklığı, belirsizlik, yoğun öfke ve korku gibi duyguları artırdığı görülmüştür. Psikososyal uyum ve engeller konusunda diyabet hastalığının yönetimi ve kontrolü, toplum içinde diyabet farkındalığının düşük olması, diyabet komplikasyonlarının kontrol altına alınmaması durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar gibi içerikler bulunmaktadır. Bu doğrultuda ikinci ana temaya bağlı iki alt tema oluşturulmuştur. Bu alt temalar “Sosyal hayatta diyabet tanılı olmak” ve “Hastalıkla değişen yaşam düzenine uyum” şeklindedir. Bütün katılımcılar diyabete dair toplumsal farkındalığın daha yüksek olması gerektiğine dair beklenti ve dileklerini iletmiştir. Diyabetle birlikte benimsemeleri gereken beslenme düzeni, düzenli ilaç kullanımı, kiloyu koruma, spor yapma gibi yeni alışkanlıklara özellikle tanı aldıkları dönemde uyum sağlamanın zorluklarından bahsetmişlerdir.

Sosyal hayatta diyabet tanılı olmak

Katılımcıların tamamı diyabet tanısı sonrası, sosyal çevrelerinde yaşadıkları zorluk ve engelleyici deneyimler yaşamıştır. Bu deneyimlerin önemli bir kısmını çevrelerinden algıladıkları bakış açısı ile ilgilidir. Katılımcılar, kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları zorluklar sebebi ile zaman zaman içlerine kapanıp sosyal ortamlardan geri durmakta ve hastalıklarını gizleme ihtiyacı duymaktadır.

“Bir de dediğim gibi işte biraz etraf hep böyle vah vah tüh yazık, çok üzüldüm. Genceciksin işte yarın bugün şeker hastasıysın kolun bacağın kesilir, gözün kör olur, çocuğun olmaz bilmem ne hani öyle... bu yüzden insan kendine öldüm bittim ben artık... (K1)

“Ya eskisi gibi hareket edemeyeceğim. İşte enerjik olamayacağım, belki gezemeyeceğim. Yani işte ailemle bile vakit geçirirken işte sen hastasın şeysin psikolojisine gireceğim diye. Biraz şey oldum ki, ilk başlarda da öyleydi. Çünkü sürekli işte sen hastasın şöyle yat uzan sen bir şey yapma yok bilmem ne” (K2)

“Hep bir şey var mı ilk başlarda bunlar zorluyordu çünkü hani birilerinin karşısına çıkarıp bir şey yemek işte doktor unutamayacaksın, otobüste de olsan yolda da olsan derste de olsan bunu çıkarıp yiyeceksin ama herkes bu konuya

çok hakim olup da aaa evet ya yiyebilir demiyor hani ilk başarılı onlar zorluyordu. Dış etkenler, daha doğrusu dış referans zorluyordu” (K1)

“Aile ortamında da yine çevre sosyal hayatta da şey insanları kabullenmek çok kolay değil. Çünkü şöyle bir algı var, hâlâ 2023 olmasına rağmen ve yıllardır benimle yaşamalarına rağmen sadece şeker çok yediğim için hasta olduğumu düşünen ve şeker haricinde her şey çok rahat istediğin gibi tüketilebileceğini düşünen insanlar oluyor. Mesela bir yere gidiyorum, bir davet ya da işte arkadaşlar. Ya bundan ya lütfen bak çok güzel güzel biliyorum evet ama hani ağzından gelen her şey benim ölçülü olmalı ama şey oluyor bu meyve ya ne olacak ki buna karpuz yesene falan oluyor böyle bazen insanlar buna kırılıyor ya ” (K1)

“Hâlâ da mesela oluyor. İğneyi vururken falan birileri böyle baktığın zaman çok tedirgin oluyorum yani. Yani ben de direkt acım acıma duygusunu geçiyor diye düşünüyorum. Çünkü özellikle spesifik olarak bir arkadaşım var. Her yöne yaptığım zaman şöyle oluyor ” (K2)

“....direkt hani hasta gözüyle bakılmasının da sevmiyorum. Yani benim moralimi bozan bir şey Hem biraz daha içime kapanıyorum. Mesela insanların o bir ortama girdiğim zaman şeker hastası olduğumu çok sonra öğreniyorlar. Yani genelde gizli gizli falan yapıyorum yani. O yüzden herkesin bitmesini istemiyorum çünkü ” (K2)

Katılımcılar başkalarından hastalıklarından dolayı başkalarından farklı olmaktan ve “anormal” hissetmekten oldukça rahatsız olmaktadır. K2 ve K3 çevresinde bir başka T1D tanılı kişinin varlığının onları “biraz acımasız olsa da mutlu ettiğini” ettiğini söylemiştir.

“Çünkü etrafımda böyle diyabetli insan gördüğüm zaman daha şey oluyor. Yani mutlu oluyorum desem biraz kötü algılanacak ama hani böyle çevremde benim gibi olan birilerini görünce de moralim” (K2)

“Yani etrafımda sen senin gibi birilerini görmek senin gerçekten motive ediyor. Çünkü hani yalnız değilim algısını en azından oluşturabiliyorsun kafanda. Çünkü etrafta yani böyle fiziksel görünebilen bir şey olmadığı için diyabet“ (K2)

“Ben bu hastanede mesela pompa takılmak için yatırılan hastalarla çok güzel bir diyalogumuz oluştu mesela. Yani şey orada hasta olarak görmek beni mutlu ediyor. Hoş değil tabii ki olmaları ama. Hı hı Bence hissettiklerimizi çok iyi anlayabildiğimiz için iyi iletişim kuruyoruz o yüzden” (K3)

“İşte bu yaşadığımız zorlukları karşıda işte ne kadar da olsa başka bir şey de ama bir yemek bile çok iyi anlıyor. Aaa evet falan diye ben de böyle şeyleri yaşıyorum deyince bir rahatlama geliyor. Çünkü dışarıdan yani yaşamayan bilmez dedikleri gerçekten doğrudur” (K3)

Katılımcıların diyabet tanısı ve sosyal ilişkilerle ilgili bir diğer anlatısı da romantik ilişkiler üzerinedir. K2 ve K3 diyabet tanılı oldukları için romantik ilişkilerinin bittiğini belirtmişlerdir. K1 ve K3 ailelerinin kendilerine sağladıkları manevi destek konusunda olumlu ve empatik tutumun daha işlevsel olabileceğinden bahsetmiştir. Bu noktada ailenin sağladığı operasyonel desteğin yanı sıra aile tarafından sağlanan duygusal ve sosyal desteğin niteliğinin önemli olduğu görülmektedir.

“o yüzden böyle doktor babamın etkisi (hastalığı üzerinde) şeydi, bana destek olandı. Annem zaten hani benim çok panik ve hep olumsuz bakan insan olduğu için annemin negatifliğini babamın pozitifliği dengeliyordu ama yine de çok çözüme ulaşmıyordun ” (K3)

“Galiba ailemden uzak olduğum için hani onlar da ne yapabiliirdi düşünüyorum da hani ekstra bir destekler olmadı mı? Hani köstekleri de olmadı, ne yapabilirlerdi. Onların da çok bildiği ve şey değil ki. Onlarla benimle tanıdı, yani benimle gördü. Eminim anne baba olarak ebeveyn olarak çok üzülmiş işlerdir ki. Ama eğer hasta olmaktan ziyade ben kendi adıma şu an düşündüğümde onların gözlerindeki o acıma duygusu daha gıcık sinir edici bir şey. Hani yazık tüh. Ben başka hani fiziksel ya da maddi manevi yapı yani hani maneviyat karışmıyor maddi olarak yapılabilecek bir şey yoktu. Manevi olarak sadece evet, bu bir rahatsızlık, her şey olabilir ama çözümsüz değil tedavisi var. Çok başka hastalıklar da var, her şey olabilir ha bu denilebilirdi. Evet bunu demediler ama dediğim gibi hani yakın çevrenin o bakışlarındaki tüh ya hastasına yazık o bakış ben gerçekten böyle ha çok rahatsız edici bir şey” (K1)

Hastalıkla değişen yaşam düzenine uyum

Katılımcıların kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları bu zorluklara ek olarak, hastalığa ilk dönem uyum sürecinde beslenme düzeni ve insülin kullanımı da T1D deneyimlerinde gerek öz disiplini sağlama gerekse toplum içinde diyabete bakış açısı ile ilgili problemler yaratmaktadır.

“başlarda böyle insülin yaparken ben herkes çok garip bakardı hani ne yapıyorum kendime iğne hani zaman zaman insanlar öyle tuhaf bakardı ki hani sanki ben eroini alıyorum? Öyle tuhaf bakışlar olurdu ki şimdi artık insanlar daha aşına daha şey hani direkt soruyorlar, insülin mi kullanıyorsun, ilaç mı kullanıyorsun” (K1)

“Çünkü etrafa bakıyorum işte dışarıda iğnemi yaparken şekerimi ölçerken herkes böyle yargılayıcı bakışlar atıyor. Ama mesela bazen bir iğne vuran birisini görüyorum ya da şeker ölçme aleti yapan birisinin şekerini ölçen birisini görüyorum. Çok mutlu oluyorum yani o sırada böyle sevinçten havalara ötürü resmen ay benim için iyi oluyor yani” (K2)

“Altı ay sonra tabii ki orada idare edemediğim (öğrenci yurdu) için ailem Ankara'ya geldi. Ondan sonra işte ailemle biraz böyle git gel de Konya şeklinde. Evde kalmaya başladı olunca da işte hani yemek düzeni de daha düzgün olmaya başladı” (K3)

4.2.3 Ana Tema 3: Sağlık Sistemi İçinde T1D Tanılı Olmak

Katılımcıların tamamı diyabet deneyimlerinde, hastalığın kontrolü ve uyumunda sağlık sistemi araçlarının etkisinden bahsetmiştir. T1D tanılı kişilerin zorunlu olarak kullanması gereken araçların maddi yükü katılımcıları oldukça zorlamaktadır. Bir yandan T1D tanılı kişilerin yaşam kalitelerini yükseltebilecek olan diyabet teknolojileri hızla gelişirken, öbür yandan bu kişilerin bu teknolojilere erişimi oldukça kısıtlıdır. Ayrıca katılımcılar, sağlık profesyonelleri ile olan iletişimin hastalığa uyumda oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. K3 tanı sonrası süreçte profesyonel psikolojik desteğin çok önemli olduğunu, kendisi için profesyonel psikolojik yardımın “bir dönüm noktası” niteliği taşıdığını belirtmiştir.

Tedavi Araçlarına Erişim

T1D sürekli bakım ve ilaç kullanımını gerektiren bir kronik hastalıktır. Tüm katılımcılar insülin, sensör, pompa gibi tedavi araçlarına erişimin daha kolay olması gerektiğini düşünmektedir.

“Ya mesela biz şu an insülin pompasının sarf malzemelerini belli bir ücret karşılığında alıyoruz. Yani SGK bir kısmını ödüyor. Ama bu sensörü hiçbir şekilde ödemiyo. Bu sıfır on dört yaş ara sensör desteği getirdiler ama o da Çok işlerine bir şey olmadı ya. Belli kuralları var işte. kısa bir süre geçerli. Sensör bence gerçekten hayatı kurtaran bir şey. Onda mesela devlet desteği olsaydı en azından yüzde ikisinin bir ödese çok büyük bir olurken benim için en azından. sağlık sistemimde devlet araçlarına ulaşmamın zorluğu herhalde gün geçtikçe de artıyor” (K3)

“Hadi diyorum ki biz kırklı yaşlara geldik, bir bu kadar daha yaşarız yaşamayız belli değil ama hani genç arkadaşlarının çocukların hani hâlâ bunun lüks olarak algılanması çok sinir bozucu yani bu bir lüks değil kimse kendini iğne yapmak istemez.. Ben mesela günde 4 kez enjeksiyon yapıyorum. Sabah öğle akşam ana yemeklerde ve gece 24 saat bazalı sağlayan bir iğne yapıyorum. Hani bu bir lüks şey değil ya hani lüks bize. Kendime dur ya. ben bir iğne yapayım olan bir şey değil” (K1).

“İlacım bitiyor, sen gidip yazdırmam gerekiyor. Hani mesela? Ben zaten şeker hastasıyım. Tip bir diyabet hastasıyım. Benim neden her ay gidip bunu yazdırmam gerekiyor. Yani bittiğinde hakkım git geldiğinde alabiliyor olmam lazım. Yani benim tip bir diyabetin 2 ay sonra iyileşecek bir şey değil. Yani bu belli bir şey kronik ve onun kötü davranılması gerekiyor bence. Yani boşu boşuna bir uğraş oluyor benim için sürekli sağlık ocağına git yazdır, sonra git eczaneyi al belki sağlık ocağına gidemedin ” (K2)

Sağlık çalışanları ile iletişim ve psikolojik destek

Diyabetin kronik ve sürekli takip gerektiren doğası gereği katılımcılar sağlık çalışanları ile rutin muayenelerde düzenli olarak görüşmektedir. Hastalara doğru bilginin uygun yollarla aktarılması, durumun ciddiyetinin yanı sıra kontrol edilebilir olduğunun vurgulanması ve rutin takiplerde katılımcıların sağlık durumlarının yargılayıcı bir tutumla değerlendirilmemesi katılımcıların beklentileri arasındadır.

“Sağlık çalışanlarıyla çok yani hocalarımın da mesela zorlanıyorum. Çünkü empatiye yetinmelerinin olmadığını düşünüyorum. Ya sürekli bana mesela kilo vermeme öneriyorlar. Buna uymadığımda da sürekli böyle eleştirilen yaklaşımları rahatsız ediyor. ” (K3)

“İşte onlar daha düzgün anlatılsa hekimler, hemşireler ya da diyabet hemşireleri oluyor ya özel hani işte nasıl isim yapılacağını anlatıyor. Hangi bölgelerden yapılacağını anlatıyor. Hani onlar sadece mekanik olarak işte bir kase çorba içtiğinde bu 15 karbonhidrattır. 15 karbonhidrat için örnek veriyorum, 2 doz 2 ünite insülin yaptığımda bu bunu karşılar. Bu şekilde iğne yapmalısın, şuraya yapmasın, saat yapmalısın yerine. Hani bu şöyle şöyle bir hastalıktır, bunları getirebilir beraberinde ama böyle yaşanırsa da sorun olmaz. Hani hiçbir handicap olmasa en azından belki tam tersi çok dikkatli beklendiği için belki normal standartların üstünde daha konforlu yaşayabilirsin diye izah edilse bence daha kolay olur insanlara diye düşünüyorum” (K1)

“Bu tarz ruhsal yardım benim hayatımın dönüm noktası olduğu için çok gerekli buluyorum. Çünkü şu an mesela şey diyabet polikliniklerine gittiğimde hem diyabet hemşiresi, diyetisyen, endokrin üçlüsü, birlikte çalışıyor. Keşke yanımda mesela bir psikolog da olsa ve yani bununla birlikte halledebilse” (K3)

BÖLÜM 5

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmanın temel amacı, sağlık psikolojisi perspektifinden kronik hastalık tanısı almış kişilerin hastalık deneyiminin Öz Düzenleyici Model çerçevesinde incelenmesi, başa çıkma ve duygu düzenleme süreçlerinin, hastalık temsilleri ile olumsuz ruh sağlığı sonuçları üzerindeki aracı etkisinin sınanarak hastalık deneyimindeki farklı potansiyel mekanizmaların araştırılmasıdır. Çalışmanın ikinci aşamasında ise, nicel bölüme destekleyici olarak kronik hastalık deneyiminin daha derin ve etkin bir biçimde incelenmesi amacı ile nitel bir analiz yöntemi olan Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz yöntemi kullanılmış ve hastalık deneyimi kişilerin kendi hastalık anlatıları analiz edilmiştir.

Araştırmanın nicel aşaması için yapılan analizlerde öncelikle, örneklemin betimleyici özellikleri incelenmiştir. Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu'ndan elde edilen yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, ekonomik düzey, gibi bilgilerin yanı sıra tanı alınan hastalık türü yeti, yitimi, tanı süresi gibi hastalığa dair özellikler araştırmanın ölçüm araçlarından elde edilen verilerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Sonrasında ise, araştırma modeli ve araştırmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulmuş araştırma hipotezi Yapısal Eşitlik Modellemesi kullanılarak sınanmıştır. Son olarak, araştırmanın nitel aşamasından elde edilen verilerin transkripsiyonu yapılmış ve Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz yöntemi ile bu veriler analiz edilmiştir.

Bu bölümde, ilk olarak araştırmanın nicel aşaması için yapılan analizlerden elde edilen bulgular sırasıyla literatürde var olan çalışmalar doğrultusunda tartışılacaktır. İlk olarak betimsel analiz ve gruplar arası farklılıklara dair bulgular aktarılacak, sonrasında ise yol analizinden elde edilen bulgular tartışılacaktır. Tartışma kısmının son bölümünde nitel analiz bulgularına dair tartışma ve sonuç aktarılacaktır.

5.1 Nicel Analiz Bulgularının Tartışılması

5.1.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, katılımcılarının çoğunluğunun kadın (%67), evli (%74.92), çocuk sahibi (%84.69), emekli (%31.92) ve çalışmayan (%42.02) kişilerden oluştuğu görülmüştür. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $ort=54.89$, $SS=15.50$ olup katılımcıların büyük bir kısmı orta yaş ve üstü grupta yer almaktadır. Son olarak örneklemin yaklaşık yarısı ortaokul ve daha altı eğitim düzeyindeyken (% 51.14), katılımcıların yaklaşık üçte ikisi kendilerini alt (%28.99) ve alt- orta (% 37,79) gelir grubuna dahil görmektedir.

Uluslararası Diyabet Federasyonu güncel verilerine göre (2021), diyabet prevalansı az bir farkla da olsa kadınlara oranla erkekler arasında daha yüksektir. Türkiye’de ise bu eğilimin tersine, kadınlar arasında diyabet görülme sıklığının daha yüksek olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Anakök ve ark., 2022). TURDEP II raporuna göre (2011) diyabet, prediyabet, obezite ve hipertansiyon kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Ülkemizde gerçekleştirilen TEKHARF çalışması bulgularına göre de diyabet kadınlarda daha sık görülmektedir. Ayrıca TEMD çalışmasında da örneklemin %59’u kadınlardan oluşmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların çoğunu kadınların oluşturması da Türkiye’deki cinsiyete göre görülme sıklığı profiline uygun görünmektedir.

Ayrıca, araştırma bulguları, Türkiye’de orta yaş grubuna dahil olan yetişkinlerin vücut kitle indeksi (VKİ) kadınlarda 30’un, erkeklerde ise 27’nin üstünde olduğunu göstermektedir. 1995- 2009 yılları arasında ise VKİ ortalamasının ülkemizde yaklaşık $0,1 \text{ kg/m}^2$ arttığı görülmüştür (Sökmen ve ark., 2015). T2D ve kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan obezitenin artışı, araştırma örnekleminin yapısına benzer bir şekilde orta yaş grubunda araştırma kapsamında değerlendirilen hastalıkların ortaya çıkması için zemin hazırlamaktadır. Ek olarak, T2D’nin otuz yaşından sonra başlaması ve temel kişisel yaşam alışkanlıklarından etkilenmesinden dolayı (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2021) katılımcıların ağırlıklı olarak orta yaş ve üzeri kişilerden oluşması literatürle uygun görünmektedir. Araştırmada yaş ortalaması 54.89 olup TEMD çalışmasının ortalamasına (58.5) yakın görünmektedir.

Bu araştırmanın katılımcılarının büyük bir çoğunluğu evli bireylerden oluşmaktadır. Medeni durum ile kronik hastalıklar ve ölüm oranları arasındaki ilişki pek çok araştırmaya konu olmasına karşın araştırma bulguları tutarlı değildir (Gerull ve ark., 2017). Farklı etnik ve yaş gruplarından katılımcılar üzerinde yapılan çalışmalar evli olmayanlar arasında tüm nedenlere bağlı ve spesifik nedene özgü ölüm oranlarının evli olanlara kıyasla daha yüksek olduğunu ve bu ilişkinin çeşitli sosyodemografik özelliklerden bağımsız olduğunu bildirmiştir (Manzoli, Villari, Pirone ve Bocelli, 2007; Metsa-Simola ve Martikainen, 2013). Bir başka araştırmaya göre ise, medeni durum ve sağlık sonuçları arasındaki ilişki cinsiyete göre değişmektedir (Wong, Kwok, Narain, Gulati, Mihalidou ve Wu, 2018). Buna göre, hiç evlenmemiş olmak erkeklerde hipertansiyon ve ölüm oranları açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Ancak, kadınlar arasında dul olmak daha düşük T2D riski ile ilişkili olarak bulunmuştur. Bu durum evli olmanın sosyal destek ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmeye olanak sağlaması üzerinden açıklanmıştır. Mevcut araştırmanın katılımcı profili bu açıklama biçimine göre tutarsız görünse de, alan yazında yapılan benzer çalışmalarda, hastaların büyük bir çoğunluğunun 50 yaş ve üzerinde, evli olduğu belirtilmektedir (Brovvn ve ark 2007; Dörtbudak ve ark. 2010; Gökdoğan ve Akıncı 2001; Hamuleh ve ark. 2010; Özkan ve Duma, 2006; Sevinç ve ark. 2012; Sharifirad ve ark. 2005). Ayrıca, TÜİK 2020 verilerine göre, ülkemiz nüfusunun %75.5'inin evli olduğu bildirilmiştir. Dolayısı ile bu araştırmanın örneklem yapısının medeni durum açısından alan yazında ilgili çalışmaların katılımcıları ve Türkiye nüfus yapısına uyum gösterdiği düşünülmüştür.

Araştırmanın katılımcılarının genel sosyoekonomik seviye (SES) profilleri değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük bir kısmının alt ve alt- orta gelir seviyesinde, lise ve altı eğitim düzeyinde ve emekli ve çalışmayan kategorisinde yoğunlaştığı görülmüştür. Bulgular, düşük SES'li nüfusun kötü beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkması ile sonuçlanan sağlıksız bir yaşam tarzına sahip olduğunu, yoğun sigara ve alkol tüketimini ve yetersiz fiziksel aktivite yaptığını göstermiştir (Hujova ve Rostakova, 2013). Sonuç olarak, düşük SES'li grubun daha fazla risk faktörüne maruz kaldığı ve dolayısı ile hipertansiyon gibi pek çok hastalığa daha açık oldukları görülmekte olup SES'in üç temel bileşeni bu sonucu ortaya çıkaran nedenlere dair bir açıklama sunabilmektedir (Subramanian, Corsi, Subramanyam ve Smith, 2013). SES'in temel bileşenlerinden biri olan eğitim seviyesi erken yetişkinlik döneminde belirlenir ve daha kolay değişebilen diğer sosyoekonomik göstergelerin

aksine genelde sabit kalmaktadır (Chung, Kim ve Li, 2018). Bu araştırmada olduğu gibi benzer araştırmalarda da eğitim seviyesi diyabet/ hipertansiyon prevalansı açısından gcl bir SES değişkeni olarak ortaya çıkmaktadır (Qin, Li, Qi, Zhou, Wu, Wang ve ark., 2022). Yüksek eğitimi kişiler kronik hastalıkları hakkında daha fazla sağlık bilgisine sahip olabilir ve daha fazla egzersiz yapma, alkol/ sigara kullanım olasılığının düşmesi, koruyucu tıbbi bakım alma gibi daha sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemiş olabilirler (Ross ve Wu, 1995). Bu durum kan basıncının sabit tutarak diyabet ve/ veya hipertansiyon komplikasyonlarının oluşumunu azaltabilir veya geciktirebilir (Cha, Park ve Cho, 2012; Huang, Zuang, Li, Zhou, Gao ve Cai, 2011).

Eğitim seviyesi meslek türü ve gelir durumunu da belli bir ölçüde belirlemektedir. Dolayısı ile, yetişkinlerde kronik hastalıkların yaygınlığını kontrol altına almak için yapılması gerekenlerden birisi de özellikle düşük eğitim seviyesindeki nüfusta sağlık hizmetleri konusundaki farkındalıkların artırılması olabilir. Eğitim seviyesi ile benzer bir biçimde çalışmayan/ emekli ve hane geliri daha düşük olan SES katılımcılarda kronik hastalık yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur (Qin, Li ve ark., 2022). Bu noktada, araştırmanın katılımcı profilinin, SES açısından alan yazında var olan araştırmaların katılımcı profili ile uyumlu göründüğü düşünülmektedir.

Bu araştırmanın katılımcılarını diyabet (T1D, T2D ve diğer diyabet türleri) ve/ veya hipertansiyon tanısı almış katılımcılar oluşurmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%71) diyabet tanılı ve diyabet- hipertansiyon eş tanılıdır. Diyabet tanılı kişilerin %71.8'inde diyabete eşlik eden bir kronik hastalığın var olduğu ve bu hastalıkların ilk c sırası ile hipertansiyon, hiperlipidermi ve coroner arter hastalığı olarak sıralandığı bildirilmiştir (Satman ve ark., 2013, TEMD). Alan yazınla uyumlu olacak şekilde bu araştırmada da katılımcıların üçte birinin DM- HT eş tanılı olduğu grlmştir. Ayrıca, diyabet, hipertansiyon ve diyabet- hipertansiyon eş tanılı görünüme ek olarak katılımcıların %26.06'sı bir başka kronik hastalık tanısına sahip olduklarını bildirmiştir. Bu hastalıklar sırası ile, astım (%7.5), gastrointestinal system hastalıkları (%5.2), kalp yetmezliği (%4.2), Koah (%3.3), obezite (%3.3), böbrek yetmezliği (%2), hematolojik hastalıklar (%0.7) olarak sıralanmıştır. Heidari ve arkadaşlarının (2019) diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmada psikosomatik bir semptom olarak gastrointestinal sorunların diyabet hastalarında sıklıkla göründüğünü bildirilmiştir. Bu araştırmada da gastrointestinal sistem hastalıkları, astım hastalığının hemen arkasından en sık görülen tıbbi sorunlardan birisi olarak yer almıştır. Diyabet

ve/veya hipertansiyon tanılı kişiler için bir diğer önemli eş tanı görünümü son yıllarda giderek artan obezitedir (Sözmen ve ark., 2015). Mevcut araştırmada obezitenin diğer eş tanıli hastalıklara göre katılımcılar tarafından daha az bildirildiği görülmüştür. Bu duruma neden olabilecek bir faktörün, eş tanıli hastalıkların katılımcıların beyanına dayalı olarak ölçülmesi olabileceği düşünülmüştür. Bu araştırmada katılımcıların VKİ bilgileri alınmamış, obezite sınırı ile ilgili subjektif ölçüm yapılmamıştır. Dolayısı ile, araştırmanın örnekleminde daha yoğun görülmesi beklenen obezitenin yetersiz teşhis edilmiş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada, diyabet tanılı kişilerin sayısı hipertansiyon tanılı kişilerden yüksektir. TUİK 2023 Haziran raporuna göre, Son 12 ay içinde 15 yaş ve üstü bireylerde görülen hastalık türleri incelendiğinde, %16,1 ile hipertansiyon ve %11,4 ile diyabetin en sık görülen hastalıklar arasında olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmanın örnekleminde ise, diyabet tanılı kişilerin sayısı, hipertansiyon tanılı kişilerden daha yüksektir. Bu durumun, araştırma veri toplama araçlarının katılımcılara ulaştırılma yöntemi ve araştırmanın hedef kitlesi ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Araştırmada katılımcıların bir kısmına sosyal medya kanallarından ulaşılmış olup özellikle diyabet hastalığı ile grupların ve içerik üreticilerin yoğunluğu dikkat çekmiştir. Dolayısı ile bu gruplarda çalışmaya gönüllü katılımcı olabilecek kişilerin varlığı ve T1D tanılı kişilerin yaş grupları gereği teknoloji kullanımının daha yoğun olması sebebi ile çevrim içi yöntemlerle toplanan verilerde diyabet tanılı kişiler yoğunluk göstermiştir. Yüz yüze veri toplama aşamasında ise Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerinden veri toplanmıştır. Veri toplanan alanda sekiz dahiliye, bir kardiyoloji uzmanı bulunmaktadır. Bu durumun da katılımcıların diyabet tanılı olarak yoğunlaşmasında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmanın katılımcılarının tanı süresi 3 ay ile 40 yıl arasında değişmekte olup ortalama tanı süresi $ort=10.88$ $SS=8.38$ yıldır. Bu bulgu Sönmez ve ark. (2018) Tarafından gerçekleştirilen TEMD çalışması ile uyumlu görünmektedir. TEMD çalışmasında ortalama diyabet süresi 10.8 yıl olarak bulunmuştur. Özetle, bu çalışmada katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin alan yazın ve ülkemiz nüfus yapısına çoğunlukla uyumlu bir şekilde ortaya çıktığı görülmüştür. Uygun örnekleme yöntemi ile gerçekleştirilmiş olan bu ve bundan sonraki araştırmalarda, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin araştırma değişkenleri üzerindeki potansiyel etkileri göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Tartışma kısmının bu bölümünden

sonra araştırma bulgularında dikkat çeken gruplar arası karşılaştırmalara dair tartışma aktartılacaktır.

5.1.2 Araştırma Değişkenlerinin Gruplar Arası Karşılaştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerin gruplar arası farklılıklarında tartışılacak ilk bulgu, kadın katılımcıların yeti yitimi, hastalık temsilleri, duygusal hastalık temsilleri, kaçınmacı başa çıkma, depresyon, anksiyete ve somatizasyon puanlarının daha yüksek olduğunun görülmesidir. Araştırmanın sonuç değişkenleri olan depresyon (Kuehner, 2017; Malhi ve Mann, 2018; Tibubos ve ark., 2021; Viertio ve ark., 2021), anksiyete (Viertio ve ark., 2021; Wang B.L. ve ark., 2020; Wang C.Y ve ark., 2020) ve somatizasyon (Baumert ve ark., 2014) puanları alan yazında hem klinik hem de klinik olmayan örneklerde kadınlarda daha yüksektir. Araştırmanın bu bulgusu alan yazın ile uyumlu görünmektedir. Bu durumun, kadın olmanın kronik hastalık tanılı kişilerde, olumsuz ruh sağlığı değişkenleri için bir risk faktörü olabileceği görülmüştür.

Kadın katılımcılarda olumsuz ruh sağlığı sonuçlarında ortaya çıkan bu durumun potansiyel açıklamalarından birisi, başa çıkma mekanizmalarındaki cinsiyet farklılıkları ile ilgilidir (Acar, 2021). Buna göre, erkekler stresli durumlarla karşılaştıklarında problem odaklı ya da yaklaşımçı yöntemlerle baş etmeyi tercih ederken, kadınlar fiziksel aktivite düzeylerini düşürerek ya da daha fazla yiyerek, bir başka deyişle daha duygusal ve kaçınmacı yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir (Mikolajczyk, El Ansari, ve Maxwell, 2009). Mevcut araştırma bulguları da bu durumu doğrular nitelikte olup kadın katılımcıların kaçınmacı başa çıkma puanları erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıksız başa çıkma stillerinin diyabet/ hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda önemli bir risk faktörü olan vücut kitle indekslerinin yükselmesine neden olabileceği (Acar, 2021), artan VKİ'nin ise anksiyete, depresyon gibi ruh sağlığı değişkenleri ile ilişkilendirilebileceği bildirilmiştir (Roupa ve ark., 2009). Son olarak, bu durum geleneksel cinsiyet rolleri ve kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal zorlanma yaşamaları ile de açıklanabilir (Sayın, Sayın, Bursalı ve İpek, 2019).

Bu çalışmada, evli olmadığını bildiren katılımcıların duygusal hastalık algıları ile depresyon ve anksiyete puanları, evli katılımcılardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Benzer bir biçimde Mikaliükstiené ve arkadaşlarının (2014) diyabetli

tanılı kişilerle yaptıkları çalışmada da; evli olmayan hastalar anksiyete/depresyon açısından daha riskli bulunmuşlardır. Evli olmayan katılımcılarda; sosyal destek yetersizliği, yalnız yaşam ve sorumlulukların artmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir (Sayın ve ark., 2019).

Katılımcıların SES profilleri bir önceki başlıkta değerlendirilmiş olup, katılımcıların büyük bir kısmının alt ve alt- orta gelir seviyesinde, ortaokul ve altı eğitim düzeyinde ve emekli ve çalışmayan kategorisinde yoğunlaştığı görülmüştür. Yapılan araştırmalarda eğitim düzeyinin düşüklüğü ile olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının yaygınlığı arasındaki ilişki önemli bir sosyo- ekonomik değişken olarak öne çıktığı görülmüştür (Kaya ve Kaya, 2007). Eğitim seviyesi düştükçe hem anksiyete hem de depresyon puanlarının arttığı bildirilmiştir (Sun ve ark. 2016). Buna karşın, mevcut araştırmada ise, alan yazındaki depresyon ve anksiyete bulgularının aksine araştırmanın sonuç değişkenlerinden yalnızca somatizasyon puanlarının düşük eğitim seviyesi grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmanın katılımcılarının alt ve alt orta gelir grubunda ise, depresyon puanları üst gelir grubuna göre daha yüksektir. SES değişkenlerinden çalışma durumu ile ilgili olarak ise çalışmayan katılımcıların, depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyleri emekli katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, mevcut araştırmada yeti yitimi ve hastalık temsilleri puanlarının düşük SES’li katılımcılarda ortak olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. İlgili alan yazındaki çalışmalarda kişilerin sosyoekonomik düzeyleri arttıkça, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin arttığı bildirilmektedir (Li ve ark., 2005; Burström ve ark., 2001). Dolayısı ile, sosyo- ekonomik düzey özellikleri bakımından araştırma değişkenlerinin genel görünümü alan yazınla tutarlılık göstermektedir.

Tanı alınan hastalık türü, diyabet tedavi şekli gibi klinik özelliklerin gruplar arası farklarında değerlendirilecek ilk bulgu, hastalık türüne (DM, HT, DM- HT eş tanılı) göre birbiri arasında fark bulunan araştırma değişkenleridir. Buna göre, DM- HT eş tanılı grubun depresyon puanları yalnızca HT tanılı katılımcılardan, DM- HT eş tanılı grubun somatizasyon puanları hem yalnızca DM hem de yalnızca HT tanılı katılımcılardan, yalnızca DM tanılı katılımcıların somatizasyon puanları yalnızca HT tanılı katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Ek bir kronik hastalığa sahip olunması yaşam tarzında ek değişiklikler gerektirdiği ve tedavi yükünü artırdığı için diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riskini yükselttiğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Aina ve Susman, 2006). Sönmez ve arkadaşlarının DM hastalığı olan

hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, DM ve HT hastalığı bulunanlarda depresyon görülme sıklığı, sadece DM hastalığı bulunanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırmanın bulguları depresyon puanlarının DM- HT eş tanı durumunda yükselmesi açısından alan yazın ile tutarlıdır. Mevcut çalışmada ayrıca, özellikle somatizasyon puanları DM tanısının varlığı durumunda yükselmiş olarak görülmektedir. Yorgunluk, baş dönmesi, zihin bulanıklığı, ağız kuruluğu, iştahta bozulmalar gibi semptomlar diyabette sıklıkla görülen semptomlar arasında yer almakta olup bu durumlar hastaların yaşam kalitelerini daha da düşürebilmektedir (Aikens, 1998). Diyabet hastalarında ruh sağlığı değişkenlerini inceleyen ve diyabet hastalarında depresyon, anksiyete gibi klinik bulguların yaygınlığını bildiren birçok çalışma olmasına rağmen (Atlantis ve ark., 2012; Yu ve ark., 2016) diyabet tanılı kişilerde psikosomatik semptom sıklığını inceleyen çalışmalar nadir bulunmaktadır (Aikens, 1998). Heidari ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, diyabet hastalarında psikosomatik semptomların görülme sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek ve diyabet ile birlikte bir ruhsal bozukluğu bulunan katılımcıların daha fazla psikosomatik belirti yaşadıkları görülmüştür. Alan yazında daha az ilgi çeken bir konu olduğu bildirilmesine karşın, mevcut araştırmanın bulguları da özellikle diyabet tanılı kişilerde psikosomatik semptomların yaşam kalitesi konusunda önemli bir faktör olabileceğini göstermektedir.

5.1.3 Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkiler ve Yol Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmanın temel değişkenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde büyük çoğunlukla değişkenlerin birbirleriyle anlamlı, öngörülen yönde, orta- düşük düzeyde ilişkilere sahip olduğu bulgulanmıştır.

Katılımcıların hastalık temsillerini etkileyebileceği düşünülen ve araştırmaya kontrol değişkeni olarak eklenen yeti yitimi ve tanı süresinin diğer değişkenlerle olan ilişkisi incelendiğinde, yeti yitiminin kaçınmacı başa çıkma hariç tüm araştırma değişkenleri ile anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Yeti yitimi düzeyinin araştırmanın diğer ruh sağlığı değişkenleri ile anlamlı ilişki göstermesi, alan yazındaki bulgularla tutarlı görünmektedir. Gülseren, Hekimköy, Gülseren, Bodur ve Kültür'ün (2001) diyabet tanılı kişilerle gerçekleştirdikleri çalışmada, yeti yitimi düzeyi arttıkça katılımcıların depresyon ve anksiyete puanlarının da yükseldiği görülmüştür.

Yeti yitimi hastalık temsilleri toplam puanı ile de anlamlı bir ilişki göstermesinden dolayı kontrol değişkeni olarak modelde tutulmuştur.

Katılımcıların hastalık tanı süresi ile hastalık temsilleri arasında anlamlı ilişki bulunmamış olup tanı süresi araştırmanın sonuç değişkenlerinden yalnızca anksiyete puanları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Alan yazındaki bulgulara göre, bazı araştırmalarda tanı süresinin hastalık temsillerinin tedavi kontrolü ve süre alt boyutları ile ilişkisi olduğu görülürken (İzgi, 2014; Yorulmaz, Tatar, Saltukoğlu, ve Soylu, 2013), bazı araştırmalarda ise tanı süresi ile hastalık temsilleri arasında bir ilişki bulunmadığı (Acar, 2021) ve tanıdan sonra şekillenen hastalık temsillerinin süre uzadıkça aynı kaldığı (Skinner ve ark., 2014) bildirilmiştir. Bu araştırmada tanı süresi, hastalık temsilleri toplam puanı ile anlamlı bir ilişki göstermemesinden ve sınanan aracı değişken modelinin uyum iyiliği değerlerini bozmasından dolayı modelden çıkarılmıştır.

Tanı süresi ile olumsuz ruh sağlığı değişkenleri konusundaki ilgili araştırma bulguları farklı sonuçları göstermektedir. Örneğin, Sayın ve ark. (2019) diyabet hastaları ile gerçekleştirdikleri çalışmada diyabetle geçirilen süre uzadıkça depresyon ve anksiyete riskinin yükseldiğini bildirmiştir. Kayır ve Öztekin'in (2022) diyabet, hipertansiyon ve diyabet- hipertansiyon eş tanılı hastalardan elde ettikleri bulgulara göre, hipertansiyon tanı süresi açısından anksiyete puanları incelendiğinde, yıllara göre skorlar açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, bir yıldan az olan HT hastalarının toplam puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bir başka araştırmada ise, hastalık süresi uzadıkça depresif belirti düzeyinin arttığı anksiyete düzeyleri düşmekte, yaş ilerledikçe de anksiyete düzeylerinde bir düşme bildirilmiştir (Gülseren ve ark., 2001). Bu durum, diyabetin vücuttaki farklı organ ve sistemleri etkileyebilen ve dolayısı ile ileri düzeyde yeti yitimine yol açabilen bir hastalık olması, tanının yeni alındığı dönemlerde ve genç hastalarda hastalığa dair sürecin belirsizliğinin ve kişisel yeterliliğin kaybedileceği gibi geleceğe yönelik endişelerin daha yoğun yaşanmasına yol açması üzerinden açıklanabilmektedir (Gülseren ve ark., 2001). Hastalık süresi uzadıkça, belirsizliğin azalması ve hastalığı kabullenmeyle birlikte kaygının görece olarak azalabileceği ancak hastalığın sebep olduğu kısıtlamaların ve kayıpların ya da kan şekeri düzeyindeki kronik dalgalanmaların yaşla birlikte depresyon riskini artırabileceği öngörülmektedir (Tosun ve Alpar, 1999). Acar (2021) da T2D hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında, Fennel Dört Evre Modeli çerçevesinde tanı süresi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş

ve tanı süresi arttıkça kişilerin hastalıklarını kabulünün de artması ile birlikte depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasının mümkün olduğunu bildirmiştir. Özetle, tanı süresi ve olumsuz ruh sağlığı değişkenleri arasındaki bulgular hastalık sürecinin kişiye özgü dinamiklerini düşündürmüş olup (Acar, 2021), mevcut araştırma bulgularına göre, diyabet ve hipertansiyon hastalarında, hastalık tanısının konduğu ilk dönemde anksiyete belirtilerinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Araştırmanın yordayıcı değişkeni olan hastalık temsilleri toplan puanı, tüm sonuç değişkenleri (depresyon, anksiyete ve somatizasyon) ile modele aracı değişken olarak eklenen değişkenlerden duygu düzenleme- bastırma alt boyutu hariç tüm aracı değişkenler (duygu düzenleme- yeniden değerlendirme, kaçınma odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve çözüm odaklı başa çıkma) ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Hastalık temsilleri toplam puanının artışı, kişilerin hastalıklarını daha fazla tehdit olarak algılamaları anlamına gelmekte olup depresyon, anksiyete ve somatizasyon puanları ile pozitif yönde bir ilişkisinin olması alan yazında var olan çalışmaların bulguları ile uyumludur (Acar, 2021; Şen, 2019). Mevcut araştırmada, hastalık temsilleri duygusal hastalık temsilleri alt boyutu ile sonuç değişkenleri arasında bilişsel hastalık temsilleri alt boyutuna göre daha yüksek düzeyde bir korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Bu bulgular, fiziksel hastalığı olan kişilerde ruh sağlığı sonuçları ile hastalığın duygusal tehdidinin hastalığın kontrol edilebilirliğine yönelik algılarından daha güçlü bir ilişki olduğunu öne süren güncel tarihli bir meta-analiz çalışmasını desteklemektedir (Dempster ve ark., 2015).

Özetle, bu çalışmada öngörüldüğü ve alan yazındaki bulgularla tutarlı olacak şekilde araştırmanın yordayıcı değişkeni ve sonuç değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Bölümün bu kısmından itibaren aracı değişken modeli sınaması için yürütülen yol analizi bulguları değerlendirilecektir.

5.1.4 Yol Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın amacı, ÖDM temel kavramlarını dikkate alarak ve aynı anda hastalık temsilleri, duygu düzenleme ve başa çıkma stratejileri türlerini ölçerek kronik hastalıklarda olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının yordayıcılarını/belirleyicilerini daha iyi anlamaktır. Bu doğrultuda, bahsi geçen değişkenler arası ilişkileri bir arada incelemek için bir yapısal eşitlik modellemesi yaklaşımı uygulanmıştır. Yürütülen yol analizi bulgularına göre, ilk olarak yeti yitimi ile birlikte eş tanı bir durumun varlığının hastalık temsilleri değişkeninin önemli bir yordayıcısı olarak ortaya çıktığı

görülmüştür. Hastalık temsillerine ilişkin mevcut literatür incelendiğinde, araştırmaların çoğunun tek bir hastalığa odaklandığı (Bower, Harkness, Macdonald, Coventry, Bundy ve Morris- Morris, 2012) ancak eş tanıli durumların oldukça yaygın olduğu bildirilmiştir (Fortin, Bravo, Hudon, Vanasse ve Lapointe, 2005; Laux, Kuehleln, Rosemann ve Szecsenyi, 2008; Van Weel ve Schellevis, 2010). Eş tanıli bir başka hastalığın varlığı hem hastalara hem de sağlık çalışanlarına pek çok zorluk oluşturmaktadır. Bir hastalık için önerilen sağlık davranışı (Örneğin, diyabet için daha fazla egzersiz) diğer hastalıkların varlığında (Örneğin, solunum yolu hastalıkları) zorlayıcı bir hale gelebilmektedir (Bayliss, Steiner, Fernald, Crane ve Main, 2003). Hastalıkların etkileşimi, hastalıklardan birinin ya da her birinin eksik ya da yanlış yönetilmesine yol açabilir (Detweiler-Bedell, Friedman, Leventhal, Miller ve Leventhal, 2008). Eş tanıli klinik görünümde hastalık temsillerinin, hem hastalığa özgü faktörleri hem de öz yeterlilik gibi önemli psikolojik faktörler de dahil olmak üzere hasta düzeyindeki faktörleri yansıttığı görülmüştür (Schüz, Wurm, Warner, ve Ziegelmann, 2012). Bower ve arkadaşlarına (2012) göre eş tanıli durumların ÖDM’de hastalık temsillerini etkileyebileceği iki ana mekanizma bulunmaktadır: İlk olarak, eş tanının varlığı hastaların kendi durumlarına ilişkin temsillerini etkileyebilir. Örneğin, eğer hastalıklar zaman içinde etkileşime girerse, eş tanının var olması, her bir koşulun algılanan öngörülebilirliğini azaltabilir. İkinci önemli etki mekanizması ise eş tanı durumunun kendisinin kişideki temsilidir. Dolayısı ile mevcut araştırmanın bulgularının da desteklediği üzere, eş tanıli durumların varlığının ve çalışma mekanizmasının ÖDM kapsamında yürütülecek çalışmalarda dikkate alınması önemli bulunmuştur.

Araştırma çerçevesinde yürütülen yol analizinden elde edilen bir diğer önemli bulguya göre, hastalık temsilleri (hastalığın ne kadar tehdit olarak algılandığı) diyabet ve/veya hipertansiyon tanıli kişilerde hastalık deneyiminin önemli bir bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Mevcut araştırmada hastalık temsillerinin baş etme stratejilerini, duygu düzenlemeyi ve ayrıca olumsuz ruh sağlığı sonuçlarını doğrudan ve dolaylı olarak etkilediği görülmüştür. Bu sonuç, ÖDM ile ilgili yayımlanan güncel meta-analiz bulguları ile uyumludur (Hagger, Koch, Chatzisarantis ve Orbell, 2017; Hagger ve Orbell, 2022). Katılımcıların algıladıkları hastalık tehdidi arttıkça depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyleri de artış göstermektedir. Bu bulgular, hastalık temsillerinin olumsuz ruh sağlığı değişkenleri ile ilişkili olduğunu gösteren araştırma bulguları ile tutarlıdır (Paschalides ve ark., 2004; Skinner ve ark., 2014).

Ayrıca, hastalık temsillerinin depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeyi üzerindeki doğrudan etkisinin yanı sıra, alan yazınla tutarlı (Hagger, Koch, Chatzisarantis ve Orbell, 2017; Hagger ve Orbell, 2003; Knowles, Wilson, Connell ve Kamm, 2011) ve araştırmanın temel hipotezlerinde de öngörüldüğü üzere çoklu aracı değişkenler yoluyla da etkilediği görülmüştür. Mevcut çalışmada, yeti yitimi düzeyi ve diyabet ve/veya hipertansiyona ek olarak, eş tanıli en az bir hastalığa sahip olmanın kontrol edildiği modelde, hastalık temsilleri ile depresyon arasında çözüm odaklı başa çıkma ve duygusal başa çıkmanın, hastalık temsilleri ile anksiyete arasında çözüm odaklı ve duygusal başa çıkmanın aracı rolü tespit edilmiştir. Knowles, Apputhurai, O'Brien, Ski, Thompso ve Castle (2020) T1D ve T2D tanıli hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada, uyumsuz (maladaptif) başa çıkmanın hastalık temsilleri ile anksiyete ve depresif belirtiler arasında güçlü ve anlamlı aracı etkisi bulunmuştur. Xin , Chan, Kong, Lau, Cameron, Mak ve ark. (2022) T2D hastaları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, problem odaklı ve kaçınmacı başa çıkma stilleri tehdit odaklı hastalık temsilleri ile anksiyete arasındaki pozitif dolaylı ilişkilerde aracılık etmektedir. Xin ve arkadaşları (2022) bu bulguyu hem diyabet hastalığının yönetimi sırasında karşılaşılan zorlukların hem de başarısız diyabet yönetiminin olumsuz sonuçlarının anksiyeteyi ortaya çıkarabileceği sonucu üzerinden değerlendirmiştir. Alan yazındaki araştırma sonuçları da başa çıkma stillerinin aracı etkisi ile ilgili bulguları desteklemektedir (Hagger ve ark., 2017; Knowles ve ark., 2017, 2011).

ÖDM çerçevesinde hastalık temsilleri ile olumsuz sağlık değişkenleri arasındaki ilişkide başa çıkmanın rolünün başka kronik hastalıklarda incelendiği araştırma sonuçları da benzer bulgulara işaret etmektedir. Örneğin; hastalık şiddetinin kontrol değişkeni olarak modele dahil edildiği 96 Crohn hastalığı tanıli kişi ile gerçekleştirilen bir çalışmada, mevcut araştırma bulguları ile tutarlı olacak şekilde, hastalık temsilleri toplam puanı hem problem hem de duygu odaklı başa çıkma stili ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada, duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stilleri hastalık temsilleri ile depresyon arasındaki ilişkide aracı etkisi bulunurken, duygu odaklı başa çıkmanın ayrıca hastalık temsilleri ile anksiyete arasında da aracılık etkisi görülmüştür. Bu bulgu da mevcut çalışmanın bulguları ile büyük oranda tutarlıdır. Başa çıkma stillerinin aracı rolünün ilgili değişkenler arasındaki işleyiş mekanizması ve ilişkilerin yönü şu şekildedir: duygu odaklı başa çıkma depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddetini artırmakta, problem odaklı başa çıkma ise depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddetini azaltmaktadır. Bu sonuçlar, problem odaklı başa

çıkma stillerinin daha yüksek düzeyde iyilik hali ve azalan psikolojik problemler ile ilişkili olduğunu gösteren araştırma bulguları ile uyumlu görünmekte (Nicholas, Otley, Smith ve ark., 2007; Sewitch, Abrahamowicz, Bitton ve ark., 2001) duygu odaklı başa çıkma stilleri ise azalan psikolojik iyilik hali ve artan psikolojik problemlerle ilişkili bulunmuştur (Ali, Toner, Stuckless ve ark., 2000; Petrak, Hardt, Clement ve ark., 2001)

Mevcut çalışmada, psikolojik iyilik hali üzerindeki potansiyel aracı etkisi incelenen diğer değişkenler bastırma ve yeniden değerlendirme olmak üzere iki temel duygu düzenleme stratejisidir. ÖDM, temel olarak duygu düzenlemeyi hastalıkla ilgili öz düzenleme sürecinin tartışılmaz bir parçası olarak içermekte aynı zamanda problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin bu süreçlerden bağımsız olmadığını vurgulamaktadır. Dolayısı ile hastalığı yönetmeyi hedefleyen davranışların olumsuz duyguları düzenleme çabalarını etkileyebileceğini ve bunun tam tersini öne sürmektedir (Cameron ve Jago, 2008). Ancak bildiğimiz kadarıyla, diyabet ve/ veya hipertansiyon tanılı örneklerde hastalık temsillerinin olumsuz ruh sağlığı sonuçları ile olan ilişkisinde hem duygu düzenleme hem de hastalıkla başa çıkmayı amaçlayan stratejilerin rolünü bir arada inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Mevcut çalışmada, yukarıda başa çıkma stratejilerinin hastalık temsilleri, olumsuz ruh sağlığı değişkenleri ve bu ilişkideki aracı rolüne dair değerlendirme aktarılmış olup bu kısımdan itibaren duygu düzenlemenin bu değişkenlerle olan ilişkisi değerlendirilecektir.

Bu çalışmada duygu düzenleme stratejilerinin alt boyutu olan bastırma beklenenin aksine, araştırma değişkenlerinden yalnızca yeti yitimi ve duygu odaklı başa çıkma ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Katılımcıların yeti yitimi düzeyi arttıkça bastırma puanları da artmakta, benzer bir biçimde bastırma puanları arttıkça duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanımları da artış göstermektedir. Karademas ve arkadaşlarının (2010) kardiyovasküler hastalık tanısı bulunan kişilerle gerçekleştirdikleri çalışmada da benzer bir biçimde bastırma, fiziksel işlev düzeyi ile ve hastalıkla ilgili olumsuz duygularla ilişkili bulunmuştur.

İlgili alan yazında bastırma ile ilgili çok sayıda çalışma, örneğin öfke ya da düşmanca duyguların bastırılmasının koroner kalp hastalığı, romatoid artrit ve kanser dahil olmak üzere çeşitli tıbbi durumlarla fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür bulunmuştur (Nykliček ve ark., 2002; Panagopoulou ve ark., 2002). Duyguları bastırma aynı zamanda genel ölüm oranıyla

da ilişkilidir (Graves ve ark., 1994). Gross ve John (2003) bu olumsuz etkinin olası bir açıklamasının, bastırmaya rağmen ortaya çıkan olumsuz duygunun varlığının devam etmesi, bu duyguya yeni olumsuz duyguların kümülatif olarak eklenmesi ve duygu düzenlemeye yönelik bilişsel ve sosyal kaynakların bu durumun uğraşı ile tükenmesi olarak değerlendirmiştir. Bastırma, duygu düzenleme ile ilgili alan yazında oldukça popüler olsa da, mevcut duygu düzenleme stratejilerinden yalnızca birisidir. Örneğin, Nezlek ve Kuppens (2008), yeniden değerlendirmenin günlük yaşamda bastırmadan daha fazla kullanıldığını bildirmiştir. Yeniden değerlendirme, bir durumun duygusal etkisini değiştirecek şekilde anlamındaki değişiklikleri ifade eden bir bilişsel değişim sürecidir (Gross, 1998). Duygu ortaya çıkış sürecinin en başlarında yer alır ve dolayısı ile olumsuz duyguların deneyimini ve etkilerini azaltarak tüm duygu akışını değiştirebilir (Gross, 1998). Yeniden değerlendirme, hem hasta hem de sağlıklı örneklerde daha yüksek düzeyde fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile ilişkilendirilmiştir.

Yeniden değerlendirmenin yaşamda daha fazla kullanılması ile ilgili bulguya uygun olacak şekilde (Nezlek ve Kuppens, 2008) bu çalışmada ise araştırmanın yordayıcı değişkeni olan hastalık temsilleri ve sonuç değişkenleri olan depresyon, anksiyete, somatizasyon ve araştırma modeline aracı değişken olarak eklenen başa çıkma stillerinin hepsi ile anlamlı düzeyde korelasyon ilişkisine sahip olduğu görülmüştür. Tüm değişkenlerin aynı anda ve bir arada değerlendirildiği yapısal eşitlik modellemesi yol analizinde ise yeniden değerlendirmenin yalnızca hastalık temsilleri ile arasındaki anlamlı ilişkinin korunduğu görülmüştür. Ayrıca, duygu düzenleme stratejilerinin iyilik hali üzerindeki etkilerini inceleyen araştırmalar bu iki mekanizma arasında bir etkileşime işaret etmektedir. Örneğin; yeniden değerlendirmenin kişinin var olan durumu algılama biçimi ve kendi tepkilerini yönlendirme özelliği göz önünde bulundurulduğunda, yeniden değerlendirmenin bastırmanın etkisini yumuşatması ve böylece günlük yaşamdaki etkisini değiştirmesinin mümkün olduğu bildirilmiştir (Karademas ve ark., 2020). Bir başka deyişle, yeniden değerlendirmenin bastırma üzerindeki moderatör etkisinden bahsedilmektedir. Bu tip bir etkileşim etkisinin varlığında bastırmanın psikolojik ve fiziksel iyilik hali değişkenleri ile ilişkisinin azalabileceği ya da kaybolacağı düşünülmüş ve bu değişkenlerin bir arada değerlendirildiği araştırmalarda bu etkileşim etkisinin göz önünde bulundurulması önerilmiştir.

Araştırmanın temel hipotezi ve alan yazında öngörüldüğünün aksine, hem bastırma hem de yeniden değerlendirme aracılığıyla bu araştırmada görülmemiştir. Özetle, mevcut araştırmanın bulguları, hastalık temsilleri ile olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Bu ilişkide var olan potansiyel mekanizmalar ise duygu odaklı ve çözüm odaklı başa çıkma stratejileri üzerinden şekillenmektedir. Hastalık tehdidinin artması daha fazla duygu odaklı başa çıkma stratejisinin kullanımına, bu durum da depresyon ve anksiyete düzeyinin artmasına yol açacaktır. Problem odaklı başa çıkma ile hastalık temsilleri arasında ise negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır; hastalık tehdidi azaldıkça problem odaklı başa çıkma artacak bu durum da depresyon ve anksiyete düzeyinin azalmasına katkı sunmaktadır. Duygu düzenleme stillerinden yeniden değerlendirme olumsuz sağlık sonuçları ile negatif yönde ilişkilidir. Bu ilişki örüntüsü, ÖDM tarafından önerilen ilişki modeline (Leventhal ve ark., 1980), duyguların modal modeli (Gross ve Thompson, 2007) ve stres ve başa çıkma transaksyonel teorisine (Lazarus ve Folkman, 1984) benzerlik göstermektedir.

5.2 Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada hastalık temsilleri, başa çıkma stratejileri, duygu düzenleme ve olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişki Öz Düzenleyici Model kapsamında diyabet ve hipertansiyon hastalarında test edilmiştir. Yol analizi kullanılarak gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları bu kısımda özetlenecek ve gelecekte planlanan araştırmalar için öneriler sunulacaktır.

Araştırma bulgularına göre hastalık temsilleri doğrudan araştırmanın sonuç değişkenleri olan depresyon, anksiyete ve somatizasyonu yordamaktadır. Hastaların hastalıklarına dair algıladıkları tehlike arttıkça depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri de şiddetlenmektedir. Mevcut çalışmada hastalık temsilleri değişkeni, yürütülen yol analizine toplam puan olarak dahil edilmiştir. Gelecek araştırmalar hastalık temsilleri alt boyutları olan duygusal ve bilişsel hastalık temsillerinin ya da hastalık temsilleri alt kategorilerinin (süre, sonuç, uyum, neden, kimlik) tek tek sonuç değişkenleri üzerindeki yordayıcı etkisini sınavarak hastalık temsillerinde hangi alt boyut ve kategorinin daha güçlü etkisi olduğunu belirleyebilir.

Hastalık temsilleri ile depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri arasında başa çıkma stratejileri alt kategorilerinden duygu odaklı başa çıkma ve çözüm odaklı

başa çıkmanın aracı etkisi görülmüştür. Kaçınmacı başa çıkmanın aracı etkisi bulunmamaktadır. ÖDM çerçevesinde başa çıkmanın aracı rolü konusunda alan yazında farklı noktalara işaret eden görüşler söz konusudur. Başa çıkma ile göz önünde bulundurulması gereken konulardan birisi kavramın ölçümü ile ilgilidir. Mevcut araştırmada olduğu gibi alan yazında da pek çok araştırmada başa çıkma genel durumlarla başa çıkmayı ölçen ölçüm araçları ile ölçülmüştür. Hastalıkla ilgili başa çıkmaya dair ölçüm araçlarının kullanılması, başa çıkma değişkeninin hastalık temsilleri bağlamındaki rolü anlama konusunda daha etkin bir çözüm sunacağı düşünülmüştür. Gelecek araştırmalarda sağlıkla ilgili başa çıkma ya da hastalığa özgü başa çıkmayı ölçen ölçüm araçlarının kullanılması önerilmiştir. Hangi başa çıkma stratejisinin hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasında daha güçlü bir yordayıcı olduğunun belirlenmesi ilişkinin mekanizmasının anlaşılması açısından önemlidir. Bu doğrultuda gelecek araştırmaların mevcut araştırmada incelenen başa çıkma stratejilerinden farklı başa çıkma mekanizmalarını bir arada değerlendirmeleri önerilebilir.

Son olarak, gelecek araştırmalar için kişilik özellikleri, mükemmeliyetçilik, nevrotiliklik gibi (Hagger ve Orbell, 2022) başa çıkmayı da etkileyebilecek potansiyel mekanizmaların araştırmalara dahil edilmesi hastalıkla ilgili başa çıkmanın dinamikleri anlama konusunda önemli bulunuş ve ileri araştırmalar için önerilmiştir.

Mevcut araştırmada aracı rolü sınanan bir diğer değişken de duygu düzenlemedir. Duygu düzenleme alt kategorilerinden bastırma ve yeniden değerlendirmenin hastalık temsilleri ile olumsuz ruh sağlığı sonuçları arasında aracı etkisi bulunmamıştır. Yalnızca, hastalık temsillerinin yeniden değerlendirmeyi yordadığı görülmüştür. Duygu düzenleme de başa çıkma gibi oldukça geniş kapsamlı bir kavram olup mevcut araştırmada ele alınan duygu düzenleme stilleri dışında birçok farklı kategorisi bulunmaktadır. Gelecek araştırmalar farklı duygu düzenleme kategorilerini modele dahil ederek konu ile ilgili daha ileri bulgular elde edebilecekleri düşünülmüştür. Ayrıca mevcut araştırmada incelenen duygu düzenleme kategorilerinden yeniden değerlendirmenin bastırma üzerindeki moderatör etkisinden bahsedilmektedir. Bu tip bir etkileşim etkisinin varlığında bastırmanın psikolojik ve fiziksel iyilik hali değişkenleri ile ilişkisinin azalabileceği ya da kaybolacağı düşünülmüş ve bu değişkenlerin bir arada değerlendirildiği araştırmalarda bu etkileşim etkisinin göz önünde bulundurulması önerilmiştir. Hastalık yaşantıları çerçevesinde farklı duygu düzenleme stratejilerini incelemeyi amaçlayan araştırmalarda da duygu

düzenleme stillerinin birbirleri ile potansiyel etkileşim etkilerini dikkate almaları bu kavramların doğasını anlama konusunda önemli olduğu düşünülmüştür. Bu durumun, bir yanıyla duygu düzenlemenin kısa vadeli ve yalnızca belirli koşullar altında ortaya çıkan ya da kaybolan (Örneğin, Karademas ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında yeniden değerlendirmenin varlığında bastırmanın etkisinin azalması) ve dolayısı ile bağlamsal yapısına da işaret ettiği söylenebilir. Duygu düzenleme ile ilgili alan yazındaki güncel çalışmalar, ortaya çıktığı bağlamın duygu düzenleme üzerinde önemli bir rolü olduğuna vurgu yapmakta ve duygu düzenleme denildiğinde artık duygu ile ilişkili durum/olay, düzenlenen duygu, kişilerarası koşullar, duygu düzenleme stratejilerinin spontane şekilde ortaya çıkış biçimi, farklı düzenleme yöntemlerinin bir arada kullanılabilmesi, sergilenen stratejilerin etkinliği ve düzenlemeye özgü zaman aralığı gibi pek çok farklı bağlamsal faktörden söz edildiği görülmektedir (Bintaş Zörer ve Yorulmaz, 2022). Dolayısı ile duygu düzenlemenin durumsal kullanımına vurgu yapan, bağlamsal faktörleri de dikkate alan duygu düzenleme ölçüm araçlarının (Örneğin, Ekolojik Anlık Değerlendirme (Ecological Momentary Assessment, Stone ve Shiffman 1994; Deneyim Örnekleme Yöntemidir (DÖY; Experience Sampling Method, Csikszentmihalyi ve Larson 1987) (Bintaş Zörer ve Yorulmaz, 2022) kullanımı gelecek çalışmalar için önerilmiştir.

Son olarak duygu düzenlemenin bu çalışmada incelenmeyen yollarla da (Örneğin, bastırmanın kişiler arası ilişkiler üzerindeki etkisi) olumsuz sağlık sonuçlarını ve iyilik halini etkilemesi mümkündür (Karademas ve ark., 2020). Her durumda, bu ilgi çekici konuyu daha etkin bir biçimde açıklayabilmek için alternatif ölçüm araçlarının ve veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, duygu düzenleme ile potansiyel etkileşim etkisi bulunabilecek değişkenlerin dikkate alındığı araştırma modellerine ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Mevcut çalışmada hastalık temsillerinin yeti yitimi düzeyi ve eş tanımlı bir hastalığın varlığı tarafından yordandığı görülmüştür. Tanı süresi ile hastalık temsilleri arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Araştırmada incelenen diyabet ve hipertansiyon hastalıkları, komplikasyona ve eş tanımlı diğer hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır. Alan yazındaki bulgulara göre eş tanının varlığı algılanan hastalık tehdidini yükseltmekte, dolayısı ile hastalığa uyum, kendine bakım ve sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Gelecek araştırmaların hastalık temsilleri açısından eş tanımlı durumların varlığının göz önünde bulundurulması önerilmiştir. Eş tanımlı bir başka fiziksel ya da psikolojik bozukluğun varlığının ölçek bataryasında etkin bir biçimde

ölçümü ve hekim tanısı ile tanı güvenilirliğinin artırılması oldukça önemlidir. Ayrıca, konu ile ilgili gelecek araştırmaların eş tanı varlığının hastalık temsilleri üzerindeki potansiyel etki mekanizmalarını incelemesinin ilgili alan yazındaki bulgulara önemli katkılar sağlayacağı düşünülmüştür.

Yeti yitimi ve eş tanıya ek olarak bu araştırmaya dahil edilmeyen ancak hastalık temsilleri üzerinde etkisi olabilecek diğer önemli kişisel ve kültürel faktörlerin konu ile ilgili yürütülecek araştırmalara dahil edilmesi önerilmiştir. Örneğin, kişisel ve ailesel tıbbi öyküye dair daha fazla bilgi alınmasının (Kişinin sahip olduğu kronik hastalığın ailedeki varlığı, ailedeki tedavi süreçleri gibi) hastalık temsillerini oluşturabilecek faktörleri tespit ve kontrol etme konusunda daha zengin veri sağlayabilir.

Özetle, mevcut araştırmada, hastalık temsillerinin üç başa çıkma türü ve duygu düzenleme stratejilerinden yeniden değerlendirmeyi yordadığı, araştırmanın sonuç değişkenleri olan depresyon ve anksiyetenin çözüm odaklı başa çıkma tarafından negatif, duygu odaklı başa çıkma tarafından pozitif yönde yordandığı görülmüştür. Bir başka deyişle, diyabet ve/ veya hipertansiyon tanılı kişilerin hastalık temsilleri duygu odaklı ve çözüm odaklı başa çıkma stratejileri aracılığı ile depresyon ve anksiyete düzeyini etkilemektedir. Yeti yitimi düzeyi ve eş tanı bir başka hastalığın varlığı ise hastalık temsillerini yordamaktadır. Buna göre, diyabet ve/ veya hipertansiyon tanılı kişilere yönelik tasarlanacak koruyucu ve destekleyici psikososyal müdahale programlarında duygu odaklı ve çözüm odaklı başa çıkma stratejilerine yapılacak modifikasyonların hastaların depresyon ve anksiyete gibi sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmüştür. Yeti yitimi düzeyi ve eş tanı bir başka hastalığın varlığı, ÖDM çerçevesinde gerçekleştirilen bu araştırmada olumsuz ruh sağlığı sonuçları açısından bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır. Diyabet ve/ veya hipertansiyon hastalarına yönelik psikososyal müdahalelerde katılımcıların yeti yitimi ve eş tanı hastalıkların dikkate alınması önerilmiştir.

Mevcut araştırmada nicel ve nitel yöntemlerle veri toplanmıştır. Nitel verilerden elde edilen bulguların nicel verileri desteklediği ve nicel yöntemlerle elde edilemeyen detayların ortaya çıkmasına olanak sağladığı görülmüştür. Özellikle sağlık psikolojisi alanında nitel yöntemlerle daha fazla araştırma yapılmasının alan yazına değerli katkılar sunacağı düşünülmüştür. Bu araştırmanın değişkenleri olan başa çıkma, duygu düzenleme gibi sağlık bağlamında ölçümü ve değerlendirmesi güç değişkenlerin nitel yöntemlerle yapılacak araştırmalarla daha fazla aydınlatılacağı öngörülmüştür.

5.3 Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Mevcut araştırma kesitsel bir araştırma deseni ile planlanmış olup hastalık temsilleri ile sağlık sonuçları arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkiler nedensellik içermemektedir. ÖDM çerçevesinde yürütülecek çalışmalarda nedensel çıkarımlar boylamsal araştırma desenleri ile mümkün olabilir. Gelecek araştırmaların boylamsal modellerle tasarlanmasının araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin nedenselliğine dair daha güçlü bulguları ortaya koyması öngörülmüştür.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı örneklem ve veri toplama yöntemi ile ilgilidir. Araştırmanın nicel verilerinin bir kısmı çevrim içi, bir kısmı yüz yüze yöntemle hastane ortamında toplanmıştır. Hastaneden toplanan verilerde katılımcıların takipli hasta olması ve doktor teyidi tanı güvenilirliğini artırmıştır. Ancak çevrim içi kanallarla toplanan verilerde ölçekler hastalık tanılı gruplardan oluşan sosyal medya gruplarında paylaşılmasına karşın tanı ile ilgili objektif kanıt alınamamıştır. Araştırma değişkenleri arasında çevrim içi ve yüz yüze toplanan veriler arasında gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunmamasına karşın, araştırma bulgularının değerlendirilmesinde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Hastane ortamında toplanan veriler tek bir hastanenin dahiliye ve kardiyoloji polikliniğinden toplanmış olup tüm DM ve HT hastaları için genellememektedir. Ayrıca araştırmanın katılımcıları farklı hastalık gruplarından (T1D, T2D, hipertansiyon) oluşmakta olup grupların katılımcı sayıları birbirine eşit değildir. Ayrıca araştırmanın kontrol değişkenlerinden biri olan eş tanı katılımcıların birden fazla cevap seçeneğini işaretleyebildiği kategorik bir soru üzerinden ölçülmüştür. Eş tanının daha etkin, güvenilir ve detaylı olarak ölçülmesi gelecek araştırmalar için önerilmiştir. Örneğin, hastalık kategorilerinin zenginleştirilmesi ya da açık uçlu sorular ile katılımcıların eş tanıli hastalıklarının belirlenmesi bu değişkenin daha etkin ölçümü ile ilgili yöntemler olabilir. Benzer bir biçimde hastalık temsillerini yordayabilecek diğer potansiyel faktörlerin (Örneğin, ailede aynı kronik hastalığın varlığı) de benzer araştırmalara dahil edilmesi ve detaylı bir şekilde ölçümü önemli bulunmuştur.

Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı da katılımcı sayısı ile ilgilidir. Araştırmada uygulanan yol analizi için örneklem yeterli büyüklükte olmasına karşın bahsi geçen hastalıkların yaygınlığı dikkate alındığında daha büyük örneklemlerli araştırmaların genellenebilirliği artırabileceği düşünülmüştür. Gelecek çalışmaların belirtilen

sınırlılık ve önerilere dikkat ederek bu araştırma kapsamında elde edilen bulguların tekrarlanabilirliğini göstermesi önemli görülmüştür.

Araştırmada ulaşılan örneklem grubu ve veri toplama süreci bir yandan bazı kısıtlılıklar oluştururken öte yandan özel bir örnekleme grubu ile çalışılması ve yol analizi için yeterli sayıya ulaşılması araştırmanın güçlü yönlerindedir. Ülkemizde ÖDM çerçevesinde yapılan araştırmalarda DM tanılı kişilerle yapılan araştırmalara sıklıkla rastlanmasına karşın, HT hastası kişilerle bu konuda yapılan araştırmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmanın, DM hastaları ile yapılan çalışmaların bulgularını çeşitlendirdiği, HT hastaları ile yapılacak olan araştırmalar için de bir basamak olabileceği düşünülmüştür.

ÖDM'nin temel varsayımı hastalık temsillerinin çeşitli başa çıkma stratejileri üzerinden sağlık sonuçlarını etkilemekte ve dolayısı ile başa çıkmanın bu modelde etkin bir biçimde ölçümü ve incelenmesi önemlidir (Hagger ve Orbell, 2022). Ayrıca ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalarda hastalık temsilleri ile çeşitli sağlık değişkenleri arasındaki ilişkinin incelendiği ancak bu ilişkiye aracılık edebilecek mekanizmaların modele nadiren dahil edildiği görülmüştür. Bilindiği kadarıyla, ülkemizde DM ve HT hastalarında ÖDM çerçevesinde gerçekleştirilen araştırmalarda aracı değişkenlerin araştırmaya dahil edildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışma DM ve HT hastalarının sağlık sonuçlarını yordamada potansiyel aracı değişkenleri inceleyerek alan yazına katkıda bulunmuştur. Ayrıca bahsi geçen aracı etkileri sınamada kullanılan istatistiksel analiz yöntemi araştırmanın güçlü yönlerinden biridir. Bu araştırmanın modeli yapısal eşitlik modellemesi çerçevesinde yol analizi yöntemi ile sınanmıştır. Hagger ve Orbell (2003) ÖDM'nin temel bileşenleri arasındaki ilişkinin görece az sayıda araştırmada yol analizi yöntemi ile test edildiğini bildirmiştir. Özellikle baş etmenin aracı rolünün de az sayıda çalışmada test edilmiş olması nedeniyle güçlü istatistiksel analiz yöntemlerinin kullanılması bulgular açısından önem taşımaktadır (Yastıbaş, 2018). Değişkenler arası ilişkinin mekanizmasını daha iyi ortaya koymak için yol analizinin kullanılması araştırmanın güçlü yanlarından biridir.

Bu çalışma klinik- sağlık psikolojisi perspektifinden kronik hastalık tanılı kişilerin yaşam kalitelerini yükseltebilecek psikososyal müdahalelere katkı sağlayabilecek hastalık deneyimlerini incelemeyi amaçlamıştır. Alan yazında gerçekleştirilen benzer çalışmaların psikoloji alanında da yaygınlaştığı görülmüş, ancak çalışmaların hemşirelik, halk sağlığı, psikiyatri gibi alanlarda yoğunlaştığı

görülmüştür. Bu anlamda mevcut çalışmanın klinik- sağlık psikolojisi bakış açısı ile yürütülebilecek çalışmalara nicelik ve nitelik olarak katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Son olarak, bu çalışmada nicel ve nitel yöntemler birleştirilmiştir. Sağlık alanında yapılacak çalışmalarda nitel analiz yöntemi kullanılmasının katkısı çalışma bulgularında görülmüştür. Bu anlamda, ÖDM çerçevesinde farklı veri toplama ve analiz yöntemlerini birleştirmesi araştırmanın güçlü yönlerinden birisidir.

5.4 Nitel Analiz Bulgularının Değerlendirilmesi

Mevcut araştırmanın bulgularına göre, T1D tanılı kişilerin hastalık deneyiminde göze çarpan ana temalar “Tanıdan sonra hasta kimliği”, “Psikososyal zorluklar ve destek kaynakları” ve üçüncü tema ise “Sağlık sistemi içinde diyabet tanılı olmak” şeklindedir. Bu üç tema bir arada değerlendirildiğinde katılımcıların diyabet yolculuklarında hastalıkla ilgili duyguların, sosyal destek kaynakları ile zorlukların ve sağlık profesyonelleri ile iletişimin diyabet yönetiminde önemli faktörler olarak yer aldığı görülmektedir.

Araştırmanın ilk teması, hastalığın duygusal süreci ile ilgili olup katılımcıların tanıdan önce ve sonra kendi sağlıklarına yönelik atıfları üzerinden hastalık kimliği çerçevesinde değerlendirilebilir. Katılımcıların kronik hastalık tanısı sonrası kimlikleri, alan yazınla tutarlı (Kruger, Deacon, von Rensburg ve Segal, 2023) ve beklendiği üzere tüm diyabet sürecinde ve sonuçlarında önemli bir rol oynamaktadır. Katılımcılar hastalıktan önce sağlıklı, “nezle bile olmayan” (K1), “sağlığına çok dikkat eden” (K2) bir konumda iken, tanı sonrasında daha kırılgan, hasta ve hatta yaşlı (K2) hissettiklerini bildirmiştir. Bu ani ve yoğun geçiş, ilk olarak diyabet ile tanışmanın yarattığı hayal kırıklığı ile kimliği olumsuz etkilemiş sonrasında ise diyabetle birlikte gelen yaşam stiline uyum ve pozitif sağlık göstergeleri, kişilerin yeni hasta kimlikliklerinin kabulüne katkı sağlayan faktörler olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların kendi “sağlıklı” hallerine yönelik bu değişim, iyi benliğin kaybı (loss of good self) kavramı çerçevesinde de değerlendirilebilir.

İlk ana temanın alt teması olan tanı sonrası ortaya çıkan duygular alan yazındaki nicel araştırma ve mevcut araştırmanın nicel kısmı bulguları ile tutarlıdır. Mevcut araştırmanın nicel aşamasının bulguları da, tanı süresi uzadıkça anksiyete belirtilerinin azaldığını göstermektedir. Benzer bir biçimde nitel kısımda, katılımcıların tanıyı

öğrendiklerinde ortaya çıkan “bundan sonra ne yapacağım?” (K1) gibi geleceğe yönelik kaygılarını içeren duyguları ifade ettikleri görülmüştür. Bu durum, özellikle yeni tanı döneminde hastaların anksiyete riskini düşündürmüş ve T1D tanılı gruplarla çalışan sağlık profesyonellerinin bu durumu göz önünde bulundurması önemli bulunmuştur.

Katılımcıların duygu ifadelerinde var olan bir diğer içerik, “anormal olma”, “başkalarından farklı hissetme” ile ilgilidir. Katılımcılar özellikle dış referansların bunu hissettirmesinden rahatsız olmaktadır. Öte yandan katılımcılar, T1D tanısı bulunan kişileri daha mücadeleci ve “cepheye koysanız savaşabilen” (K1), daha pratik (K2, K3) ve yer yer tüm ilgiyi üzerinde toplayabilen (K3) kişiler olduğundan bahsetmektedirler. Katılımcıların T1D hastalık kimliğinin bir yanı sıra anormal, farklı ve eksik olma üzerinden ilerlerken, diğer yandan hastalıkla yaşamının kendilerini daha pratik, daha mücadeleci ve yaşam olayları ile baş etmede daha güçlü kılması üzerinden deneyimlenmektedir. Bu bulgu, hastalık deneyiminde anlam bulma (meaning making) (Park ve Folkman, 1997), hastalığın pozitif kazanımlarına odaklanma (Kruger ve ark., 2023) ve bir duygu düzenleme stratejisi olarak yeniden değerlendirme (Gross, 2015) çerçevesinde değerlendirilebilir. Alan yazında hastalığı anlamlandırmada olumlu duyguların desteklenmesi ve geliştirilmesinin hastalık uyumunda önemli bir faktör olduğu görülmektedir (Kruger ve ark., 2023). Mevcut araştırmanın katılımcıları da yukarıda örnekleri verilen ambivalan duyguları yaşamakta olduğu görülmüş olup bu gruplarla çalışan sağlık profesyonellerinin olumlu yanı desteklemesinin hastalık uyumunda önemli olduğu düşünülmüştür.

Araştırmanın ikinci teması katılımcıların yaşadıkları psikososyal zorluklar ve destek kaynakları ile ilgilidir. Muslu ve arkadaşlarının (2017) T2D tanılı on katılımcı ile yürüttükleri ve diyabete psikososyal uyum sürecini inceledikleri nitel araştırmanın sonuçları, psikososyal uyum sürecinde yaşanan engeller ve psikososyal uyum sürecinde yaşanan engellerle baş etme ana temaları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Mevcut araştırmada da, diyabete uyum sürecinde çevre ile etkileşimin ve yaşanan engellerin katılımcıların diyabet anlatılarındaki yeri dikkati çekmektedir. Alan yazında psikososyal uyumun diyabet hastalığında önemli bir bileşen olduğundan bahseden, ruhsal iyilik halinin diyabet yönetiminin önemli bir parçası olduğunu ve kişinin baş etme becerilerini bozacağını belirten araştırma bulguları mevcuttur (Tuncay, Musabak, Gök ve Kutlu, 2008; Peyrot, Burns, Davies, Forbes, Hermanns ve Holt; 2013). Spesifik olarak katılımcıların çevrelerindeki (aile, arkadaşlar, iş yeri vs.) tarafından

“kendilerine acınmasından” (K1, K2) oldukça rahatsızlık duydukları görülmektedir. Özellikle aile içerisinde “hasta” kimliğinin kişinin yeti yitimi üzerinden değerlendirilmesi, katılımcıları kırılğan bir pozisyona sokulması ve hastalığa uyumlarında eleştirel tutumların varlığı katılımcıların bekledikleri manevi desteğe uygun görünmemektedir. Bu bulgular, temel destek sistemi olarak ailenin önemini vurgulamakta ve alan yazınla tutarlı görünmektedir (Kruger ve ark., 2023). Bu noktada, bir risk grubu olarak T1D tanılı kişilere sağlanabilecek profesyonel ruh sağlığı desteklerine aile ya da yakın çevrenin de psikoeğitiminin eklenmesinin önemli olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmanın tüm katılımcıları diyabete dair toplumsal farkındalığın artmasını dilemektedir. Kruger ve arkadaşları da T1D tanılı genç yetişkin kadınlarla yürüttükleri araştırmada (2023) katılımcıların eğitim, iş ve sosyal hayatlarında yaşadıkları zorlukların bir tema olarak varlığından bahsetmiş ve toplumun bu konudaki düşük farkındalığının psikososyal uyumu bozucu etkisini bildirmişlerdir.

Özetle, ikinci ana temanın T1D tanılı kişilerin toplum içindeki yaşam deneyimleri etrafında şekillendiği söylenebilir. Araştırmanın katılımcılarının tamamı diyabet tanılarını adolesan (K3) ve beliren yetişkinlik (K1, K2) döneminde almıştır. Yetişkinliğe adım atılmadan kronik bir hastalık tanısının varlığı, içinde bulunulan gelişim doğası gereği, özellikle sosyal ilişkileri etkilemekte ve hastalığın komplikasyonu ile ilgili kaygıya sebep olmaktadır (Pınar, 2019). T1D tanılı ergenlerle nitel yöntemlerle gerçekleştirilen çalışmalarda, katılımcıların diyabeti fiziksel ve sosyal yönden tam olarak kontrol edemedikleri, diyabet bakımının sürekli dikkat gerektiren bir hastalık olması ve karmaşık tedavi protokolünü sosyal hayatta uygulama konusunda stres yaşadıkları görülmüştür (Davidson, Penney, Muller ve Grey, 2004). Mevcut araştırmanın katılımcıları daha ileri bir yaş grubuna ait olmasına karşın, burada bahsi geçen tema birebir örtüşmektedir.

Bu çalışmanın bulgularından birisi de sağlık sistemi içerisinde diyabet tanılı olmanın zorlukları ve sağlık çalışanları ile iletişimin niteliğidir. Katılımcılar sağlık çalışanlarının eleştirel tutumlarını (K3) ve hastalığa ve hastalığın geleceğine dair “mekanik” anlatımlarını (K1) işlevsiz bulmaktadır. Katılımcıların sağlık çalışanları tarafından etkin bir biçimde bilgilendirilme ihtiyacı görülmüştür. İlgili alan yazında da hastaların bilgi ihtiyacının giderilmesi hastalığı daha iyi anlama konusunda önemli bir değişken olarak değerlendirilmiştir (Kruger ve ark., 2023). Katılımcıların hastalığın yönetilebilir yönüne empatik bir tutumla vurgu yapılması (K1), T1D tanılı gruplarla

çalışan sağlık profesyonellerine bir ruh sağlığı uzmanının da eklenmesi (K3) ve hastalığa “bütüncül” bir bakış açısı ile bakılması (K2) gibi tedavide iletişimi ve kişiye özgü dinamikleri dikkate alan modellere dikkat çektikleri görülmüştür. Karlsen ve arkadaşları (2011) yürüttükleri çalışmada sağlık çalışanlarının diyabetin psikososyal dinamiklerine daha fazla önem vermeleri gerektiğini belirtmektedir. Bu noktada, aile ve arkadaş çevresi dışında sağlık çalışanlarının da T1D tanılı kişilerin hastalık yaşantılarında çok önemli bir destek sistemi ya da zorluk olarak ortaya çıkabileceği görülmektedir.

Katılımcıların diyabet deneyimi ile en çok zorlandıkları noktalardan birisi de diyabet tedavisinin maddi yüküdür. Katılımcıların tamamı, yaşamak için kullanmak zorunda oldukları tedavi araçlarına ulaşımında zorluk yaşamaktadır.

5.5 Sonuç ve Öneriler

İlgili alan yazın incelendiğinde T1D tanılı kadınların, daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve diyabetle ilgili stres (Gilliani, Ansari, Zaghloul, Abdul, Sulaiman, Baig ve ark., 2018) semptomları bildirdikleri, daha düşük glisemik kontrol ve dolayısı ile yüksek düzeyde komplikasyon riski taşıdıklarını (Huxley, Peters, Mishra ve Woodward, 2015; Kay, Davies, Gamsu ve Jarman, 2009) gösteren bulgular mevcuttur. Bu durumun olası sebeplerinden biri, T1D tanılı kadınların erkeklere oranla daha fazla bozulmuş yeme davranışı sergilemesi ve daha yüksek düzeyde beden memnuniyetsizliği bildirmeleri üzerinden açıklanmıştır. Ayrıca T1D tanılı kadınların semptomlara dair hastalık tehdidi algıları daha erkeklere oranla daha yüksek olarak bulunmuştur (Castellano- Guerrero, Guerrero, Ruiz-Aranda, Perea, Pumar, Relimpio ve ark., 2020). Özetle, alan yazında T1D tanılı kadınlarla yapılan araştırma bulguları göz önüne alındığında, T1D yönetiminde kadınların güçlendirilme ihtiyacını vurgulamaktadır.

İlk olarak araştırmanın nitel aşamasının örneklem oluşturma sürecinde, nicel aşamaya katılmış olan katılımcılar arasında en çok T1D tanılı ve kadın katılımcıların ikinci aşama için gönüllü oldukları ve iletişim bilgilerini bıraktıkları görülmüştür. Bu durum T1D tanılı kişilerin yaş ortalamasının düşük olması sebebi ile teknoloji okur yazarlığının daha yaygın olması üzerinden açıklanabilir. Öte yandan, klinik psikoloji alanında yapılan bir araştırmaya katkı sunma motivasyonunun, görüşmelerde ortaya çıkan temalarda da olduğu gibi “toplumsal farkındalığın artması/görünür olma” ve

“ruh sağlığı uzmanları ile daha fazla temas ihtiyacı” üzerinden de açıklanabileceği düşünölmüştür. Katılımcıların çoğu görüşmeler sırasında profesyonel psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Çalışmanın nitel aşamasının bulguları, T1D tanılı kişilerin yaşayabileceği psikolojik ihtiyaçlara dair farkındalığın sağlık çalışanları arasında artırılması gerektiğini göstermektedir. Sağlık çalışanları önleyici ve proaktif bir yaklaşım benimseyebilir ve diyabetli kişilerin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak için diyabetin psikolojik etkileri konusunda eğitim alabilir veya destek grupları sunarak bu süreç daha iyi uyum sağlayabilir (Park, Edmondson, Fenster ve Blank, 2008).

Ayrıca bulgulara göre, T1D tanılı kişilerin hastalık süreçlerini takip eden sağlık ekibinde rutin olarak ruh sağlığı çalışanlarının da eklenmesi gerektiği görölmektedir. Amerikan Diyabet Derneği (2017) diyabet tanılı kişilerin psikolojik ve fiziksel sağlık sonuçlarını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırmak amacı ile psikososyal bakımın diyabet bakımına entegre edilmesini ve tüm diyabetlilere bu bakımın sağlanması önermektedir. Benzer bir biçimde Kruger ve arkadaşları (2023) diyabet kliniklerine bir psikoloğun dahil edilmesini, T1D tanısı konulduğunda psikolojik yardım önerilmesini ve psikolojik desteğin T1D tanılı kişilerin diyabeti yaşamlarına entegre etmelerine yardımcı olmayı amaçlamasını tavsiye etmektedir. T1D yönetimi beslenme alışkanlıklarının kökten değişimi ve oral antidiyabetik dışında insölin kullanımı ile birlikte oldukça katı ve disiplinli yürütölmesi gereken bir süreçtir. Özellikle erken tanı alınan durumlarda ailenin hem operasyonel (beslenme, insölin kullanımı) hem de sosyal desteğinin temel olduğu yeni bir süreç başlamaktadır. Bu noktada hastalık uyumunda yalnızca kişisel dinamiklerin değil, ailenin de işlevinin temel olduğu, bu araştırmanın nitel aşamasında elde edilen bulgulardan birisidir. Aileden alınan desteğin niteliğinin T1D tanılı kişilerin hastalık yaşantılarındaki yeri ve işlevi, profesyonel ruh sağlığı desteğinin aileleri de dahil eden bir sistem içinde yürütölmesinin önemli olabileceğini düşöndürmüştür. Özetle, ailelerin de psikoeğitimi hastalık uyumunda temel bir bileşen olup profesyonel ruh sağlığı desteği içine dahil edilmesi önerilmektedir.

T1D tanılı kişilerin diyabet anlatılarında kendileri ile aynı durumu yaşayan kişilerin varlığı önemli bir yer tuttuğu görölmektedir. Dolayısı ile, T1D tanılı kişiler için tasarlanabilecek koruyucu ruh sağlığı müdahalelerinde, grup çalışmalarının ve grup destek yapılarının uygulanmasının, diyabetle başa çıkma adına sosyal destek kaynaklarına bir yenisini ekleyebileceği düşünölmüştür.

Diyabetle yaşam sürecinde katılımcıların özellikle diyabetin kronik, sürekli dikkat gerektiren ve komplikasyon riski yüksek olan bir hastalık olması sebebi ile oldukça zorlandıkları, öte yandan bu zorlukların onları daha pratik, daha mücadeleci ve dayanıklı kıldığına dair bir inançları bulunmaktadır. Katılımcıların yaşadıkları bu ambivalansın, olumlu kısmın gelişmesi desteklenerek, hastalığı anlamlandırma ve hastalık kimliğinin bütünleşmesi ile ilgili işlevsel bir kanala yönlendirilebileceği düşünülmüştür.

Katılımcılar ayrıca diyabetle birlikte benimsemek zorunda kaldıkları yaşam stiline uyum sağlamakta zorlanmakla birlikte, bu düzeni aslında herkesin oluşturması gerektiğini düşünmekte ve iyi sonuçlar aldıkça bu yaşam stiline daha da uyum sağlamaktadır. Kilo verme, kiloyu koruma, kan şekerini stabil tutabilme gibi konularda olumlu gelişmeler ve geri bildirimler katılımcıların daha fazlasını da yapabileceklerine dair inançlarını desteklemektedir. Bu noktada hastalığa uyum ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde motivasyonel görüşme tekniklerinin uygulanabileceği düşünülmüştür.

Özetle, kronik hastalıklara uyum ve hastalık yönetiminde tanı sonrası duyguların anlaşılması ve ifadesi, ailenin psikososyal müdahalelere dahil edilmesi, sağlık çalışanlarının hastaların psikolojik ihtiyaçlarına dair farkındalığının artırılması bu araştırmanın bulgularına göre önemli noktalar olarak değerlendirilmiştir. Son olarak, pek çok araştırma bulgusu kronik hastalık deneyiminin olumsuz etkilerine odaklanmasına karşın (Cruz, 2014), sınırlı sayıda olmakla birlikte bazı araştırmalar diyabet/ hipertansiyon gibi yaşam stili değişiklikleri ile kontrol altına alınabilecek hastalıklarda daha sağlıklı bir yaşam için ikinci bir şans olarak da görülmektedir (Buchhorn, Damiano, Marquez ve Pinto., 2007; Hornsten, Sandstorm ve Lundman, 2004). Mevcut araştırmanın bulguları da katılımcıların hastalıkları ile ilgili olumlu ve olumsuz duygu ve inançlara sahip olduklarını göstermekte, olumlu duygu ve inançların desteklenmesi konusunun sağlık çalışanları tarafından göz önünde bulundurulması önemli bulunmuştur.

5.6 Kısıtlılıklar ve İleri Araştırmalar için Öneriler

Bu araştırmanın nitel kısmının bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışma küçük bir örneklem ile, hastalık deneyiminin daha etkin bir biçimde anlaşılabilmesi konusunda bir ön analiz olarak tasarlanmıştır. İleriki araştırmaların

katılımcı sayısı ya da görüşme sayısını artırıp daha zengin verilere ulaşabileceği öngörülmektedir. Araştırmanın bu basamağında görüşmelerden elde edilen temalar tek araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Transkripsiyonların birden fazla uzman tarafından değerlendirilmesi ve temaların karşılaştırılması araştırmanın metodolojik güvenilirliğini artıracaktır. Çalışmanın nitel kısmının katılımcıları arasında, nicel kısmın örneklem grubuna dahil olan Tip iki diyabet ya da hipertansiyon tanılı kişiler bulunmamaktadır. YFA'nın doğası gereği örneklemin mümkün olduğunca birbirine benzer özellikte katılımcılardan oluşturulması gerekliliği dikkate alınarak bu şekilde hareket edilmesine karşın nitel aşamanın bulguları nicel kısımdaki örneklemin diğer katılımcıları arasında genellenemez. Bu noktadan bağımsız olarak, örneklemin mümkün olduğunca homojen bir biçimde tasarlanması gerekliliğine göre, bu araştırmada sağlanamayan koşullar ileride yürütülecek araştırmalarda dikkate alınabilir. Örneğin, katılımcıların tanı süresi, ailelerinde aynı ya da bir başka kronik hastalık öyküsünün varlığı gibi hastalık deneyimine katkı sağlayabilecek faktörler dikkate alınarak oluşturulacak örneklem gruplarında, örneklemin homojenliği daha güçlü bir biçimde sağlanacaktır. Bu araştırmanın nitel kısmının örneklemini kadın katılımcılar oluşturmakta ve temelde katılımcıların hastalık deneyiminin daha derinlemesine incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu konuda planlanan araştırmalar farklı yaş, cinsiyet gruplarına uyarlanabilir. Son olarak, mevcut araştırmanın bulgularından da yola çıkarak, gelecek araştırmalar konu ile ilgili daha spesifik başlıklar çerçevesinde araştırmayı planlayıp hastalık deneyiminde önemli olan diğer konulara dair zengin veriler elde edebilir.

5.7 Araştırmanın Nicel ve Nitel Bulgularının Bir Arada Değerlendirilmesi

İki aşamadan oluşan bu araştırmanın nitel kısmında yapılan görüşmelerde, kronik hastalık sahibi kişilerin hastalık deneyimleri, hastalıkla ilgili duyguları, hastalıkla nasıl başa çıktıkları ve destek kaynakları ile ilgili bilgiler alınmıştır. Katılımcılar bu görüşmelerde tanı sonrası duygularına, sosyal hayatta karşılaştıkları güçlüklerle, hastalık sürecinde ailelerin tutumuna, sağlık profesyonelleri ile kurdukları iletişime, hastalığa uyum sağlama konusunda karşılaştıkları zorluklara yer vermişlerdir. Katılımcıların kronik hastalık anlatılarında, nicel yöntemle elde edilemeyen içerikler, detaylar ve alan yazın açısından değerli bilgiler bulunmaktadır.

Aynı zamanda nitel kısımdan elde edilen bulgular, nicel aşamada elde edilen bulguların değerlendirmesine olanak sağlamıştır.

İlk olarak, nitel aşamanın örneklem oluşturma sürecinde, kronik hastalık tanılı gruplardan T1D tanılı grubun araştırmanın ikinci aşamasına da katılım sağlama motivasyonu dikkat çekici bulunmuştur. T1D tanılı katılımcıların T2D ve hipertansiyon tanılı kişilere oranla daha yoğun bir şekilde görüşmelere katılma isteği bu grubun psikolojik ihtiyaçlarına dair araştırmacıda bir farkındalık oluşturmuştur. Araştırmanın nitel aşamasının katkılarından biri bu şekildedir.

Nicel verilerden elde edilen bulgular, en temel hali ile hastalık temsillerinin olumsuz ruh sağlığı değişkenleri ile ilişkisine işaret etmektedir; kişilerin algıladıkları hastalık tehdidi arttıkça, depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri de artmaktadır. Bu bulguya benzer bir biçimde, nitel analizde de, diyabetin komplikasyon riski (hastalık tehdidi), diyabetin kronik doğası (hastalığın süresi), diyabet tedavisinin sürekli dikkat gerektirmesi (hastalığın kontrolü) ve sağlıklı bedenden hasta bedene geçiş (hastalık kimliği) katılımcıların diyabet anlatılarında en çok zorlandıkları konular olarak ortaya çıkmıştır ve bulgular kısmında aktarılan temalar arasında yer almıştır. Nitel analizden elde edilen bulgular, nicel analizden farklı olarak, hastalık temsillerinin duygusal, bilişsel ve davranışsal örneklerini, katılımcıların günlük hayatlarında ne şekilde ortaya çıktığını görme fırsatı yaratmıştır. Örneğin; katılımcılar diyabet tanılı olduklarını çevrelerinden saklama gereği duymakta (hastalık kimliği/hastalığa uyum) ve zaman zaman sosyal olarak içe kapandıklarını bildirmiştir. Bu duruma sebep olabilecek bir faktörün katılımcıların görüşmelerde bahsettikleri “diğerlerinden farklı olduğunu hissetme” teması olabileceği düşünülmüştür. Bu araştırmanın katılımcılarında diğerlerinden farklı hissetme teması dışarıdan bir referansın varlığında ortaya çıkmaktadır. Bu durum, katılımcıların sosyal damgalanma ile ilgili kaygılarının hastalık deneyimlerinin önemli bir boyutu olduğuna da işaret etmektedir. Nitel analiz bulguları diyabetli kişilerin nasıl ve hangi koşullar altında damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını aydınlatmak için uygun bir bağlam oluşturmaktadır. Alan yazında bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da, mevcut araştırmanın bulgularına benzer şekilde, toplumun diyabetle ilgili önyargıları, iş yerinde damgalanmış hissetme, sosyal normların dışında olma gibi temalara (Stuckey, Mullan-Jensen, Reach, Kovacs Burns, Piana, Vallis ve ark., 2014) işaret etmektedir. Özetle, nitel analiz bulguları diyabet tanılı kişilerin hastalık deneyimlerinde bağlama özgü durumları aydınlatma konusunda uygun bir çerçeve, çeşitli ve zengin bir veri elde

etme olanağı sağlamıştır. Özellikle ayrımcılık ve damgalanma ile ilgili temaların ileriki araştırmalarda daha derinlemesine incelenebilecek içerikler olabileceği düşünülmüştür.

Nitel görüşmelerden elde edilen bulgulardan katılımcıların hastalık tanısı sonrası duyguları ve hasta kimliğindeki geçiş süreçleri Park ve Folkman'ın (1997) Anlam Bulma Modeli (Meaning Making Model) çerçevesinde de değerlendirilebilir. Anlam Bulma Modeli, kısaca, global ve durumsal inançlar olmak üzere dünyaya, çevreye, kendimize dair iki anlamlandırma düzeni tanımlar. Global anlam sistemi kişilerin genel yönelimlerini ve birçok duruma bakış açısını içerirken, durumsal anlam sistemi belirli bir duruma özgü anlamı ifade etmektedir. Durumsal anlam, duruma ilişkin ilk değerlendirmeleri, global ve yeniden değerlendirilmiş anlamların gözden geçirilmesini ve bu süreçlerin sonuçlarını içerir (Park ve Folkman, 1997). Anlam Bulma Modeli merkezine global ve durumsal anlam sistemleri arasındaki tutarsızlıkları alır. Kişilerin inandıkları ve arzuladıkları ile var olan belirli bir durum ve bu durumla ilgili değerlendirdikleri anlam arasındaki çelişki sorun yaratmaktadır (Park, 2010) Dolayısı ile kişiler bu tutarsızlık sonucu oluşan sıkıntıyı azaltmaya yönelik başa çıkma stilleri geliştirmektedir. Kronik bir hastalık tanısının alınması da dünyanın adil bir yer olduğuna ve öngörülebilirliğine dair inanç ile kişinin incinmezlik ve kişisel kontrol duygusu da dahil olmak üzere global inançları sarsabilir (Jim ve Jacobsen, 2008; Holland ve Reznik, 2005). Ayrıca kronik bir hastalığın varlığı kişinin mevcut yaşamlarına ilişkin günlük ve geleceğe yönelik planlarını da bozabilir (Carver, 2005; Maes ve Karoly, 2005). Anlam Bulma Modeline göre, kişinin kendi sağlığına dair global inançları ile hastalık durumu sonrasındaki durumsal inançları arasındaki tutarsızlık hastalıkla ilgili stres konusunda belirleyicidir. Örneğin; kişinin hastalık kimliği (örneğin, kişinin sağlıklı bir yaşam stiline sahip olduğuna inanması) ya da sağlıkla (örneğin kişinin sağlıklı bir yaşam tarzının insanları hastalıktan koruduğuna inanması) ilgili global inançlarının ve geleceğe yönelik global arzu ve hedeflerinin (örneğin kişinin sağlıklı ve uzun bir ömür süreceğine inanması) hastalıkla ilgili durum sonrası değerlendirmelerle çelişmesi hastalıkla ilgili olumsuz duyguların şiddetinde önemli bir faktördür. Model, kişinin hastalık öncesi global anlam sisteminin ya da hastalık sonrası global anlamlarının bu duruma uyum sağlayacak şekilde düzenlenmesinin hastalık uyumunda önemli olduğunu öne sürer (Lepore, 2001). Mevcut nitel araştırmanın bulguları da hasta kimliğine geçiş ve hastalık sonrası ortaya çıkan duyguların içeriğine dair daha zengin bilgiler elde etmemize olanak sağlamıştır.

Katılımcıların tanı sonrası duyguları ilk olarak büyük bir şok ve hayal kırıklığı, sonrasında ise eksiklik, kusurluluk, suçluluk ve dolayısı ile hastalıkla cezalandırılma şeklindedir. Hastalığı kabullenme ve yaşamın bundan sonraki kısmının anlamlandırılmasında (Park ve Folkman, 1997) duyguların anlaşılması ve ifadesi oldukça önemli bulunmuştur. Özetle, mevcut araştırmanın nitel bulguları sağlık psikolojisi alanında ve kronik hastalıklara uyum çerçevesinde sıklıkla çalışılan (Park, 2013) Anlam Bulma Modeli'nin temel öngörülleri ile uyumludur.

Nicel kısımda hastalık temsilleri ile ilişkisi araştırılan bir diğer değişken de duygu düzenleme stratejileridir. Bu çalışmada, hastalık temsilleri ile duygu düzenleme stratejilerinden yeniden değerlendirme arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Yeniden değerlendirme, nitel analizden elde edilen bulgularda hastalığa uyumun önemli bir değişkeni olarak yer almaktadır; nitel analiz verilerinden katılımcıların “yeniden değerlendirme” içerikleri elde edilmiştir. Katılımcılar bir yandan diyabetin getirdiği yaşam stiline uyum sağlamakta güçlük çekerken, öte yandan kilo kontrolü, düzenli beslenme, düzenli spor gibi sağlıklı yaşam için gerekli uygulamaları benimsemeye gayret etmektedir. Katılımcılar bu durumu “herkesin yapması gereken şeyler aslında” olarak yeniden çerçevelemekte olduğu görülmüştür. Daha sağlıklı olmak için ikinci bir şans teması (Kruger ve ark., 2023) bu alanda yapılan nitel çalışmalarla da uyumludur.

Bu araştırmanın nicel kısımda hastalık temsilleri ile ilişkisi araştırılan bir başka temel değişken başa çıkma stilleridir. Başa çıkma çok geniş kapsamlı bir kavram olup bu çalışmada kaçınmacı, duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stilleri başlığı altında incelenmiştir. Nitel araştırma basamağında ise bunlara ek olarak, hastalıkla başa çıkmada sosyal destek faktörlerinin önemli bir yer tuttuğu, özellikle aile sosyal desteği niteliğinin ve sağlık çalışanlarının psikolojik ihtiyaçlara dair duyarlılıklarının önemli olduğu katılımcılar tarafından vurgulanmıştır.

Başta çıkma ve duygu düzenleme ile ilgili bulgular bir arada değerlendirildiğinde, nitel çalışmadan elde edilen bulguların yeniliği, diyabetin yalnızca kaygı, korku, utanç, sosyal hayatta yaşanan zorlukları değil, aynı zamanda olumlu duygulara ve fikirlere sahip olma, başkalarından etkin sosyal destek alma gibi diyabetle başa çıkmanın alternatif yollarına dair fikir verecek içeriği sağlamasıdır. Bu bulgular diyabetle başa çıkma ve pozitif ruhsal sağlıkla ilgili diğer çalışmalara da katkıda bulunmaktadır (Karlsen, Oftedal ve Bru, 2012; Robertson, Stanley, Cully ve Naik, 2012; Stuckey ve Tisdell, 2010).

Görüşmelerden elde edilen bulgularda dikkati çeken bir diğer nokta da diyabet tanısı ile yaşayan yetişkinlerin ihtiyaç ve yaşan zorluklarının gelişim aşamalarına ve yaşam koşullarına bağlı olarak değişebileceğinin görülmesidir. Örneğin mevcut araştırmanın katılımcıları T1D tanılarını üniversite yıllarında ya da üniversite sınavına hazırlık sürecinde almıştır. Katılımcılar için ailelerinden ayrı kaldıkları üniversite dönemlerinde diyabetle ilgili beslenme düzenine uyum sağlamakta oldukça güçlük çektiklerini bildirmiştir. İlerleyen yaşlarda ise bir başka kronik hastalığın ve çeşitli komplikasyonların varlığı diyabet yönetimini güçleştirmektedir. İlgili alan yazın incelendiğinde farklı gelişim evrelerinde ve yaşam koşullarındaki yetişkinlerin ihtiyaçlarının araştırmalara dahil edilmediği görülmüştür (Due-Christensen, Bruun, Joensen, Norgaard ve Andersen, 2023). Buna göre, özellikle T1D tanılı gruplarda kişilerin gelişim evrelerine uygun müdahalelerin geliştirilmesi ihtiyacı görülmektedir. Mevcut araştırmanın nitel kısmından elde edilen bulguların bu anlamda literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

KAYNAKÇA

- Acar, D. (2021). *Tip 2 diyabet hastalarının duygudurumları, hastalık temsilleri ve üst bilişsel yapıları arasındaki ilişkilerin fennell dört evre modeli çerçevesinden incelenmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. ve Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived control, and recovery from a heart attack. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5 (3), 339-355. <https://doi.org/10.1521/jscp.1987.5.3.339>
- Aikens, J.E.,(2012). Prospective association between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35, 2472–2478.
- Aina, Y., Susman, J.L. (2006). Understanding comorbidity with depression and anxiety disorders. *The Journal of the American Osteopathic Association*. May;106(5 Suppl 2): S9-14. PMID: 16738013.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S, Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Canlı- Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde bakım hizmeti. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Med J* 2011, 38 (1), 57-65.
- Akın, S, Durna Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (2), 1- 8.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behavioral Research Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldao, A, Nolen-Hoeksema S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behavioral Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Ali, A., Toner, B.B, Stuckless N. (2000). Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62, 76–82
- Alkın, T. (1999). Somatizasyonda biyolojik etmenler, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1, 18-26.

- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 37 (1), 81-90.
- American Diabetes Association (2017) “Promoting Health and Reducing Disparities in Populations”, *Diabetes Care* 2017, 40/1, S6-S10.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Dsm-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. (5. Baskı). (Çev. Ed.: Ertuğrul Köroğlu), Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.
- Anakök, G.A, Awad, S.F, Çağlayan, Ç. (2022). Impact of trends and gender disparity in obesity on future type 2 diabetes in Turkey: a mathematical modelling analysis. *BMJ Open* 2022;12:e053541. doi:10.1136/ bmjopen-2021-053541.
- Arıcı, H. (2018). *Kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri etkileşimi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Atlantis, E., Vogelzangs, N., Cashman, K., & Penninx, B. J. (2012). Common mental disorders associated with 2-year diabetes incidence: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 142, S30–5 [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70006-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70006-X).
- Bahar, A., Sertbaş, G., & Sönmez, A. (2006). Diabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 18-26.
- Bannister, D. (1985). The free-floating concept of anxiety. In Eric Karas (Ed.), *Current issues in clinical psychology* (Volume 2, pp. 227-238). New York: Plenum Press.
- Bayliss, E. A., Steiner, J. F., Fernald, D. H., Crane, L. A., & Main, D. S. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of family medicine*, 1(1), 15–21. <https://doi.org/10.1370/afm.4>
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On the self-regulation of a health threat: Cognitions, coping, and emotions in women undergoing treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (5), 557-592. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045566.97966.22>.
- Beulens, J., Rutters, F., Rydén, L., Schnell, O., Mellbin, L., Hart, H. E., & Vos, R. C. (2019). Risk and management of pre-diabetes. *European journal of preventive cardiology*, 26 (2_suppl), 47–54. <https://doi.org/10.1177/2047487319880041>.
- Biggerstaff, T., & Thompson, A. R. (2008). Interpretative phenomenological analysis: A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology*, 5, 214–224.
- Bintaş Zörer, P., & Yorulmaz, O. (2022). Duygu düzenlemeye güncel bir bakış: bağlamsal faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2022, 14 (2), 195-206.
- Blumenthal, J., A, Babyak, M. A, & O’Connor, C. (2012). Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: The HF-ACTION randomized trial. *JAMA* 2012, 308 (5), 465-74.

- Borrell-Carrió F, Suchman A.L, & Epstein RM. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annual Family Medicine*. Nov-Dec;2(6):576-82. doi: 10.1370/afm.245. PMID: 15576544; PMCID: PMC1466742.
- Boysan, M. (2012). Stresli Durumlarla Başa Çıkma Envanteri Kısa Formu'nun (SDBÇE-21) Klinik dışı Türk örnekleminde geçerliliği. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25 (2), 101–107.
- Bower, P., Harkness, E., Macdonald, W., Coventry, P., Bundy, C., & Moss-Morris, R. (2012). Illness representations in patients with multimorbid long-term conditions: qualitative study. *Psychology & health*, 27 (10), 1211–1226. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.662973>.
- Bozkurt, S., Aktekin, L., Alkan, B. M., Ural, F. G., Sezer, N., & Akkuş, S. (2018). Effect of illness perception on the quality of life in ankylosing spondylitis”, *Ankara Medical Journal*, 1, 94-102.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Brownlee, S., & Leventhal, E. (2002). Cholesterol control, medication adherence and illness cognition. *British Journal of Health Psychology*, 7 (4), 433-447. <https://doi.org/10.1348/135910702320645408>.
- Brown, J. M., Stewart, J. C., Stump, T. E. & Callahan, C. M. (2011). Risk of coronary heart disease events over 15 years among older adults with depressive symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (8), 721-729.
- Brown, S.A, Blozis, S.A, Kouzekanani, K., Garcia, A.A, Winchell, M., & Hanis, C.L. (2007) Health beliefs of mexican americans with type 2 diabetes: the starr county border health initiative. *The Diabetes Educator*; 33 (2), 300-308.
- Brown, G.B, & Byrne, C (1988) The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity, *Nursing Research*, 37 (6), 368- 373.
- Buerki, S. & Adler, R.H. (2005). Negative affect states and cardiovascular disorders: A review and the proposal of a unifying biopsychosocial concept. *General Hospital Psychiatry* 27 (3), 180–188.
- Buchhorn, E., Damiao, C., Marques, C., & Pinto, M. (2007). Being transformed by illness: Adolescents' diabetes experience. *Revisa Latino-Americano de Enfermagem*, 15 (4), 568–574. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400008>.
- Burström, K., Johannesson, M., & Diderichsen, F. (2001). Health related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*; 55: 51–69.
- Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H. & Fauerbach, J. A. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 88 (4), 337-341.

- Cantekin, D. (2022). Yorumlayıcı Fenomenolojik Analizde Refleksivite ve Etik. Editör: Prof. Dr. Tülin Gençöz. *Psikolojide nitel araştırma yöntemleri: yaklaşımlar, veri analizi ve uygulama örnekleri*. Nobel Akademik Yayıncılık. 2022. Ankara.
- Cameron, L. D., Durazo, A., & Rus, H. (2016). Illness representations. In Y. Benyamini, M. Johnston, & V. Karademas (Eds.), *Assessment in Health Psychology* (pp. 45–59). Abingdon: Hogrefe Publishing.
- Cameron, L. D., & Leventhal, H. (2003). The self-regulation of health and illness behaviour. *New York: Routledge*.
- Cameron, L.D., & Jago L (2008) Emotion Regulation Interventions: A Common-Sense Model Approach. *British Journal of Health Psychology*, 13 (2), 215–221.
- Cameron, L. D., Fleszar-Pavlović, S., & Khachikian, T. (2020). Changing behavior using the common-sense model of self-regulation. In M. S. Hagger, L. D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen, & T. Lintunen (Eds.), *The handbook of behavior change* (pp. 60–76). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108677318.005>
- Carver, C. S. (2005). Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, 104, 2602-2607. doi:Z 10.1002/cncr.21247.
- Castellano-Guerrero, A. M., Guerrero, R., Ruiz-Aranda, D., Perea, S., Pumar, A., Relimpio, F., Mangas, M. A., Losada, F., & Martínez-Brocca, M. A. (2020). Gender differences in quality of life in adults with long-standing type 1 diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 12 (1). <https://doi.org/10.1186/s13098-020-00571>
- Cha, S.H, Park, H.S, & Cho, HJ. (2012). Socioeconomic disparities in prevalence, treatment, and control of hypertension in middle-aged Koreans. *Journal of Epidemiology*, 22 (5), 425–32.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine* 70 (7), 741–756.
- Chung, W., Kim, J., Lim, S.J, & Lee S. (2018). Sex-specific role of education on the associations of socioeconomic status indicators with obesity risk: A population-based study in South Korea. *PLoS One*, 13 (1), e0190499.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *The anxiety & worry workbook: The cognitive behavioral solution*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M., & Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14 (2), 113-137.
- Cruz, I. I. (2014). The lived experience of insulin-dependent diabetes among adult Latinos in a primary care clinic in San Antonia [Unpublished doctoral thesis],

- Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the experience-sampling method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175:526–536.
- Çam, O, Saka Ş, & Gümüş A, B. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, (5) 12, 73-84.
- Çermik, Ö., Çevik, A., Soykan, A., & Aksakal, O. (1999). Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme”, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1, 68-78.
- Davidson, M., Penney, E. D., Muller, B., & Grey M. (2004). Stressors and self-care challenges faced by adolescents living with type 1 diabetes. *Applied Nursing Research*, 17 (2), 72-80.
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 79 (6), 506–513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.00>
- DeSteno, D, Gross J.J & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology* 32 (5), 474–476.
- Detweiler-Bedell, J.B, Friedman, M.A, Leventhal, H., Miller, I.W., & Leventhal, E.A. (2008). Integrating co-morbid depression and chronic physical disease management: identifying and resolving failures in self-regulation. *Clinical Psychology Review*. Dec 28 (8):1426-46. doi: 10.1016/j.cpr.2008.09.002. Epub 2008 Sep 9. PMID: 18848740; PMCID: PMC2669084.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan, D. M., Genuth, S., Lachin, J., Cleary, P., Crofford, O., Davis, M., Rand, L., & Siebert, C. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England journal of medicine*, 329 (14), 977–986. <https://doi.org/10.1056/NEJM199309303291401>
- Diefenbach, M. & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representations: Theoretical and practice consideration”, *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5/1, 11-39.
- Dörtbudak, Z., Çetin, Z., & Güven, B. (2010) Diyabet hastalarında sosyo-demografik özellikler. hastalıkla ilgili bakım davranışları ve komplikasyonların yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 7 (2), 59-65.
- Due-Christensen, M, Bruun, LD, Joensen, LE, Norgaard, O, & Andersen, TH. Psychosocial aspects and perspectives of adult-onset type 1 diabetes: A systematic scoping review. (2023). *Diabetic Medicine*.; 40, e15073. doi:10.1111/dme.15073.

- Elhai, J.D., Yang, H. & Montag, C. Cognitive- and Emotion-Related Dysfunctional Coping Processes: Transdiagnostic Mechanisms Explaining Depression and Anxiety's Relations with Problematic Smartphone Use. (2019). *Current Addiction Report* 6, 410–417 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00260-4>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844–854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*;196:129-136.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 310 (1), 169-181.
- English, T, Lee I.A, John O.P (2017) Emotion regulation strategy selection in daily life: The role of social context and goals. *Motivation and Emotion*. 41 (2), 230–242.
- Erem, C., Hacıhasanoğlu, A., Celik, S., Ovali, E., Ersöz, H. O., Ukinç, K., Deger, O., & Telatar, M. (2005). Coagulation and fibrinolysis parameters in type 2 diabetic patients with and without diabetic vascular complications. *Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 14 (1), 22–30.
- Evans, D., & Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease. *Psychology & Health*, 24(10), 1181-1196. <https://doi.org/10.1080/08870440802398188>.
- Feder, A., Olfson, M., Gameroff, M., Fuentes, M., Shea, S., & Lantigua, R.A, (2001) *Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice*. *Psychosomatics*, 42 (3), 261-8.
- Fishbain, D.A., Cole, B., Cutler, R.B., Lewis, J., Rosomoff, H.L., & Rosomoff RS. Chronic pain and the measurement of personality: do states influence traits? *Pain Med* 2006; 7:471-472.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A., & Lapointe, L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Annals of family medicine*, 3(3), 223–228. <https://doi.org/10.1370/afm.272>
- Gallagher, D., O'Regan, C., & Savva, G. M. (2012). Depression, anxiety and cardiovascular disease: Which symptoms are associated with increased risk in community dwelling older adults? *Journal of Affective Disorders*. 142(1-3): 132–138. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712002765/>.
- George, D. & Mallery, P. (2010) SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update. 10th Edition, *Pearson*, Boston.

- Gerull, S., Denhaerynck K, Chalandon Y, Halter J, Kirsch M, & Kiss A. (2018). Lack of association between relationship status and clinical outcome in allogeneic stem cell transplantation-the Swiss Transplant Cohort Study. *Bone Marrow Transplant*, 52 (12), 1686–1688. <https://doi.org/10.1038/bmt.2017.204> PMID: 28991251.
- Gillani, S., Ansari, I., Zaghloul, H., Abdul, M., Sulaiman, S., Baig, M., & Rathore, H. (2018). Women with type 1 diabetes mellitus: Effect of disease and psychosocial-related correlates on health-related quality of life. *Journal of Diabetes Research*, 2018 Article ID, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2018/4079087>
- Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020), Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2010). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection control and hospital epidemiology*, 31 (4), 319–326. <https://doi.org/10.1086/651091>.
- Gökdoğan, F., & Akıncı, F. (2001). Practices and perceptions about their health and diseases of patients with diabetes mellitus in bolu. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing*, 5 (1), 10-17
- Graves, P. L, Mead LA, Wang NY, Liang K., Klag MJ & (1994) Temperament as a Potential Predictor of Mortality: Evidence from a 41-Years Prospective Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 17 (2): 111-126.
- Groarke, A.M., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005) The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study, *Psychology & Health*, 20:5, 597-613, DOI: 10.1080/14768320500094177.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and Response-Focused Emotion Regulation: Divergent Consequences for Experience, Expression and Physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1), 224–237.
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>.
- Gross J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J.J & John O. P (2003) Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 85 (2), 348–362.

- Gross, J.J & Thompson R. A (2007) Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In: James Gross (ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford, 3–24.
- Gross, J.J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychol Inq*, 26:1-26.
- Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Bodur, Z. & Kültür, S. (2001). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (2), 89-98.
- Güven, T. (2007). *Diyabetes mellitüslü hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi), T.C. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Ha, J.H, & Wong, C. K. (2011). Pharmacologic treatment of depression in patients with myocardial infarction, *Journal of Geriatric Cardiology*, 8, 121-6.
- Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., (2010). Burnand B, Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice*, 11 (1), 67.
- Hagger, M., Orbell, S. (2003). A meta analytic review of the common-sense model of illness representations”, *Psychology and Health*, 18, 141-184.
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological bulletin*, 143 (11), 1117–1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
- Hagger, M. S. & Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: aconceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*.
- Hale, E. D., Treharne, G. J., & Kitas, G. D. (2007). The common-sense model of self-regulation of health and illness: How can we use it to understand and respond to our patients’ needs? *Rheumatology*, 46, 904–906.
- Hamuleh, M.M, Vahed, A.S, Ar, P. (2010). Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Adherence in Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 9 (1), 1-6.
- Harvey, J. N., & Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 26 (1), 5–13. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x>
- Heidari, Z., Feizi, A., & Hassanzadeh Keshteli, A. (2019). Psychosomatic complaints profile in patients with type 2 diabetes: a matched case-control study. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* 55, 53 <https://doi.org/10.1186/s41983-019-0098-3>

- Heijmans, M., & DeRidder D (1998) Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21:485-50.
- Henderson, C. J., Orbell, S., & Hagger, M. S. (2009). Illness schema activation and attentional bias to coping procedures. *Health Psychology*, 28 (1), 101-107. <https://doi.org/10.1037/a0013690>
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.
- Holland, J. C., & Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer*, 704, 2624-2637. doi:Z 10.1002/cncr.21252.
- Hornsten, A., Sandstrom, H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174–182. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03076>.
- Huang J, Zhang W, Li, X, Zhou J, Gao Y, & Cai Y. (2011). Analysis of the prevalence and risk factors of hypertension in the She population in Fujian. *China Kidney Blood Press Res*, 34 (2), 69–74.
- Hudson, J. L, Bundy, C., Coventry, P.A., & Dickens, C. (2014). Exploring the relationship between cognitive illness representations and poor emotional health and their combined association with diabetes self-care. A systematic review with meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 76, Issue 4, 265-274, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.004>.
- Hujova Z, & Rostakova K. (2013). Several anthropometric predictors of cardiovascular disease in central Slovakian adults: Socioeconomic and educational differences. *Bratislava Medical Journal*, 114 (01), 31–5.
- Hulin, C., Netemeyer, R., & Cudeck, R. (2001). Can a Reliability Coefficient Be Too High. *Journal of Consumer Psychology*, 10, 55-58. https://doi.org/10.1207/S15327663JCP1001&2_05.
- Hughes, L., D. (2011). *Psychological adjustment to the onset of rheumatoid arthritis: a longitudinal evaluation of perceptions of and adherence to medication. (Yayımlanmamış doktora tezi)*. Hertfordshire Üniversitesi, Hertfordshire
- Huxley, R. R., Peters, S. A. E., Mishra, G. D., & Woodward, M. (2015). Risk of all-cause mortality and vascular events in women versus men with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 3 (3), 198–206. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70248-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70248-7)
- İlter, B. & Sarı Demir, S. (2022). Somatik yakınmaları olan doğu türkistanlı uluslararası öğrencilerin duygusal deneyimlerinin yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile incelenmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 9 (3), 629-655. DOI: 10.31682/ayna.1105944

- İzgi, C. (2014). *Tip II diyabetli hastalarda hastalık algısının diyabet yönetimine etkisi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 6th edition, 2021. <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Jarrett, M. A. & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28 (7), 1266-1280.
- Jim, H. S., & Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: A review. *Cancer Journal*, 14, 414-419. doi: 10.1097/PPO.0b013e31818d8963
- Kalogianni (2011). Factors affect in patient adherence to medication regimen. *Health Science Journal*. Volume 5 Issue 3.
- Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. *Adana: Nobel Tıp Kitapevleri*; 2010: 99-111.
- Karademas, E.C., Tsalikou, C., & Tallarou, MC (2011). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology*, 16 (3), 510–519.
- Karademas, E. C, Karekla, M., Flouri, M., Vasiliou, V.S., Kasinopoulos, O., & Papacostas, S.S. (2017). The impact of experiential avoidance on the relations between illness representations, pain catastrophising and pain interference in chronic pain, *Psychology & Health*, DOI: 10.1080/08870446.2017.1346193.
- Karademas, E. C., Dimitraki, G., Papastefanakis, E., Ktistaki, G., Repa, A., Gergianaki, I., Bertsiyas, G., Sidiropoulos, P., Mastorodemos, V., & Simos, P. (2020). Emotion regulation contributes to the well-being of patients with autoimmune diseases through illness-related emotions: A prospective study. *Journal of Health Psychology*, 25 (13-14), 2096–2105. <https://doi.org/10.1177/1359105318787010>.
- Karaköse, S. (2018). *Yeni evli çiftlerde evlilik uyumu ve somatizasyon arasındaki karşılıklı ilişkinin boylamsal açıdan incelenmesi*. (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Karamustafalıoğlu, O. & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.
- Karataş, T., Özen, Ş., & Kutlutürkan, S. (2017). Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish Cancer Patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4 (1), 77–83. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.199080>.

- Karlsen, B., Oftedal, B. & Bru, E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2), 391–401.
- Katon, W., Egan, K., & Miller D. (1985). Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*; 142 (10), 1156-60.
- Kauffman, J. M. & Landrum, T. L. (2015). Duygusal ve davranışsal bozukluğu olan çocukların ve gençlerin özellikleri (Sema Kaner, Çev. Ed.). Ankara: Nobel.
- Kay, C., Davies, J., Gamsu, D., & Jarman, M. (2009). An exploration of the experiences of young women living with type 1 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14 (2), 242–250. <https://doi.org/10.1177/1359105308100208>.
- Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10, 3-10.
- Kayır, T. & Öztekin, C. (2022). Bir aile sağlığı merkezine başvuran diabetes mellitus ve/veya hipertansiyon hastalarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi: kesitsel bir çalışma. *Hitit Medical Journal* , 4 (2) , 49-55. DOI: 10.52827/hititmedj.1123752.
- Kemp, S., Morley, S., & Anderson, E. (1999). Coping with epilepsy: do illness representations play a role? *The British journal of clinical psychology*, 38 (1), 43–58. <https://doi.org/10.1348/014466599162656>
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., & Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38 (3), 365-374.
- Kırkpınar, İ., Devenci, E., Kılıç, A., & Zihni-Çamur, D. (2016). Somatization disorder and hypochondriasis: as like as two peas?", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17 (3), 165-173.
- Knibb, R. C. L., & Horton, S. (2008). Can illness perceptions and coping predict psychological distress amongst allergy sufferers? *British Journal of Health Psychology*, 13, 103–119.
- Knowles, S. R., Wilson, J. L., Connell, W. R., & Kamm, M. A. (2011). Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflammatory bowel diseases*, 17 (12), 2551–2557.
- Knowles, S. R., Austin, D. W., Sivanesan, S., Tye-Din, J., Leung, C., Wilson, J., Castle, D., Kamm, M. A., Macrae, F., & Hebbard, G. (2017). Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology, health & medicine*, 22 (5), 524–534. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1168932>

- Knowles, S. R., Apputhurai, P., O'Brien, C. L., Ski, C. F., Thompson, D. R., & Castle, D. J. (2020). Exploring the relationships between illness perceptions, self-efficacy, coping strategies, psychological distress and quality of life in a cohort of adults with diabetes mellitus. *Psychology, health & medicine*, 25 (2), 214–228. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1695865>
- Korkmaz, T., Tel, & H., KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010, 13 (4), 79-86.
- Korucu- Sezer, K., Söylemez- Çalışkan & Ş., Oskay, A (2021). Biyopsikososyal yaklaşım ve gelişim süreci. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, Yıl: 2021, Cilt: 12, Sayı: 30, 689-700.
- Kotsis, K., Voulgari, P.V., & Tsifetaki, N. (2014). Illness perceptions and psychological distress associated with physical health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome compared to systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International Journal*, 34, 1671–1681 (2014). <https://doi.org/10.1007/s00296-014-3008-0>
- Kömürcüoğlu, B, Balcıoğlu, M., & Öztuna I. (2000). KOAH' lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi*, 2000, 1 (3), 31- 4.
- Kruger, S., Deacon, E., van Rensburg, E., & Segal, D. G. (2023). Young adult women's meaning-making of living with type 1 diabetes: towards growth and optimism. *Psychology & health*, 38 (5), 573–590. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1977303>
- Kuehner, C. (2017) “Why is depression more common among women than among men?”, *Lancet Psychiatry*, 2017, vol.4, 2, pp. 146-158, Elsevier, Oxford, Oxon, England.
- Lazarus, R.S, & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *Handbook of Behavioral Medicine*, WD Gentry (Ed), New York, Guilford Press, s.282-325.
- Leahy, R. L. (2007). Bilişsel terapi müdahaleleri. Tahir Özakkaş (Ed.), *Bilişsel terapi ve uygulamaları* içinde (s. 23-39, H. Hacak, M. Macit & F. Özpilavcı, Çev.). İstanbul:Litera Yayıncılık.
- Leahy, R.L, Tirch, D., & Napolitano, L.A (2011). Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide. *New York, Guilford Press*.
- Laux, G., Kuehlein, T., Rosemann, T., & Szecsenyi, J. (2008). Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC health services research*, 8, 14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-14>.
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. Anderson (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-118). Washington, DC: American Psychological Association.

- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D.R. (1980) The common sense representation of illness danger. In: Stanley Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, Pergamon Press, New York, 17-30.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E.A. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research* 16, 143–163 (1992). <https://doi.org/10.1007/BF01173486>.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., dan Cameron, L. in Baum, A., Revenson, T. A., dan Singer. (2001). *J. E. Handbook of Health Psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual–cognitive approach. *Psychology & Health*, 13 (4), 717–733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>.
- Leventhal, H, Nerenz, D.R, & Steele, D.J (1984). Illness representations and coping with health threats. *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*, A Baum, SE Taylor, JE Singer (Ed), 4, 219-252.
- Li, W., Liu, L., & Puente, J.G, (2005). Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of Hypertension*, 23, 1667-1676.
- Lipowski, Z.J. (1981). Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 22 (6), 554-561.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358-1368.
- Lisbeth, K. Minet, R., Lønvig, E.M, Henriksen, J.E, & Wagner, L. (2011). The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing. *Qualitative Health Research*, 21, 1115–1126.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied Psychology*, 54, 267-299. doi:10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- Malhi, G.S., & Mann, J.J. (2018) “Depression”, *The Lancet*, 2018, vol.392, 10161, pp. 2299-2312, Elsevier, New York, United States.
- Manzoli, L, Villari, P., Pirone G.M., & Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. (2007). *Social Science and Medicine*. Jan; 64 (1), 77–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.031> PMID: 17011690
- Marchini, F., Caputo A., Napoli A., Balonan J. T., Martino, G., & Nannini, V. (2018). Chronic illness as loss of good self: underlying mechanisms affecting diabetes adaptation. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6, 1–25. 10.6092/2282-1619/2018.6.1981 [CrossRef] [Google Scholar].

- Martins, R.K., McNeil, & D.W. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*, 29:283–293.
- McLaughlin, T., Geissler, E. C. & Wan, G. J. (2003). Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 23 (10), 1251-1256.
- McSharry, J., Moss-Morris, R., & Kendrick, T. (2011). Illness perceptions and glycaemic control in diabetes: A systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 28(11):1300–10. 10.1111/j.1464-5491.2011.03298.
- Megarezky, A, Y., Sandy, G., & Arifin, M. (2022). The description of illness representation occurred in hypertension and diabetes patients in makassar city. Proceedings of the Interdisciplinary Conference of Psychology, *Health, and Social Science* (ICPHS 2021).
- Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11(Ek 3):3-18.
- Metsä-Simola, N., & Martikainen, P. The short-term and long-term effects of divorce on mortality risk in a large Finnish cohort, 1990–2003. (2013). *Popul Stud* 2013Camb. 2013, 67 (1), 97–110. <https://doi.org/10.1080/00324728.2012.746386> PMID: 23237618.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd Edition. New York, Guilford Press.
- Mikolajczyk, R. T., El Ansari, W., & Maxwell, A. E. (2009). Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition journal*, 8, 31. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-8-31>
- Mikaliūkštienė, A., Žagminas, K., Juozulynas, A., Narkauskaitė, L., Šalyga, J., Jankauskienė, K., Stukas, R., & Šurkienė, G. (2014). Prevalence and determinants of anxiety and depression symptoms in patients with type 2 diabetes in Lithuania. *Medical science monitor. International medical journal of experimental and clinical research*, 20, 182–190. <https://doi.org/10.12659/MSM.890019>.
- Minuchin, S., Rosman, B.L, & Baker L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moore, S.A, Zoellner, L.A, & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behavioral Research and Therapy*, 46, 993-1000.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 250–260.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., & Cameron, L. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQR). *Psychology and Health*, 17, 1–16.

- Muslu, L., Ardahan, M., & Günbayı, İ. (2017). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların psikososyal uyum sürecine ilişkin görüşleri: fenomenolojik bir araştırma. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 9 (1), 75-100 doi: 10.18863/pgy.281129.
- Murphy, J. M., Horton, N. J., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M. and Leighton, A. H. (2004). Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (5), 355-375.
- Nezlek, J.B., & Kuppens, P. (2008). Regulating Positive and Negative Emotions in Daily Life. *Journal of Personality* 76 (3): 561–579.
- Nicholas, D.B, Otley, A., & Smith, C. (2007). Challenges and strategies of children and adolescents with inflammatory bowel disease: a qualitative examination. *Health Qual Life Outcomes*.;5:28.
- Norton, G.R, Norton, P.J., Asmundson, G.J., Thompson, L.A., & Larsen, D.K. (1999). Neurotic butterflies in my stomach: the role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 233-240.
- Novikova, S.I., Richman D.M., Supekar K., Barnard-Brak L., & Hall D. (2013). A model federal system for secondary analysis in developmental disabilities research. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, 45, pp. 123-153.
- Nykliček I., Vingerhoets A., & Denollet J. (2002) Emotional (Non-)Expression and Health: Data, Questions, and Challenges. *Psychology and Health*, 17 (5), 517-528.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook: A Textbook*. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Okanovic, M.P., Peros, K., Szabo, S., & Metelko, (2005). Depression in croatian type 2 diabetic patients: prevalence and risk factors. A croation survey from the european depression in diabetes research consortium. *Diabet Med* 2005; 22: 942-5.
- O’Leary, D., Suri, G. & Gross, J.J. (2018) Reducing behavioural risk factors for cancer: An affect regulation perspective. *Psychology & Health* 33 (1): 17–39.
- Onat, A, & Can G. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevelansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. (ed) Onat A. “TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük” içinde. İstanbul, Logos yayıncılık Tic. A.Ş. 2017:21-28.
- Orbell, S., & Phillips, L. A. (2019). Automatic processes and self-regulation of illness. *Health Psychology Review*, 13 (4), 378-405. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1503559>.

- Özdemir, Ü. & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* Cilt 1 Sayı 1 (2013).
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez Bilgili, G. (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (2), 131-136.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche; 1993: 83-29.
- Özkan S, & Durna Z. (2006). İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (2), 121-135.
- Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp
- Panagopoulou, E., Kersbergen, B., & Maes, S. (2002). The effects of emotional (non-expression in (chronic) disease: a meta-analytic review. *Psychology and Health* 17 (5): 529–545.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1 (2), 115–144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>.
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R., & Blank, T. O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (5), 863–875. <https://doi.org/10.1037/a0013348>.
- Park, C. L. (2013). The meaning making model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *The European Health Psychologist*, 15 (2), 40–47. <https://doi.org/10.7213/revistapistispraxis.06.001.DS01>
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., 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 (6), 557–564. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.006>
- Petrak, F., Hardt, J., & Clement, T. (2001). Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel disease: psychosocial impact and coping styles in a national German sample. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 36, 375–382.
- Peyrot, M., Burns, K.V, Davies, M., Forbes, A, Hermanns, N, & Holt, R. (2013) Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stake holder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract*, 99, 174-184.
- Pınar, B. (2019). *Tip 1 diabetes mellituslu adölesanların yaşam deneyimleri, duygu ve algıları: nitel bir çalışma. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi)*. Hemşirelik Anabilim Dalı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

- Pressman, S.D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 925–971.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety* (2nd ed.). New York: Taylor & Francis Inc
- Robertson, S. M., Stanley, M. A., Cully, J. A., & Naik, A. D. (2012). Positive emotional health and diabetes care: concepts, measurement, and clinical implications. *Psychosomatics*, 53 (1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.09.008>.
- Roesch, S. C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50 (4), 205-219. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00188-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00188-X)
- Ross, C. E., & Wu, C.-I. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60 (5), 719–745. <https://doi.org/10.2307/2096319>
- Rutter, C. L., & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, 7 (4), 377-391.
- Sagui, S.J., & Levens, S. M. (2016). Cognitive reappraisal ability buffers against the indirect effects of perceived stress reactivity on Type 2 diabetes. *Health Psychology* 35 (10), 1154–1158.
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., & Dincceg N. (2013). Twelveyear trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28 (2), 169–180.
- Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S, & Salman S. (2013). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izleme kılavuzu. 6. Baskı. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayınları;.
- Sayın, S., Sayın, S., Bursalı, B., & Bilen İpek, H. Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski ve ilişkili faktörler (2019). *Cukurova Medical Journal* 44 479-485 <https://dergipark.org.tr/pub/cumj/issue/42404/463589>
- Scharloo, M., Batenborg de Jong, R., Langeveld, T.M.P., Velzen verkaik R.N., Doornop den Akker, M., & Kaptein, A.,A., (2005). Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Journal of Sciences and Specialities of Head and Neck*.
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008) How do cancer patients manage unattainablepersonal goals and regulate their emotions? *British Journal of Health Psychology* 13 (3), 551–562.
- Schüz, B., Wurm, S., Warner, L. M., & Ziegelmann, J. P. (2012). Self-efficacy and multiple illness representations in older adults: a multilevel approach. *Psychology & health*, 27 (1), 13–29. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.541908>

- Seligowski, A.V., Lee, D.J., Bardeen, J., R., & Orcutt, H., K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Cognitive Behavioral Therapy*, 44, 87- 102.
- Sevinç, S., Fadiloğlu, Ç., & Katgı, A. (2012). Diyabetli Bireylerde Sağlık İnancı Glisemik Kontrol ve Komplikasyonlar. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 1-7.
- Sewitch, M., J, Abrahamowicz, M., & Bitton, A. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology*, 96, 1470–1479.
- Skinner, T. C., Khunti, K., Carey, M. E., Dallosso, H., Heller, S., & Davies, M. J. (2014). Stability and predictive utility, over 3 years, of the illness beliefs of individuals recently diagnosed with Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 31(10), 1260-1263. doi:10.1111/dme.12484.
- Singh, R. (2011). *Psychological Model of Illness*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Smedema, S. M., Bakken-Gillen, S. K., & Dalton, J. (2009). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Models and measurement. In F. Chan, E. Da Silva Cardoso, & J. A. Chronister (Eds.), *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (pp. 51–73). Springer Publishing Company.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1 (1), 39-54.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). *Interpretative phenomenological analysis. Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Sage.
- Smith, J. A, & Osborn M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*. Feb;9(1):41-2. doi: 10.1177/2049463714541642. PMID: 26516556; PMCID: PMC4616994.
- Subramanian, S.V, Corsi, D.J, Subramanyam, M.A, & Smith, G. D. (2013). Jumping the gun: the problematic discourse on socioeconomic status and cardiovascular health in India. *International Journal of Epidemiology and Health Sciences*, 42 (5), 1410–26.
- Sözmen, K., Ünal, B., & Saidi, O. (2015). Cardiovascular risk factor trends in the Eastern Mediterranean region: evidence from four countries is alarming. *International Journal of Public Health* 60 (Suppl 1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0610-6>.
- Spikes, T., Higgins, M., Lewis, T., & Dunbar, S. (2020). The effect of contextualized racial and gendered stressors, social support, and depression on hypertension illness perceptions and hypertension medication adherence in young african american women with hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing*.

Nov/Dec;35(6):576-587. doi: 10.1097/JCN.0000000000000671. PMID: 33045154; PMCID: PMC9014814.

- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, 322 (7284), 444-445.
- Stone, A. A., & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 199-202.
- Stuckey, H. L., & Tisdell, E. J. (2010). The role of creative expression in diabetes: an exploration into the meaning-making process. *Qualitative Health Research*, 20(1), 42–56. <https://doi.org/10.1177/1049732309355286>.
- Stuckey, H. L., Mullan-Jensen, C. B., Reach, G., Kovacs Burns, K., Piana, N., Vallis, M., Wens, J., Willaing, I., Skovlund, S. E., & Peyrot, M. (2014). Personal accounts of the negative and adaptive psychosocial experiences of people with diabetes in the second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) study. *Diabetes Care*, 37 (9), 2466–2474. <https://doi.org/10.2337/dc13-2536>
- Sukan, M., Y. (2005). *Vitiligo hastalarının psikiyatrik değerlendirilmesi ve kronik ürtiker hastaları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması*. (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). T. C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Sun, N., Lou, P., Shang, Y., Zhang, P., Wang, J., Chang, G., & Shi, C. (2016). Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in china: a cross-sectional study, *BMJ Open*, 6/8, 1-8.
- Şahin, N. H. & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 44-56.
- Şarlak, H. & Sağlam, K. (2016). Hipertansiyon. Ümit Aydoğan & Bayram. Koç (Ed.), *Temel Aile Hekimliği* (ss. 470-472). Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık.
- Şen, E.T. (2019). *Romatoid artrit ve ankilozan spondilit tanısı almış bireylerde hastalık algisi, ilaca uyum davranışı ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler: öz düzenleyici model açısından bir inceleme*. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Tibubos, A.N., Otten, D., & Zöllner, D. (2021) “Bidimensional Structure and Measurement Equivalence of the Patient Health Questionnaire-9: Sex-Sensitive Assessment of Depressive Symptoms in Three Representative German Cohort Studies”, *BMC Psychiatry*, vol.21, 1, Article Number 238, BMC, London, England.
- Tosun, H., Alpar, Ş., (1999). 19-25 yaş grubundaki genç erişkin diabetes mellitüslü hastaların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması, 35. Ulusal Diyabet Kongresi, 4. Uluslararası Obezite Sempozyumu bildiri kitabı, 123.

- Totan, T. (2015). Duygu düzenlenme anketi Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 153-161.
- TUİK, 2023. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 Raporu. ET: 14.07.2023.
- Tuncay, T., Musabak, İ., Gök, D.E, & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality Life Outcomes*, 6:79.
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2003). Türk hipertansiyon prevalans çalışması. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi.php
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri, Ek, 4*, 12-16.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonları Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 6. Baskı. Ankara-2013.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, Türkiye, 2017.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, Türkiye, 2018.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, Türkiye, 2022.
- Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu (2000) https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_3575c.htm?wbnum=1105.(ET: 11.09.2023)
- Qin, Z., Li, C., Qi, S., Zhou, H., Wu, J., Wang, W., Ye, Q., Yang, H., Wang, C., & Hong, X. (2022). Association of socioeconomic status with hypertension prevalence and control in Nanjing: a cross-sectional study. *BMC public health*, 22 (1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12799-5>
- Vatan, S. (2016). Obsesif kompulsif bozuklukta bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme zorlukları: klinik ve klinik olmayan örneklem karşılaştırması. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 4, 41-57.
- Vaughan, R., Morrison, L., & Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome, *British Journal of Health Psychology*, 8, 287-30.
- Viertio, S., Kiviruuu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M., & Suvisaari, J. (2021). Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health*, vol.21, 1, Article Number 611, BMC, London, England.
- Van Weel, C, Schellevis, F.G. (2006). Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*, 367, 550 – 551

- Wang, Y., Zhu, X., Yang, Y. (2015). What factors are predictive of benefit finding in women treated for non-metastatic breast cancer? A prospective study. *Psycho-Oncology*, 24 (5), 533–539.
- Wang, B.L., Li, R.B., Lu, Z., & Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with covid-19: evidence from meta-analysis”, *Aging-U.S.*, vol.12, 7, pp. 6049-6057, Impact Journals, New York, United States.
- Wang, C.Y., Pan, R.Y., Wan, X.Y., Tan, Y.L., Xu, L.K., Ho, C.S., & Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in china”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, March 2020, vol.17, 5, Article Number 1729, MDPI, Basel, Switzerland.
- Wegner, D. M. (2009). How to think, say, or do precisely the worst thing for any occasion. *Science*. 325(5936): 48–50.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N., & Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5 (3), 263-273. <https://doi.org/10.1348/135910700168900>.
- Whittemore, R., Chase, K.S., Mandle, L.C., Roy CS (2002). Lifestyle change in type 2 diabetes a process model. *Nurs Res*, 51:18-25.
- World Health Organization. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ E.T: 20.10.2022
- World Health Organization. (2016). E.T: 20.10.2022, <http://www.who.int/diabetes/global-report/en>
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles. <file:///C:/Users/USER/Downlo-ads/9789241514620-eng.pdf> (ET: 12.05.2022).
- World Health Organization. (2017). Noncommunicable diseases progress monitor. <https://apps.who.int/iris/bitst-ream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1> (ET: 12.05.2022).
- Wong, C.W, Kwok, C.S, Narain, A., Gulati, M., Mihalidou, A.S., Wu, P. (2018). Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2018. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-313005> PMID: 29921571
- Xin, M., Chan, V. W. Y., Kong, A. P. S., Lau, J. T. F., Cameron, L. D., Mak, W. W. S., & Mo, P. K. H. (2023). Using the common-sense model to explicate the role of illness representation in self-care behaviours and anxiety symptoms among patients with Type 2 diabetes. *Patient education and counseling*, 107, 107581. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107581>

- Yastıbaş, C., & Dirik, G. (2018). Kanser ve farkındalık temelli müdahale programları: Sistematik derleme [Cancer and mindfulness-based intervention programs: Systematic review]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10 (3), 375–393. <https://doi.org/10.18863/pgy.357261>
- Yeşilbalkan, Ö.U., Akyol, A. D., & Çetinkaya, Y. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21 (1), 13-31.
- Yetişkin, Ş. (2008). *Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul.
- Yıldırım, S., & Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010, 26 (1), 87-97.
- Yıldırım, N. K., Okanlı, A., Karabulutlu, E. Y., Karahisar, F., & Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma [Effects of illness perception on anxiety and depressive symptoms in hemodialysis patients: A multi-center study]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14 (3), 252–259.
- Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., & Soylu, G. (2013). Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2, 367-387.
- Young, J. T. (2004). Illness Behavior: a selective review and synthesis/. *Sociology of health & illness*, 26 (01), 1-31.
- Yu, S., Yang, H., Guo, X., Zheng, L., & Sun, Y. (2016). Prevalence of depression among rural residents with diabetes mellitus: a cross-sectional study from northeast China. *Int J Environ Res Public Health*. 13 (6), 542. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060542>.

EKLER

EK-A BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Doç. Dr. Berna Akçınar danışmanlığında, Uzman Psikolog Merve Erbay tarafından yürütülen “Öz Düzenleyici Model Kapsamında Transdiagnostik Yapıların Hipertansiyon ve Diyabet Hastalarında Değerlendirilmesi: Başa Çıkma Stilleri ve Duygu Düzenlemenin Aracılık Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı diyabet ve hipertansiyon tanısı almış kişilerin hastalık deneyimleri ve bu deneyimlerin sonuçlarını etkileyebilecek psikolojik faktörleri değerlendirmektir. Araştırmada sizden yaklaşık 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil yaklaşık 360 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın

muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

EK-B SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİ FORMU

1) Yaşınız: ____ (Doğum Tarihi)

2) Cinsiyetiniz

3) Eğitim Durumunuz:

Okuma-yazma Bilmiyor ()

Okuma-yazma Biliyor ()

İlkokul mezunu ()

İlköğretim Mezunu ()

Lise veya Dengi Bir Okuldan Mezun ()

Yüksekokul Mezunu ()

Üniversite Mezunu ()

Lisansüstü mezunu ()

4) Gelir seviyenizi nasıl tanımlıyorsunuz?

Alt () Alt orta () Orta () Üst orta () Üst ()

5) Aylık geliriniz ne kadar?

6) Çalışıyor musunuz?

Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Emekli () Hastalıktan dolayı çalışmayı bıraktım ()

7) Medeni durumunuz?

Evli () Bekâr () Dul () Boşanmış () Eşinden ayrı yaşıyor ()

8) Çocuğunuz var mı? Evet () ise kaç tane Hayır ()

9) Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız () Ana-baba ile () Eş ile () Bir yakın ile () Eş ve çocuk(lar) ile ()

Sadece çocuk(lar) ile () Eş ve çocuk(lar) ve bir yakın ile () Bakıcı ile ()

10) Sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşıyor musunuz? Evet () Hayır ()

11) Hangi tanı ile tedavi ediliyorsunuz? Diyabet () Hipertansiyon ()

12) Diyabet tanısı aldıysanız hangi tür diyabet tanısı aldınız? Tip I Diyabet () Tip II Diyabet ()

13) Ne kadar süredir bu tanı ile tedavi görüyorsunuz?

14) İlaç kullanıyor musunuz? ()

15) İlaç kullanıyorsanız ne kadar süredir ilaçlara devam ediyorsunuz? ()

Tedavi gördüğünüz sağlık sorunu dışında başka kronik bir hastalığınız var mı?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1 () KOAH

2 () Astım

4 () Kalp Yetmezliği

5 () Hiperkolestromi

6 () Böbrek Yetmezliği

7 () Gastrointestinal Sistem Hastalıkları

8 () Hematolojik Hastalıklar

9 () Obezite

10 () Diğer

(Belirtiniz).....

15) Ailede kronik hastalık öyküsü olan var mı? (Cevabınız hayır ise 17. soruya geçiniz.)

1 () Hayır 2 () Evet

16) Cevabınız evet ise yakınlık dereceniz nedir?

1 () 1.derece akraba 2 () 2.derece akraba

17) Hastalığınız ile ilgili sağlık kontrollerinizi ne sıklıkla yaptırıyorsunuz?

1 () Ayda bir

2 () 3 ayda bir

3 () 6 ayda bir

4 () Hekim önerisi doğrultusunda

5 () Bir sağlık sorunu/şikayetim olduğunda

6 () Hiç

18) Hastalığınız ile ilgili tedavi şekliniz nasıldır?

1 () Oral antidiyabetik

2 () İnsülin

3 () Oral antidiyabetik ve insülin

4 () Diyet

5 () Diğer (Belirtiniz).....

19) Kullandığınız insülin tipi:

1 () Kısa etkili 2 () Orta etkili 3 () Uzun etkili 4 () Karışım

insülin

20) İnsülin kullanma sıklığınız nasıldır?

1 () Günde 1 kez 2 () Günde 2 kez 3 () Günde 3 kez 4 () Günde 4 kez

21) İnsülin enjeksiyonunuz kim tarafından yapılmaktadır?

1 () Kendi kendime yapıyorum

2 () Yakınımdan destek alarak yapıyorum

3 () Yakınım yapıyor

EK-C KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular sağlık sorunlarınızın günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilediğini öğrenmek için sorulmuştur. Lütfen soruları aşağıdaki puanlamaya göre yanıtlayınız.

0= hayır, hiç

1= evet bazen ya da biraz

2= evet her zaman ya da oldukça

Lütfen her soru için yalnızca birini işaretleyiniz

1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?

	(0)	(1)	(2)
a. Ağır şeyler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler	()	()	()
b. Bir masayı çekmek, file, çanta, taşımak gibi orta güçlükte işler	()	()	()
c. Merdiven ya da yokuş çıkmak	()	()	()
d. Eğilmek, doğrulmak	()	()	()
e. Uzun mesafe yürümek (1-2km)	()	()	()
f. Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek	()	()	()
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobileriniz gibi uğraşlarınızı azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?	()	()	()

3. Evin üzerinize düşen günlük işlerinden yapamadığımız oldu mu? () () ()
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma istediğinizde azalma oldu mu? () () ()
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı? () () ()
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığımız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu? () () ()
7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?gün
8. Hastalık ya da yaralanma nedeni ile son bir aydır kaç günü yatakta geçirdiniz?gün

EK-D STRESLİ DURUMLARLA BAŞA ÇIKMA ENVANTERİ 21- KISA FORM

Aşağıda insanların zorlayıcı, stresli veya üzücü durumlar karşısında gösterdikleri çeşitli davranış biçimleri listelenmiştir. Aşağıdaki ifadelerin doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sizin için her madde için en uygun olan seçeneği 1 (kesinlikle bana uygun değil) ve 5 (Tamamıyla bana uygun) arasında puanlayınız. Zorlayıcı, stresli veya üzücü durumlar karşısında aşağıda listelenen davranış biçimlerini ne ölçüde gösterdiğinizizi lütfen belirtiniz.

	Kesinlikle bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana orta düzeyde uygun	Çoğunlukla bana uygun	Tamamıyla bana uygun
	1	2	3	4	5
1. Bir süreliğine ara verir, durumdan uzaklaşıyorum.					
2. Probleme odaklanıp, nasıl çözebileceğime bakarım.					
3. Bu duruma düştüğüm için kendi kendimi suçlarım.					
4. Kendime, sevdiğim bir yiyecek veya atıştırarak bir şeyler alırım.					
5. Baş edemeyeceğim kaygısını yaşarım.					
6. Benzer problemleri nasıl çözdüğümü düşünürüm.					
7. Bir arkadaşı ziyaret ederim.					
8. Bir eylem planı yapıp, bu planı uygularım.					
9. Kendime bir şeyler satın alırım.					
10. Bu durum karşısında çok duygusal davrandığım için kendimi suçlarım.					
11. Durumu anlamaya çalışırım.					
12. Çok üzülürüm.					
13. Derhal durumu düzeltecek bir davranışta bulunurum.					

	Kesinlikle bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana orta düzeyde uygun	Çoğunlukla bana uygun	Tamamıyla bana uygun
	1	2	3	4	5
14. Ne yapacağımı bilemediğim için kendimi suçlarım.					
15. Benim için özel olan bir kişiyle zaman geçiririm.					
16. Olay hakkında düşünürüm ve hatalarımdan ders çıkarırım.					
17. Olanları ya da hissettiklerimi değiştirebilmiş olmayı isterim.					
18. Bir şeyler atıştırmak veya yemek yemek için dışarı çıkarım.					
19. Tepki vermeden önce problemi analiz ederim.					
20. Kendi yetersizliklerime odaklanırım.					
21. Bir arkadaşla telefon ederim.					

EK-E DUYGU DÜZENLEME ANKETİ

Aşağıdaki ifadelerden size en uygun olanı seçin ve ifadelerin yanında bulunan kutucuğa not edin.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum

1. _____ Daha fazla olumlu duygu hissetmek istediğimde (sevinç veya eğlence gibi) düşündüğüm şeyi değiştiririm.
2. _____ Duygularımı kendime saklarım.
3. _____ Daha az olumsuz duygu hissetmek istediğimde (üzüntü veya öfke gibi) düşündüğüm şeyi değiştiririm.
4. _____ Olumlu duygular hissettiğimde onları belli etmemeye dikkat ederim.
5. _____ Stresli bir durumla karşılaştığımda, sakin kalmama yardım edecek şekilde düşünmeye çalışırım.
6. _____ Duygularımı belli etmeyerek onları kontrol ederim.
7. _____ Daha fazla olumlu duygu hissetmek istediğimde o durumla ilgili düşünce şeklimi değiştiririm.
8. _____ İçinde bulunduğum duruma göre düşünce şeklimi değiştirerek duygularımı kontrol ederim.
9. _____ Olumsuz duygular hissettiğimde onları belli etmediğimden emin olmak isterim.
10. _____ Daha az olumsuz duygu hissetmek istediğimde o durumla ilgili düşünce şeklimi değiştiririm.

EK-F KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanı işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. *Araştırma kapsamında kullanılan alt ölçekler (sırası ile anksiyete, depresyon ve somatizasyon) paylaşılmıştır.

Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Kafanızın birden bomboş kalması	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/ zorlanma	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Kendini gergin ve tedirgin hissetme	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Dehşet ve panik nöbetleri	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Sık sık tartışmaya grime	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Yalnız bırakıldığında, kaldığında sinirlilik hissetme	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Yaşamınıza son verme düşünceleri	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetme	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede

Yalnızlık hissetme	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Hüzünlü, kederli hissetme	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Hiçbir şeye ilgi duymama	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Ağlamaklı hissetme	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Kolay incinebilme, kırılma	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Uykuya dalmada güçlük	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Karar vermede güçlükler	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Baygınlık, baş dönmesi	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Olayları hatırlamada güçlük	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Göğüs, (kalp) bölgesinde ağrılar	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
İştahta bozukluklar	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Mide bozukluğu, bulantı	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Nefes darlığı, nefessiz kalma	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Sıcak, soğuk basmaları	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede
Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	Hiç Biraz Orta derecede Oldukça fazla Ciddi derecede

EK-G KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

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

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

Lütfen hastalığımıza sebep olduğuna inandığımız en önemli üç faktörü (olayı) düzenli bir şekilde listeleyin. *Benim için en önemli sebepler :*

1.
 2.
 3.
-

ÖZGEÇMİŞ

HAKEMLİ DERGİLERDE YAYIMLANAN MAKALELER

Erbay Erşen, M., & Akçınar, B..(2023). The Effect of the Mediator Role of Psychological Resilience on the Relationship Between Perfectionism and Burnout in White Collar Employees. *EJONS INTERNATIONAL JOURNAL*, 7(2), 266–280. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8266746>