

Tip 2 Diabetes Mellitus Tanılı Hastalarda Hastalığı Farkındalık ve Kabulüne Göre Mutluluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Gülşen KARATAŞ^{1,2} ✉, Çiğdem ÖZDEMİR^{1,3} 

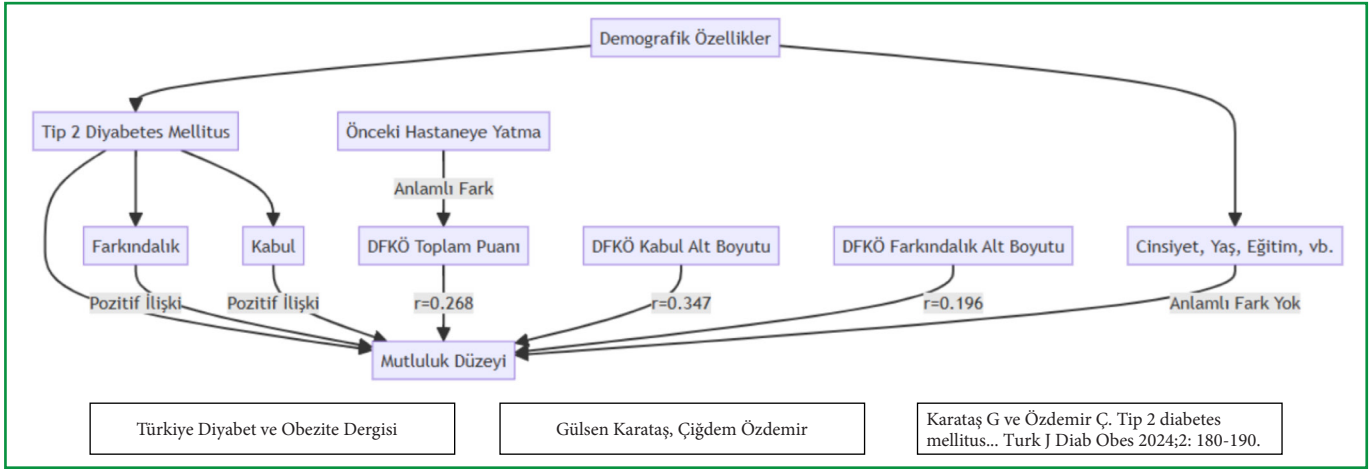
¹Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı, Kilis, Türkiye

²Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, Gaziantep, Türkiye

³Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı, Gaziantep, Türkiye

Bu makaleye yapılacak atıf: Karataş G ve Özdemir Ç. Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastalarda hastalığı farkındalık ve kabulüne göre mutluluk düzeylerinin değerlendirilmesi. Turk J Diab Obes 2024;2: 180-190.

GRAFİKSEL ÖZET



ÖZ

Amaç: Tip 2 Diabetes Mellitus tanılı bireylerin hastalığının farkında olup kabul etme durumu ile mutluluk düzeylerinin belirlenmesi ve bunların arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı, nicel ve kesitsel tipteki çalışma, Temmuz-Ekim 2023 tarihleri arasında yapıldı. Dahiliye servislerinde yatan 18 yaş üstü 128 hasta ile yapılan çalışmada; veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Diyabet Farkındalık ve Kabul Ölçeği ve Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu kullanılarak toplandı ve analiz yapıldı.

Bulgular: Çalışmada Diyabet Farkındalık ve Kabul Ölçeği toplam puanı $71,28 \pm 24,68$ (min:23, max:115), farkındalık alt boyutu toplam puanı $45,09 \pm 15,49$ (min:14, max:70), kabul alt boyutu toplam puanı $26,71 \pm 9,91$ (min:9, max:45) ve OMÖ-K toplam puanı $20,0 \pm 6,32$ (min:7, max:35) bulundu. Katılımcıların DFKÖ toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde (Spearman rho kaysayısı=0,268, $p < 0,05$); DFKÖ kabul alt boyutu toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde (Spearman rho kaysayısı=0,347, $p < 0,05$); DFKÖ farkındalık alt boyutu toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde (Spearman rho kaysayısı=0,196, $p < 0,05$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Katılımcıların daha önce hastaneye yatma durumu ile DFKÖ toplam puanı ve farkındalık alt boyutu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,05$). Bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tip 2 Diabetes Mellitus tanı

ORCID: Gülşen Karataş / 0000-0002-1850-4501, Çiğdem Özdemir / 0000-0002-5716-1468

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Gülşen KARATAŞ

Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Kilis, Türkiye
Tel: 0 (348) 813 93 01-7410 • E-posta: glsnkrts002@gmail.com

DOI: 10.25048/tudod.1411309

Geliş tarihi / Received : 28.12.2023

Revizyon tarihi / Revision : 20.05.2024

Kabul tarihi / Accepted : 16.06.2024

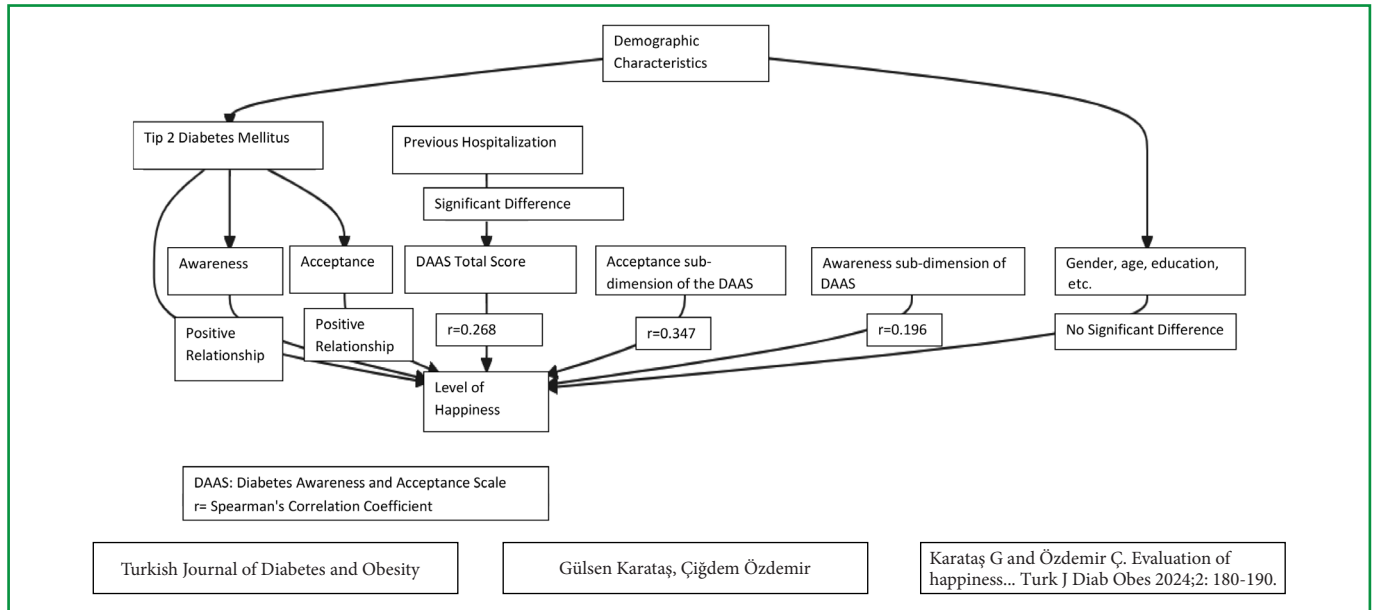
süresi, günlük kullandığı ilaç sayısı, kullandığı ilaç tipi ve başka bir kronik hastalık durumları ile OMÖ-K ve DFKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Hastaların hastalığının farkında olmalarının ve hastalığı kabul etme durumlarının, kişilerin mutluluk düzeylerini artırdığı görüldü.

Anahtar Sözcükler: *Diabetes Mellitus, Farkındalık, Mutluluk*

Evaluation of Happiness Levels According to Disease Awareness and Acceptance in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

GRAPHICAL ABSTRACT



ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the awareness and acceptance of the disease and happiness levels of individuals diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus and to examine the relationship between them.

Material and Methods: The descriptive, quantitative and cross-sectional study was conducted between July and October 2023. Data were collected and analyzed using the Descriptive Information Form, Diabetes Awareness and Acceptance Scale and Oxford Happiness Scale Short Form.

Results: The total score of the DAAS was 71.28 ± 24.68 (min:23, max:115), the total score of the awareness subscale was 45.09 ± 15.49 (min:14, max:70), the total score of the acceptance subscale was 26.71 ± 9.91 (min:9, max:45), and the total score of the OHQ-SF was 20.0 ± 6.32 (min:7, max:35). There was a positive, weak (Spearman's rho coefficient=0.268, $p<0.05$) and statistically significant relationship between the total score of the participants' DAAS and the total score of the OHQ-SF; there was a positive, moderate (Spearman's rho coefficient=0.347, $p<0.05$) relationship between the total score of the DAAS acceptance subscale and the total score of the OHQ-SF; A positive, weak (Spearman's rho coefficient=0.196, $p<0.05$) and statistically significant relationship was found between the total score of the awareness subscale of the DAAS and the total score of the OHQ-SF. A statistically significant difference was found between the participants' previous hospitalization status and the total score of the DAAS and the total score of the mindfulness subscale ($p<0.05$). There was no statistically significant difference between the gender, age, marital status, place of residence, education level, employment status, duration of Type 2 Diabetes Mellitus diagnosis, number of medications used daily, type of medication used, and another chronic disease status of the individuals and the total score of OHQ-SF and DAAS ($p>0.05$).

Conclusion: It was observed that patients' awareness of their disease and acceptance of the disease increased their level of happiness. In this respect, it is thought that this study will contribute to the literature.

Keywords: *Diabetes Mellitus, Awareness, Happiness*

GİRİŞ

Diabetes Mellitus (Diyabet, DM), insülin hormonunun yokluğu (Tip 1), eksikliği veya yetersizliği (Tip 2) sebebiyle kandaki glukoz sınırının aşılmasıyla meydana gelen, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarındaki normal olmayan durumlarla ilişkili olan renal, nörolojik ve prematüre kardiyovasküler hastalıkların gelişmesine neden olan, günümüzde insanları önemli seviyede etkileyen, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar içinde en sık görülen hastalıklardan biridir (1). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre ise Dünya’da 537 milyon diyabetli hasta yer almaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 41 milyon insanın ölümünden sorumlu hastalıklar içerisinde diyabet de yer almaktadır (3). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokronolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II (TURDEP II) verilerine göre; son 12 yılda diyabet sıklığı %90 artarak, 40-44 yaş grubundan itibaren erkeklerde açlıkta gizli diyabet, kadınlarda tokluk gizli diyabet olmak üzere nüfusun en az %10’u diyabetlidir (4). Uluslararası Diyabet Federasyonu’nun yayınladığı 10. Uluslararası Diyabet Atlası verilerine göre ise Türkiye’de 2021 yılında 20-79 yaş arası diyabet tanılı hasta sayısının 9 milyon olduğu ve bu sayının 2045 yılında 13,4 milyon olacağı öngörülmektedir (2). Bu veriler diyabetin ülkemiz için önemli bir kronik hastalık olduğunu göstermektedir.

Diabetes mellitus’un beyin fonksiyonu üzerindeki etkileri ile yaşam sorunlarının değerlendirilmesini olumsuz yönde etkilenmektedir. Bununla birlikte diyabetin; anksiyeteye, depresyona, mutlulukta azalmaya, enerjik uyarılmanın azalmasına yol açtığını ve ruh hali değişikliklerine neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (5,6). Mutluluk; bireyin kendini gerçekleştirme, var olan gücünü daha iyi bir şekilde kullanması, yaşam kalitesinin artırılması, kişilerarası ilişkilere katkı sağlaması anlamına gelen önemli bir terimdir (7). Diyabet hastaları tanı konulduktan sonra yaşam tarzı değişikliğinden duygusal ve/veya fiziksel olarak etkilenmektedir. Bu durum hastaların kabullenmelerini etkilemektedir. Kişinin, hastalığını kabul etmesi, hastalık ile ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerinde azalmanın olması hastalığı ile baş etme sürecini kolaylaştırmaktadır (8).

Literatür incelendiğinde, kişilerin hastalığı kabul durumlarının, bireyin biyopsikososyal durumuna göre değişkenlik gösterebildiği görülmüştür (8). Diyabet hastaları üzerine yapılan çalışma sonuçlarına göre; hastaların psikososyal uyumlarının zayıf olduğu, hastalık sebebiyle iş ve sosyal hayatlarında zorluk yaşadıkları, ortama uyum sağlama konusunda endişe duydukları, yalnızlık, anksiyete ve umutsuzluk gibi korkuları olduğu gösterilmiştir (9-11). Bu çalışma, Tip 2 DM tanılı hastaların hastalık farkındalığı ile hastalıklarını kabul etme durumu ve mutluluk düzeylerinin belirlenmesi

amacıyla yapılmıştır. Bu konuda yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu fark edilmiş ve bu nedenle araştırmanın alana katkı sağlayacağı ve özellikle hastalığının farkında olmayan, hastalığını yönetemeyen, yanlış ya da eksik bilgisi olan ve tüm bunlara bağlı olarak değişken mutluluk duygusu yaşayan bireylerle yapılacak olan çalışmalara da yol göstereceği düşünülmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Araştırma için Türkiye’nin Güneyindeki bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan (2023/09), araştırmanın uygulandığı Devlet Hastanesinin başhekimliğinden ve İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izinler alındı (Sayı: E-34007727-770-218072960). Ölçek kullanımı için yazarlardan e-mail yoluyla izin alındı. Araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırma, Helsinki Bildirgesi’ne uygun olarak yürütüldü.

Çalışma, Temmuz-Ekim 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde bir devlet Hastanesi’nin Dahiliye servislerinde yatmakta olan diyabet tanılı hastalar oluşturdu (N=130). Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında “Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu” esas alınarak G-Power programında minimum örneklem genişliği $\alpha=0,05$, testin gücü $(1-\beta)$ 0,95 iken gereken örneklem sayısının 112 olduğu tespit edildi (12). Belirlenen tarihler arasında, uzman bir dahiliye hekimi tarafından en az 6 aydır Tip 2 DM tanısı ile takip edilen, 18 yaş ve üzerinde olan, iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 128 birey çalışmanın örneklemini oluşturdu.

Verilerin elde edilmesinde Tanıtıcı Bilgi Formu, Diyabet Farkındalık ve Kabul Ölçeği, Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen form, bireylerin sosyodemografik özellikleri ile hastalık ve tedavisine ilişkin özelliklerini içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

Diyabet Farkındalık ve Kabul Ölçeği: DM hastalarının farkındalık ve kabul düzeylerini objektif olarak değerlendirebilen ölçek, sağlık profesyonellerinin diyabetli yetişkin hastalar için gerekli müdahaleleri planlamasına ve uygulamasına yardımcı olacağı düşünülerek Atik ve arkadaşları tarafından 2022 yılında geliştirilmiştir (13). Madde sayısı 23 olan ölçek, iki alt boyuttan (farkındalık ve kabul) oluşmaktadır ve beşli likert tipindedir. Her zaman “5”, Sık sık “4”, Kararsızım “3”, Bazen “2” ve Hiçbir zaman “1” olarak kodlanan ölçeğin toplam puanı 23 ile 115 arasında değişmektedir. “Farkındalık” alt ölçeğinin toplam puanı 14 ile 70 arasında değişmektedir. “Kabul” alt ölçeğinin toplam puanı 9 ile 45 arasında değiş-

mektedir. Puanların artması farkındalık ve kabul düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Cronbach's alfa katsayısı ölçeğin tamamı için 0,96; "farkındalık" alt boyutu için 0,94 ve "kabul" alt boyutu için 0,94 olarak bulunmuştur (13). Bu çalışmada, ölçeğin tamamı için Cronbach's alfa katsayısı 0,83; "farkındalık" alt boyutu için 0,98 ve "kabul" alt boyutu için 0,96 olarak bulundu.

Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu: Hills ve Argyle tarafından (14), mutluluk düzeyini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilen 8 maddelik ölçek (Cronbach alfa=0,93), 2011 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği (Cronbach alfa=0,85) incelenmiştir (15). Madde sayısı 7 olan ölçek, beşli likert tipindedir. Ölçek Tamamen katılıyorum "5", Katılıyorum "4", Biraz katılıyorum "3", Katılmıyorum "2" ve Hiç katılmıyorum "1" olarak kodlanmakta ve yüksek puanlar mutluluk düzeyinin yükseldiğine işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur (15). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0,97 olarak bulundu.

Veriler, hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla araştırmacı tarafından toplandı.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler IBM SPSS (Statistics for Windows, Version24.0) paket programı ile sağlandı. Normal dağılım kontrolü için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılım sağlanmadığından, ikili değişkenler karşılaştırılırken Mann Whitney U testi, çoklu değişkenler karşılaştırılırken Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlı çıkan gruplar arasında hangi farkın olduğunu belirlemek için Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin özetlenmesinde ortalama±standart sapma değerleri, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verildi. Güvenirliğin test edilmesi amacıyla Cronbach's alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tüm veriler için istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak belirlendi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen bireylerin %68,0'ı kadın, %55,5'i 18-65 yaş aralığında, %82,8'i evli ve %76,6'sı il merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların %35,9'unun okuma yazması bulunmamakta ve %75,8'i çalışmamaktadır. Tip 2 DM tanısı dışında kronik hastalığa sahip olanların oranı %83,6'dır. Tip 2 DM tanısı süresi 19 yıl ve üstünde olanların oranı %22,7, kullandığı ilaç sayısı 5 ve üstü olanların oranı %53,9 ve insülin kullananların oranı %15,6'dır. Geçtiğimiz yıl boyunca Tip 2 DM tanısı ile 3 veya daha fazla hastaneye yatanların oranı %22,7'dir (Tablo 1).

Bu çalışmada DFKÖ ortanca değeri 79 (min:23, max:115), DFKÖ farkındalık alt boyutu ortanca değeri 49 (min:14, max:70), DFKÖ kabul alt boyutu ortanca değeri 29 (min:9,

Tablo 1: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri.

Özellikler, n (%)*	Sonuç (n=128)
Cinsiyet	
Kadın	87 (68,0)
Erkek	41 (32,0)
Yaş	
18-65 yaş	71 (55,5)
66 yaş ve üstü	57 (44,5)
Medeni Durum	
Evli	106 (82,8)
Bekar	22 (17,2)
Yaşadığı Yer	
Köy	22 (17,2)
İlçe	8 (6,3)
İl	98 (76,6)
Eğitim Düzeyi	
Okur yazar değil	46 (35,9)
Okur yazar	15 (11,7)
İlköğretim	59 (46,1)
Lise	4 (3,1)
Üniversite	4 (3,1)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	7 (5,5)
Çalışmıyor	97 (75,8)
Emekli	24 (18,8)
Diyabet Tanı Süresi	
1-9 yıl	46 (35,9)
10-18 yıl	53 (41,4)
19 yıl ve üstü	29 (22,7)
Günlük Kullandığı İlaç Sayısı	
1-4	59 (46,1)
5 ve üstü	69 (53,9)
Kullanılan İlaç Tipi	
Hap/Tablet	80 (62,5)
İnsülin Enjeksiyonları	20 (15,6)
Hap/tablet ve İnsülin Enjeksiyonları	28 (21,9)
Başka Bir Kronik Hastalık Durumu	
Var	107 (83,6)
Yok	21 (16,4)
Hastaneye Yatış	
İlk kez yatış yapılan	70 (54,7)
1-2 kere	29 (22,7)
3 veya daha fazla	29 (22,7)

* Sonuç (n=128)

Tablo 2: DFKÖ ve alt boyutları ile OMÖ-K arasındaki ilişki.

		DFKÖ Toplam	Farkındalık Alt Boyutu	Kabul Alt Boyutu	OMÖ-K Toplam	Medyan (Min-Max)
DFKÖ Toplam	Spearman rho kaysayısı	1.000	0.967*	0.940*	268*	79 (23-115)
	p		0.001	0.001	0.002	
Farkındalık Alt Boyutu	Spearman rho kaysayısı	0.967*	1	0.837*	0.196*	49 (14-70)
	p	0.001		0.001	0.026	
Kabul Alt Boyutu	Spearman rho kaysayısı	0.940*	0.837*	1	0.347*	29 (9-45)
	p	0.001	0.001		0.001	
OMÖ-K Toplam	Spearman rho kaysayısı	0.268*	0.196*	0.347*	1	20 (7-35)
	p	0.001	0.02	0.001		

*Spearman Korelasyon Analizi

DFKÖ: Diyabet Farkındalık ve Kabul Ölçeği, OMÖ:OMÖ-K: Oxford Mutluluk Ölçeği- Kısa Formu

max:45) ve OMÖ-K ortanca değeri 20 (min:7, max:35) olarak bulundu (Tablo 2).

Katılımcıların DFKÖ kabul alt boyutu toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Spearman rho kaysayısı=0,347, p<0,05).

Katılımcıların DFKÖ toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Spearman rho kaysayısı=0,268, p<0,05).

Katılımcıların DFKÖ farkındalık alt boyutu toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (Spearman rho kaysayısı=0,196, p<0,05).

Çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, çalışma durumu, diyabet tanı süresi, günlük kullandığı ilaç sayısı, kullandığı ilaç tipi ve başka bir kronik hastalık durumu ile DFKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Katılımcıların daha önce hastaneye yatma durumu ile DFKÖ toplam puanı ve farkındalık alt boyutu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0,05). Hastaneye üç veya daha fazla yatışı olanların, bir-iki kez yatışı olan ve ilk kez yatış yapılan bireylere göre DFKÖ toplam puanı ve farkındalık alt boyutu toplam puanının daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, çalışma durumu, tip 2 diyabet tanı süresi, günlük kullandığı ilaç sayısı, kullandığı ilaç tipi, başka bir kronik hastalık durumu ve daha önce hastaneye yatış olması durumu ile OMÖ-K toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

TARTIŞMA

Çalışmada OMÖ-K toplam puanı 20,0±6,32 bulundu. Yapılan bir çalışmada OMÖ-K toplam puanı 24,27±3,68 (12), bir diğer çalışmada OMÖ-K toplam puanı 18,4±4,2 olarak bulunmuştur (16). Çalışmada, hastaların mutluluk seviyelerinin ölçek ortalama değerine (ortanca:20p) denk olduğu görülmektedir. Mutluluk durumunun birçok sosyo-ekonomik değişkenden etkilendiği bilinmektedir (17). Hastaların olaylara olumlu yaklaşmasının, pozitif düşünme eğiliminin, ekonomik bağımsızlığının ve yaşanan her şeyden mutluluk duymaya çalışmalarının mutluluk seviyelerini yükselttiği söylenebilir.

Çalışmada DFKÖ toplam puanı 71,28±24,68, farkındalık alt boyutu toplam puanı 45,09 ±15,49, kabul alt boyutu toplam puanı 26,71±9,91 olarak bulundu. Literatürde DFKÖ ile ilgili yapılmış çalışmalara rastlanmamakla birlikte, diyabet hastalarında farkındalığın incelendiği bir çalışmada hastaların yeterli farkındalığa sahip olmadığı gösterilmiş ve diyabet farkındalık puan ortalaması 27,5±5,7 olarak bulunmuştur (18). Yapılan bir çalışmada; bakım veren bireylerin diyabet hastalığındaki göz, kalp ve nörolojik semptomlarla ilgili farkındalığının yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir (19). Çalışmada hastaların farkındalığının (ortanca:49p) ve kabulünün (ortanca:29p) ölçek ortalama değerinden düşük olduğu görülmektedir. Literatür; hastalık hakkında eğitim verilip farkındalık oluşturulduğunda, bireylere kan şekerini düzenleme ve diyabetle ilişkili komplikasyonları önleme konularında yardımcı olduğunu belirtmektedir (20). Hastalarda, hastalık hakkında, takip ve tedavi konusunda bilgi eksikliğinin olmasının, komplikasyonların fark edilip kontrolünü sağlamada yetersizlik yaşamalarının ayrıca çalışmanın yapıldığı popülasyon ve kültürel özelliklerin farklı oluşunun puan durumlarını etkilediği düşünülebilir.

Tablo 3: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırılması.

		DFKÖ Toplam	Farkındalık Alt Boyutu	Kabul Alt Boyutu	OMÖ-K Toplam
Özellikler		$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$
Cinsiyet	Kadın	75,37±24,30	47,21±15,29	28,16±9,78	20,45±6,23
	Erkek	64,27±24,05	40,61±15,14	23,66±9,60	19,05±6,51
		Z=-1,736 p=0,155	Z=-1,422 p=0,070	Z=-1,811 p=0,399	Z=-,843 p=0,083
Yaş	18-65 yaş	74,73±24,58	47,24±15,52	27,49±9,88	19,31±6,16
	66 yaş ve üstü	68,18±24,53	42,42±15,18	25,75±9,96	20,86±6,48
		Z=-1,422 p=0,155	Z=-1,811 p=0,070	Z=-,843 p=0,399	Z=-1,736 p=0,083
Medeni durum	Evli	71,79±24,79	45,04±15,55	26,75±10,01	20,12±6,08
	Bekar	71,91±24,92	45,36±15,56	26,55±9,65	19,41±7,53
		Z=-,051 p=0,960	Z=-,126 p=0,899	Z=-,136 p=0,892	Z=-,652 p=0,515
Yaşadığı Yer	Köy	62,14±25,29	39,27±16,60	22,86±9,61	19,09±5,77
	İlçe	71,13±34,02	47,25±21,87	23,88±12,88	20,37±6,80
	İl	74,04±23,44	46,22±14,52	27,82±9,56	20,17±6,45
		KW=4,05 p=0,132	KW=3,14 p=0,208	KW=5,45 p=0,065	KW=,506 p=0,777
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	68,93±22,34	43,61±14,21	25,33±8,86	18,63±7,00
	Okur yazar	72,33±26,89	45,13±17,24	27,20±10,76	21,27±5,76
	İlköğretim	73,61±25,57	45,92±16,02	27,69±10,23	20,53±5,91
	Lise	77,75±31,78	49,75±19,19	28,00±13,32	19,75±6,75
	Üniversite	70,50±32,17	45,25±18,61	25,25±13,77	23,50±5,07
		KW=1,87 p=0,760	KW=1,42 p=0,840	KW=1,83 p=0,767	KW=4,38 p=0,357
Çalışma durumu	Çalışıyor	65,00±20,26	41,14±11,11	23,86±9,56	18,29±4,54
	Çalışmıyor	72,95±24,64	45,68±15,60	27,27±9,74	19,62±6,50
	Emekli	69,21±26,37	43,88±16,41	25,33±10,81	22,04±5,79
		KW=1,27 p=0,528	KW=1,24 p=0,537	KW=1,20 p=0,547	KW=3,11 p=0,211
Diyabet tanı süresi	1-9 yıl	68,30±24,26	43,02±14,95	25,28±10,15	19,91±6,55
	10-18 yıl	71,11±25,21	44,68±16,18	26,43±9,73	20,26±6,51
	19 yıl ve üstü	78,66±23,81	49,14±14,80	29,52±9,63	19,66±5,81
		KW=4,61 p=0,100	KW=3,58 p=0,167	KW=4,08 p=0,130	KW=,44 p=0,800
Kullandığı ilaç tipi	Hap/Tablet	68,75±25,88	43,04±16,10	25,71±10,48	20,11±6,32
	İnsülin Enjeksiyonları	78,25±20,60	49,30±12,70	28,95±8,56	18,10±5,51
	Hap/tablet ve İnsülin Enjeksiyonları	75,96±23,04	47,96±14,93	28,00±9,00	21,04±6,80
		KW=2,49 p=0,287	KW=2,91 p=0,233	KW=1,65 p=0,437	KW=2,91 p=0,233
Başka bir kronik hastalık durumu	Evet	71,80±25,73	45,02±16,18	26,79±10,25	20,00±6,44
	Hayır	71,86±18,95	15,18±11,69	26,38±8,17	20,00±5,87
		Z=-,444 p=0,657	Z=-,473 p=0,636	Z=-,377 p=0,706	Z=-,129 p=0,897
Hastaneye yatış	İlk kez yatış yapılan ^a	68,61±26,62	42,91±16,58	25,70±10,64	19,96±6,96
	1 veya 2 kez ^b	68,55±23,47	43,14±15,24	25,41±8,96	18,76±5,23
	3 veya daha fazla ^c	82,79±17,44	52,31±10,45	30,48±8,20	21,34±5,61
		KW=7,85 p=0,020*	KW=9,19 p=0,010*	KW=5,88 p=0,053	KW=3,25 p=0,196
		c>b>a**	c>b>a**		

DFKÖ: Diyabet Farkındalık ve Kabul Ölçeği, OMÖ:OMÖ-K:Oxford Mutluluk Ölçeği- Kısa Formu, $\bar{x}\pm SS$: ortalama±Standart sapma, *p<0,05, KW: Kruskal Wallis testi, Z: Mann whitney u testi, **Harfler, gruplar arası farkı belirtmektedir ve bu fark Mann Whitney U testi ile bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların DFKÖ toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde; DFKÖ kabul alt boyutu toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde; DFKÖ farkındalık alt boyutu toplam puanı ile OMÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Yapılan çalışmalarda hastalık konusunda farkındalığın yüksek olmasının, bireylerde mutluluğu önemli ölçüde artırabileceği ortaya koyulmuştur (21,22). Çalışmada; bireylerin, hastalığını kabul etmeleri hastalığının farkında olma durumlarını artırmaktadır. Aynı zamanda, hastalığı kabul edip yaşayabilecekleri olumsuz durumların farkında olmalarının da mutluluk seviyelerini artırdığı görülmektedir. Hastalığın var olan ve getireceği durumlar hakkında bilgi sahibi olmanın bireyde farkındalık oluşturması hastalığını yönetme konusunda etkili olabilir (23). Tip 2 DM'li bireyler hastalıklarını tanıyıp bilgi sahibi oldukça hem hastalığı kontrol altına alma hem de komplikasyonları yönetme açısından kontrolün kendi ellerinde olduğu bilinci geliştigi için mutluluk seviyelerinin de yükseldiği düşünülebilir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin orijinallerinde; Cronbach's alpha katsayısı DFKÖ tamamı için 0,96; "farkındalık" alt boyutu için 0,94 ve "kabul" alt boyutu için 0,94 bulunmuş (13) ve OMÖ-K Cronbach's alpha katsayısı 0,74 bulunmuştur (15). Bu çalışmada, DFKÖ tamamı için Cronbach's alpha katsayısı 0,83; "farkındalık" alt boyutu için 0,98 ve "kabul" alt boyutu için 0,96 ve OMÖ-K Cronbach's alpha katsayısı 0,97 bulunarak güvenilir ölçekler olduğu doğrulanmıştır.

Literatürde, çalışmalara katılanların cinsiyeti ile mutluluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görülmektedir (12,15,24-26). Öztaş'ın çalışmasında, erkek katılımcıların OMÖ-K puanının (3,70±0,69) kadın katılımcıların OMÖ-K puanından (3,60±0,62) yüksek olmasına rağmen bu farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (26). "Rekreasyonel egzersize katılan yetişkinlerde mutluluk algısı" konulu bir çalışmada cinsiyet ve eğitim ile mutluluk düzeyleri arasında anlamlı olarak farklılaşma olmadığı belirlenmiştir (27). Çalışmadaki bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir. Kadın katılımcıların OMÖ-K toplam puanı daha yüksek bulunmasına rağmen erkek katılımcılar ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bu durum literatürde; kadınların kendilerine has özelliklerine, beklentinin düşük olmasına, kadınların spor yaptıkça serotonin hormonunun artış göstermesine, ev içinde veya bir işte aktif bir şekilde çalışmaya hareketli olmaya bağlanabilir (28-30). Toplumda kadınların, anaç ruh bilinciyle olaylara pozitif bakma eğiliminin fazla olması, kültürel özelliklerin baskın olması da mutluluk seviyelerinin yükselmesine katkı sağlayabilir.

Çalışmada 66 yaş ve üstü grupta OMÖ-K toplam puanı (20,86±6,48) daha yüksek bulunmasına rağmen 18-65 yaş grubu ile bu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Obezite ile mutluluğun araştırıldığı bir çalışmada yaş ile mutluluk arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (24). Yaşla birlikte mutluluğun artış gösterdiği, kişilerin hayatlarından daha memnun oldukları ve yaşamdan doyum sağlayan kişiler oldukları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (31-34). Yapılan bir diğer çalışmada ise, yaşın mutluluk ile bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (35). Yaşla birlikte yaşam kalitesinin artırılmasıyla fiziksel sağlığı korumak kişilerin daha uzun ve daha mutlu yaşamalarını etkileyebilmektedir (30). Çalışmada, 66 yaş ve üstü olan grubun diğer gruba oranla tecrübe ve yaşamışlıkları daha fazla olabileceğinden yaşam doyumunun ve mutluluğunun daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmadaki analiz sonuçlarına göre, evli katılımcıların OMÖ-K toplam puanı (20,12±6,08) bekâr katılımcıların puanından (19,41±7,53) yüksek olmasına rağmen bu fark anlamlı bulunmadı. Yapılan çalışmalarda, katılımcıların medeni durum ile mutluluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (12,26). Eşi ve çocukları ile veya çocukları ile birlikte kalan hastaların aile desteğinin daha yüksek olduğu görülmüştür (36). Literatürdeki araştırma sonucunun bu konu ile ilişkisi olduğu düşünülmekle beraber, kişilerin ev içerisinde destekçileri ile dayanışma, iletişim ve paylaşımlarının artmasının ayrıca buna bağlı olarak evli bireylerin yalnızlık duygularının azalmasının ve daha düzenli bir hayatının olmasının mutluluğu pozitif yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmada, ilçede yaşayan katılımcıların OMÖ-K toplam puanı (20,37±6,80) daha yüksek bulunmasına rağmen diğer bölgede yaşayanlar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Literatürde, kişilerin yaşadıkları yer ile OMÖ-K toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiş ve il merkezinde yaşayanların toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (12). Çalışmada, il ve ilçede yaşayan hastaların köyde yaşayanlara göre mutluluk düzeyleri puanlarının yüksek çıkmasının sebebi olarak; ulaşım olanaklarının, iş istihdamının ve sosyal faaliyetlerin daha ulaşılır olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu faaliyetlerin sağlayacağı madde ve manevi iyileşmenin mutluluk düzeyine olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışmada, üniversite mezunu olan katılımcıların OMÖ-K toplam puanı (23,50±5,07) daha yüksek bulunmasına rağmen diğer eğitim düzeylerine sahip olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bir çalışmada ortaöğretim mezunu kişilerin diğer eğitim seviyesinde olanlara göre OMÖ-K toplam puanının daha yüksek olduğu

(12), bir diğer çalışmada ise üniversite mezunu bireylerin puanının lise mezunu bireylerin puanından yüksek olduğu (26) ancak bu farkların istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar, katılımcıların algıladıkları refah düzeyinin artmasının, gelir durumunun yükselmesinin, ekonomik bağımsızlık yaşamının ve bilinçlenmenin mutluluk düzeylerini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir (37,38). Bu durumda, üniversite mezunu kişilerin iş istihdamı konusunda daha avantajlı olmaları sebebiyle mutluluk seviyelerinin doğru orantılı olduğu söylenebilir. Aynı zamanda Tip 2 DM tanılı bireylerin, eğitim durumları arttıkça okuma ve öğrenme seviyelerinde artış ile birlikte, hastalıklarını yönetme konusunda bireyselleştikleri ve daha mutlu hissettikleri düşünülebilir.

Çalışmada, hastalık süresi ve ek kronik hastalığa sahip olma durumu ile OMÖ-K toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yapılan bir çalışmada benzer şekilde hastaların; hastalık süresi, ek kronik hastalığa sahip olma durumu ile OMÖ-K toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (12). Bu çalışmada, başka bir kronik hastalığı olanlar ($20,00\pm 6,44$) ile olmayanların ($20,00\pm 5,87$) OMÖ-K toplam puanları eşit sonuçlandığı için karşılaştırma yapılamamakla birlikte, standart sapmalarına bakıldığında tip 2 DM dışında başka bir kronik hastalığa sahip olanların OMÖ-K toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun sebebinin; bireylerin tip 2 DM tedavisiyle ilgili takip ve bakımlarını üstlenmeleri ile ek bir kronik hastalık yönetiminde de kontrolü sağlayabilmeleri, komplikasyonları tanıyabilmeleri ve baş etme becerilerinin gelişmesi sonucunda daha mutlu hissetmeleri olduğu söylenebilir.

Katılımcıların yaş, cinsiyet ve tip 2 diyabet tanı süresi ile DFKÖ toplam puanı ve alt boyutları toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yapılan bir çalışmada, DM tanılı kadınların, artan yaşla birlikte farkında olmayan ve tedavi edilmeyen hasta grubunda azalma eğilimi gösterdiğinin bulunmasına rağmen erkeklerde farkındalık ile ilgili anlamlı bir farklılık görülmemiştir (39). Bir diğer çalışmada 36-64 yaş aralığında olan bireylerin, 65 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek oranda diyabeti kabul ettiği gösterilmiştir (40). Bir diğer çalışmada ise, tip 2 diyabet tanı süresi arttıkça hastalığı kabullenmenin olumsuz etkilendiği, yaş ile hastalığı kabul düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı belirtilmektedir (41). Çalışmada, 18-64 yaş aralığında olanların daha ileri yaştakilere göre farkındalık ve kabul puanlarının daha yüksek bulunmasının; genç yaşta tanı alan bireylerin bilişsel işlevlerinin ve anlama yeteneklerinin daha iyi oluşu; aynı zamanda takip ve tedavide güncel uygulamaları takip edebilmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kadınların erkeklere göre farkındalık ve

kabul puanlarının daha yüksek bulunmasının sebebi olarak; toplumumuzda kadınların erkeklere göre hasta bireylere ve çocuklarına karşı birincil bakım verici rollerinin daha fazla olması ve bunun sonucunda hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerinin artması olduğu düşünülebilir. Tip 2 DM tanı süresi 19 yıl ve üstü olanların yeni tanı alan/daha az tanı yılı olan hastalara göre farkındalık ve kabul puanları daha yüksek bulunmasının sebebi olarak; uzun yıllar aynı hastalıkla mücadele etmenin alışkanlık oluşturduğu; ilaç takibini, kullanımını dolayısıyla tedaviye uyumu kolaylaştırdığı söylenebilir. Daha geniş örneklem grubu ile benzer çalışmaların yapılması, hastalığı farkındalık ve kabul düzeyini etkileyebilecek tanıtıcı özellikler ve hastalık ile ilgili özelliklerin belirlenmesinde yol gösterici olabilir.

Çalışmada, hastaların medeni durumu, başka bir kronik hastalık varlığı ve kullandığı ilaç tipine göre DFKÖ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada medeni durum, eşlik eden başka kronik hastalık varlığı, tedavi şekli ile hastalığı kabul puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (8). Literatürde; sosyokültürel değerlerin, aile bağlarının destek ile hastalığı kabul durumunu etkilediği, karmaşık ilaçtansa tek tip ilaç kullananların kabulünün daha yüksek olduğu ve yalnız yaşayanların diyetle uyum sağlamada başarısız oldukları belirtilmiştir (36,42,43). Bu durumda, tip 2 diyabet yılı arttıkça bireyin ve ailesinin hastalığa ve yaşam tarzı değişikliklerine daha iyi uyum sağlamaları, evli bireylerin aile içinde iletişim sağlamaları ve komplikasyon takibi açısından rahat olmaları ayrıca tek bir ilaç tipi kullananların takibinin daha kolay olması sebebiyle hastalığı kabul ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmada; kişilerin yaşadıkları yer, eğitim durumu ve çalışma durumu ile DFKÖ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla beraber; şehirde yaşayanların, lise mezunu olanların ve çalışmayanların diğer gruptakilere oranla DFKÖ toplam puanları daha yüksek bulundu. Yapılan çalışmalarda, okuryazar olmayanların ve kırsal alanda yaşayanların farkındalıklarının düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (39,44). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada, diyabetli bireyin çalışma ve eğitim durumuna göre hastalığı kabul düzeyi puanı arasında anlamlı bir fark olduğu, çalışan diyabetli bireylerin çalışmayanlara göre ve lise mezunu diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyinin daha iyi olduğu bulunmuştur (8). Yapılan diğer çalışmalarda ise, eğitim durumu ile hastalığı kabul arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (36,45,46). Kişilerin, eğitim durumunun hastalık yönetiminde etkili olduğu, şehirde yaşayanların diyabet riskinin fazla olduğu belirtilmektedir (8). Bu duru-

mun, şehirde yaşayanların daha fazla diyabetli hasta görüp tanınmalarına, yerel eğitim ve bilgilendirme toplantılarına katılma fırsatı yakalamalarına ve okuryazarlığın artmasıyla kişilerde anlama ve becerilerinin artmasına bağlı olduğu söylenebilir.

Hastalık süresi 19 yıl ve üstü olanların (78,66±23,81) ve tedavide insülin enjeksiyonu kullananların DFKÖ toplam puanı (78,25±20,60) daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Yapılan bir çalışmada, hastaların hastalığının kabulünün hastalık süresi ve tedavi tipinden etkilendiği; hastalık süresi 1-5 yıl olan ve oral antidiyabetik ilaç kullanan hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (36). Tanı yılı ile hastalığı kabul arasında ilişki olduğunu, tanı yılı daha fazla olan kişilerin hastalığı kabul puanlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (36,42,47,48). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde oral antidiyabetik kullanan hastaların hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (42,47). Bu çalışmada elde edilen bulgular literatür ile paralellik göstermektedir. Beş yıldan kısa süredir tanı alanların ve karmaşık tedavi uygulananların tedaviye uyumları düşük bulunmuştur (49). Literatür sonucuna bakılarak söylenebilir ki uzun yıllardır takip ve tedavi edilen ve tek tip ilaç kullanan diyabetli hastalar kendi kendini kontrol etme ve hastalığını yönetme konusunda daha rahattır. Bu durum hastalığın kabulünü ve farkındalığını yükseltmekte aynı zamanda tedaviye uyumunu artırmaktadır.

Katılımcıların hastaneye yatış durumu ile DFKÖ kabul alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Literatürde bu konuda çalışmaya rastlanmamakla birlikte, hastanede yatma durumu ile hastalığın kabul puanlarının incelendiği bir çalışmada da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (8). Ancak bu çalışmada, daha önce üç veya daha fazla hastanede yatışı olanların, ilk kez yatış yapılanlara ve daha önce bir kez yatışı olanlara göre DFKÖ toplam puanı ve farkındalık alt boyutu toplam puanının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu durumun, uzun süreli hastanede yatışı olanların tecrübe sahibi olmaları ile hastaneyi ve tedavi sürecini tanınmalarının farkındalıklarını artırmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada, tip 2 DM tanılı bireylerin farkındalık, kabul ve mutluluk düzeylerinin ortalamasının üstünde olduğu belirlenmekle beraber bu değişkenler arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu.

Hastalığının farkında olma ve hastalığını kabul etme durumları, kişilerin mutluluk düzeylerini artırmaktadır. Hastalığını ve tedavisini tanımanın bireylerde olumlu duygular

uyandırdığı, bireylerin kendi takip ve tedavisinde aktif rol almasının mutluluk duygusuna yol açtığı sonucuna varılabilir. Farkındalığı düşük olan hastalara hastalığını tanıma, tip 2 DM takip, tedavi ve komplikasyonları hakkında bilgi edinme gibi konularda destek verilmesi önerilmektedir. Farkındalığı yüksek olan hastalara ise; tip 2 DM komplikasyonlarını yönetme, acil durumlarla ilgili bilgi, eğitim ve danışmanlık alma gibi konularda destek verilebilir. Bu konuda yapılacak olan çalışmalara literatürde yer verilmesinin hastalar açısından olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

Teşekkür

Çalışmanın yapılması için onay veren kuruma, klinikte hastaları olan hekimlere ve sağlık personellerine, çalışmaya katılan tüm hastalara teşekkür ederiz.

Yazar Katkı Beyanı: Çalışma tasarımı

Gülşen Karataş, Çiğdem Özdemir, Veri toplama: Gülşen Karataş, Çiğdem Özdemir, Veri analizi: Gülşen Karataş, Çiğdem Özdemir, Literatür taraması: Gülşen Karataş, Çiğdem Özdemir, Makalenin yazılması: Gülşen Karataş, Çiğdem Özdemir.

Çıkar Çatışması

Bu araştırma; 22-24 Aralık 2023 tarihleri arasında çevrimiçi olarak düzenlenen Konuralp Ulusal Tıp ve Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Çalışmalar Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur. Çalışmada yazarlar arası çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Çalışmanın oluşturulması ve yazılmasında herhangi bir finansal destek sağlayan kurum ve kişiler bulunmamaktadır.

Etik Kurul Oluru

Ölçek kullanımı için yazarlardan e-mail yoluyla izin alındı. Araştırma için Türkiye'nin güneyindeki bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan (2023/09), araştırmanın uygulandığı Devlet Hastanesinin başhekimliğinden ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izinler alındı (Sayı: E-34007727-770-218072960). Araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırma, Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü.

Hakemlik Süreci

Eksternal ve yoğun bir kör hakemlik sürecinde değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2017.
2. International Diabetes Atlas, 10th. Edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2021. <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. (Erişim tarihi: 20.05.2024).
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases progressmonitor 2020. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4. Satman I, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S, Tütüncü Y, Çolak N, Boztepe H, Genç S, Çakır B, Tuomilehto J. 15 İlde Sağlık Md. Temsilcileri. Gedik S, Türker F, Canbaz, B, Dinççağ N, Karşıdağ, K, Telci A, Yılmaz T, Keskinlik B, İmamecioğlu R, Yardım N, Üniversite Endokrinoloji Öğretim Üyeleri ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrin Şefleri. TURDEP-II Study Group. Twelve-Year Trends In The Prevalence And Risk Factors Of Diabetes And Prediabetes In Turkish Adults. *Eur J Epidemiol*. 2010; 28: 169–80.
5. Van Duinkerken E, Snoek FJ, de Wit M. The cognitive and psychological effects of living with type 1 diabetes: a narrative review. *DiabetMed*. Apr;37(4):555-563. doi: 10.1111/dme.14216. Epub 2019. PMID: 31850538; PMCID: PMC7154747.
6. Perrin NE, Davies MJ, Robertson N, Snoek FJ, Khunti K. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *DiabetMed*. 2017 Nov;34(11):1508-1520. doi: 10.1111/dme.13448. Epub 2017. PMID: 28799294.
7. Demir K, Duman S. Bireylerin spor yapma durumlarıyla, benlik saygıları ve mutluluk düzeyleri arasındaki ilişkisinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 2019; 4(4), 437-449.
8. İlaslan E, Dalkıran Ş, Canlı Özer Z, Balcı MK. Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ve bakım verenlerin bakım verme yükü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021; 30(2): 84-95.
9. Tonkuş M. B, Yıldız B. Tip 1 Diyabet Tanısının Genç Bir Bireydeki Psikososyal Etkileri: Olgu Sunumu. *Journal of Medical Sciences* 2022;3(2) 131-134
10. Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E. Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *FN Hem Derg*. 2015;23(2):105–15.
11. Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. “I’m not a druggie, I’m just a diabetic”: A qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *BMJ Open*. 2014;4(7):1–10.
12. Koç K. Koah ve Diyabetes Mellitus Hastalığına Sahip Bireylerin Bakım Bağımlılıklarının Yaşam Doyumlarının Ve Mutluluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, (Balcı Akpınar R). 2020.
13. Atik D, İnel Manav A. Keşer E. A scale development study: Diabetes Awareness and Acceptance Scale. *Diabetes StoffwHerz*, 2022;31, 152-158
14. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences* 2002;33, 1073–1082.
15. Doğan T. Akıncı-Çötök N. Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formunun Türkçe uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2011;4(36), 165-172.
16. Koksoy S, Can B. The effect of psychological distresses caused by COVID19 in health care professionals on happiness. *Pak J MedSci*. 2023;39(1):101-108. doi: 10.12669/pjms.39.1.6448. PMID: 36694736; PMCID: PMC9843017.
17. Veenhoven R., Dumludağ D. İktisat ve mutluluk: bugün daha mutlu muyuz? İktisatta Davranışsal Yaklaşımlar, İmge Kitapevi. 2015.
18. Al-Khawaldeh OA, Al-Jaradeen N. Diabetes awareness and diabetes risk reduction behaviors among attendance of primary health care centers. *Diabetes Metab Syndr*. 2013;7(3):172-8. doi: 10.1016/j.dsx.2013.02.010. Epub 2013. PMID: 23953184.
19. Çiftçi S., Kutlutürkan S. Tip 2 Diyabetli Hastalara Bakım Verenlerin Diyabetle İlgili Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri. *Türkiye Diyabet Ve Obezite Dergisi*, 2021;5(3), 256-265. <https://doi.org/10.25048/tudod.884502>.
20. Akay B, Ayhan B, Yaşartürk F. Boş Zaman Yoluyla Stresle Baş Etme Stratejisi ve Mutluluk Düzeyi Arasındaki İlişki. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2022;8 (2) , 593-607.
21. Zarifsanaiy N, Jamalian K, Bazrafcan L, Keshavarzy F, Shahraki HR. The effects of mindfulness training on the level of happiness and blood sugar in diabetes patients. *J Diabetes Metab Disord*. 2020;19(1):311-317. doi: 10.1007/s40200-020-00510-7. PMID: 32550181; PMCID: PMC7270218.
22. Dahlgaard J, Jørgensen MM, van der Velden AM, Sumbundu A, Gregersen N, Olsen RK et al. Mindfulness, health, and longevity. In: *The science of hormesis in health and longevity*. Academic Press; 2019. p. 243–55. 10.1016/B978-0-12-814253-0.00022-X.
23. Xu Y, Pan W, Liu H. Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *NursHealthSci*. 2010;12(2):228-34.
24. Akbuğa E, Bilen E. Obezite ve Mutluluk. *Düzce Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 2023;3 (2) , 179-184.
25. Liaghatdar MJ, Jafari E, Abedi MR, Samiee F. Reliability and validity of the Oxford happiness inventory among university students in Iran. *The Spanish Journal of Psychology*, 2008;11(1), 310-313.
26. Öztaş İ. Farklı Kurumlarda Çalışan Memurların Serbest Zaman Doyum Ve Mutluluk Düzeylerinin Belirlenmesi (Kırkkale İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, (Güngörmüş H.A). 2018.
27. Parlar F, Öncü E, Akbulut V, Başkan N. Rekreatif Egzersiz Katılan Yetişkinlerde Mutluluk Algısı, Uluslararası Rekreatif ve Spor Yönetimi Kongresi, Bildiriler Kitabı, 2018; 10-13 Mayıs, Bodrum/Muğla, 293-294.
28. Yüksel-sahin F, Taşkın T. Çalışmayan Ev Kadınlarının Mutluluk ve Kişisel Gelişim Yönelimi Düzeylerinin İncelenmesi. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 2019; Cilt:15 Sayı: Özel Sayı 1, 24-36. DOI: 10.17244/eku.491068
29. Yavuz Söyler D, Gacar A, Altungül O. Fitness merkezlerinde spor yapan kadınların mutluluk düzeylerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2022;9 (1) , 30-41.
30. Alkan F, Erdem R. Mutluluk İle Geçici Yeti Yitimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 2020;30(3), 69-79.

31. Güllü S. Spor işletmelerinde çalışan mutluluğu. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2018;4(3), 547-559.
32. Kapçak S. Gelişmekte olan ülkelerde mutluluk ve ekonomik büyümenin ekolojik ayak izi üzerindeki etkisi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD)*, 2023;10(2), 136-146.
33. Karaçar E. Spor Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Rekreatif Faaliyetlere Karşı İlgi Ve Mutluluk Düzeyleri: Sinop Üniversitesi Örneği. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2019;1(1), 58-70.
34. Başaran Z, Doğanay M, Çolak S, Erdal R. Fitness merkezi üyelerinin egzersiz bağımlılığı, mutluluk ve yaşam doyumlarının kişisel özellikler açısından incelenmesi. 2. Uluslararası Herkes İçin Spor Ve Wellness Kongresi, 2019;(s.476- 484).
35. Akyüz H, Yaşartürk F, Aydın İ, Zorba E, Türkmen M. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Special Issue2017;2*, 253-262.
36. Arı N, Özdelikara A. Dahiliye Kliniklerine Başvuran Tip 2 Diyabet Hastalarında Aile Desteğinin Hastalığı Kabullenme ve Tedavi Uyumuna Etkisi: Ordu İli Örneği. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 2022;6 (1), 39-48. DOI: 10.25048/tudod.1018441
37. Akay Çizmecioglu H, Göktepe MH, Cizmecioglu A. The Crucial Role of Awareness and Education in Promoting Effective Diabetes Self-Management and Reducing the Risk of Complications . *Konuralp Medical Journal*, 2023;15 (3) , 353-359 . DOI: 10.18521/ktd.1295314
38. Köksal O, Şahin F. Gelir ve mutluluk: Gelir karşılaştırmasının etkisi. *Sosyoekonomi*, 2015;23(26): 45-60. <https://doi.org/10.17233/se.91108>
39. Wang Q, Zhang X, Fang L, Guan Q, Guan L, Li Q. Prevalence, awareness, treatment and control of diabetes mellitus among middle-aged and elderly people in a rural Chinese population: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2018;13(6):e0198343. doi: 10.1371/journal.pone.0198343. PMID: 29856828; PMCID: PMC5983453.
40. Taşkın Yılmaz F, Şahin AD, TÜresin AK. "Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi". *Cukurova Medical Journal* 44 (2019): 1284-1291 <https://dergi-park.org.tr/tr/pub/cumj/issue/42408/528315>
41. Şireci E, Yılmaz Karabulutlu E. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme Ve Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 20(1): 48-55.
42. Demiröz H. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalığı kabul ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Düzce. 2021.
43. Muslu L, Ardahan M, Günbayı İ. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların psikososyal uyum sürecine ilişkin görüşleri: fenomenolojik bir araştırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2017;9(1): 75-100.
44. Pardhan S, Nakafero G, Raman R, Sapkota R. Barriers to diabetes awareness and self-help are influenced by people's demographics: perspectives of South Asians with type 2 diabetes. *EthnHealth*. 2020;25(6):843-861. doi: 10.1080/13557858.2018.1455809. Epub 2018. PMID: 29578353.
45. Pouwer F, Beekman AT, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific motivational problems in out patients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 2006;60(2):235-240.
46. Nowicki A, Krzemkowska E, Rhone P. Acceptance of illness after surgery in patients with breast cancer in the early postoperative period. *Pol Przegl Chir*. 2015;87(11):539-550.
47. Kurpas D, Czech T, Mroczek B. Illness acceptance in patients with diabetes and its influence on the quality of life and the subjective assessment of health. *Fam Med Primary Care Rev*. 2012; 14(3): 383-388.
48. Richardson A, Adner N, Nordström G. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *J Adv Nurs*. 2001;33:758-763.
49. Karaaslan Eşer A, Doğan EN, Kav S, Bulut Y. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2018;34 (2), 64-76.