



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**KRONİK RAHATSIZLIKLARDA ZİHİNSELLEŞTİRMENİN
ROLÜNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA: TİP 1 DİYABET
HASTALARINDA ZİHİNSELLEŞTİRMENİN TEDAVİ
UYUMUYLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Kadir Mert DURNA

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2024

KRONİK RAHATSIZLIKLARDA ZİHİNSELLEŞTİRMEİNİN ROLÜNE İLİŞKİN BİR
ARAŞTIRMA: TİP 1 DİYABET HASTALARINDA ZİHİNSELLEŞTİRMEİNİN TEDAVİ
UYUMUYLA İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Kadir Mert DURNA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2024

KABUL VE ONAY

Kadir Mert Durna tarafından hazırlanan “Kronik Rahatsızlıklarda Zihinselleştirmenin Rolüne İlişkin Bir Araştırma: Tip 1 Diyabet Hastalarında Zihinselleştirmenin Tedavi Uyumuyla İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 10.01.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özlem BOZO (Başkan)

Prof. Dr. Sait ULUÇ (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇAKIR (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŐEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarını bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

05/02/2024

Kadir Mert DURNA

1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Sait ULUÇ** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Kadir Mert DURNA

TEŞEKKÜR

Bu tezin ortaya çıkmasında en büyük pay sahiplerinden olan, hem yönlendirmeleriyle hem de varlığıyla mümkün olan en iyi şekilde beni destekleyen değerli hocam Prof. Dr. Sait Uluç'a teşekkür ediyorum ve saygılarımı sunuyorum.

Savunmamda yer alan ve yorumlarıyla bu tezi geliştiren Dr. Öğr. Üyesi Zehra Çakır'a, hem savunmamda yer alan hem de geliştirdiğimiz ölçek için kıymetli fikirleri ve desteğiyle yardımcı olan Prof. Dr. Özlem Bozo'ya teşekkür ediyorum.

Yüksek lisansım boyunca benzerine ender rastlanır bir eğitim almamı sağlayan aralarında Prof. Dr. Ferhunde Öktem, Prof. Dr. Müjgan İnözü, Prof. Dr. İhsan Dağ, Doç. Dr. Sedat Işıklı, Doç. Dr. Sevginar Vatan, Doç. Dr. Pınar Bıçaksız ve Dr. Öğr. Üyesi Talat Demizsöz'ün de bulunduğu tüm hocalarıma teşekkür ediyorum.

Bu tezin konusunun belirlenmesinde, ölçek geliştirilmesinde ve veri toplanmasında bana yardımcı olduğu için ama bütün bunların yanında en çok da mesafe fark etmeksizin dostluğumuzu aynı şekilde sürdürebildiğimiz için canım arkadaşım Hilal Bozkurt'a teşekkür ediyorum.

Lisansın ilk yılından beri arkadaşım olan, bölüme ve klinik psikolojiye tekrar ısınmamı sağlayan, akademik eğitimin yanında hayatta da pek çok şeyi paylaştığım, dostum diyebileceğim nadir insanlardan olan Baver Merih Mermertaş'a teşekkür ediyorum.

Hazırlıkta tanıştığım ve o günden beridir de hayatımda önemli yer tutan, beraber büyüdüğüm, her zaman eğlendiğim ama hiçbir zaman yokluklarını hissetmediğim Doğukan Kılıç ve Cem Kaya'ya teşekkür ediyorum.

Liseden beri iletişimi koparmadığım, zorlu yatılı okul yıllarını sayelerinde güzel bir deneyime dönüştürebildiğim Onur Hakkı Eyüboğlu, Yusuf Aydın ve Burak Emre Özdemir'e teşekkür ediyorum.

Üniversitede tanıştığım fakat bir ömür boyu dostmuşum gibi hissettiğim, zor anlarımda da beni hiç yalnız bırakmayan Servet Kır a , Semih Yıldırım ve Ali  zel'e teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans eğitimimde Bilim İnsanı Destek Programları BaŐkanlıđı (BİDEB) 2210-A Yurt İçi Lisansüstü Burs Programı kapsamında bana maddi açıdan destek olan TÜBİTAK'a teşekkür ediyorum.

Hayatımda olduğu için kendimi çok Őanslı hissettiğim, en mutlu anımda da en dipte olduğumda da yanımda olan, anlaŐamadıđımız anlarda bile beni her zaman dinleyen ve önemseyen, beraber hayatımın en güzel anlarını geçirdiğim canım sevgilim Damla Gürsoy'a teşekkür ediyorum.

Son olarak da beni büyüten, destekleyen, her zaman sırtımı yaslayabileceğimden emin olduğum anne ve babam Tülin ve Mehmet Durna'ya, çocukluk yıllarımda hem kavgalı hem eğlenceli geçmesini sağlayan ve sahip olunabilecek en iyi abla olan Elif Durna'ya teşekkür ediyorum, iyi ki varsınız.

ÖZET

DURNA, Kadir Mert. *Kronik Rahatsızlıklarda Zihinselleştirmenin Rolüne İlişkin Bir Araştırma: Tip 1 Diyabet Hastalarında Zihinselleştirmenin Tedavi Uyumuyla İlişkisinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.

Kronik rahatsızlıklar tam bir iyileşme mümkün olmadığı için periyodik takip ve destek gerektirmektedirler. Bu durum kronik rahatsızlıklarda tedavi uyumunu oldukça önemli kılmaktadır. Günlük ve hatta saatlik kontrol ve müdahalenin gerekli olduğu tip 1 diyabet için de bu durum geçerlidir. Kişilerin sağlık davranışlarına yönelmesinin hastalıkla ilgili algılarıyla ilişkili olduğunu ortaya atan sağlık inanç modeli de bu sağlık inançlarını belirlemek ve sonrasında sağlık davranışlarını arttırmak için geliştirilmiştir. Zihinselleştirme ise kişilerin kendisinin ve başkalarının eylemlerini, davranış ve duygularını zihinsel süreçlere bağlayabilme becerisidir. Bu çalışmanın amacı da tip 1 diyabette zihinselleştirme ile sağlık inançlarının tedavi uyumuyla ilişkisini incelemektir.

Bu amaçla 18-45 yaş arası 112 tip 1 diyabetli katılımcıdan Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (RFQ-4), Diyabete Özgü Sağlık İnanç Modeli, Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş Ölçeği, Hasta-Hekim İlişkisi Ölçeği, Kısa Sağlık Okur-Yazarlığı Tarama Aracı ve bu araştırma için geliştirilen Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği doldurması istenmiştir. Veri toplama süreci çevrimiçi ve anonim olarak gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel analiz sonuçlarına göre yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu tedavi uyumunu sağlık inanç modelinin aracılığında yordamaktadır. Benzer bir aracılık ilişkisi yansıtıcı işleyiş belirsizlik alt boyutu kişilerin iyi oluşlarını yordarken de bulunmaktadır. Öte yandan yansıtıcı işleyiş ve sağlık inanç modelinin hasta hekim ilişkisi, sağlık okuryazarlığı ve metabolik kontrolle ilişkisinde bir aracılığa rastlanmamıştır. Tedavi uyumunun yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ve metabolik kontrol ile negatif yönlü bir ilişkisinin bulunduğu görülürken yansıtıcı işleyişin kesinlik alt boyutu, iyi oluş, sağlık inançları, hasta-hekim ilişkisi ve sağlık okuryazarlığı ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu görülmektedir.

Çalışmanın sonuçları zihinselleştirmenin sağlık inançları üzerinden tedavi uyumuna etkisi olduğu hipotezini doğrulamaktadır. Aynı durum iyi oluş için de geçerlidir. Bu nedenle tip 1 diyabet tedavisinde zihinselleştirme odaklı psikoterapilerin uygulanmasının

hem tedaviye uyumu arttıracığı hem de kişilerin iyi oluşlarını olumlu yönde etkileyeceği beklenilebilir.

Anahtar Kelimeler

Zihinselleştirme, Tedavi Uyumu, Sağlık İnançları, Tip 1 Diyabet

ABSTRACT

DURNA, Kadir Mert. *A Research on the Role of Mentalization in Chronic Diseases: Investigating the Relationship of Mentalization to the Treatment Compliance in Patients With Type 1 Diabetes*, Master's Thesis, Ankara, 2024.

Chronic diseases require periodic follow-up and support as complete recovery is not possible. That makes treatment adherence in chronic diseases quite important. This is also the case for Type 1 diabetes, which requires daily and even hourly control and intervention. Health belief model, which reveals that people's orientation towards health behaviors is related to their perceptions about the disease, has been developed to identify these health beliefs and then increase health behaviors. Mentalizing is the ability to link one's own and others' actions, behaviors and emotions to mental processes. Aim of this study is to examine the relationship between mentalizing and health beliefs with treatment adherence in type 1 diabetes.

For this purpose, 112 participants with type 1 diabetes aged 18-45 years were asked to complete Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-4), Diabetes Specific Health Belief Model, Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale, Patient-Doctor Relationship Scale, Brief Health Literacy Screening Tool and Type 1 Diabetes Treatment Adherence Scale which is developed for this study. Data collection process was conducted online and anonymously.

According to results of statistical analysis, uncertainty subdimension of reflective functioning predicts treatment adherence through the mediation of health beliefs. Similar mediation relation was also found when uncertainty subdimension of RF predicted individuals' well-being. Beside, no mediation relation was found in the relationship between reflective functioning and health beliefs with patient-doctor relationship, health literacy and metabolic control. Treatment adherence has a negative relationship with uncertainty subdimension of RF and metabolic control, while it has a positive relationship with certainty subdimension of RF, well-being, health beliefs, patient-doctor relationship and health literacy.

Results show that mentalization affects treatment adherence through health beliefs. The same goes for well-being. Therefore, it can be expected that the application of

mentalization-focused psychotherapies in treatment of type 1 diabetes will both increase treatment adherence and positively affect people's well-being.

Keywords

Mentalization, Treatment Adherence, Health Beliefs, Type 1 Diabetes

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE	3
1.1. DİYABET VE TEDAVİ UYUMU	3
1.2. SAĞLIK İNANÇ MODELİ	4
1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	7
1.4. ZİHİNSELLEŞTİRME	7
1.5. DİYABETTE TEDAVİ UYUMU VE ZİHİNSELLEŞTİRMENİN ROLÜ	9
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI, SORULARI VE HİPOTEZLERİ	10
2. BÖLÜM: YÖNTEM	12
2.1. ÖRNEKLEM	12
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	15
2.3. İŞLEM	19

3. BÖLÜM: BULGULAR	22
3.1 TİP 1 DİYABET TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ	22
3.1.1 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Analizler	22
3.1.2 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği İç Tutarlılık Analizleri.....	24
3.1.3 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Geçerlik Analizleri	26
3.1.4 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Açımlayıcı Faktör Çözümlemesi	26
3.2 DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR	30
3.3 HASTALIĞA İLİŞKİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR	34
3.4 ÇALIŞMANIN DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN KORELASYON ANALİZİ BULGULARI	37
3.5 ARACI DEĞİŞKEN ANALİZLERİ VE HİPOTEZ TESTİ	41
3.5.1 Tedavi Uyumunu Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi	41
3.5.2 Metabolik Kontrolü Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi	42
3.5.3 İyi Oluşu Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi	43
3.5.4 Hasta-Hekim İlişisini Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi	44
3.5.5 Sağlık Okuryazarlığını Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi	45
4. BÖLÜM: TARTIŞMA	47
4.1 TİP 1 DİYABET TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	47
4.2 DEMOGRAFİK BİLGİLERE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	47

4.3 HASTALIĞA İLİŞKİN DEMOGRAFİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	48
4.4 ÇALIŞMANIN DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN KORELASYON ANALİZİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	49
4.5 ARACI DEĞİŞKEN ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	52
4.6 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE SINIRLILIKLARI	55
4.7 GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER	55
SONUÇ.....	57
KAYNAKÇA	58
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU	69
EK 2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	70
EK 3. YANSITICI İŞLEYİŞ ÖLÇEĞİ	74
EK 4. SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ.....	76
EK 5. HASTA HEKİM İLİŞKİSİ ANKETİ.....	78
EK 6. KISA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI TARAMA ARACI	79
EK 7. WARWICK-EDİNBURGH MENTAL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ.....	80
EK 8. TİP 1 DİYABET TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ	81
EK 9. ORJİNALLİK RAPORU	83
EK 10. ETİK KURUL / KOMİSYON İZİNİ YA DA MUAFİYET FORMU.....	85

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgileri	13
Tablo 2: Katılımcıların Hastalığa İlişkin Demografik Bilgileri.....	14
Tablo 3: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeğinin Madde Ortalama ve Standart Sapmaları.....	22
Tablo 4: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği'nin Maddelerine İlişkin İstatistiksel Bilgiler	24
Tablo 5: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Madde Toplam Korelasyonları	25
Tablo 6: Üç Faktörlü Çözümleme ve Varimax Rotasyonu Temel Alan Faktör Yükleri.....	27
Tablo 7: Kadın ve Erkek Katılımcıların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	30
Tablo 8: Eğitim Seviyelerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Welch Test Sonuçları	31
Tablo 9: Gelir Seviyelerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Welch Test Sonuçları	33
Tablo 10: İnsülin Enjeksiyon Yöntemi Özelinde T-testi Sonuçları.....	35
Tablo 11: Ailesinde Başka Bir Diyabetli Olması Özelinde T-testi Sonuçları	36
Tablo 12: Araştırmanın Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları	40
Tablo 13: Aracı Değişken Analizi Sonuçları.....	41
Tablo 14: Aracı Değişken Analizi Sonuçları.....	42
Tablo 15: Aracı Değişken Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 16: Aracı Değişken Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 17: Aracı Değişken Analizi Sonuçları.....	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Çözümlemesi	29
Şekil 2: Aracı Değişken Modeli	42
Şekil 3: Aracı Değişken Modeli	43
Şekil 4: Aracı Değişken Modeli	44
Şekil 5: Aracı Değişken Modeli	45
Şekil 6: Aracı Değişken Modeli	46

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2023 yılı verilerine göre, 2020 yılında dünya genelinde gerçekleşen ölümlerin %75'e yakını bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. 2019'da 31 milyon kişinin ölümüne neden olan bu hastalıklar 2020 yılında yaklaşık 3'te 1'lik bir artışla 41 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur (WHO, 2020, 2023a). Bulaşıcı olmayan hastalıklar sınıflamasında yer alan, tamamen kronik ya da kronikleşebilen hastalıklar kaynaklı ölümler ise ilk on nedenin altısını oluşturmaktadır (WHO, 2023b). Amerika'da ise ilk on ölüm nedeninin yedisini kronik rahatsızlıklar oluşturmaktadır (Raghupathi ve Raghupathi, 2018). Kronik hastalıklar genellikle etiyojileri tam olarak belirgin olmayan, sürekli tıbbi bakım gerektirebilen, sıklıkla tamamen iyileşmenin sağlanamadığı ve ömür boyu devam eden hastalıklardır (Kılıçarslan, 2016). Hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak için periyodik takip ve destek gerekmektedir. Bu tür rahatsızlıklar yol açtıkları sağlık sorunlarının yanında ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlara da neden olabilmektedir (Kontsevaya ve ark., 2018). Kronik rahatsızlıklar dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de hızlı bir artış göstermektedir (Korkmaz ve ark., 2019). Hasta için kronik bir rahatsızlığa sahip olmak kendi başına ağır bir stres kaynağıdır. Hastalığın kendisinin ve zorlu tedavi süreçlerinin yol açtığı ekonomik sıkıntılar ya da aile ve arkadaş ilişkilerindeki bozulmalar ek stres kaynakları olabilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Görgül çalışmalar süregelen hastalığı olan kişilerin kendi duyguları ile başa çıkmada ve kişilerarası ilişkilerini düzenlemede önemli sorunlar bildirdiklerine işaret etmektedir (Akdemir ve ark., 2011; Tiwari, 2015; Stanton ve Revenson, 2011). Bu nedenle kronik rahatsızlıklarda tedavi uyumunu etkileyen psikososyal değişkenleri incelemek giderek daha önemli hale gelmektedir.

Zihinselleştirme, kendinin ve başkalarının davranışlarını, hislerini, duygular, motivasyonlar ve inançlar gibi zihinsel süreçlerle bağlantılı ve ilişkili olarak değerlendirebilme farkındalığını ifade eder (Allen ve ark., 2013). Kronik hastalık ve hastalıkla ilişkili uzun süreli stresin zihinselleştirme süreçlerini etkilediği düşünülmektedir. (Luyten ve ark., 2013). Benzer biçimde kişinin zihinselleştirme kapasitesinin hastalığa yönelik algıları, tutumları ve tedavi uyumu üzerinde etkili olabileceği de düşünülmektedir (Luyten ve Van Houdenhove, 2013). Bu tez çalışması kapsamında Diyabet tip 1 tanısı almış olan hastalardan oluşan bir örnekleme kişilerin

zihinselleştirme kapasitesi ile hastalığa ilişkin tutumlar ve tedaviye olan uyumla ilişkilerin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Kişilerin sağlıkla ilişkili davranış, tutum ve anlayışlarını açıklamak için Sağlık İnanç Modeli (SİM) kuramsal çerçeve olarak kullanılmıştır. Ulaşılabilecek bulguların Tip 1 diyabet tanısı alan kişilerin yanı sıra süregelen rahatsızlıkları olan tüm hasta grupları için bilimsel bilgi birikimine ve uygulama alanına anlamlı katkılar sağlayabileceği düşünülmüştür.

1. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. DİYABET VE TEDAVİ UYUMU

Diyabet kandaki glikoz miktarının, insülin direnci ya da eksikliği nedeniyle yükselmesiyle tanımlanan, kronik ya da akut komplikasyonlara neden olabilen, tam tedavinin mümkün olmadığı ve ömür boyu süren bir hastalıktır. Diyabetin etkisiyle oluşan hiperglisemi (kanda yüksek glukoz bulunması) kontrol altında tutulmadığı takdirde zaman içerisinde retinada, böbreklerde ya da sinir sisteminde ağır hasarlara yol açabilmektedir. Bunların dışında kalp ve damar hastalıklarının erken yaşta ortaya çıkmasına ya da bu hastalıkların etkilerinin daha ağır olmasına neden olabilir (Uslu, 2021). Diyabet, tip 1 diyabet, tip 2 diyabet, gebelik diyabeti ve spesifik nedenlere bağlı diyabet olmak üzere başlıca dört gruba ayrılmaktadır (İrmak ve ark., 2017). Diyabetli hastaların çoğunluğunu tip 1 ve tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır.

Tip 1 diyabet, insüline bağımlı diyabet, juvenil diyabet ya da çocukluk çağında başlayan diyabet olarak da adlandırılır. Otoimmün bir hastalıktır. Tip 1 diyabette pankreas beta hücrelerin hasarı sonucu insülin eksikliği oluşmaktadır (İrmak ve ark., 2017). Hastalığın gelişiminde genetik yatkınlık söz konusu olmakla birlikte henüz belirlenememiş çevresel faktörlerin de etkisi olabileceği düşünülmektedir. İnsülin dışında tedavide kullanılan başka bir ilaç bulunmamaktadır. Duygusal durum değişikliği, fiziksel etmenler gibi bazı faktörler kandaki glukoz miktarında ani değişimler yaratabildiği için, sürekli izlem gereklidir.

Tip 2 diyabet ise insüline bağımlı olmayan diyabet ya da erişkin diyabet olarak da adlandırılır. Diyabetli hastaların %90'nı kadarını tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır. Genetik yatkınlık dışında hareketsiz yaşam tarzı ve obezite gibi çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır (Acıbadem, 2020). Tip 2 diyabetlilerde kandaki insülin miktarları normal gibi görünse de glukoz düzeylerini düşürmeye yetmez. Tedavisinde çoğunlukla oral anti-diyabetik ilaçlar kullanılır. Kilo kaybı, egzersizler, beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzının değiştirilmesiyle kan şekeri normal sınırlar içerisinde tutulabilirse ilaçsız bir tedavi sürdürülmesi mümkündür (Türkiye Diyabet Vakfı, 2016).

Gebelik diyabeti ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkan glukoz tolerans bozukluğudur. (Irmak ve ark., 2017). Gebeliğin altıncı ayından sonra, plasenta hormonlarının insülin direncini arttırması sonucu gelişmektedir. Bebek için bazı komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Doğumdan sonra insülin direncinin normal sınırlara düştüğü vakalar görülse de tip 2 diyabet gelişme riski yüksektir. Yukarıda aktarılan üç tür dışındaki bazı özgün etkilerin diyabete neden olması spesifik nedenlere bağlı diyabet olarak adlandırılır. İlaç kullanımı, pankreas ve endokrin hastalıkları gibi nedenlerle oluşabilmektedir.

Tedavi uyumu, kişilerin sağlıkla ilgili eylemlerinin, sağlık çalışanları tarafından spesifik hastalıklar özelinde verilen öneri ve talimatlarla ne kadar uyduğunu tanımlamaktadır (Howren, 2020). Tip 1 diyabette de tedavi uyumunun düşmesi durumunda, metabolik kontrolün azalması ve yukarıda bahsedilen komplikasyon risklerinin arttırmasıyla sonuçlanabileceği için oldukça önemlidir (Costa-Cordella ve ark., 2021). Tip 1 diyabette tedavi uyumunun ölüm oranlarıyla ilişkisini inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Currie ve arkadaşları (2013), 2946 tip 1 diyabet hastasının tedavi uyumlarını randevularını aksatıp aksatmamaları üzerinden değerlendirmiş ve tedavi uyumsuzluğunun ölüm oranlarıyla ilişkisini incelemiştir. Bu araştırmanın sonucunda tedavi uyumsuzluğunun ölüm oranlarıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte tedavi uyumsuzluğunun aynı zamanda yüksek hemoglobin A1c (HbA1c/glikozillenmiş hemoglobin) oranlarıyla da ilişkili olduğu belirlenmiştir. HbA1c düzeyi, kişinin anlık olarak kan şekerini ölçmek yerine son 2-3 aylık kan glukoz seviyesinin ortalamasını verir. Hastalığın genel seyrine dair en isabetli göstergelerden biridir (Yılmaz, 2020). Öte yandan, günlük insülin alımı, yakın izlem, dengeli ve düzenli beslenme ve fiziksel aktivite ile tip 1 diyabette komplikasyonlar önlenerek ya da geciktirilerek normal ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek mümkündür (Irmak ve ark., 2017). Düşmesi durumunda glisemik kontrolün de düştüğü ve komplikasyon risklerinin arttığı yaşam kalitesinin de diyabet hastaları için tedavi uyumuyla birlikte arttığı görülmektedir (Taşkaya, 2014).

1.2. SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Sağlık İnanç Modeli (SİM), kişilerin sağlıkla ilişkili davranış, tutum ve anlayışlarını açıklamak için kullanılmaktadır. 1950'lerin başında hastaların korunma ve tarama programlarına gösterdikleri yetersiz katılımın nedenlerini ortaya koymak amacıyla oluşturulmuştur (Hochbaum, 1958, aktaran Çenesiz ve Atak, 2007). Bu modelle birlikte

koruyucu sağlık davranışlarında belirleyici olan faktörlerin öngörülmesi planlanmıştır. Hastaların kendini koruma davranışında sorumluluk alma konusunda başarılı ya da başarısız olmasının nedenlerini anlamak amacıyla geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli aynı zamanda, hasta davranışı, hasta rolü davranışları ve sağlık davranışlarının ilişkili olduğu faktörleri de açıklayan bir modeldir.

Modelin algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, öz yeterlilik ve davranış ile ilgili ipuçları olmak üzere 6 temel bileşeni bulunmaktadır. Algılanan duyarlılık, hastalıkla ilgili tanının kabulü ve yakalanma olasılığı gibi kişinin algısını içermektedir. Algılanan ciddiyet, kişinin hastalığı ve tedavi olmadığı ya da tedaviye uyum göstermediği durumda oluşabilecek olası sonuçları içermektedir. Algılanan yarar, koruyucu sağlık davranışının hastalığa yakalanma ihtimalini azaltacağına ya da tip 1 diyabet gibi kronik rahatsızlıklarda da tedaviye uyumun hastalığın ortaya çıkarabileceği olumsuz etkileri azaltabileceğine yönelik kişinin algıladığı yararlar. Algılanan engeller, kişinin koruyucu sağlık davranışını ya da tedaviye uyumunu zorlaştıran faktörleri içermektedir. Sağlık davranışının neden olduğu olumsuz sonuçlar da bu alt başlığın içinde ele alınmaktadır (Green ve ark., 2020). Algılanan yarar ile algılanan engeller arasındaki fark (engellerin yarardan fazla olarak algılanması) bu model içerisinde sağlık davranışının uygulanmasını engelleyen en önemli değişkendir (Baltaş, 2000, aktaran Çenesiz ve Atak, 2007). Öz yeterlilik, kişinin istenen sağlık davranışını gerçekleştirmek ve sürdürmek için gerekli olan yeterlilik ve iradesine olan inancını içermektedir. Öz yeterlilik modele sonradan eklenmiştir. Davranış ile ilgili ipuçlarıysa kişinin yeterliliği ve gönüllü isteği gibi etkenlerin yanında davranışa neden olabilecek ipuçlarının da önemli olduğu düşünülerek öz yeterlilik gibi modele sonradan eklenen son bileşendir.

Joiner ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan güncel bir araştırmada SİM bileşenlerinin prediyabetik kişilerde diyabet önleyici programa kayıt olma davranışıyla ilişkisi incelenmiştir. 1477 prediyabetik katılımcıyla gerçekleştirilen bu araştırmada SİM'in algılanan yarar, öz yeterlilik, davranış ile ilgili ipuçları ve algılanan ciddiyetin ve algılanan duyarlılığın kombinasyonu olarak atıfta bulunulan algılanan tehdit bileşenleri kullanılmış olup algılanan engeller kullanılmamıştır. Yapılan ilk çok değişkenli analizde algılanan yararın, algılanan tehdidin ve davranış ile ilgili ipuçlarının diyabet önleme

programına katılım ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada yapılan bir diğer analizde demografik, klinik, sosyo-psikolojik ve yapısal değişkenler modele eklendiğinde algılanan tehditin bağımsız ilişkisinin anlamlılığını sürdürmediğini fakat algılanan yarar ve ipuçlarının anlamlı ilişkiyi sürdürdüğü görülmüştür.

Tehrani ve arkadaşları (2022) 837 Tip 2 diyabet hastasıyla yürüttükleri bir araştırmada, tamamlayıcı ve alternatif ilaç kullanımlarının Sağlık İnanç Modeli ile ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre SİM, tamamlayıcı ve alternatif ilaç kullanımı davranışının varyansının %37'sini yordamıştır. Algılanan tehdit, algılanan engeller ve davranış ile ilgili ipuçları bu davranışın yordanmasında en anlamlı etkiye sahip bileşenler olarak belirlenmiştir. Ayrıca, tamamlayıcı ve alternatif ilaç kullanımı davranışıyla algılanan tehdit ve ipuçları arasında pozitif yönlü, algılanan engellerle arasında ise negatif yönlü bir korelasyon bulunduğu görülmüştür. Duan ve arkadaşlarının (2022) yürüttüğü Sağlık İnanç Modeli baz alınarak tasarlanmış bir kesitsel araştırmada ise diyabetli hastaların COVID-19'a yönelik aşılama davranışlarının ilişkili olduğu değişkenler incelenmiştir. Çalışmaya 162 aşılama ve 483 aşılama diyabetli hasta katılmıştır. Araştırmanın sonucunda COVID-19 aşısına yönelik algılanan duyarlılığın, algılanan ciddiyetin, algılanan yararın ve davranış ipuçlarının aşılama davranışıyla pozitif ve anlamlı korelasyonunun bulunduğu belirlenmiştir.

Sağlık İnanç Modeli, hem birincil, hem ikincil hem de üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli yer tutar. Birincil koruma, bahsedilen COVID-19 aşısı çalışmasında olduğu gibi hastalık oluşumundan önce ve oluşumuna engel olmak amacıyla gerçekleştirilen sağlık davranışlarıdır. İkincil korumaysa prediyabetli bireylerle gerçekleştirilen çalışmada olduğu gibi hastalığın erken teşhisine yönelik sağlık davranışlarıdır. Üçüncül koruma da teşhisinden sonra hastalık sürecini durdurmak ya da yavaşlatmaya yönelik sağlık davranışlarını kapsamaktadır. Diyabette tedaviye uyum göstererek hastalığın metabolizmaya etkilerinin önlenmesi/kontrol altında tutulması bu açıdan üçüncül koruma davranışı başlığında değerlendirilebilir. Olgun ve Akdoğan Altun'un (2012) araştırmasında, diyabet hastalarına Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda eğitim verilerek tedavi uyumları üzerinden metabolik kontrol değerlerindeki değişim incelenmiştir. Araştırmaya 25 deney ve 25 kontrol grubu hastası katılmıştır. Çalışmada SİM doğrultusunda verilen eğitim

sonrasında deney ve kontrol gruplarının SİM ve özetkililik puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca deney grubunun eğitim öncesi ve sonrası metabolik kontrol değerlerinin de anlamlı düzeyde ve olumlu yönde değiştiği görülmüştür.

Bu çalışmanın sonucunda SİM doğrultusunda verilen eğitimin hastaların metabolik kontrolleri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu görülmektedir. Tıpkı bu çalışmaların sağlık davranışları konusunda literatüre yaptığı katkılar gibi, bu araştırmanın hipotezleri doğrulandığı takdirde zihinselleştirme odaklı terapi ve eğitimlerin Sağlık İnanç Modeli ve tedavi uyumu ekseninde diyabette üçüncül koruma davranışlarını açıklama ve sürdürmede etkili olabileceğini söyleyebiliriz.

1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü (2024) sağlık okuryazarlığını, sağlığı koruyacak ve destekleyecek biçimde bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma olarak tanımlamaktadır. Bu terim ilk kez 1974'te Simonds tarafından kullanılmıştır (akt. Sezgin, 2013). Kişilerin sağlık hizmetleri kullanımlarına etkisi üzerinden, tıpkı sağlık inanç modeli gibi, sağlık davranışlarını açıklamakta önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Taş ve Akış, 2016). Sağlık okur yazarlığı düştükçe kişilerin hastalığa yakalanma ihtimalini düşürecek koruyucu sağlık davranışlarının ve hastalığın olumsuz çıktılarından koruyabilecek tedavi uyumlarının düştüğü görülmektedir (Yalçın Balçık ve ark., 2014). Bunların yanında sağlık okuryazarlığı, eşit sağlık hizmeti sağlanabilmesiyle, yaşam süresi ve kalitesiyle ilişkiliyken düşük düzeyleri hastalık belirtilerinin geç fark edilmesi, tedavi ve bakımın yetersiz uygulanması ve ölüm oranlarıyla ilişkilidir (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Sağlık okuryazarlığı bu çalışmada da tedavi uyumuyla doğrudan ilişkisi, sağlık inançlarıyla ve zihinselleştirme becerisiyle muhtemel ilişkisi nedeniyle bir değişken olarak kullanılmaktadır.

1.4. ZİHİNSELLEŞTİRME

Zihinselleştirme, farklı kuramsal çerçevelerde mind-mindedness (Meins ve ark., 1998), zihin kuramı (Premack ve Woodruff, 1978) ya da yansıtıcı işleyiş (reflective function) (Fonagy, 2006) gibi farklı adlarla kavramsallaştırılmıştır. Zihinselleştirme, kişinin kendisinin ve başkalarının eylemlerini, arzular, duygular ve inançlar gibi zihinsel

durumlar temelinde anlamlandırabilme kapasitesine işaret etmektedir (Bateman ve Fonagy, 2004). Fonagy ve Target'a (2006) göre zihinselleştirme imgeseldir ve çoğunlukla bilinç ve bilinçdışının arasında yer alan önbilincin bir işlevidir. Yani ne tam olarak bilinçli ne de tam olarak bilinçsiz bir mekanizmaya atfedilir. Çocuğun kendi duygularını anlama, adlandırma ve düzenleme becerisi, bakım verenin çocuğun duygusal durumunu kavraması ve yansıtma yaparak uygun tepkileri vermesi üzerinden gelişmektedir (Fonagy ve Luyten, 2018). Bağlanma sürecinde ortaya çıkan bu ilişkiisel deneyimler aracılığıyla çocuk kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını imgeleyebilme/imeselleştirme becerisi geliştirmektedir. Kazandığı bu beceri bireyin yaşamı boyunca kişiler arası ilişkilere ve stresli sosyal yaşantılara yaklaşım biçimlerini belirlemektedir. Bunun yanında zihinselleştirme becerisi, bireyin hastalık ve acı gibi deneyimleri ya da stres, üzüntü ve öfke gibi duyguları anlamlandırma süreçlerinde de önemli bir rol üstlenmektedir (Garrett ve ark., 2021).

Bağlanma deneyimlerinin niteliği zihinselleştirme kapasitesinin gelişiminde kritik bir öneme sahiptir. Güvenli bağlanma için uygun ortamı bulamayan çocuk, eksikliği yetişkinlikte de zorluklar yaratacak olan bazı bilişsel ve duygusal işlevleri geliştirmede yetersiz kalabilmektedir (Garret ve ark., 2021). Zihinselleştirme ve psikoterapi arasındaki ilişki üzerinde çalışan bazı araştırmacılar, deneyimlerin anlamlandırılması açısından bakıldığında yansıtıcı işleyişin terapi sürecinde danışanda gözlenen değişimin de bir göstergesi olabileceğini düşünmektedir (Rudden ve ark., 2009). Örneğin, Rudden ve arkadaşları (2009) psikodinamik psikoterapi sürecinde kişinin kendi duygu, düşünce ve deneyimleri hakkında düşünme ve onları anlamlandırma biçiminin değişebileceğini, danışanın terapistin düşünme tarzını içselleştirebileceğini savunmuşlardır. Buna göre, belirli psikolojik sorunların terapi süreçlerinde savunma mekanizmalarının olumlu yönde değişiminin (örneğin yansıtma ya da dışsallaştırmanın yerini daha gerçekçi değerlendirme biçimlerinin alması) belirtilere özgü yansıtıcı işleyiş ölçekleri üzerinden ölçülebileceğini iddia etmişlerdir. Taubner ve arkadaşları (2011) yansıtıcı işleyiş düzeyi yüksek olan hastalarla terapötik ittifakın daha kolay kurulabildiği göstermiştir. Aynı çalışmada kayıpla ilgili deneyimler söz konusu olduğunda depresif hasta grubunun kontrol grubundan daha düşük düzeyde zihinselleştirmeye sahip olduğu görülmüştür. Psikoterapi çalışmalarına ait bulgular zihinselleştirmenin hem psikopatolojinin ortaya çıkışında hem de tedavi süreçlerinde büyük önem taşıdığına işaret etmektedir. Bu bilgiler

zihinselleştirmenin hem kronik hastalıkların sonucu olarak ortaya çıkabilen sosyal ilişkilerde rol kaybı, sağlıklı beden imgesinde azalma gibi kayıpla ilişkili deneyimlerle hem de oluşabilecek üzüntü, öfke, endişe, ümitsizlik gibi duyguların kişi tarafından algılanma ve deneyimlenme biçimiyle ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.

1.5. DİYABETTE TEDAVİ UYUMU VE ZİHİNSELLEŞTİRMENİN ROLÜ

Çalışmalar zihinselleştirmenin, kişilerin hem stres, üzüntü, endişe, öfke gibi duygularını hem de bu duyguların ortaya çıkmasına neden olan yaşam olaylarını anlamlandırma biçimlerini etkilediği ortaya koymuştur. Bu nedenle tip 1 diyabette zihinselleştirmenin, hastalığı anlamlandırma biçimleriyle ilişkili olarak tedaviye ne ölçüde uyum gösterdiklerini etkileyebileceğini düşünebiliriz. Nitekim Rashidi ve Genç (2020), tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalarla yürüttükleri çalışmada, diyabete karşı tutumun tedavi uyumuyla ilişkili olduğunu; pozitif tutuma sahip kişilerin aynı zamanda tedaviye uyumlarının da iyi olduğunu ortaya koymuşlardır.

Garrett ve arkadaşları (2021), diyabetin yarattığı stresin kişinin bağlanma stratejisi ve zihinselleştirme kapasitesiyle ilgili olduğunu iddia etmiştir. Bunun yanında aynı çalışmada tip 1 diyabette terapötik ilişki ile glisemik kontrol arasındaki ilişkide bağlanma ve zihinselleştirmenin de rolü olabileceğini vurgulamışlardır. Costa-Cordella ve arkadaşları (2021), 8-12 yaş aralığındaki tip 1 diyabetli çocuklar ve anneleriyle yaptıkları çalışmada yansıtıcı işleyiş ile metabolik kontrol arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada 7.1 HbA1c seviyesi gösterge alınarak iyi metabolik kontrol ve kötü metabolik kontrol grupları oluşturulmuş ve bu grupların yansıtıcı işleyiş düzeyleri arasında karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan karşılaştırmaların sonucunda hem anne hem de çocuk yansıtıcı işleyiş seviyelerinin iyi metabolik kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte tüm örnekleme yansıtıcı işleyişin HbA1c seviyeleriyle negatif korelasyonu olduğu belirlenmiştir. Benzer biçimde Türkiye’de yapılan bir çalışmada Taşkaya (2014), diyabet hastalarının tedaviye uyumu ile sağlık hizmetleri kullanımları ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında, hekim hasta ilişkisi, sağlık okuryazarlığı gibi değişkenlerin yanında sağlık inanç modelinin alt başlıkları olan ciddiyet algısı, yarar algısı ve engel algısı gibi hastalığı anlamlandırmaya ilişkin faktörlerin de tedaviye uyumu etkilediğini ortaya koymuştur.

Marchini ve arkadaşlarının (2021) diyabette ilaç tedavisine uyum gösterme ile bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada da zihinselleştirme becerisinin depresif belirtilerle negatif yönlü bir ilişkisi bulunurken tedavi uyumu ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar çalışmanın ana değişkenlerinden olan empatik özdeşleşmenin daha iyi bir zihinselleştirme sağlayarak bedensel yakınmalara karşı bir koruma sağlamış olabileceğini öne sürmüşlerdir.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI, SORULARI VE HİPOTEZLERİ

Yapılan bu çalışmalar, yansıtıcı işleyiş (zihinselleştirme) ve tedavi uyumunun tip 1 diyabette glisemik kontrolle (HbA1c seviyesi) ilişkili olduğunu göstermektedir. Zihinselleştirmenin, yaşanan deneyimin anlamlandırılmasına ve bu deneyime tepki verme biçimlerinin belirlenmesine etki ettiği için tedavi uyumuyla ilişkili olabileceği düşünülebilir (Garrett ve ark., 2021). Bu çalışma da yansıtıcı işleyiş ile tedavi uyumu arasında var olması beklenen ilişkiyi saptamak amacıyla tasarlanmıştır. Bununla beraber ilişkinin doğasını daha iyi anlamak amacıyla kişilerin diyabete dair algıladıkları ciddiyet, algıladıkları yarar ve algıladıkları engel, klinik bilgileri, hasta hekim ilişkileri, sağlık okur yazarlıkları, psikolojik iyi oluşları ve HbA1c düzeylerine yönelik de bilgi toplamak hedeflenmiştir.

Yukarıda da aktarıldığı gibi alanyazında kronik hastalıkların sürekli strese ve çeşitli psiko-sosyal sorunlara neden olduğu görülmektedir. Diyabet de kronik rahatsızlıklarda ortaya çıkabilen bu durumların belirgin biçimde görüldüğü rahatsızlıklardan biridir. Alanyazında ayrıca yansıtıcı işleyişin (zihinselleştirme) ve tedavi uyumunun diyabetteki metabolik kontrolle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, yansıtıcı işleyiş ile tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek; demografik ve klinik özellikler, algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel, önerilen sağlık davranışları, hasta-hekim ilişkisi, sağlık okuryazarlığı, metabolik kontrol ve psikolojik iyi oluş gibi değişkenlerin de ilişkideki rolünü belirlemektir. Çalışmada yanıt aranan araştırma soruları ve hipotezleri aşağıda sunulmuştur:

- 1- Katılımcıların ölçek puanları demografik ve klinik özellikler açısından farklılaşmakta mıdır?

- 2- Tip 1 diyabetli bireylerin yansıtıcı işleyiş düzeyleri ve diyabete özgü sağlık inanç modeli (algılanan ciddiyet/ yarar/ engel) tedavi uyumlarını anlamlı biçimde yordamaktadır.
- 3- Tip 1 diyabetli bireylerin yansıtıcı işleyiş düzeyleri ve diyabete özgü sağlık inanç modeli (algılanan ciddiyet/ yarar/ engel) metabolik kontrollerini anlamlı biçimde yordamaktadır.
- 4- Tip 1 diyabetli bireylerin yansıtıcı işleyiş düzeyleri ve diyabete özgü sağlık inanç modeli (algılanan ciddiyet/ yarar/ engel) öznel iyi oluşlarını anlamlı biçimde yordamaktadır.
- 5- Tip 1 diyabetli bireylerin yansıtıcı işleyiş düzeyleri ve diyabete özgü sağlık inanç modeli (algılanan ciddiyet/ yarar/ engel) hasta-hekim ilişkilerini anlamlı biçimde yordamaktadır.
- 6- Tip 1 diyabetli bireylerin yansıtıcı işleyiş düzeyleri ve diyabete özgü sağlık inanç modeli (algılanan ciddiyet/ yarar/ engel) sağlık okuryazarlığını anlamlı biçimde yordamaktadır.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışmada örneklem, 18-45 yaş arası ($Ort.=26.51$, $SS.=6.28$) tip 1 diyabetli 112 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılara Instagram, Facebook ve Twitter gibi sosyal medya platformlarında yapılan duyurular üzerinden ulaşılmış, kartopu örnekleme yöntemiyle katılımcı havuzu genişletilmiştir. Örneklem 91’ü kadınlardan (%81.3), 21’u erkeklerden (%18.8) oluşmaktadır. Katılımcıların tip 1 diyabet tanısı aldıkları yaş 2.5 ile 34 arasında ($Ort.=15.96$, $SS.=7.06$), diyabetli olarak geçirdikleri süre ise 0.5 yıl ile 30 yıl arasında değişmektedir ($Ort.=10.6$, $SS.=7.08$). Veri setinde “son 1 ayda diyabet nedeniyle yapılan harcama” değişkeninde 6, “son 3 HbA1c ölçümü” değişkeninde 2, “yıllık HbA1c ölçüm sayısı” değişkeninde 2 ve “diyabet nedeniyle komplikasyon yaşamış olmak” değişkeninde 1 eksik veri bulunmaktadır. Bu katılımcıların verileri varyans kaybı oluşmaması için çıkarılmamış fakat yapılan analizlerde eksik veri olan değişkenler özelinde analizlere dahil edilmemişlerdir. Psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmanın karıştırıcı bir etkisi olabileceği düşünüldüğünden dışlama ölçütü olarak belirlenmiş olmasına rağmen yürütülen bağımsız örneklemler için t testi analizi sonucunda psikiyatrik bozukluk tanısı alanlar ile almayanlar arasında hiçbir değişken düzeyinde anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir. Bu nedenle bu katılımcılar veri setinden çıkarılmamıştır. Örneklemi oluşturan katılımcıların demografik bilgileri ve hastalığa ilişkin demografik bilgilerine Tablo 1 ve Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgileri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	91	81.3
Erkek	21	18.8
Eğitim		
Lise	18	16.1
Üniversite	74	66.1
Yüksek Lisans/Doktora	20	17.9
Gelir Durumu		
Alt	9	8
Alt-Orta	24	21.4
Orta	55	49.1
Orta-Üst	24	21.4
Medeni Hal		
Bekar	84	75
Evli	28	25
Diyabet Nedeniyle Ekonomik Zorluk		
Yaşıyor	75	67
Yaşamıyor	37	33
Psikolojik/Psikiyatrik Tanı		
Var	31	27.7
Yok	81	72.3

N=Kişi sayısı

Tablo 2: Katılımcıların Hastalığa İlişkin Demografik Bilgileri

	N	%
Enjeksiyon Tipi		
Enjektör	3	2.7
İnsülin Kalem	78	69.6
İnsülin Pompası	31	27.7
Ailesinde Başka Diyabetli		
Var	39	34.8
Yok	73	65.2
Başka Kronik Rahatsızlığı		
Var	32	28.6
Yok	80	71.4
Diyabet Nedeniyle Komplikasyon		
Yaşamış	23	20.5
Yaşamamış	89	79.5
Diyabet Tedavisi Dışında İlaç		
Kullanıyor	39	34.8
Kullanmıyor	73	65.2
Son 6 Ayda Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatmak		
Hastaneye yatanlar	13	11.6
Hastaneye yatmayanlar	99	88.4
Son 1 Ayda Diyabet Nedeniyle Acil Servise Başvurmak		
Başvuranlar	13	11.6
Başvurmayanlar	99	88.4
Son 1 Ayda Diyabet Nedeniyle Poliklinik vb. Sağlık Hizmetine Başvurmak		
Başvuranlar	44	39.3
Başvurmayanlar	68	60.7

N=Kişi sayısı

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Demografik Bilgi Formu. Katılımcıların demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, meslek ve mesleki durum, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi), klinik faktörler (diyabet tanısı konulan yaş, kaç yıldır diyabetli olduğu, ailesinde kendisinden başka diyabetli kişi olup olmadığı, insülin enjekte yöntemi, şeker hastalığı dışında başka bir hastalığı bulunup bulunmadığı, yıl içerisinde kaç kez HbA1c ölçümü yaptırdığı, daha önce diyabetin neden olduğu herhangi bir komplikasyonunun bulunup bulunmadığı ve diyabet nedeniyle hastaneye yatması gerekip gerekmediği, son 3 HbA1c ölçümü) hakkında bilgi almak amacıyla bir Demografik Bilgi Formu hazırlanmıştır.

Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (RFQ-54). Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği kişilerin içsel ve dışsal süreçleri zihinselleştirme kapasitelerini ölçmek için oluşturulmuştur. Fonagy ve Ghinai tarafından geliştirilmiştir (2008). Ölçek, 7'li Likert ölçeği şeklinde puanlanan (1=Kesinlikle Katılmıyorum; 7=Kesinlikle Katılıyorum) 54 maddeden oluşmaktadır. Süreç boyunca 26 madde, kesinlik (kişinin kendisi ve diğerlerinin zihinsel durumları hakkında fazlasıyla emin olması) ve belirsizlik (kişinin kendisi ve diğerlerinin zihinsel durumları hakkında hiç emin olmaması) olarak adlandırılan iki alt boyutu oluşturmak için kullanılmaya başlanmıştır. İki alt boyutta da yüksek skorlar yansıtıcı işleyişteki bozulmalara işaret eder. İki alt boyut için de alınabilecek en yüksek puan 78 en düşük puan 0'dır. Ölçeğin orijinalinin yüksek iç güvenirliğe sahip olduğu (Cronbach $\alpha = .82$) daha önceki çalışmalar sonucunda görülmektedir. Bununla birlikte benzer değişkenleri ölçmek için kullanılan ölçeklerle pozitif korelasyon göstermektedir (mindfulness, $r = .40$, $p < .001$; cognitive empathy, $r = .48$, $p < .001$) (Fonagy ve diğerleri 2016). Ölçeğin Türkçe sürümü için Köksal (2017) çalışmasında iki alt boyut için de Cronbach α katsayıları

hesaplanmıştır (Kesinlik, Cronbach $\alpha = .91$; Belirsizlik, Cronbach $\alpha = .82$). Bu tez çalışmasında ölçeğin kesinlik alt boyutu için Cronbach α iç tutarlık katsayısı .88 ve belirsizlik alt boyutu için Cronbach α iç tutarlık katsayısı .87 olarak tespit edilmiştir.

Diyabete Özgü Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Health Belief Model Scale). Tan (2004) tarafından sağlık inanç modeline göre geliştirilen ölçek kişilerin diyabetle ilgili inançlarını belirlemek üzere tasarlanmıştır. Algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel ve önerilen sağlık davranışları olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır. 5'li likert tipi derecelendirmeye sahiptir (1=Kesinlikle Katılmıyorum; 5=Kesinlikle Katılıyorum). Orijinal ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach α katsayıları .52 ile .87 arasında değişmektedir ve tüm ölçeğin Cronbach α katsayısı .72 olarak bulunmuştur (Tan, 2004). Ölçek, Kartal ve Özsoy (2007) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada ölçeğin 5 faktörlü yapısının korunmuş olduğu görülmüştür. Aynı zamanda Cronbach α katsayısı .89 ve test-tekrar test güvenirlik katsayısı .90 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler için bulunan Cronbach α katsayıları .73 ile .86 arasında değişmektedir. Çenesiz ve Atak'ın (2007) incelediği çalışmalarda da görüldüğü gibi çalışmanın örnekleme ve kapsamı dahilinde ölçeğin yalnızca bazı alt boyutları kullanılabilir. Diyabet hastalarının hali hazırda hastalığa sahip olmaları nedeniyle hastalığa yakalanmakla ilgili olan algılanan hassasiyet alt boyutu bu çalışmada kullanılmamıştır. Benzer biçimde önerilen sağlık davranışları konusunda tip 1 diyabetlilerin erken yaşta tanı almaları ve gerçekleştirmedikleri durumda hayati tehlikeleri söz konusu olması nedeniyle bilgi sahibi olmaları beklendiğinden bu alt boyut da kullanılmamıştır. Nitekim bulgular bölümünde görülebileceği üzere sağlık okuryazarlığı puanları bu beklentiyi doğrular nitelikte yüksek skor ortalamalarıyla negatif çarpık bir dağılım oluşturmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 55 en düşük

puan 11'dir. Bu çalışmada ortalamalar kullanılarak istatistiksel analizler yürütülmüştür. Bu tez çalışmasında tüm ölçeğin Cronbach α iç tutarlık katsayısı .42 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarındaysa Cronbach α iç tutarlık katsayısı algılanan ciddiyet için .42, algılanan yarar için .86 ve algılanan engel için .74 olarak tespit edilmiştir.

Hasta Hekim İlişkisi Anketi. Hasta-hekim ilişkisini belirlemek için oluşturulan 9 maddelik anket Van der Feltz-Cornelis ve arkadaşları (2004) tarafından oluşturulmuştur. Ölçek 5'li likert tipi şeklinde derecelendirmeye sahiptir (1 = Kesinlikle Katılmıyorum; 5 = Kesinlikle Katılıyorum). Orijinal ölçek hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarında bulunan hekimlerle ilişkisini ölçmek için tasarlanmıştır fakat sonrasında başka araştırmacılar tarafından farklı medikal alanlarda kullanılmıştır (Shaker ve ark., 2011). Bu çalışmada da "Birinci basamak hekimimle hastalığım hakkında konuşabilirim" gibi birinci basamak hekim ifadesi kullanılarak oluşturulmuş maddelerin "Doktorumla hastalığım hakkında konuşabilirim" gibi doktor ifadesi kullanılmış versiyonunu kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 45, en düşük puan 9'dur. Ölçek, Mergen ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur. Bu tez çalışmasında ölçeğin Cronbach α iç tutarlık katsayısı .96 olarak tespit edilmiştir.

Kısa Sağlık Okuryazarlığı Tarama Aracı (Brief Health Literacy Screening Tool-BRIEF). Haun ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen ölçek kişilerin sağlık okur-yazarlığını ölçmeye yönelik tasarlanmıştır. 4 maddesi bulunmaktadır ve ikinci maddesi ters ölçeklendirmiştir. 5'li likert tipi şeklinde derecelendirilmiştir (1 = Kesinlikle Katılmıyorum; 5 = Kesinlikle Katılıyorum). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20, en

düşük puan 4'tür. Orijinal ölçek için yapılan çalışmalar sonucunda Cronbach α katsayısı .77 olarak bulunmuştur (Haun ve ark., 2012). Anketin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Taşkaya'nın çalışması dahilinde yapılmıştır (2014). Bu çalışmada Cronbach $\alpha = .91$ ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = .92$ olarak hesaplanmıştır. Bu tez çalışmasında ölçeğin Cronbach α iç tutarlık katsayısı .73 olarak tespit edilmiştir.

Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği. Yapılan alanyazın araştırmasında yalnızca tip 1 diyabetlilere yönelik hazırlanmış bir tedavi uyumu ölçeği bulunamadığından bu çalışmaya özgü olarak geliştirilmiştir. 5'li likert tipinde derecelendirilmiş (1 = Asla; 5 = Her zaman) ve 3'ü ters ölçeklendirilmiş toplam 20 maddeden oluşan bu ölçeğin 1 maddesi insülin pompası kullananlar için geçerli değil olarak işaretlenebilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 en düşük puan 20'dir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları bu tez çalışması kapsamında yapılmış, Cronbach α iç tutarlılık katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır.

Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş Ölçeği (Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale-WEMWBS). WEMWBS, İngiltere'de yaşayan kişilerin mental iyi oluş düzeylerini ölçmek amacıyla Tennant ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş 14 maddeden oluşan bir ölçektir. 5'li Likert tipi olan ölçek, 1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=biraz katılıyorum, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum biçiminde puanlanmaktadır. Ters ölçeklendirilen bir madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70, en düşük puan 14'tür. Ölçeğin Cronbach α katsayısı .89 ve bir hafta aralıkla yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Keldal (2015) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada faktör

analizi yürütülerek ölçeğin tek faktörlü yapısını Türkçe sürümünde de koruduğu görülmüştür. Bunun yanında Cronbach α iç tutarlık katsayısı Türkçe sürümü için .92 olarak bulunmuştur. Bu tez çalışmasında ölçeğin Cronbach α iç tutarlık katsayısı .95 olarak tespit edilmiştir.

2.3. İŞLEM

Tez önerisinin kabul edilmesinin ardından Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Etik komisyondan izin alındıktan sonra verilerin toplanabilmesi için ölçeklerin çevrimiçi versiyonları hazırlanmıştır.

Kullanılan ölçekler arasında bulunan Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği bu tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir. Ölçek için madde oluşturulmadan önce tip 1 diyabet tedavisinin önemli noktaları araştırılmış, tip 1 diyabetli bireylerle deneyimleri hakkında konuşulmuştur. Ardından ilk aşamada 17 madde oluşturulmuştur. Ölçek “1-Asla” ile “5-Her zaman” arasında değerlendirilen 5’li Likert tipi bir ölçek olarak tasarlanmıştır. Tedavi uyumuyla olumsuz olarak ilişkilendirilen maddeler (örn. “Kan şekerimi kontrol etmeyi unuturum.”) ters kodlanmıştır. Ölçeğin ilk taslak halinde bazı maddeler için “İnsülin pompası kullandığım için geçerli değil” ya da “İnsülin iğnesi kullandığım için geçerli değil” seçenekleri de bulunmaktadır. 17 maddeden oluşan taslak ölçek, kapsam geçerliliğini test etmek amacıyla 2 tip 1 diyabet hemşiresi, 1 tip 1 diyabetli akademisyen, 1 tip 1 diyabet aktivisti ve 1 tip 1 diyabet hastasına e-posta yoluyla iletilmiştir. Maddeleri değerlendirebilmeleri için her birine ölçeğin yanında bir de yargıcı formu iletilmiştir. Bu form her bir madde için iki uygunluk seçeneği (Uygun/Uygun değil) ve bir öneri bölümü içermektedir. Yargıcıların 3 uygun ve 2 uygun değil oranıyla değerlendirdikleri maddeler, öneri bölümünde belirtildiği şekilde

yeniden düzenlenmiştir. 4 uygun ve 1 uygun değil şeklinde işaretlenen maddeler de öneriler dahilinde değiştirilmiş, öneri bulunmayan maddeler için tip 1 diyabet tedavisi literatürü tekrar taranmış ve uygun olduğu düşünülen maddeler ölçekten çıkarılmamıştır. Dört yargıcının uygun bulduğu fakat bir* yargıcının uygun bulmadığı ve ölçekte değişmeden kalan bu maddeler “İnsülin dozunu yediklerime göre düzenleyebilirim”, “Alkol tüketimime dikkat ederim” ve “Bir sorun yaşamadıkça doktor kontrolüne gitmem” maddeleridir. Kalan bütün maddeler ortak karar sağlanmadığı durumlarda yapılan öneriler ışığında düzenlenmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda, araştırmacılar tarafından oluşturulan 17 madde yeni önerilen maddelerle birlikte 26 madde haline getirilmiştir. Veri toplama sırasında yapılan analizler neticesinde 4 madde ölçeğin kalanıyla uyumlu olmadığı görülerek çıkarılmıştır. Ayrıca insülin iğnesi ya da insülin pompası kullanımına özel olarak cevaplanan bazı maddeler birleştirilerek tek madde haline getirilmiştir. “İnsülin enjeksiyon iğnemi her zaman yenilerim” ve “İnsülin pompası setlerimi zamanında değiştiririm” maddeleri birleştirilmiş, “İnsülin enjeksiyon bölgemi her seferinde değiştiririm” maddesiyle de “İnsülin pompası set yerimi her yeni sette değiştiririm” maddesi birleştirilmiştir. Katılımcılardan bu maddeleri kendi kullandıkları enjeksiyon yöntemine göre cevaplamaları istenmiştir. Yapılan tüm işlemlerin sonucunda Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği 20 maddeyle son halini almıştır. 20 maddeden yalnızca 1’i insülin pompası kullananlar için geçerli değildir (“Ara öğünleri unuturum”). Bu madde özelinde “İnsülin pompası kullandığım için geçerli değil” seçeneği eklenmiş, bu seçenek puanlanırken kişilerin tüm ölçekten aldığı ortalama puan olarak hesaplanmıştır.

Ölçeklerin çevrimiçi versiyonların oluşturulması ve katılımcılara ulaşması Google Dökümanlar üzerinden gerçekleştirilmiştir. İlk olarak diyabetli bireyler için kurulmuş

vakıf ve derneklerle iletişime geçerek potansiyel katılımcılara ulaşılmaya çalışılmış fakat bağlantı kurulamadığından bazı sosyal medya platformları üzerinden (Facebook, Instagram, Twitter gibi) katılımcılara ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcılardan, kriterlere uyan başka tanıdıklarına da ulaşarak çalışmaya yönlendirmeleri istenmiştir. Ulaşılan tüm potansiyel katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiştir. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalı olduğundan ancak onam verdikleri takdirde araştırmada kullanılan ölçekleri (Demografik Bilgi Formu, Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Hasta Hekim İlişkisi Anketi, Kısa Sağlık Okuryazarlığı Tarama Aracı, Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği ve Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş Ölçeği) doldurmaları mümkün olmuştur. Tüm ölçekler internet üzerinden (Google Dökümanlar) doldurulmuş, ölçekler ve maddeler katılımcılara aynı sıra ile verilmiştir. Ölçeklerde demografik bilgiler ve hastalığa ilişkin demografik bilgiler bölümlerindeki bazı maddeler dışında boş madde bırakmak mümkün değildir. Katılımcılardan isim, soy isim ya da mail adresi gibi kimlik belirtebilecek bilgiler toplanmamış; veri toplama anonim olarak yürütülmüştür. Hedeflenen katılımcı sayısına ulaşıldığında çalışmaya internet üzerinden erişim kapatılmıştır. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından gizlilik ilkesine uygun olarak saklanmıştır. Verilerin analizi SPSS ve SPSS'in Process eklentisi kullanılarak yürütülmüştür.

3. BÖLÜM BULGULAR

Bulgular bölümünde katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları bulunmaktadır. İlk kısımda katılımcıların demografik bilgileri ve hastalığa ilişkin demografik bilgileri açısından gruplar arasında bir farklılaşma olup olmadığı incelenmiş, ardından değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmeye yönelik yürütülen korelasyon analizlerinin sonuçları değerlendirilmiştir. Sonrasında SPSS'in Process eklentisi ile çalışmanın hipotezlerini test etmek amacıyla aracı ve düzenleyici değişken analizleri yürütülmüştür.

3.1 TIP 1 DİYABET TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ

3.1.1 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeğinin Maddelerine İlişkin Analizler

Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 20 ve en yüksek puan 100'dür. Madde puanları (1) asla, (3) bazen, (5) her zaman olmak üzere likert tipi ölçek üzerinden puanlanmaktadır. Bu çalışmada analizlerde ölçek ortalamaları kullanılmıştır. Ölçek maddelerinin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'te aktarılmıştır.

Tablo 3: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeğinin Madde Ortalama ve Standart Sapmaları

Madde		Ortalama	SS	N
1	Yemeklerden önce kan şekerimi kontrol ederim.	3,94	1,20	112
2	Gece uyumaya gitmeden önce kan şekerimi kontrol ederim.	3,80	1,32	112
3 (T)	Kan şekerimi kontrol etmeyi unuturum.	3,58	1,16	112
4	İnsülin dozunu yediklerime göre düzenleyebilirim.	4,04	1,06	112
5	İnsülin dozumu hareketlilik düzeyime göre ayarlarım.	3,73	1,07	112

6 (T)	Yemeklerden önce insülin almayı unuturum.	4,27	0,88	112
7	Şekerim yükseldiğinde düzeltme insülini yaparım.	3,98	1,07	112
8	Kiloma dikkat ederim.	3,74	1,21	112
9	Yeme sıklığımı ve miktarımı iyi kontrol ederim.	3,36	1,17	112
10 (T)	Ara öğünleri unuturum. (İnsülin pompası için yok)	3,36	1,21	112
11	Yanımda kan şekerini yükseltecek yiyecekler bulundururum.	4,15	1,11	112
12	Alkol tüketimime dikkat ederim.	4,20	1,18	112
13	Düzenli egzersiz yaparım.	2,89	1,13	112
14	3 ay ara ile doktor kontrollerime giderim.	3,63	1,38	112
15	Tokluk kan şekerim 150 ile 180 arasındadır.	3,13	1,02	112
16	Açlık kan şekerim 70 ile 110 arasındadır.	3,14	1,00	112
17	Acil durumlar için yanımda diyabetli olduğumu belirten bir bilgilendirme (kâğıt, bileklik, kolye gibi) bulundururum.	2,27	1,69	112
18	Ayak bakımına dikkat ederim.	3,54	1,20	112
19	İnsülin enjeksiyon iğnemi yenilerim. /İnsülin pompası setlerimi zamanında değiştiririm.	4,35	0,84	112
20	İnsülin enjeksiyon bölgemi her seferinde değiştiririm. / İnsülin pompası set yerimi her yeni sette değiştiririm.	3,98	1,05	112

T: Ters puanlanan maddeler

Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği için madde ortalamalarına, madde varyanslarına, maddelerarası kovaryanslara ve maddelerarası korelasyonlara ait varyanslar Tablo 4'te aktarılmıştır.

Tablo 4: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği'nin Maddelerine İlişkin İstatistiksel Bilgiler

	Ortalama	En küçük	En büyük	Ranj	N
Maddeler Ortalaması	3,65	2,27	4,35	2,08	20
Maddeler Varyansı	1,35	0,70	2,85	2,15	20
Maddelerarası Kovaryansların Varyansı	0,37	-0,12	1,20	1,33	20
Maddelerarası Korelasyonların Varyansı	0,29	-0,08	0,76	0,84	20

3.1.2 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği İç Tutarlılık Analizleri

Bu çalışmanın örneklemini için testin ham puan ortalaması 73,058, standart sapması 12,932, varyansı 167,259 olarak ve iç tutarlılık kat sayısı Alfa=0.889 olarak hesaplanmıştır. Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeğinin için madde toplam korelasyonları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Madde Toplam Korelasyonları

Madde	a	b	c	d	
1	Yemeklerden önce kan şekerimi kontrol ederim.	69,12	148,29	0,60	0,874
2	Gece uyumaya gitmeden önce kan şekerimi kontrol ederim.	69,25	146,32	0,60	0,873
3 (T)	Kan şekerimi kontrol etmeyi unuturum.	69,48	149,09	0,59	0,874
4	İnsülin dozunu yediklerime göre düzenleyebilirim.	69,02	152,41	0,52	0,876
5	İnsülin dozumu hareketlilik düzeyime göre ayarlarım.	69,33	152,66	0,51	0,877
6 (T)	Yemeklerden önce insülin almayı unuturum.	68,79	157,70	0,40	0,880
7	Şekerim yükseldiğinde düzeltme insülini yaparım.	69,08	161,07	0,19	0,886
8	Kiloma dikkat ederim.	69,32	150,23	0,52	0,876
9	Yeme sıklığımı ve miktarımı iyi kontrol ederim.	69,70	146,92	0,67	0,871
10 (T)	Ara öğünleri unuturum. (İnsülin pompası için yok)	69,70	152,36	0,45	0,879
11	Yanımda kan şekerini yükseltecek yiyecekler bulundururum.	68,91	151,72	0,52	0,876
12	Alkol tüketimime dikkat ederim.	68,86	154,38	0,39	0,880
13	Düzenli egzersiz yaparım.	70,17	154,25	0,42	0,880
14	3 ay ara ile doktor kontrollerime giderim.	69,43	151,18	0,42	0,880
15	Tokluk kan şekerim 150 ile 180 arasındadır.	69,93	149,05	0,69	0,872

16	Açlık kan şekeri 70 ile 110 arasındadır.	69,92	150,15	0,66	0,873
17	Acil durumlar için yanımda diyabetli olduğumu belirten bir bilgilendirme (kâğıt, bileklik, kolye gibi) bulundururum.	70,79	151,59	0,31	0,887
18	Ayak bakımına dikkat ederim.	69,52	153,75	0,41	0,880
19	İnsülin enjeksiyon iğnemi yenilerim. /İnsülin pompası setlerimi zamanında değiştiririm.	68,71	156,61	0,48	0,878
20	İnsülin enjeksiyon bölgemi her seferinde değiştiririm. / İnsülin pompası set yerimi her yeni sette değiştiririm.	69,08	147,94	0,71	0,871

a: Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması; b: Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı; c: Düzeltmiş Madde Toplam Korelasyonu; d: Madde Çıkarıldığında Alfa Değeri

Sonuçlar madde 7 “Şekerim yükseldiğinde düzeltme insülini yaparım.” dışındaki tüm maddelerin ölçek bütünlüğüne yeterli düzeyde katkı sağladığına (madde toplam korelasyonu .30’un üzerinde) işaret etmiştir. Madde toplam korelasyonu düşük olmasına karşın değerli bilgiler sağladığı düşünüldüğü için madde 7’nin ölçekte tutulmasına karar verilmiştir.

3.1.3 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Geçerlik Analizleri

Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği için yarı test güvenilirliği için Spearman-Brown katsayısı 0.868 olarak hesaplanmıştır. Eşit iki yarı arasındaki korelasyon 0.767 olarak tespit edilmiştir.

3.1.4 Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Açımlayıcı Faktör Çözümlemesi

Alt testlerin bir ya da daha fazla anlamlı puan grubu (faktör) oluşturup oluşturamadığını değerlendirmek için *Principle Component Analiz (PCA)* yöntemi kullanılmıştır. Veri setinin *PCA* için uygunluğunun değerlendirilmesinde, *Bartlett testi (Bartlett's Test of Sphericity)* ve *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* oranı dikkate alınmıştır. *Bartlett testi*, korelasyon matrisinde değişkenlerin en azından bir kısmı arasında yüksek oranlı

korelasyonlar olduğu ihtimalini test eder. Bu değerin anlamlılığı, yani Sig. değeri 0,10 ve daha üzerindeyse bu datalarla faktör analizi yapmanın uygun olmadığı söylenebilir. *KMO örnek yeterliliğinin ölçütü*, gözlenen korelasyon katsayısının büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir ve bu oranın 0,50'den büyük olması gerekir. *KMO* oranı ne kadar büyük olursa, veri seti *PCA* yapmak için o kadar uygundur denilebilir. Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0,833 olarak hesaplanmış ve Bartlett's Test of Sphericity ki kare değerinin 978,73 anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<.000$). Bu bulgular çerçevesinde veri setinin *PCA* için uygunluğu kararına varılmıştır.

Tablo 6: Üç Faktörlü Çözümleme ve Varimax Rotasyonu Temel Alan Faktör Yükleri

Madde	Faktör Yükleri			
	1	2	3	
Faktör 1: Kan Şekerini Takibi				
1	Yemeklerden önce kan şekerimi kontrol ederim.	0,829	0,125	0,125
2	Gece uyumaya gitmeden önce kan şekerimi kontrol ederim.	0,820	0,296	
3	Kan şekerimi kontrol etmeyi unuturum.	0,795		0,280
11	Yanımda kan şekerini yükseltecek yiyecekler bulundururum.	0,552	0,315	0,149
20	İnsülin enjeksiyon bölgemi her seferinde değiştiririm. /İnsülin pompası set yerimi her yeni sette değiştiririm.	0,539	0,446	0,348
6	Yemeklerden önce insülin almayı unuturum.	0,531		0,274
14	3 ay ara ile doktor kontrollerime giderim.	0,435		0,403
17	Acil durumlar için yanımda diyabetli olduğumu belirten bir bilgilendirme (kağıt, bileklik, kolye gibi) bulundururum.	0,291	0,211	

Faktör 2: İnsülin Takibi

4	İnsülin dozunu yediklerime göre düzenleyebilirim.		0,847	0,119
5	İnsülin dozumu hareketlilik düzeyime göre ayarlarım.		0,754	0,272
7	Şekerim yükseldiğinde düzeltme insülini yaparım.		0,591	-0,271
19	İnsülin enjeksiyon iğnemi yenilerim. / İnsülin pompası setlerimi zamanında değiştiririm.	0,284	0,545	0,127
18	Ayak bakımına dikkat ederim.		0,432	0,320
12	Alkol tüketimime dikkat ederim.	0,156	0,394	0,294

Faktör 3: Diyet Takibi

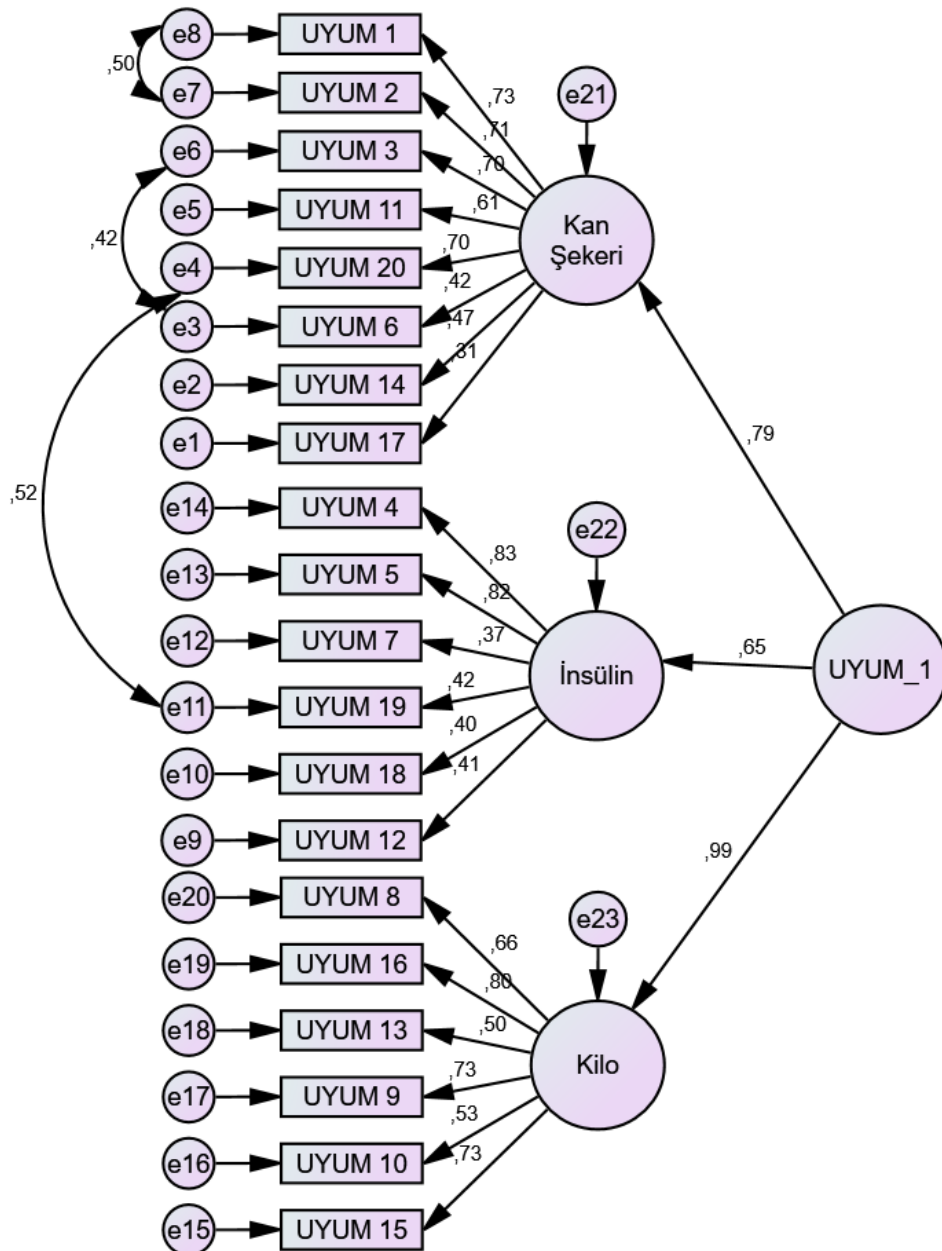
8	Kiloma dikkat ederim.	0,102	0,221	0,729
16	Açlık kan şekerim 70 ile 110 arasındadır.	0,293	0,265	0,708
13	Düzenli egzersiz yaparım.	0,131		0,639
9	Yeme sıklığımı ve miktarımı iyi kontrol ederim.	0,167	0,534	0,602
10	Ara öğünleri unuturum. (insilin pompası için yok)	0,325		0,538
15	Tokluk kan şekerim 150 ile 180 arasındadır.	0,452	0,378	0,464

Faktörleştirme Metodu: Temel Bileşenler Analizi.

Döndürme Metodu: Kaiser Normalleştirilmesiyle Varimax Dik Döndürme Tekniği.

a. Döndürme 6 yinelemede birleştirildi.

Şekil 1: Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Çözümlemesi



3.2 DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların yansıtıcı işleyiş, hastalığa ilişkin inanç, hekim ilişkisi, sağlık okuryazarlığı, iyi oluş ve tedavi uyumu puanlarının cinsiyet, eğitim ya da enjeksiyon tipi gibi çeşitli demografik bilgiler özelinde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için ANOVA ve bağımsız örneklemeler için t testleri yürütülmüştür.

Cinsiyete bağlı anlamlı farklılıkları tespit edebilmek için bağımsız örneklemeler için t testleri hesaplanmıştır. Analiz sonuçları herhangi bir değişken için cinsiyetin anlamlı fark yaratmadığına işaret etmiştir ($p>.05$). Kadın ve erkek katılımcılara ilişkin ölçek ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Kadın ve Erkek Katılımcıların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Ölçümler	Kadın (n=91)		Erkek (n=21)	
	Ort	SS	Ort	SS
Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	25,20	13,31	26,34	18,26
Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	16,09	11,76	14,05	12,27
SİM Algılanan Ciddiyet	3,41	0,78	3,48	0,86
SİM Algılanan Yarar	3,93	1,04	3,75	1,15
SİM Algılanan Engel	3,11	1,02	2,80	1,11
SİM Toplam	3,44	0,47	3,30	0,54
Tedavi Uyumu	3,68	0,64	3,55	0,69

İyi Oluş	47,98	13,51	49,10	13,74
Hasta-Hekim İlişkisi	3,55	1,05	3,49	1,17
Sağlık Okuryazarlığı	18,84	2,10	18,81	2,10

Katılımcıların yansıtıcı işleyiş, sağlık inanç modeli, iyi oluş, hasta hekim ilişkisi, tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı gibi değişkenlerden aldıkları puanların eğitim seviyelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. ANOVA'nın varyansların homojenliği varsayımı sağlık okuryazarlığı, tedavi uyumu ve sağlık inanç modeli toplam puanları dışındaki değişkenler için sağlanmış olup, varsayımı karşılamayan değişkenler için Welch testi uygulanmış ve Games-Howell karşılaştırmaları üzerinden değerlendirmeleri yapılmıştır. ANOVA yürütülen değişkenler için bulgular eğitim düzeylerine göre farklılaşma olmadığını ortaya koymuştur. Welch testi sonuçlarına göre de hiçbir değişken eğitim seviyelerine göre farklılık göstermemektedir. ANOVA ve Welch testi sonuçlarına Tablo 8'de yer verilmiştir.

Tablo 8: Eğitim Seviyelerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Welch Test Sonuçları

Ölçümler	Lise		Üniversite		YL/Doktora		ANOVA		
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	F	df	η^2
1. Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	19.06	12.61	15.57	11.53	13.20	12.09	1.18	2,109	.02
2. Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	28	15.94	24.01	13.60	28.25	15.16	10.05	2,109	.02
3. İyi Oluş	46.50	14.80	47.03	12.74	54	14.21	2.32	2,109	.04

4. SİM Algılanan Ciddiyet	3.25	.72	3.45	.83	3.49	.74	.54	2,109	.01
5. SİM Algılanan Yarar	3.39	1.24	4.03	.98	3.83	1.06	2.80	2,109	.05
6. SİM Algılanan Engel	3.11	1.11	3.04	1.09	3.04	.80	.04	2,109	.00
7. Hasta-Hekim İlişkisi	3.65	1.02	3.55	1.06	3.39	1.16	.30	2,109	.01
Welch	Lise		Üniversite		YL/Doktora		ANOVA		
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	Statistic ^a	df	η^2
1. Tedavi Uyumu	3.49	.88	3.67	.62	3.74	.47	2.16	2,36.48	.01
2. SİM Toplam	3.24	.38	3.46	.54	3.42	.33	.60	2,34.26	.02
3. Sağlık Okuryazarlığı	17.94	2.62	18.91	2.11	19.35	1.35	2.12	2,41.91	.02
* $p < .05$, ** $p < .01$									

Eğitim seviyelerinin yanında katılımcıların ekonomik durumlarına göre aldıkları puanlarda bir farklılaşma olup olmadığını test etmek amacıyla da tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Sağlık okuryazarlığı, hasta hekim ilişkisi, yansıtıcı işleyiş belirsizlik ve sağlık inanç modeli değişkenleri için varyansların homojenliği varsayımı sağlanamadığından Welch testi yürütülmüş ve karşılaştırmalar için Games-Howell post hoc testi kullanılmıştır. Kalan değişkenler için ANOVA bulguları ve Tukey post hoc testi incelenmiştir. Bulgular, yansıtıcı işleyiş belirsizlik puanlarında gelir seviyesine göre büyük etki büyüklüğüyle bir farklılaşma olduğunu göstermektedir ($F(3, 31.90) = 7.93, p < .000, \eta^2 = .16$). Games-Howell post hoc karşılaştırmaları, orta-üst gelir seviyesindeki katılımcıların yansıtıcı işleyiş belirsizlik puanlarının ($Ort. = 9.25, SH = 1.21$), hem orta gelir seviyesindeki katılımcıların ($Ort. = 16.62, SH = 1.78$) hem alt-orta gelir seviyesindeki katılımcıların ($Ort. = 18.25, SH = 2.45$) hem de alt gelir seviyesindeki

katılımcıların ($Ort. = 20.56, SH = 2.97$) puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğunu göstermektedir. Diğer grupların kendi aralarında anlamlı bir farklılaşma bulunmasa da alınan puanların gelir seviyesiyle zıt yönde ve paralel yükselmesi dikkat çekmektedir. Ayrıca hasta-hekim ilişkisinin de gelir seviyesine göre farklılaştığı görülmektedir ($F(3, 31.07) = 3.49, p = .027, \eta^2 = .06$). Öte yandan Games-Howell post hoc karşılaştırmalarında bu farklılaşmayı ortaya koyan anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Gelir seviyelerine göre farklılaşma gözlenen bir diğer değişken tedavi uyumudur ($F(3, 108) = 3.33, p = .022, \eta^2 = .08$). Tukey post hoc bulguları, alt gelir seviyesindeki katılımcıların tedavi uyumlarının ($Ort. = 3.04, SH = 2.70$), hem orta gelir seviyesindeki katılımcılara ($Ort. = 3.74, SH = .08$) hem de orta-üst gelir seviyesindeki katılımcılara göre ($Ort. = 3.71, SH = .10$) daha düşük olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte iyi oluş puanlarında da gelir seviyesine göre büyük etki büyüklüğü ile farklılaşma olduğu görülmektedir ($F(3, 108) = 5.14, p = .002, \eta^2 = .12$). Tukey post hoc testi bulgularına göre, orta-üst gelir seviyesindeki katılımcıların iyi oluş puanları ($Ort. = 55.34, SH = 1.77$) alt gelir seviyesindeki katılımcılara göre ($Ort. = 36.44, SH = 3.68$) daha yüksektir. Gelir seviyelerinin çalışmanın değişkenleri özelinde karşılaştırmalarının yapıldığı bu ANOVA ve Welch testi sonuçlarına Tablo 9'dan ulaşılabilir.

Tablo 9: Gelir Seviyelerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Welch Test Sonuçları

Ölçümler	Alt		Alt-Orta		Orta		Orta-Üst		ANOVA			
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	F	df	η^2	
1. Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	22.56	13.57	26.21	15.69	24.13	14.52	28.63	5	12.6	.69	3,108	.02
2. Tedavi Uyumu	3.04	0.81	3.62	0.71	3.74	0.61	3.71	0.47	3.33*		3,108	.08
3. İyi Oluş	36.44	11.05	46.92	13.36	47.55	14.20	55.33	8.69	5.14**		3,108	.12
4. SİM Algılanan Ciddiyet	3.61	0.81	3.43	0.93	3.40	0.79	3.43	0.71	0.19		3,108	.01
5. SİM Algılanan Yarar	3.67	1.32	3.81	1.36	4	0.92	3.82	0.94	0.41		3,108	.01

6. SİM											
Algılanan Engel	2.78	1.30	2.95	1.30	3.13	0.92	3.08	0.94	0.39	3,108	.01
Welch	Alt		Alt-Orta		Orta		Orta-Üst		ANOVA		
	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	Statistic ^a	df	η^2
1. Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	20.56	8.92	18.25	12	16.62	13.16	9.25	5.91	7.93**	3,31.90	.16
2. SİM Toplam	3.32	0.47	3.36	0.65	3.46	0.43	3.41	0.45	.37	3,29.49	.02
3. Hasta-Hekim İlişkisi	2.93	1.11	3.42	0.92	3.50	1.18	3.98	0.73	3.49*	3,31.07	.06
4. Sağlık Okuryazarlığı	17.44	3.17	18.54	2.45	19	2.04	19.25	1.15	1.31	3,29.13	.01

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

Ayrıca diyabet nedeniyle ekonomik zorluk yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında da çalışmanın değişkenleri açısından bir farklılaşmanın bulunup bulunmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem için t testi uygulanmıştır. Diyabet nedeniyle ekonomik zorluk yaşayanların hasta hekim ilişkisi puanlarının ($Ort.= 3.38$, $SS = 1.07$) diyabet nedeniyle ekonomik zorluk yaşamayanlara göre ($Ort.= 3.87$, $SS = .99$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmektedir [$t(110) = -2.34$, $p = .021$]. Bununla birlikte, diyabet nedeniyle ekonomik zorluk yaşayanların iyi oluş puanlarının ($Ort.= 46.41$, $SS = 14.34$) diyabet nedeniyle ekonomik zorluk yaşamayanlara göre ($Ort.= 51.78$, $SS = 10.93$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmektedir [$t(91.150) = -2.20$, $p = .030$]. Analizin bulgularına göre diyabet nedeniyle ekonomik zorluk yaşamak ya da yaşamamak diğer değişkenlerde farklılaşmamaktadır.

3.3 HASTALIĞA İLİŞKİN DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların insülin enjeksiyon yöntemlerinin değişkenler özelinde bir farklılaşma oluşturup oluşturmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılması planlanmış fakat “şırınga ile enjeksiyon” grubunun 3 katılımcıdan oluşması istatistiksel

gücü düşürdüğü ve analizin çıkarımının hatalı olma ihtimalini arttırdığı için kalan iki grup olan “insülin kalemi” kullananlar ve “insülin pompası” kullananlar yine bağımsız örneklem için t testi yürütülerek karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda t testi bulguları, insülin pompası kullananların ($Ort.= 3.86, SS = .70$) insülin kalemi kullananlara göre ($Ort.=3.57, SS = .62$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek tedavi uyumuna sahip olduğunu göstermektedir [$t(107) = 2.16, p = .033$]. Benzer şekilde insülin pompası kullananların son HbA1c ölçümleri ($Ort.=7.10, SS = 1.56$) insülin kalemi kullananlara göre ($Ort.=7.79, SS = 1.47$) anlamlı ölçüde daha düşüktür [$t(104) = -2.15, p = .034$]. Diğer değişkenleri de içeren t testi bulguları incelendiğinde insülin enjeksiyon yönteminin anlamlı bir farklılaşmaya neden olmadığı görülmektedir. İnsülin pompası ve insülin kalemi gruplarının diğer değişkenleri de içeren t testi bulgularına Tablo 10’da yer verilmektedir.

Tablo 10: İnsülin Enjeksiyon Yöntemi Özelinde T-testi Sonuçları

Ölçümler	İnsülin Pompası (n=31)		İnsülin Kalemi (n=78)		t	p	Cohen’s d
	Ort	SS	Ort	SS			
Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	13.12	11.07	16.83	12.19	1.47	.15	-.28
Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	27.16	11.48	24.81	15.04	.78	.44	.15
Tedavi Uyumu	3.86	.70	3.57	.62	2.16	.03*	.42
İyi Oluş	50.10	16.42	47.20	12.20	1.01	.31	.20
SİM Toplam	3.50	.47	3.39	.47	1.10	.27	.21
SİM Algılanan Ciddiyet	3.44	.84	3.42	.80	.07	.94	.01

SİM Algılanan Yarar	3.91	1.20	3.91	1.00	.02	.99	.003
SİM Algılanan Engel	3.27	0.98	2.96	1.05	1.38	.17	.27
Hasta-Hekim İlişkisi	3.61	1.24	3.48	1.00	.56	.58	.11
Sağlık Okuryazarlığı	18.97	2.09	18.77	2.16	.44	.66	.08
Son HbA1c Ölçümü	7.10	1.56	7.79	1.47	2.15	.04*	-.42

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

Ailede diyabetli başka bir bireyin olmasının değişkenlerden alınan puanlarda bir farklılaşma yaratıp yaratmadığını incelemek için de bağımsız örneklem için t testi yürütülmüştür. Bulgular, ailesinde diyabetli başka bir birey bulunanların tedavi uyumlarının ($Ort.= 3.48$, $SS = .65$) ailesinde başka bir diyabetli bulunmayanlara göre ($Ort.= 3.75$, $SS = .63$) daha düşük olduğunu göstermektedir [$t(110) = -2.155$, $p = .033$]. Katılımcıların ailesinde başka bir diyabetli olması özelinde t-testi sonuçlarına Tablo 11’de yer verilmiştir.

Tablo 11: Ailesinde Başka Bir Diyabetli Olması Özelinde T-testi Sonuçları

Ölçümler	Ailesinde Diyabetli Olan (n=39)		Ailesinde Diyabetli Olmayan (n=73)		t	p	Cohen’s d
	Ort	SS	Ort	SS			
Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	18.25	12.74	14.34	11.16	1.68	.10	.32
Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	23.87	13.19	26.23	14.85	.83	.41	-.16
Tedavi Uyumu	3.48	.65	3.75	.63	2.16	.03*	-.41
İyi Oluş	46.67	15.27	49.00	12.49	.87	.39	-.17

SİM Toplam	3.32	.39	3.47	.53	1.53	.13	-.29
SİM Algılanan Ciddiyet	3.41	.72	3.43	.84	.16	.88	-.03
SİM Algılanan Yarar	3.73	1.14	3.98	1.01	1.22	.23	-.23
SİM Algılanan Engel	2.93	0.99	3.12	1.06	.91	.37	-.17
Hasta-Hekim İlişkisi	3.48	1.14	3.57	1.03	.40	.69	-.08
Sağlık Okuryazarlığı	18.56	2.23	18.97	2.05	.97	.33	-.18
Son HbA1c Ölçümü	7.66	1.84	7.46	1.38	.66	.51	.13

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

Son bir ayda diyabet nedeniyle hastane ve acil servis dışındaki poliklinik vb. sağlık birimine başvuran katılımcılarla başvurmayanlar arasındaki farklılaşmaları incelemek için yine bağımsız örneklem için t testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda bulgular iki grup arasında hiçbir değişken özelinde bir farklılaşma bulunmadığını göstermektedir.

Bununla birlikte son bir ayda diyabet nedeniyle acil servise başvuran katılımcılarla başvurmayan katılımcıların puanları arasındaki farklılaşmayı incelemek için bağımsız örneklem için t testi yürütülmüştür. Analizin sonuçları, bu iki grup arasında da hiçbir değişken açısından bir farklılaşma olmadığını ortaya koymuştur.

3.4 ÇALIŞMANIN DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN KORELASYON ANALİZİ BULGULARI

Yapılan Pearson korelasyon analizi bulguları çalışmanın değişkenleri arasındaki korelasyonların kat sayılarının .01 ile .69 arasında değiştiğini göstermektedir. Tablo 12’de değişkenler arasındaki korelasyon kat sayıları gösterilmektedir.

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun diğer değişkenlerle arasındaki korelasyon ilişkileri incelendiğinde, yansıtıcı işleyiş kesinlik ($r = -.49$, $p < .000$), tedavi uyumu ($r = -$

.32, $p = .001$), iyi oluş ($r = -.45, p < .000$), sağlık inanç modeli ($r = -.28, p = .003$), algılanan yarar ($r = -.37, p < .000$), algılanan engel ($r = -.21, p = .025$) ve hasta-hekim ilişkisi ($r = -.28, p = .003$) ile negatif yönlü anlamlı ilişkileri olduğu görülmektedir.

Yansıtıcı işleyişin kesinlik alt boyutunun diğer değişkenlerle korelasyonu incelendiğinde tedavi uyumu ($r = .21, p = .026$) ve iyi oluş ($r = .28, p = .003$) ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki görülmektedir.

Tedavi uyumuyla ilgili bulgular incelendiğinde algılanan ciddiyet ($r = -.28, p = .003$) ve son HbA1c ölçümü ($r = -.32, p = .001$) ile negatif yönlü anlamlı bir ilişkisi, iyi oluş ($r = .53, p < .000$), sağlık inanç modeli ($r = .47, p < .000$), algılanan yarar ($r = .53, p < .000$), algılanan engel ($r = .41, p < .000$), hasta-hekim ilişkisi ($r = .40, p < .000$) ve sağlık okuryazarlığıyla ($r = .28, p = .003$) pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi bulunduğu görülmektedir.

Aynı zamanda bulgular, iyi oluşun, sağlık inanç modeli ($r = .44, p < .000$), algılanan yarar ($r = .55, p < .000$), algılanan engel ($r = .30, p = .001$) ve hasta-hekim ilişkisi ($r = .46, p < .000$) ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisinin, algılanan ciddiyet ($r = -.21, p = .028$) ve son HbA1c ölçümü ($r = -.20, p = .038$) ile negatif yönlü anlamlı ilişkilerinin olduğunu göstermektedir.

Bunun yanında sağlık inanç modelinin, algılanan ciddiyet ($r = .19, p = .042$), algılanan yarar ($r = .69, p < .000$), algılanan engel ($r = .62, p < .000$), hasta-hekim ilişkisi ($r = .23, p = .015$) ve sağlık okuryazarlığı ($r = .31, p = .001$) ile arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkileri bulunmaktadır.

Ayrıca sağlık inanç modelinin alt boyutu olan algılanan ciddiyetin, bir diğer alt boyut olan algılanan engel ($r = -.45, p < .000$) ile arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Algılanan yararın ise algılanan engel ($r = .19, p = .046$), hasta hekim ilişkisi ($r = .44, p < .000$) ve sağlık okuryazarlığı ($r = .29, p = .002$) ile arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

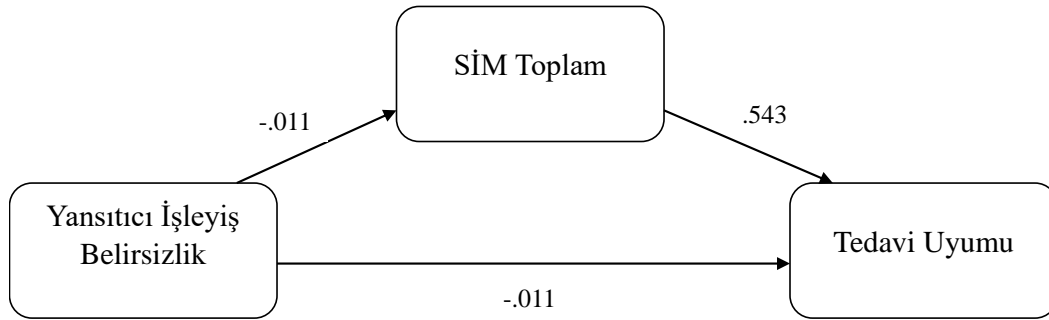
Sağlık inanç modelinin son alt boyutu olan algılanan engelin sağlık okuryazarlığı ($r = .19$, $p = .049$) ile arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunurken son HbA1c ölçümü ($r = -.35$, $p < .000$) ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 12: Araştırmanın Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişken	<i>n</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Yansıtıcı İşleyiş Belirsizlik	112	15.71	11.83	—										
2. Yansıtıcı İşleyiş Kesinlik	112	25.41	14.28	-.49**	—									
3. Tedavi Uyumu	112	3.65	.646	-.32**	.21*	—								
4. İyi Oluş	112	48.19	13.50	-.45**	.28**	.53**	—							
5. SİM Toplam	112	3.42	.49	-.28**	.09	.47**	.44**	—						
6. SİM Algılanan Ciddiyet	112	3.43	.80	.18	-.05	-.28**	-.21*	.19*	—					
7. SİM Algılanan Yarar	112	3.89	1.06	-.37**	.07	.53**	.55**	.69**	-.09	—				
8. SİM Algılanan Engel	112	3.05	1.04	-.21*	.10	.41**	.30**	.62**	-.45**	.19*	—			
9. Hasta-Hekim İlişkisi	112	3.54	1.06	-.28**	.10	.40**	.46**	.23*	-.18	.44**	.10	—		
10. Sağlık Okuryazarlığı	112	18.83	2.12	-.11	.02	.28**	.14	.31**	-.01	.29**	.19*	.16	—	
11. Son HbA1c Ölçümü	109	7.53	1.55	.14	-.10	-.32**	-.20*	-.19	.14	.01	-.35**	-.04	.01	—

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

Şekil 2: Aracı Değişken Modeli



3.5.2 Metabolik Kontrolü Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi

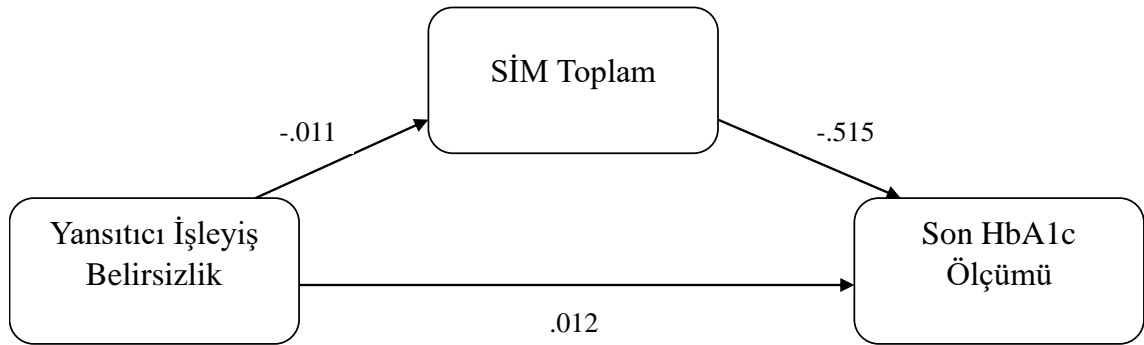
Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutuyla son HbA1c ölçümü arasındaki ilişkide sağlık inançlarının aracı rolünü incelemek için basit aracı değişken analizi yürütülmüştür. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ile sağlık inanç modeli arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($a = -.011$) bulunurken sağlık inanç modeli ile son HbA1c ölçümü arasındaki negatif yönlü ilişki ($b = -.515$) istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu nedenle yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ile son HbA1c ölçümü arasındaki ilişkide sağlık inançlarının aracılığının bulunmadığı görülmektedir. Aracı değişken modeli Şekil 4'te analiz sonuçları Tablo 14'te görülmektedir.

Tablo 14: Aracı Değişken Analizi Sonuçları

Değişkenler	M (SİM Toplam)				Y (HbA1c)					
	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β		
X (Yİ Belirsizlik)	<i>a</i>	-.011	.004	.003**	-.278	<i>c'</i>	.012	.013*	.352	.093
M (SİM Toplam)	-	-	-	-	<i>b</i>	-.515	.316	.106	-.161	
							$R^2=.078$			$R^2=.043$
							$F(1,107)=8.99, p=.003$			$F(2,106)=2.378, p=.098$

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

Şekil 3: Aracı Değişken Modeli



3.5.3 İyi Oluşu Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi

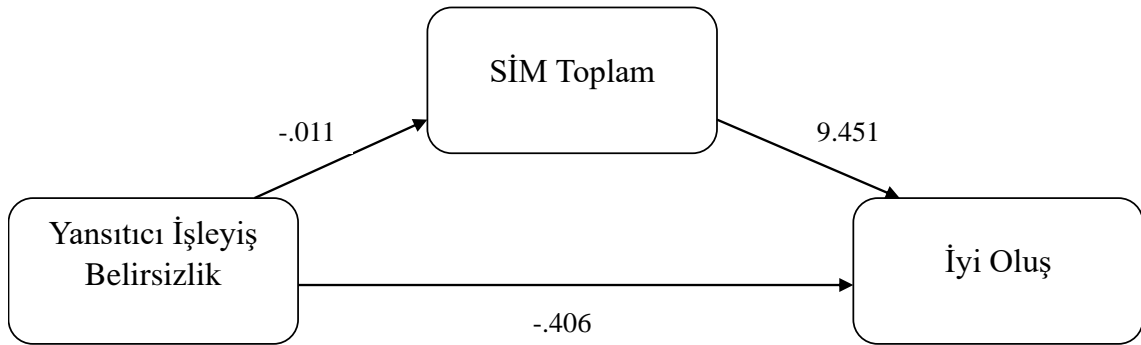
Yürütülen basit aracı değişken analizinin sonuçları yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutuyla iyi oluş arasındaki ilişkide sağlık inançlarının aracı rolü olduğunu göstermektedir. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ile sağlık inanç modeli arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($a = -0.011$), sağlık inanç modeli ile iyi oluş arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($b = 9.451$) bulunmaktadır. Dolaylı etki ($ab = -0.108$) için yeniden örnekleme (5000 yeniden örnekleme) güven aralığı 0'ı içermediğinden (GA[-.214,-.029]) sağlık inanç modelinin, yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ile iyi oluş arasındaki ilişkideki aracı rolünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Aracı değişken modeli Şekil 3'te analiz sonuçları Tablo 15'te görülmektedir.

Tablo 15: Aracı Değişken Analizi Sonuçları

Değişkenler	M (SİM Toplam)				Y (İyi Oluş)			
	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β
X (Yİ Belirsizlik)	<i>a</i> -0.011	.004	.003**	-0.277	<i>c'</i> -0.406	.095	.000**	-0.356
M (SİM Toplam)	-	-	-		<i>b</i> 9.451	2.292	.000**	.341
	$R^2=.077$				$R^2=.310$			
	$F(1,110)=9.114, p=.003$				$F(2,109)=24.523, p<.000$			

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

Şekil 4: Aracı Değişken Modeli



3.5.4 Hasta-Hekim İlişisini Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi

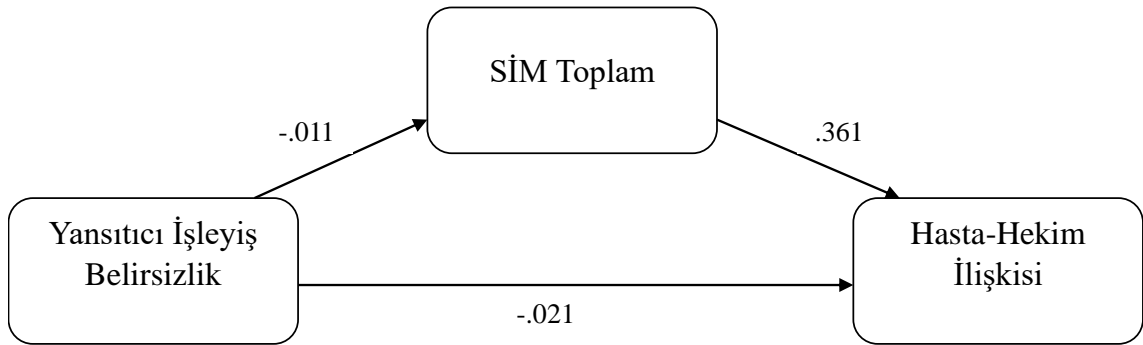
Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutuyla hasta-hekim ilişkisi arasındaki ilişkide sağlık inançlarının aracı rolünü incelemek için basit aracı değişken analizi yürütülmüştür. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ile sağlık inanç modeli arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($a = -.011$) bulunurken sağlık inanç modeli ile hasta-hekim ilişkisi arasındaki pozitif yönlü ilişki ($b = .361$) istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu nedenle yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ile hasta-hekim ilişkisi arasındaki ilişkide sağlık inançlarının aracılığının bulunmadığı görülmektedir. Aracı değişken modeli Şekil 5'te analiz sonuçları Tablo 16'da görülmektedir.

Tablo 16: Aracı Değişken Analizi Sonuçları

Değişkenler	M (SİM Toplam)				Y (Hasta-Hekim İlişkisi)					
	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β		
X (Yİ Belirsizlik)	<i>a</i>	-.011	.004	.003**	-.277	<i>c'</i>	-.021	.009**	.015	-.233
M (SİM Toplam)	-	-	-	-	<i>b</i>	.361	.206	.083	.165	
		$R^2=.077$				$R^2=.255$				
		$F(1,110)=9.114, p=.003$				$F(2,109)=6.262, p=.003$				

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

Şekil 5: Aracı Değişken Modeli



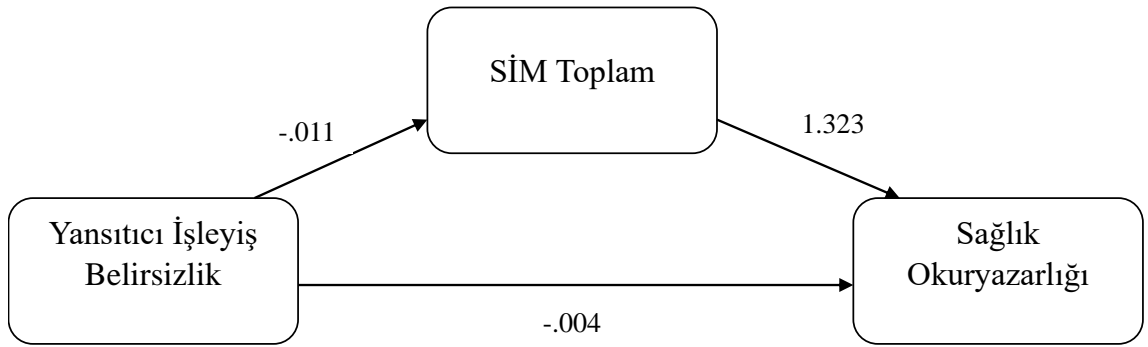
3.5.5 Sağlık Okuryazarlığını Yordamaya Yönelik Aracı Değişken Analizi

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutuyla sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkide sağlık inançlarının aracı rolünü incelemek için basit aracı değişken analizi yürütülmüştür. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu ile sağlık inanç modeli arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($a = -.011$) bulunurken sağlık inanç modeli ile sağlık okuryazarlığı arasındaki pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($b = 1.323$) bulunmaktadır. Öte yandan aracı değişken analize dahil edilmediğinde yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu sağlık okuryazarlığını anlamlı bir şekilde yordayamamaktadır ($B = -.019, p = .258$). Bu nedenle dolaylı etki anlamlı olsa da ($ab = -.015, GA [-.031, -.004]$) Baron ve Kenny'nin (1986) kurallarına göre bu ilişkide aracılıktan bahsedilemez. Aracı değişken modeli Şekil 6'da analiz sonuçları Tablo 17'de görülmektedir.

Tablo 17: Aracı Değişken Analizi Sonuçları

Değişkenler	M (SİM Toplam)				Y (Sağlık Okuryazarlığı)					
	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>p</i>	β		
X (Yİ Belirsizlik)	<i>a</i>	-.011	.004	.003**	-.277	<i>c'</i>	-.004	.017*	.804	-.024
M (SİM Toplam)	-	-	-	-	<i>b</i>	1.323	.411	.002	.305	
		$R^2=.077$				$R^2=.097$				
		$F(1,110)=9.114, p=.003$				$F(2,109)=5.873, p=.004$				

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

Şekil 6: Aracı Değişken Modeli

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının amacı kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin yansıtıcı işleyişlerinin ve sağlık inançlarının hastalıkla ilişkili olan tedavi uyumu, metabolik kontrol, iyi oluş gibi değişkenlerle ilişkilerini incelemektir. Bu bölümde bu ilişkileri incelemek amacıyla yürütülen analizlerin bulguları ve bu bulguların değerlendirmelerine yer verilmiştir. Öncelikle demografik bilgiler ve hastalığa ilişkin demografik bilgiler ile ilgili bulgulara değinilmiş daha sonrasında çalışmanın odağı olan diğer değişkenlere ilişkin analiz sonuçları üzerinde tartışma ve değerlendirmelere yer verilmiştir. Sonrasında araştırmanın sınırlılıkları, güçlü yönleri, sağlık psikolojisi ve klinik psikoloji yönünden yapılan uygulamalara katabilecekleri ve bu alanda yapılacak başka araştırmalar için öneriler ve değerlendirmeler bulunmaktadır.

4.1 TIP 1 DİYABET TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeğinin kullanıma uygunluğuyla ilgili yürütülen analizlerin bulguları bu ölçeğin kullanıma uygun olduğunu göstermektedir. Kullanılan maddelerin her biri için ölçekten çıkarılması Alfa değerinde bir düşüşe neden olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında gereksiz bir maddenin bulunmadığı söylenebilir. Faktör analizlerinin bulguları incelendiğindeyse ölçek için kan şekeri takibi, insülin takibi ve diyet takibi olmak üzere 3 faktörlü yapının en uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Bu yapı baz alınarak ölçeğin gelecekteki kullanımlarında faktörler ayrıca puanlanarak kişinin tedavinin hangi alanında uyumsuzluk yaşadığını tespit etmek için kullanılabilir. Ölçeğin tip 1 diyabet alanında yapılan akademik ve uygulamalı çalışmalarda, hasta-doktor görüşmelerinde, tip 1 diyabetlilerin tedavi uyumları hakkında sayısal bir norm oluşturmak için kullanılabileceği öngörülmektedir.

4.2 DEMOGRAFİK BİLGİLERE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cinsiyet ve eğitim seviyelerine ilişkin bulgular incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamış olsa da katılımcıların ekonomik durumları değişkenler üzerinde bir

farklılaşmaya yol açmaktadır. Ekonomik durumları daha iyi olan katılımcıların tedavi uyumu ve iyi oluşla negatif ilişkilenen yansıtıcı işleyiş belirsizlik alt ölçeğinde daha düşük skorlar aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte tedavi uyumları, iyi oluşları ve hasta-hekim ilişkileri de diğer gruplara göre daha yüksektir. Bu durum beklenmedik bir sonuç değildir. Ekonomik gücün tedaviyi sürdürmede kolaylık sağlayan aparat ve kişilere ulaşımı kolaylaştırması bu duruma etki eden unsurlardan biri olarak ele alınabilir. Ülkemizde bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı çıkması, insülin pompası temini ve diyabet tedavisine devlet desteği gibi konularda çalışmaların artırılmasının diyabetli bireylerin hayatına ne kadar olumlu etki edebileceğini de ortaya koymaktadır.

Ekonomik durumun etkilemesi beklenen bir özellik olan diyabet nedeniyle ekonomik zorluk yaşamak da hem hasta-hekim ilişkisini hem de kişilerin iyi oluşlarını etkilemektedir. Bu sonuç da araştırmanın beklenen çıktıları arasındadır.

4.3 HASTALIĞA İLİŞKİN DEMOGRAFİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastalığa ilişkin bulgular arasında kişilerin tedavilerini ve hayatını en çok etkilemesi beklenen başlıklardan biri insülin enjeksiyon yöntemidir. Enjeksiyonu kolaylaştıran ve daha modern bir yöntem olan insülin pompası kullanmanın insülin kalemine göre tedavi uyumu açısından daha kullanışlı olduğu görülmektedir. İnsülin pompası kullananların tedavi uyumları insülin kalemi kullananlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar Tumminia'nın (2015) çocuk ve ergen örneklemini kullanarak yürüttüğü çalışmanın sonuçlarıyla da paraleldir. Benzer bir durum metabolik kontrol açısından da bulunmaktadır. Bergenstal ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) ve Battelino ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) ortaya konulduğu gibi burada da pompa kullanımı olumlu anlamda daha düşük kan şekeri seviyesiyle ilişkili görünmektedir. İnsülin pompası kullananların HbA1c ölçümleri insülin kalemi kullananlara göre daha düşüktür. Buna karşın bazı çalışmalar insülin pompasının metabolik kontrole ilişkin etkililiğinin belirsiz olduğunu ancak tedavi konusunda motivasyonu yüksek hastalar için insülin pompasının HbA1c seviyelerine olumlu etkisi olduğunu söylemektedir (Pickup, 2012).

Ailesinde diyabetli bulunanların tedavi uyumlarının bulunmayanlara göre düşük çıkması araştırmacılar tarafından tam olarak beklenen bir sonuç değildir. Ailedeki tek diyabetli

olmanın kişinin kendi tedavisini kendisinin üstlenmesini gerektirecek bir durum olması, tedaviyi daha çok benimseyerek uygulamayla sonuçlanmış olabilir. Bunun, bu kişilerin tedavi uyumunun yüksek çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, Pereira ve arkadaşları (2011) ailenin özellikle insülin kontrolüne ilişkin katılımının tedavi uyumuna çocuklukta olumlu şekilde katkı sağlarken ergenlikte düşürdüğünü söylemektedir. Kendine has bir kimlik oluşturmanın tip 1 diyabet kimliğinden önde olduğu bu dönemin ileriki dönemlerde de tedavi uyumuna olumsuz etkisi bulunuyor olabilir. Çalışmanın istatistiksel analiz sonuçlarını bu açıdan değerlendirdiğimizde bulgular anlam kazanmaktadır.

Bunların yanında hastalığa ilişkin diğer demografik özelliklerin değişkenler özelinde bir farklılaşmaya yol açmadığı görülmektedir. Bulgulara göre, diyabet nedeniyle acil servise yatmak, polikliniğe başvurmak ve bir komplikasyon yaşamının tedavi uyumu ve diğer değişkenlerle ilişkileri bulunmamaktadır.

4.4 ÇALIŞMANIN DEĞİŞKENLERİNE İLİŞKİN KORELASYON ANALİZİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde bu çalışmanın odaklandığı yansıtıcı işleyiş, sağlık inançları ve tedavi uyumu değişkenlerinin beklenildiği gibi ilişkilendiği görülmektedir.

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun kişilerin hayatına olumlu etkileri olduğu düşünülen çoğu değişken ile negatif ve anlamlı ilişkisinin bulunması beklenen bir çıktıdır. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu, kişilerin kendisinin ve başkalarının zihinsel süreçleri hakkında belirsizlik yaşaması durumunu yansıtmaktadır (Fonagy ve ark., 2016). Kişilerin kendi zihinsel süreçlerinde yaşadıkları belirsizliklerin iyi oluşlarını etkilemesi beklenilmedik bir sonuç değildir. Lenzo ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında da bu çalışmanın bulgularıyla paralel olarak yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun anksiyete ile pozitif bir ilişkisinin olduğu ortaya atılmıştır. Aynı çalışmada kesinlik alt boyutunun depresyonla negatif bir ilişkisinin bulunduğu görülmektedir. Bununla birlikte sabit ve tutarlı ilerlemesi gereken tedaviyle negatif bir ilişkisinin bulunması sonucu da çalışmanın beklenen sonuçları arasındadır. Belirsizliğin tam zıttı olan ve kişilerin kendileri ve başkalarının zihinsel süreçleri hakkında fazlasıyla emin olmasını yansıtan

kesinlik alt boyutunun tedavi uyumuyla pozitif bir ilişkisinin olması da bu açıdan araştırmanın kurduğu teorik yapıyla uyumludur. Belirsizlik alt boyutunun hasta-hekim ilişkisiyle negatif ilişkisinin bulunması da bu belirsizliğin kişilerarası ilişki tarafına olan etkisinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Fonagy ve arkadaşları (2016) sosyal ilişkilerde kişilerin algıladıkları gerçeklik ile diğerlerinin algıladıkları arasındaki farklılığın çoğunlukla iletişim problemleri doğurduğunu belirtmişlerdir. Doktorla iletişimde de onun zihinsel süreçleri ve aklından geçenler konusunda emin olamamak, tedavi gibi kesinlik gerektiren durumlarda iletişimi olumsuz etkilemiş ve olumsuz sonuçlar doğurmuş olabilir. Belirsizliğin sağlık inançlarıyla ilişkisi incelendiğinde de negatif bir ilişki ortaya çıkmıştır. Sağlık inanç modelinin algılanan ciddiyet, algılanan engel ve algılanan yarar alt boyutlarından oluştuğu ve bu boyutların hastalığın etkilerine ve sağlık davranışlarının sonuçlarına yönelik kavrayış biçimlerine ilişkin olduğunu hatırlamak bu sonuçları yorumlamak için faydalı olacaktır. Garrett ve arkadaşlarının (2021) de belirttiği gibi yansıtıcı işleyiş kişilerin hastalık, acı, yas gibi deneyimleri anlamlandırma biçimini etkileyebilmektedir. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun sağlık inançlarıyla negatif ve anlamlı bir ilişkisinin olması bu nedenle çalışmanın beklentilerinden farklı değildir. Sağlık inanç modelinin alt boyutlarında da bu ilişki algılanan ciddiyet haricinde tekrarlanmıştır. Algılanan ciddiyetle belirsizlik alt boyutunun anlamlı bir ilişkisinin olmaması, tip 1 diyabet gibi kronik rahatsızlıklarda hem sağlık çalışanları hem de kişinin çevresi tarafından hastalığın ciddiyetinin sürekli hatırlatılıyor olmasının sonucunda gelişmiş olabilir.

Yansıtıcı işleyişin kesinlik alt boyutuyla ilişkili korelasyon sonuçları incelendiğinde de tedavi uyumu ve iyi oluşla pozitif ve anlamlı bir ilişki görülmektedir. Her ne kadar kesinlik alt boyutundaki yüksek skorlar belirsizlik alt boyutunda olduğu gibi yansıtıcı işleyişte bir bozulmaya işaret ediyor olsa da burada olumlu diyebileceğimiz değişkenlerle pozitif bir ilişkinin varlığı ortaya çıkmıştır. Kesinlik alt boyutunda yüksek skorlar zihinselleştirmede esnek olmayan, katı ve değişime kapalı bir kavramaya işaret eder (Fonagy ve ark., 2016). Öte yandan insülin enjeksiyonu, diyet, spor ve kişisel bakım gibi kısımları bulunan, düzenli ve kontrollü ilerlemesi gereken tip 1 diyabet tedavisi, hastalığın değişmez ve sabit zihinselleştirilmesiyle örtüşüyor gibi görünmektedir. Normal şartlarda kişilerin psikolojik esnekliğini olumsuz yönde etkileyebilecek bu değişkenin tedavi uyumu ve iyi oluşla pozitif bir ilişkisinin bulunması bu şekilde açıklanabilir. Bu

çalışmanın bulgularına benzer sonuçlar alanyazındaki bazı çalışmalarda da ortaya çıkmaktadır. Yansıtıcı işleyişin terapistlerin güvensiz bağlanma ve iyi oluşlarıyla ilişkisini inceleyen bir çalışmada kesinlik alt ölçeğinin iyi oluşla pozitif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür (Brugnera ve ark., 2020).

Tedavi uyumunun diğer değişkenlerle korelasyon ilişkisi incelendiğinde sonuçların araştırmacıların beklentileri ve alanyazın ile uyumlu olduğu görülmektedir. Tedavi uyumunun iyi oluş, sağlık inanç modeli, hasta-hekim ilişkisi ve sağlık okuryazarlığı ile pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır. Öte yandan algılanan ciddiye ve son HbA1c ölçümü ile negatif ve anlamlı bir ilişkisi bulunmuştur. HbA1c ölçümüyle ters yönlü bir ilişkisinin olması tedavi uyumu ölçeğinden beklenen sonuçtur. Yani tedavi uyumunda yükselme kan şekeri seviyesinde bir düşüşe işaret etmektedir. Algılanan ciddiye özelindeki analizlerin sonuçlarına da diğer değişkenlerle birlikte aşağıda değinilmiştir.

Sağlık inanç modeli zaten kişilerin sağlık davranışlarına yaklaşımlarını açıklamak amacıyla geliştirilmiş bir modeldir (Hochbaum, 1958, aktaran Çenesiz ve Atak, 2007). Bu nedenle başta tedavi uyumu olmak üzere hasta-hekim ilişkisi, sağlık okuryazarlığı ve dolaylı olarak iyi oluşla pozitif yönlü bir ilişkisinin olması beklenen bir bulgudur. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutuyla negatif yönlü ilişkisinin olması da yine yukarıda anlatıldığı gibi hastalıkla ilişkili kavrama şekilleri üzerinden açıklanabilir. Bu açıdan algılanan yarar ve algılanan engel alt boyutlarının diğer değişkenlerle aralarındaki korelasyon ilişkileri de beklenildiği gibidir; sağlık inanç modeli ölçeğinin toplam puanlaması ile paraleldir. Buna karşın algılanan ciddiye alt boyutunun hem tedavi uyumuyla hem iyi oluşla hem de algılanan engel ile negatif yönlü bir ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık inanç modeline göre hastalığa dair ciddiye algısının artması ona yönelik sağlık davranışlarına yönelmeyle sonuçlanmaktadır. (Tehrani ve ark., 2022) Bu çalışmanın algılanan ciddiye özelindeki bulguları Joiner ve arkadaşlarının (2022) daha önce bahsedilmiş olan araştırmasıyla da uyuşmamaktadır. Algılanan ciddiye alt ölçeğiyle ilgili bulguların alanyazındaki çalışmalara benzer çıkmamış olması bu çalışmalarda çoğunlukla tip 2 diyabet örnekleme ya da karma bir örneklem kullanılması nedeniyle olabilir. Tip 2 diyabet kronik bir rahatsızlık olsa da, bazı hastaların ilaç kullanımına dahi gereksinim duymayabildiği, zaman zaman yalnızca diyet ve egzersiz yardımıyla tedavinin sürdürüldüğü bir hastalıktır. Bu açıdan hastalığa yönelik ciddiye algısı tedaviye

olan motivasyonu belirleyen önemli bir bileşen olabilmektedir. Tip 1 diyabetteyse insülin dışında bir alternatifin bulunmadığı, uyku gibi kişinin kontrolünden bağımsız noktalara dahi ciddi sonuçları olabilecek şekilde etki ettiği, “kırılgan/oynak” diye tabir edilen versiyonu gibi durumlarda metabolik kontrolün beklenmedik ve tam olarak açıklanamayan ani ataklarla bozulduğu bir pozisyondan bahsetmekteyiz (Akkuş, 2021). Algılanan ciddiyetin bu örneklem farklılığı nedeniyle diğer çalışmalardan ve beklenenden farklı sonuçlar verdiğini önerebiliriz. Bunun yanında, kovid-19 salgını öncesinde Sim ve arkadaşlarının (2014) maske takma davranışını sağlık inanç modeli üzerinden değerlendirdikleri çalışmasında ve salgın sırasında aşı olmaya ilişkin yapılan başka bir çalışmada (Duan ve ark., 2022) algılanan ciddiyetin sağlık davranışlarının belirleyicilerinden biri olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık inanç modelinin algılanan ciddiyet alt boyutunun, hastalığın tedavisine yönelik değil de hastalığı önlemeye yönelik sağlık davranışlarını belirlemede daha etkili olması mümkün görünmektedir.

4.5 ARACI DEĞİŞKEN ANALİZLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun tedavi uyumunu sağlık inanç modelinin aracılığı üzerinden yordadığı modelin analizi istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu da çalışmanın 2. hipotezini doğrulamaktadır. Sağlık inanç modeli, yansıtıcı işleyişin tedavi uyumuyla ilişkisinde yarı aracı değişken görevindedir. Yani sağlık inanç modeli analize dahil edildiğinde dahi yansıtıcı işleyiş ve tedavi uyumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmayı sürdürmektedir. Burada yansıtıcı işleyişin kişilerin sağlık inançlarına tesir ederek tedavi uyumuna etki etmesinin yanı sıra sağlık inançlarından bağımsız olarak kendi başına da tedavi uyumunu etkilediği görülebilmektedir. Aracı değişken ilişkisi için zihinselleştirme becerisinin kişilerin hastalığı nasıl algıladıkları konusunda etkili olduğunu ve bu algılama biçimlerinin de kişinin hastalıkla ilişkisinde yer tutarak tedaviye uyum gösterip göstermediklerini belirlediğini söyleyebiliriz. Yani düşük yansıtıcı işleyiş belirsizlik skorlarına sahip olmanın hastalıkla yaşama, tedaviyi sürdürme gibi konularda bir koruyucu faktör olduğu düşünülebilmektedir. Sonuç olarak tedaviye uyumu yükseltmeye çalışan sağlık sistemi ve sağlık politikaları, kişilerin zihinselleştirme becerilerine odaklanan bir çalışma ile hem sağlık inançlarına hem de tedavi uyumlarına olumlu yönde katkı sağlayabilir.

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun son HbA1c ölçümlerini sağlık inanç modelinin aracılığı üzerinden yordadığı modelin analizi istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu da çalışmanın 3. hipotezini yanlışlamaktadır. Bulgular belirsizliğin ve sağlık inançlarının metabolik kontrolü yordamada yetersiz kaldığını göstermektedir. Alanyazındaki bazı çalışmalar kişilerin kan şekeri seviyelerinin zihinselleştirme becerileriyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Costa-Cordella ve ark., 2021). Bu çalışmada benzer sonuçlara ulaşılamamış olmasının nedeni olarak HbA1c ölçümü verilerinin toplanma biçimi olabilir. Bu araştırmada metabolik ölçümler katılımcılardan istenerek raporlanmıştır. Alanyazındaki çalışmaların çoğunda örneklem hastaneye başvuran diyabetlilerden oluşmaktadır. Bu tarz çalışmalarda araştırma hastanede bulunan doktorlarla birlikte yürütülmüş ve metabolik kontrol için veriler direkt olarak orada yapılan ölçümler sonucunda elde edilmiştir. Her ne kadar kan şekeri takibine oldukça alışık olan katılımcılar için öz-bildirim bu kadar büyük bir değişime neden olması beklenmese de bozucu bir etkisinin bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun iyi oluşu sağlık inanç modelinin aracılığı üzerinden yordadığı modelin analizi istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu da çalışmanın 4. hipotezini doğrulamaktadır. Bu ilişkide de yansıtıcı işleyişin sağlık inanç modeli analize dahil olduktan sonra dahi iyi oluşu yordayabildiği görülmektedir. Bu nedenle sağlık inanç modeli yine yarı aracı görevindedir. Tip 1 diyabet hem kronik hem de genelde erken yaşta tanı alınan bir rahatsızlık olduğu için kişilerin sağlık inançlarının psikolojik iyi oluşlarıyla ilişkili olması beklenen bir çıktıdır. Öte yandan yansıtıcı işleyişin iyi oluşa yalnızca sağlık inançları üzerinden etki etmediğini, ortak etkinin yanında bir direkt etkiye de sahip olduğunu görmekteyiz. Esposito ve arkadaşlarının (2020) beklenenden az başarı gösteren üniversite öğrencileri örneklemiyle yürüttüğü bir çalışmada da, verilen grup danışmanlıkları yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunda alınan skorların düşmesiyle ve psikolojik iyilik yönünden bir artışla sonuçlanmıştır. Bunun nedeni yansıtıcı işleyişin, duygu ve davranışları zihinsel süreçlerle ilişkilendirme becerisiyle ilişkili olmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bu ilişki tip 1 diyabet örnekleminde hem iki değişken arasında doğrudan kurulan bir ilişki hem de belirsizliğin sağlık inançlarına etkisi üzerinden kurulan bir ilişkidir. Ayrıca yansıtıcı işleyişin, kişinin çevresiyle kurduğu ilişkiye de etki edebiliyor olması, bu doğrudan ilişkiye katkıda bulunan etmenlerden biri olabilir. Nitekim Burns ve Machin'in çalışması (2013), sosyal

ilişkilerin kalitesinin kişilerin psikolojik iyi oluşlarıyla doğrudan ilişkisinin bulunduğunu ve yaşam olaylarıyla psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide de aracı olduğunu ortaya koymaktadır.

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun hasta-hekim ilişkisini sağlık inanç modelinin aracılığı üzerinden yordadığı modelin analizi istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu da çalışmanın 5. hipotezini yanlışlamaktadır. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu hasta-hekim ilişkisini yordayabilse de bunu sağlık inançları üzerinden yapmamaktadır. Bulgular hasta-hekim ilişkisini açıklarken sağlık inanç modeli gibi hastalığı algılama biçimlerine ilişkin modellerin tam olarak yeterli olamayabildiğini ortaya koymaktadır. Öte yandan hastalığın yanında kişiler arası ilişkiye de etki eden yansıtıcı işleyişin hasta-hekim ilişkisiyle anlamlı bir ilişkisinin bulunması şaşırtıcı olmamıştır. Tedavinin yalnızca hastalığa yönelik algılar ve eylemlerden ibaret olmadığını; süreci açıklamak, takip etmek ve uygulamak gibi adımlarda görevli sağlık çalışanlarıyla ilişkisinin de tedavi sürecine katkı sağladığını düşünecek olursak yansıtıcı işleyiş odaklı terapi ya da uygulamaları tedavinin parçası haline getirmenin birçok yönden tedaviye katkı sağlayacağı söylenebilir.

Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutunun sağlık okuryazarlığını sağlık inanç modelinin aracılığı üzerinden yordadığı modelin analizi istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu da çalışmanın 6. hipotezini yanlışlamaktadır. Hastalığın zihinselleştirilmesinin ve kavramsallaştırılmasının sağlık inançları üzerinden sağlık okuryazarlığını yordaması beklenmiştir. Kurulan modelde Process analizi sonuçlarına göre dolaylı etki anlamlı olsa da yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutu sağlık okuryazarlığını sağlık inançları modele dahil edilmediğinde yordayamamaktadır. Bu nedenle aracılık ilişkisinden söz edilemez. Tip 1 diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyeleri incelendiğinde skorların tüm katılımcılar genelinde yüksek olduğu ve dağılımın negatif çarpıklık gösterdiği görülmüştür. Tip 1 diyabet hem kronik olması hem de yaşamın her anında devam eden bir tedavi ve kontrolü gerektirmesi tedaviyi sürdürmek için bu durumu zorunlu kılmaktadır. Bu durumun istatistiksel gücü düşürebildiği Senger'in (2013) araştırmasında ortaya konmuştur. 100 üzerinde katılımcıya sahip çalışmalarda çarpıklığın etkisinin düştüğü ya da ortadan kalktığı ortaya konmuş olsa da (Curran ve ark., 1996) bu durumun sonuçlara etki etmiş olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

4.6 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE SINIRLILIKLARI

Yürütülen bu araştırmada örneklem 112 kişiden oluşmaktadır. Bu sayı klinik bir örneklem için düşük olarak değerlendirilmeyebilir. Yine de bu örneklem büyüklüğü, istatistiksel olarak anlamlı çıkmaya çok yakın olan ve görünüş geçerliliği bulunan ilişkilerin ortaya çıkarılmasında yeterli olmamış olabilir.

Bunun yanında bu tez çalışmasında HbA1c düzeyleri, geçen ay içerisinde hastane, poliklinik ve acil servis gibi sağlık kuruluşlarına başvurma sayıları gibi bazı veriler öz bildirim yöntemiyle toplanmıştır. Benzer şekilde klinik bir örneklem kullanan bazı çalışmalarda veriler hastane ortamında toplanmış, kan şekeri gibi ölçümler direkt olarak oradan elde edilmiştir. Bu sayede bu tarz çalışmalarda verilerin doğruluğundan emin olmak mümkündür ve daha az eksik veriyle sonuçlanmaktadır. Metabolik kontrol verilerinin katılımcılardan öz bildirim ile toplanması bu açıdan araştırmanın bir başka zayıf yönü olarak değerlendirilebilir.

Tüm bunların yanında bu araştırma tezi kapsamında “Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği” geliştirilmiştir. Diyabet tipi fark etmeksizin karma olarak kullanılan ölçekler bulunsa da yalnızca tip 1 diyabetliler için oluşturulmuş bir uyum ölçeği araştırmacının erişebildiği kaynaklar dahilinde bulunmamaktadır. Bu nedenle ölçeğin alanyazına önemli bir katkı sağladığı söylenebilir.

Araştırmanın bir diğer katkısı da kronik rahatsızlıkların tedavisinde klinik psikoloji odaklı yaklaşımların önemine dikkat çekmiş olmasıdır. Bulgular, zihinselleştirme odaklı terapilerin kronik rahatsızlığa sahip bireylerin hastalığı algılama biçimlerine ve tedavi uyumlarına olumlu yönde etki edebileceğini, psikolojik iyi oluşlarına katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Klinik psikoloji ve tıbbi tedaviyi bir arada kullanan yaklaşımların tip 1 diyabet ve benzer rahatsızlıklara sahip kişilerin yaşam kalitesini olumlu etkileyeceği söylenebilir.

4.7 GELECEK ARAŞTIRMALAR İÇİN ÖNERİLER

Benzer düzlemde yapılacak olan gelecek çalışmalar için HbA1c düzeyleri gibi verileri daha net elde edebilmesi için verilerin hastane ortamında toplanması önerilebilir. Ayrıca tedavi uyumu, metabolik kontrol gibi hastalığa dair değişkenler dışındaki ilişkiler için

yüksek stres seviyelerine sahip olması beklenen kronik rahatsızlığa sahip bireylerin yanında bir kontrol grubu kullanılarak bir farklılaşma bulunup bulunmadığı incelenebilir. Örneğin bu çalışmada yansıtıcı işleyişin her iki alt boyutunda da yüksek skorlar bir bozulmaya işaret etmesine rağmen kesinlik alt boyutuyla iyi oluş arasında pozitif bir ilişki ortaya çıkmıştır. Bu durumun tip 1 diyabet ya da kronik rahatsızlıklara özgü olup olmadığı kontrol grubu yardımıyla test edilebilir. Bunun yanında gelecekte başka kronik rahatsızlıklara sahip örneklemeler kullanılarak çalışmanın sonuçları tekrar test edilebilir. Bu da bize tip 1 diyabetli bireylerin veri setinin kronik rahatsızlıklar için genellenebilir olup olmadığı hakkında bir fikir verecektir.

SONUÇ

Bu çalışmada tip 1 diyabette zihinselleştirmenin ve sağlık inançlarının kişilerin tedavi uyumları, iyi oluşları ve metabolik kontrolleriyle ilişkisi incelenmiştir. Zihinselleştirmeyi ifade eden yansıtıcı işleyiş ve sağlık inanç modeli tedavi uyumu ve iyi oluşu beklenildiği gibi yordayabilmiştir. Bu iki ilişkide de sağlık inançlarının aracılığından söz edilebilmektedir. Öte yandan hasta-hekim ilişkisi, sağlık okuryazarlığı ve metabolik kontrol için kurulan hipotezler doğrulanamamıştır. Yürütülen analizlerin sonuçları kronik rahatsızlıklarda tedavi uyumunun zihinselleştirme becerisi ve hastalık algısıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Yansıtıcı işleyişin belirsizlik alt boyutundaki yüksek puanların kişilerin iyi oluşu ve hastalığın olumlu seyriyle ilişkili tüm değişkenlerle negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi ortaya çıkmıştır. Yani kişinin kendisi ve çevresindekilerin zihinsel süreçleriyle ilgili ciddi belirsizliklere sahip olması hastalığa yönelik algılarını ve tedaviye uyum gösterebilmesini olumsuz etkilemektedir. Bu bulgular neticesinde yansıtıcı işleyiş odaklı ya da zihinselleştirme becerisinde iyileşme ile sonuçlanabilecek terapilerin iyi oluşun yanında tedavi uyumuna da katkı sağlayarak kişilerin hayat kalitesini arttıracığı söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Acıbadem. (2020). *Diyabet tedavisi*. Erişim adresi: <https://www.acibadem.com.tr/acibadem-de/diyabet-tedavisi/#tedavi-yontemleri>
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S. ve Canlı Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.
- Akkuş, C. (2021, 2 Haziran). *Vakalarla Brittle Diyabet* [Konferans Sunumu]. 57. Ulusal Diyabet Kongresi, Bodrum, Türkiye. <https://diyabetcemiyeti.org/saglik-profesyonelleri-icin/57-ulusal-diyabet-kongresi-sunumlari/02-haziran-2021-carsamba.html>
- Allen, J., Fonagy, P. ve Bateman, A. (2013). Klinik uygulamada zihinselleştirme. *S. Yelkener, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları*, 37.
- Ballespí, S., Vives, J., Sharp, C., Chanes, L. ve Barrantes-Vidal, N. (2021). Self and other mentalizing polarities and dimensions of mental health: association with types of symptoms, functioning and well-being. *Frontiers in psychology*, 12, 566254.
- Baron, R. M. ve Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Bateman, A. W. ve Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1). 36-51.
- Battelino, T., Conget, I., Olsen, B., Schütz-Fuhrmann, I., Hommel, E., Hoogma, R., Schierloh, U., Sulli, N. ve Bolinder, J. (2012). The use and efficacy of continuous glucose

- monitoring in type 1 diabetes treated with insulin pump therapy: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 55, 3155-3162.
- Bergenstal, R. M., Tamborlane, W. V., Ahmann, A., Buse, J. B., Dailey, G., Davis, S. N., ve Wood, M. A. (2010). Effectiveness of sensor-augmented insulin-pump therapy in type 1 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 363(4), 311-320.
- Brugnera, A., Zarbo, C., Compare, A., Talia, A., Tasca, G. A., De Jong, K., ve Lo Coco, G. (2021). Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 31(2), 247-257.
- Burns, R. A., ve Machin, M. A. (2013). Psychological wellbeing and the diathesis-stress hypothesis model: The role of psychological functioning and quality of relations in promoting subjective well-being in a life events study. *Personality and Individual Differences*, 54(3), 321-326.
- Costa-Cordella, S., Luyten, P., Cohen, D., Mena, F. ve Fonagy, P. (2021). Mentalizing in mothers and children with type 1 diabetes. *Development and Psychopathology*, 33(1), 216–225. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001706>
- Curran, P. J., West, S. G. ve Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological methods*, 1(1), 16.
- Currie, C. J., Peyrot, M., Morgan, C. L., Poole, C. D., Jenkins-Jones, S., Rubin, R. R., Burton, C. M. ve Evans, M. (2013). The impact of treatment non-compliance on mortality in people with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 27(3), 219–223. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2012.10.006>

- Çenesiz, E. ve Atak, N. (2007). Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 427-434.
- Duan, L., Wang, Y., Dong, H., Song, C., Zheng, J., Li, J. ve Xu, J. (2022). The COVID-19 vaccination behavior and correlates in diabetic patients: A health belief model theory-based cross-sectional study in China, 2021. *Vaccines*, 10(5), 659.
- Esposito, G., Passeggia, R., Pepicelli, G., Cannata, A., Parlato, F. ve Freda, M. F. (2020). Mentalizing the University experience: an exploratory study on the relationship between university students' reflective functioning, psychological well-being and academic performance. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(2).
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 53–99). John Wiley & Sons Inc.
- Fonagy, P. ve Ghinai, R. A. (2008). *A self-report measure of mentalizing development and preliminary test of reliability and validity of the Reflective Function Questionnaire (RFQ)*. Yayınlanmamış makale taslağı.
- Fonagy, P. ve Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In W. J. Livesley & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 123–140). The Guilford Press.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P. ve Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS ONE*, 11(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

- Fonagy, P. ve Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576.
- Garrett, C. J., Ismail, K. ve Fonagy, P. (2021). Understanding developmental psychopathology in Type 1 diabetes through attachment, mentalisation and diabetes distress. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 00(0), 1-13.
- Given, G. W., Given, B. A., Gallin, R. S., ve Condon, J. W. (1983). Development of scales to measure beliefs of diabetic patients. *Research in nursing & health*, 6(3), 127–141. <https://doi.org/10.1002/nur.4770060306>
- Green, E. C., Murphy, E. M., ve Gryboski, K. (2020). The health belief model. *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, 211-214.
- Haun, J., Noland-Dodd, V., Varnes, j., Graham-Pole, J., Rienzo, B. ve Donaldson, P. (2009). Testing the BRIEF health literacy screening tool. *Federal Practitioner*, December, 24-31.
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd edition). New York: The Guilford Press.
- Howren, M. B. (2020). Adherence. İçinde *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 36-43). Cham: Springer International Publishing.
- Hurley, A. C. (1990). The Health Belief Model: Evaluation of a diabetes scale. *The Diabetes Educator*, 16(1), 44–48. <https://doi.org/10.1177/014572179001600111>
- Irmak, H., Temel, F., Keklik, K., Cesaretli, Y. ve Yardım, N. (2017). *Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişim

adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi.pdf>

Joiner, K. L., McEwen, L. N., Hurst, T. E., Adams, M. P. ve Herman, W. H. (2022). Domains from the health belief model predict enrollment in the National Diabetes Prevention Program among insured adults with prediabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 36(7), 108220.

Kartal, A., & Özsoy, S. A. (2007). Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *International journal of nursing studies*, 44(8), 1447-1458.

Keldal, G. (2015). Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 130-115.

Kılıçarslan, A. (2016). Kronik Hastalıklarda Erken Tanı ve Koruma [Powerpoint slaytı]. Erişim adresi: <http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/isvemeslek Hastaliklarisemp/13.pdf>

Kontsevaya, A., Farrington, J., Balcılar, M. ve Ergüder, T. (2018). *Türkiye'de bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yatırım gerekçeleri raporu*. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/BizzCaseTrSS.pdf>

Korkmaz, A.C., Oğuz, B., Büke, M. ve Aslan, D. (2019). *Türkiye'de sık görülen kronik hastalıklar*. HÜTF Halk Sağlığı AD. Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-2019/2020-21. Erişim adresi: <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/> Erişim: 02.06.2021.

- Köksal, G. (2017). *The moderator effect of mentalization on the link between attachment and somatization* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.
- Lenzo, V., Sardella, A., Musetti, A., Petralia, M. C., Grado, I., ve Quattropani, M. C. (2022). Failures in reflective functioning and reported symptoms of anxiety and depression in bereaved individuals: a study on a sample of family caregivers of palliative care patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 11930.
- Luyten, P. ve Van Houdenhove, B. (2013). Common and specific factors in the psychotherapeutic treatment of patients suffering from chronic fatigue and pain. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(1), 14.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M. ve Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250.
- Marchini, F., Caputo, A., Convertino, A. ve Napoli, A. (2021). Psychodynamics in diabetes: the relevance of deepening the symbolic in treatment adherence. *Frontiers in psychology*, 12, 661211.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J. ve Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7, 1–24.
- Mergen, H., van der Feltz-Cornelis, C. M., Karoglu, N., Mergen, B. E. ve Ongel, K. (2012). Validity of the Turkish patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-Turkish) in

- comparison with the Europep instrument in a family medicine center. *HealthMed*, 6(5), 1763-1770.
- Olgun, N. ve Altun, Z. A. (2012). Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 46-57.
- Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Pereira, M. G., Almeida, A. C., Rocha, L., ve Leandro, E. (2011). Predictors of adherence, metabolic control and quality of life in adolescents with type 1 diabetes. İçinde C.P. Liu (Ed.), *Type 1 Diabetes: Complications, Pathogenesis, and Alternative Treatments ss.119-140*. InTech
- Pickup, J. C. (2012). Insulin-pump therapy for type 1 diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1616-1624.
- Premack, D. ve Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a 'theory of mind'? *Behaviour and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Raghupathi, W. ve Raghupathi, V. (2018). An empirical study of chronic diseases in the United States: A visual analytics approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 431. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030431>
- Rashidi, M. ve Genç, A. (2020). Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (10), 34-49. DOI: 10.38079/igusabder.674852

- Rudden, M. G., Milrod, B., Meehan, K. B. ve Falkenstrom, F. (2009). Symptom-specific reflective functioning: Incorporating psychoanalytic measures into clinical trials. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(6).
- Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., Griem, J., Kieschke, U., & Gengelmaier, S. (2021). The relationship between global distress, mentalizing and well-being in a German teacher sample. *Current Psychology*, 1-10.
- Senger, Ö. (2013). Impact of Skewness on Statistical Power. *Modern Applied Science*, 7(8), 49.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *İleti-ş-im*, 73-92.
- Shaker, H., Irajı, S., Naini, A. E., Jouibari, M. A., Nasibehvatankhah ve Ghavami, Y. (2011). Effect of shift work on patient-doctor relationship in emergency department. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(11), 1495–1499.
- Sim, S. W., Moey, K. S. P., ve Tan, N. C. (2014). The use of facemasks to prevent respiratory infection: a literature review in the context of the Health Belief Model. *Singapore medical journal*, 55(3), 160.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A. ve Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 565-592.
- Tan, M. Y. (2004). The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes research and clinical practice*, 66(1), 71-77.
- Taş, T. A. ve Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.

- Taşkaya, S. (2014). *Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler* (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H. ve Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74(1), 49–57. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.49>
- Tehrani, H., Dadashi, N., Movahedzadeh, D., Khorasani, E. C. ve Jafari, A. (2022). The predictors of the use of complementary and alternative medicine among type 2 diabetes patients based on the health belief model. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 21(1), 285-292.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. ve Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 50-63. doi:10.1186/1477-7525-5-63
- Tiwari, G. K. (2015). Chronic physical illness affects emotion regulation process: A case of HIV/AIDS. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 158-166.
- Tumminia, A., Sciacca, L., Frittitta, L., Squatrito, S., Vigneri, R., Le Moli, R., ve Tomaselli, L. (2015). Integrated insulin pump therapy with continuous glucose monitoring for improved adherence: technology update. *Patient preference and adherence*, 1263-1270.
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2016). *Tip 2 diyabet*. Erişim adresi: <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=48>

Uslu, A. (2021). *Kronik hastalıklar nelerdir? Kronik hastalıkların özellikleri*. Erişim adresi: <https://www.florence.com.tr/kronik-hastaliklar>

Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W., De Beurs, E. ve Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.08.010>

World Health Organization (2020, 9 Aralık). *The top 10 causes of death*. Erişim: 02.06.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

World Health Organization (2023a). *Global health estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. Erişim: 29.12.2023. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

World Health Organization (2023b). *World health statistics 2023: A visual summary*. Erişim: 05.10.2023. <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2023-a-visual-summary/>

World Health Organization (2024). *Health promotion*. Erişim: 30.01.2024. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S. ve Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.

Yılmaz, M. T. (2020). *Hba1c testi nedir?* Erişim adresi: <https://www.florence.com.tr/hba1c-testi>

Yılmazel, G. ve Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi.

TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(1), 69-74.

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Gönüllü Katılım Formu

Sayın katılımcı,

Kronik Rahatsızlıklarda Zihinselleştirmenin Rolüne İlişkin Bir Araştırma: Tip 1 Diyabet Hastalarında Zihinselleştirmenin Tedavi Uyumuyla İlişkisinin İncelenmesi başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma tip 1 diyabetli bireylerin zihinselleştirme becerileri (kişinin kendisinin ve başkalarının duygu ya da düşünce gibi zihinsel süreçlerini anlamlandırabilme becerisi), sağlık inançları ve tedavi uyumları hakkında bilgi toplamak ve olası ilişkileri incelemek amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçların tip 1 diyabette koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerinin belirlenmesi açısından katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın etik izni Hacettepe Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından alınmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla veya bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken devam etmek istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 8 bölümden oluşmaktadır. Yaklaşık olarak 15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı kutucuğa tıklayarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Sait ULUÇ
Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
psysait@hacettepe.edu.tr

Yardımcı Araştırmacı: Kadir Mert Durna
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi
kmertdurna@gmail.com Tel: 0554 510 XX XX

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul Ediyorum.

EK 2. Demografik Bilgi Formu**Yaşınız:** _____**Cinsiyetiniz:** _____**Eğitim Durumunuz:**

(Devam ediyorsa bulunduğunuz eğitim seviyesini işaretleyiniz.)

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite
- Yüksek Lisans/Doktora

Gelir Durumunuz:

- Alt
- Alt-Orta
- Orta
- Orta-Üst
- Üst

Medeni Haliniz:

- Bekar
- Evli
- Boşanmış
- Eşi vefat etmiş

Mesleğiniz: _____

Tip 1 diyabet tanısını kaç yaşında aldınız? : _____

Kaç senedir diyabet tedavisi görüyorsunuz? : _____

Ailenizde sizden başka diyabetli biri var mı?

Evet

Hayır

Şeker hastalığı dışında başka bir kronik rahatsızlığınız var mı?

Evet (Lütfen diğer seçeneğinde belirtiniz.)

Hayır

Diğer: _____

İnsülin enjeksiyonunu nasıl gerçekleştiriyorsunuz?

Enjektör

İnsülin kalemi

İnsülin pompası

Yıl içerisinde kaç kez Hemogloblin A1c (HbA1c) ölçümü yaptırıyorsunuz? :

Lütfen son 3 Hemogloblin A1c (HbA1c) ölçüm değerlerinizi başta en eski ölçüm, sonda en yeni ölçüm olacak şekilde yazınız. : _____

Son 6 ay içerisinde diyabet nedeniyle hastaneye yattınız mı?

- Evet (Lütfen diğer seçeneğinde kaç kere olduğunu belirtiniz.)
- Hayır
- Diğer: _____

Son 1 ay içerisinde diyabet nedeniyle acil servise başvurduğunuz mu?

- Evet (Lütfen diğer seçeneğinde kaç kere olduğunu belirtiniz.)
- Hayır
- Diğer: _____

Son 1 ay içerisinde diyabet nedeniyle hastane ve acil servis dışında poliklinik gibi herhangi bir sağlık birimine birime başvurduğunuz mu?

- Evet (Lütfen diğer seçeneğinde kaç kere olduğunu belirtiniz.)
- Hayır
- Diğer: _____

Son 1 ay içerisinde diyabet nedeniyle ne kadar harcama yaptınız? :

Diyabet tedavisiyle ilgili masraflar nedeniyle ekonomik olarak zorluk yaşıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

Daha önce psikolojik/psikiyatrik herhangi bir tanı aldınız mı?

- Evet (Lütfen diğer seçeneğinde belirtiniz.)
- Hayır
- Diğer: _____

Diyabet tedavisi dışında kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

- Evet (Lütfen diğer seçeneğinde belirtiniz.)
- Hayır
- Diğer: _____

EK 3. Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği

REFLECTIVE FUNCTIONING (YANSITICI İŞLEYİŞ) ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her bir cümle için, cümleye ne kadar katıldığınızı ifade etmek üzere 1 ile 7 arasında bir numara seçip cümlenin yanına yazınız. Cümleler üzerinde çok fazla düşünmeyin- ilk tepkiniz genellikle en iyisidir. Teşekkür ederiz.

1'den 7'ye kadar olan aşağıdaki ölçeği kullanın:

Kesinlikle Katılmıyorum	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Katılıyorum
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

1. ___ İnsanların düşünceleri benim için bir bilinmezdir.
2. ___ Bir başkasının ne düşündüğünü ya da nasıl hissettiğini anlamak benim için kolaydır.
3. ___ Ben değiştikçe ebeveynlerimin zihnimdeki resmi de değişir.
4. ___ İnsanların duygu ve düşünceleri hakkında çok fazla endişelenirim.
5. ___ Davranışlarımın başkalarının duyguları üzerindeki etkisine dikkat ederim.
6. ___ Başkalarının duygu ve düşüncelerini anlamam uzun zaman alır.
7. ___ Yakın arkadaşlarımın ne düşündüğünü tam olarak bilirim.
8. ___ Ne hissettiğimi her zaman bilirim.
9. ___ Kendimi nasıl hissettiğim, bir başkasının davranışını nasıl yorumladığımı kolayca etkileyebilir.
10. ___ Birisinin gözlerinin içine bakarak nasıl hissettiğini anlayabilirim.
11. ___ En iyi arkadaşlarımın tepkilerini bazen yanlış anlayabileceğimi fark ediyorum.
12. ___ Ne hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışır.
13. ___ Rüyalarımın anlamını merak ederim.
14. ___ Bir başkasının aklından geçenleri anlamak benim için asla zor değildir.
15. ___ Ebeveynlerimin bana karşı davranışlarının, onların yetiştirilme biçimiyle açıklanmaması gerektiğine inanıyorum.
16. ___ Neyi neden yaptığımı her zaman bilmem.
17. ___ İnsanların başkalarına verdiği tavsiyelerin, genellikle kendi yapmak istedikleri şeyler olduğunu fark ettim.
18. ___ İnsanların aklından neler geçtiğini anlamak benim için gerçekten zordur.
19. ___ Diğer insanlar bana iyi bir dinleyici olduğumu söyler.
20. ___ Sinirlendiğimde, neden söylediğimi gerçekten bilmediğim şeyler söylerim.
21. ___ Sıklıkla başkalarının davranışlarının ardında yatan anlamı merak ederim.
22. ___ Diğer insanların duygularını anlamlandırmak için gerçekten çok çabalarım.
23. ___ Sıklıkla, istediğim şeyleri yapmaları için insanları zorlamak zorunda kalırım.
24. ___ Genellikle yakınlarım, yaptığım şeyleri neden yaptığımı anlamakta zorluk çekerler.

25. ___ Eğer dikkatli olmazsam, bir başkasının hayatına çok fazla karışabileceğimi hissediyorum.
26. ___ Başkalarının duygu ve düşünceleri benim için kafa karıştırıcıdır.
27. ___ Bir başkasının ne yapacağını çoğunlukla tahmin edebilirim.
28. ___ Güçlü duygular genellikle düşüncelerimi bulanıklaştırır.
29. ___ Anladım ki, birisinin tam olarak ne hissettiğini bilmek için bunu ona sormam gerekir.
30. ___ Bir kişi hakkındaki sezgilerim neredeyse hiç yanlış çıkmaz.
31. ___ İnanıyorum ki, insanlar kendi inanç ve deneyimlerine bağlı olarak bir durumu çok farklı şekillerde görebilirler.
32. ___ Bazen kendimi bir şeyler söylerken bulurum ve onları neden söylediğim hakkında hiç fikrim olmaz.
33. ___ Davranışlarımdaki nedenler üzerine düşünmeyi severim.
34. ___ Normalde insanların aklından geçenleri tahmin etmede iyiyimdir.
35. ___ Hislerime güvenirim.
36. ___ Sinirlendiğimde, sonradan pişman olacağım şeyler söylerim.
37. ___ İnsanlar duyguları hakkında konuştuklarında kafam karışır.
38. ___ İyi bir zihin-okuyucuyumdur.
39. ___ Sık sık zihnim boşmuş gibi hissedirim.
40. ___ Eğer güvensiz hissedersen, diğerlerini sinirlendirecek şekilde davranırım.
41. ___ Başkalarının bakış açılarını anlamakta zorlanırım.
42. ___ Genellikle diğer insanların tam olarak ne düşündüğünü bilirim.
43. ___ Güçlü duygular beslediğim şeyler hakkındaki hislerimin bile zamanla değişebileceğini öngörebilirim
44. ___ Bazen neden yaptığımı gerçekten bilmediğim şeyler yaparım.
45. ___ Duygularımı dikkate alırım.
46. ___ Bir tartışmada, diğer kişinin bakış açısını aklımda tutarım.
47. ___ Bir başkasının düşünceleri hakkındaki içgüdülerim genellikle çok doğrudur.
48. ___ İnsanların davranışlarının nedenlerini anlamak onları affetmeme yardımcı olur.
49. ___ Herhangi bir durumu değerlendirmenin DOĞRU bir yolu olmadığını düşünüyorum.
50. ___ İçgüdülerimden çok mantığım ile hareket ederim.
51. ___ Çocukluğuma dair çok şey hatırlamıyorum.
52. ___ Başkasının aklından geçenleri tahmin etmeye çalışmanın bir anlamı olmadığına inanırım.
53. ___ Benim için insanın davranışları söylediklerinden daha önemlidir.
54. ___ Diğer insanların, çözmeye kalkışmak için fazla karmaşık olduklarına inanırım.

EK 4. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Aşağıda diyabet hastalığınız ile ilgili inançlarınıza ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz

ALGILANAN CİDDİYET	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kendimi iyi hissettiğim sürece şeker hastalığım benim için problem değildir.					
2. Şeker hastalığımın gelecekte sağlığım üzerinde kötü etkileri olacağına inanıyorum.					
3. Şeker hastalığımın ilerde daha fazla hasta olmama sebebiyet vereceğini düşünüyorum.					
4. Şeker hastalığımı kontrol altında tutabilmek için diyetim ve tedavime her zaman dikkat etmeliyim.					

ALGILANAN YARARLAR	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
5. Diyetime ve tedavime doktorumun önerdiği şekilde uyarak şeker hastalığımla ilgili komplikasyonlardan (kalp hastalığı, göz hastalığı, nefropati, nöropati, ayak ülseri v.s) korunabileceğime inanıyorum.					
6. Diyetime ve tedavime uyarak şeker hastalığımı kontrol edebileceğime inanıyorum.					
7.Şeker hastalığımı kendim kontrol edebilirim.					

ALGILANAN ENGEL	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
8. Şeker hastalığım için önerilen diyetle uymam için çoğu alışkanlığımı değiştirmem gerekmektedir.					
9. Şeker hastalığım için önerilen diyetle uymam zordur.					
10. Şeker hastalğımı kontrol etmem için yapmam gereken diyetle ilgili her şeyi anlamadım.					
11. Şeker hastalğımı için kullandığım diyet ve tedavi normal günlük faaliyetlerimi engellemektedir.					

EK 5. Hasta Hekim İlişkisi Anketi

HASTA HEKİM İLİŞKİSİ

Aşağıda hastaneye başvurduğunuzda poliklinikte hizmet aldığınız hekiminizle ilişkinize ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Doktorum beni anlar.					
2. Doktoruma güvenirim.					
3. Doktorum kendini bana yardım etmeye adar.					
4.Doktorumla hastalığım hakkında konuşabilirim.					
5.Ben ve doktorum hastalığımın tıbbi belirtileri konusunda hemfikiriz.					
6.Doktorum bana yardım eder.					
7.Doktorumun önerdiği tedaviden fayda görüyorum.					
8.Doktorum bana yeterli zaman ayırır.					
9.Doktoruma rahatlıkla ulaşabiliyorum.					

EK 6. Kısa Sağlık Okuryazarlığı Tarama Aracı

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Aşağıda hastalığınız hakkında bilgi edinmenize ilişkin sorular yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz kutucuğa X işareti koyunuz.

	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Hastane eğitim materyallerini (kitap, broşür vs.) okurken başkalarının yardımına ihtiyaç duyuyorum.					
2. Tek başıma tıbbi formları doldurmada kendime güveniyorum.					
3. Yazılı bilgileri anlamakta zorluk çektiğimden dolayı hastalığının durumunu anlamakta problem yaşıyorum.					
4. Hekim ve hemşirelerin hastalığının durumu ile ilgili söylediklerini anlamakta zorluk çekiyorum.					

EK 7. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

WARWICK-EDINBURGH MENTAL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Gelecekle ilgili iyimserim.					
2. Kendimi işe yarar (faydalı) hissediyorum.					
3. Kendimi rahatlamış hissediyorum.					
4. Diğer insanlara karşı ilgiliyim.					
5. Farklı işlere zaman ayırabilecek enerjim var.					
6. Sorunlarla iyi bir şekilde başa çıkabilirim.					
7. Açık ve net bir biçimde düşünebiliyorum.					
8. Kendimden memnunum.					
9. Kendimi diğer insanlara yakın hissediyorum.					
10. Kendime güveniyorum.					
11. Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum.					
12. Sevdiğimi hissediyorum.					
13. Yeni şeylere karşı ilgiliyim.					
14. Neşeli hissediyorum.					

EK 8. Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği

Tip 1 Diyabet Tedaviye Uyum Ölçeği

Aşağıda tip 1 diyabet tedavisiyle ilişkili sorular bulunmaktadır. Bazı sorular insülin pompası kullanıyor oluşunuza göre sizin için geçerli olmayabilir. Parantez içerisinde belirtilen bu maddeler için lütfen "insülin pompası kullanıyorum" seçeneğini işaretleyiniz. Her ikisini de içeren soruları kendi kullandığınız enjeksiyon yöntemini düşünerek cevaplayınız. Lütfen her bir madde için size en çok uyan seçeneği işaretleyiniz.

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Asla	
1. Yemeklerden önce kan şekerimi kontrol ederim.						
2. Gece uyumaya gitmeden önce kan şekerimi kontrol ederim.						
3. Kan şekerimi kontrol etmeyi unuturum.						
4. İnsülin dozunu yediklerime göre düzenleyebilirim.						
5. İnsülin dozumu hareketlilik düzeyime göre ayarlarım.						
6. Yemeklerden önce insülin almayı unuturum.						
7. Şekerim yükseldiğinde düzeltme insülini yaparım.						
8. Kiloma dikkat ederim.						
9. Yeme sıklığımı ve miktarımı iyi kontrol ederim.						
10. Ara öğünleri unuturum.						İnsülin pompası kullandığım için geçerli değil.
11. Yanımda kan şekerini yükseltecek yiyecekler bulundururum.						
12. Alkol tüketimime dikkat ederim.						
13. Düzenli egzersiz yaparım.						
14. 3 ay ara ile doktor kontrollerime giderim.						

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Asla
15. Tokluk kan şekeri 150 ile 180 arasındadır.					
16. Açlık kan şekeri 70 ile 110 arasındadır.					
17. Acil durumlar için yanımda diyabetli olduğumu belirten bir bilgilendirme (kağıt, bileklik, kolye gibi) bulundururum.					
18. Ayak bakıma dikkat ederim.					
19. İnsülin enjeksiyon iğnemi yenilerim. /İnsülin pompası setlerimi zamanında değiştiririm.					
20. İnsülin enjeksiyon bölgemi her seferinde değiştiririm. /İnsülin pompası set yerimi her yeni sette değiştiririm.					

EK 9. Orijinallik Raporu

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-YL-15
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.12.2023
	FRM-YL-15 Yüksek Lisans Tezi Orijinallik Raporu <i>Master's Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA	
Tarih: 05/02/2024	
Tez Başlığı: Kronik Rahatsızlıklarda Zihinselleşirmenin Rolüne İlişkin Bir Araştırma: Tıp 1 Diyabet Hastalarında Zihinselleşirmenin Tedavi Uyumuyla İlişkisinin İncelenmesi	
Yukarıda başlığı verilen tezinin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 71 sayfalık kısmına ilişkin, 05/02/2024 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezinin benzerlik oranı % 9 'dur.	
Uygulanan filtrelemeler*:	
1. <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç	
2. <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç	
3. <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar hariç	
4. <input type="checkbox"/> Alıntılar dâhil	
5. <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç	
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezinin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	
Gereğini saygılarımla arz ederim.	
Kadir Mert Durna	

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Kadir Mert Durna
	Öğrenci No	N20133773
	Enstitü Anabilim Dalı	Psikoloji
	Programı	Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Prof. Dr. Sait ULUÇ

* Tez Almanca veya Fransızca yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-YL-15
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.12.2023
	FRM-YL-15 Yüksek Lisans Tezi Orijinallik Raporu <i>Master's Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

TO HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Date: 05/02/2024

Thesis Title (In English): A Research On The Role Of Mentalization In Chronic Diseases: Investigating The Relationship Of Mentalization To The Treatment Compliance In Patients With Type 1 Diabetes

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 05/02/2024 for the total of 71 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 9 %.

Filtering options applied**:

1. Approval and Declaration sections excluded
2. References cited excluded
3. Quotes excluded
4. Quotes included
5. Match size up to 5 words excluded

I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

Kindly submitted for the necessary actions.

Kadir Mert Duma

Student Information	Name-Surname	Kadir Mert Duma
	Student Number	N20133773
	Department	Psychology
	Programme	Clinical Psychology MSc

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Prof. Dr. Sait ULUÇ

**As mentioned in the second part [article (4)/3]of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding reference, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.

EK 10. Etik Kurul/Komisyon İzni ya da Muafiyet Formu



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1579

Konu : **ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

Toplantı Tarihi : 06 EYLÜL 2022 SALI
Toplantı No : 2022/13
Proje No : GO 22/86 (Değerlendirme Tarihi: 18.01.2022)
Karar No : 2022/13-65

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sait ULUÇ'un sorumlu araştırmacı olduğu, Kadir Mert DURNA'nın yüksek lisans tezi olan, GO 22/86 kayıt numaralı "*Kronik Rahatsızlıklarda Zihinselleştirmenin Rolüne İlişkin Bir Araştırma: Tip 1 Diyabet Hastalarında Zihinselleştirmenin Tedavi Uyumuyla İlişkisinin İncelenmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 07 Eylül 2022 – 07 Temmuz 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
4. Prof. Dr. Sibel PEHLIVAN	(Üye)	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
5. Prof. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	
İZİNLİ			
6. Prof. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)	13. Av. Buket ÇINAR	(Üye)
İZİNLİ			
7. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)		(Üye)