

**TIP 2 DİYABETES MELLİTUS'LU HASTALARDA  
HASTALIĞI KABULÜN KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Gürkan ÖZDEN**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

**Yüksek Lisans Tezi – 2018**

**T.C  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABETES MELLİTUS'LU HASTALARDA HASTALIĞI  
KABULÜN KONFOR DÜZEYİNE ETKİSİ**

**Gürkan ÖZDEN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

**MALATYA  
2018**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Gürkan ÖZDEN'in** “**Tip 2 Diyabetes Mellitus’lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi**” konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/07/2018

Prof. Dr. Behice ERCİ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU  
Atatürk Üniversitesi  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Diyabetes Mellitus .....	3
2.1.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı .....	3
2.1.2. Diyabetin Tanılama Kriterleri ve Sınıflandırılması .....	4
2.1.3. Diyabet Komplikasyonları ve Tedavi Yöntemleri.....	6
2.2. Hastalığı Kabul .....	8
2.2.1. Diyabetli Bireylerde Hastalığı Kabul .....	8
2.3. Konfor.....	9
2.3.1. Konfor Kavramı.....	9
2.3.2. Konfor Kuramı.....	10
2.3.3. Diyabetli Bireylerde Konfor .....	11
3. MATERYAL VE METOT .....	13
3.1. Araştırmanın Türü .....	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	13
3.4. Verilerin Toplanması .....	13
3.5. Veri Toplama Araçları .....	14
3.5.1. Hasta Anket Formu.....	14
3.5.2. Hastalığı Kabul Ölçeği .....	14
3.5.3. Genel Konfor Ölçeği.....	14
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	15

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	15
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	15
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	15
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIşMA .....	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	32
KAYNAKLAR .....	33
EKLER .....	45
EK 1. Özgeçmiş.....	45
EK 2. Hasta Anket Formu .....	46
EK 3. Hastalığı Kabul Ölçeği .....	48
EK 4. Genel Konfor Ölçeği .....	49
EK 5. Kurum İzni .....	51
EK 6. Etik Kurul İzni.....	53
EK 7. Hastalığı Kabul Ölçeği Kullanım İzni.....	54
EK 8. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni.....	55

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a,

Engin bilgi birikimi ve tecrübeleri ile eğitimime büyük katkı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye,

Tezimde emeği geçen değerli akademisyen arkadaşlarım Seher ÇEVİK ve Gülçin NACAR'a

Her daim bana güvenen, inanan ve attığım her adımda beni destekleyen değerli aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

### **Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi**

**Amaç:** Araştırma tip 2 diyabetes mellitus'lu hastalarda hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Materyal ve metot:** Araştırma kesitsel olarak, Ağustos 2017- Temmuz 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini Malatya'da bulunan üniversite hastanesinin endokrin servisinde tedavi gören 812 yetişkin tip 2 diyabetli birey oluşturdu. Örneklemi ise 264 hasta oluşturdu. Hata payını azaltmak için 561 hasta çalışmaya dahil edildi. Verilerin toplanmasında, Hasta Anket Formu, Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ) ve Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede, sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis, Anova ve Korelasyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya dahil edilenlerin çoğu kadın, evli, ilkokul mezunu, ev hanımı, geliri giderine denk, ilave kronik hastalığı bulunan, diyabet eğitimi almış, dört ayda bir kontrole giden, OAD kullanan, retinopatisi mevcut hastalar idi. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $48.25 \pm 15.19$ , tanı süresi  $8.55 \pm 6.40$  yıl idi. Bireylerin GKÖ puan ortalaması  $2.79 \pm 0.34$ , HKÖ puan ortalaması  $25.1 \pm 6.85$  puan bulundu. HKÖ ile GKÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde önemli bir ilişki saptandı ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Bireylerin hastalığı kabul ve konforlarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Kabul ile konfor düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, kabul düzeyi arttıkça konforun arttığı belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Hastalığı kabul, hemşirelik, konfor düzeyi, tip 2 diyabet

## ABSTRACT

### **The Effect of Acceptance of Disease on Comfort Level of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus**

**Aim:** The purpose of this study was to determine the effect of the acceptance of illness on comfort level in patients with type 2 diabetes mellitus.

**Material and method:** This cross-sectional study was conducted between August 2017 and July 2018. The population of the study consisted of 812 adult individuals with type 2 diabetes, who were receiving treatment in the endocrine service of a university hospital located in Malatya. The sample consisted of 264 patients. In order to decrease the margin of error, 561 patients were included in the study. Patient Questionnaire, Acceptance of Illness Scale (AIS), and General Comfort Questionnaire (GCQ) were used to collect data. In the statistical evaluation, number, percentage, mean, independent samples t test, Kruskal Wallis, Anova, and Correlation analysis were used.

**Results:** Most of the individuals were female, married, primary school graduate, and housewife, had an income equal to expenses, had additional chronic diseases, had training for diabetes, come to the control for once in four months, used OAD, and had retinopathy. The average age for individuals was  $48.25 \pm 15.19$  and their period of diagnosis was  $8.55 \pm 6.40$  years. While GCQ mean score for individuals was  $2.79 \pm 0.34$ , their mean score of AIS was  $25.1 \pm 6.85$ . It was determined that the acceptance and comfort level of individuals were moderate. A positive and significant correlation was found among total mean score of AIS and GCQ ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was determined that while there was a positive correlation between acceptance and comfort level, the comfort increased with increasing acceptance level.

**Key words:** Acceptance of disease, comfort level, nursing, type 2 diabetes



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ADA</b>	: Amerikan Diyabet Birliği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GKÖ</b>	: Genel Konfor Ölçeği
<b>HKÖ</b>	: Hastalığı Kabul Ölçeği
<b>IDF</b>	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
<b>OAD</b>	: Oral Antidiyabetik
<b>TURDEP</b>	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

## TABLÖLÄR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 3.1.</b> Genel Konfor Ölçeğinin Alt Boyutlarının Maddeleri.....	15
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	16
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	17
<b>Tablo 4.3.</b> Hastaların HKÖ ve GKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	18
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	19
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların Hastalık Özellikleri ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	20
<b>Tablo 4.6.</b> Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile HKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	21
<b>Tablo 4.7.</b> Hastaların Hastalık Özellikleri ile HKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
<b>Tablo 4.8.</b> HKÖ ve GKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi...	23

# 1. GİRİŞ

Diyabet, tüm dünyada morbidite ve mortaliteye sebep olan en önemli hastalıklardan biridir (1, 2). Sosyo-ekonomik düzeyin artması ve yaşam tarzı değişiklikleri ile diyabet sıklığı tüm dünyada hızla yükselmeye başlamıştır. Dünya çapında 424 milyon insan diyabetle yaşamakta iken yaklaşık 193 milyon diyabetliye henüz tanı konulmadığı düşünülmektedir (3). Diyabet nedeniyle, her yıl yaklaşık olarak 3.8 milyon birey hayatını kaybetmektedir (4). Sağlık harcamalarına iş gücü kaybı da eklendiğinde diyabetin dünyaya doğrudan yıllık maliyetinin 827 milyar dolardan fazla olduğu tahmin edilmektedir. Bu harcamaların 2030 yılında yaklaşık 1.7 trilyon dolara ulaşacağı ön görülmektedir (5). Diyabet, hem birey hem de toplum için büyük bir sağlık sorunu teşkil etmektedir (6).

Tip 2 diyabet, tüm diyabet vakalarının %90-95'ini oluşturmaktadır (7). Diyabetli bireylerde plazma glikozu normal sınırlarda tutulamadığından akut ve kronik komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu sebeple fonksiyonel kısıtlılık, iş alanında karşılaşılan engeller ve bir takım yeti kayıpları genel popülasyondan daha yüksek olmaktadır (8). Hastalarda ortaya çıkan bu komplikasyonlar, yaşam kalitesinin ve algılanan iyi oluşun bozulmasına neden olmaktadır (9). Her ne kadar diyabet için herhangi bir kalıcı tedavi mevcut olmasa da, ortaya çıkabilecek komplikasyonları önleyebilecek veya en aza indirebilecek çeşitli klinik yönetim stratejileri bulunmaktadır (10).

Diyabet gibi ömür boyu süren kronik hastalıklarda hastalığı kabul, tedaviye ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum için gereklidir. Hastalığın kabulü, bir kişinin hastalığa karşı zayıflığı ile direnci arasındaki uzlaşmayı temsil eder. Bu nedenle yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi ve etkin bir başa çıkmanın ön koşuludur (11). Kronik bir hastalığa sahip olan birçok hasta için hastalığı kabullenmek oldukça zor olmaktadır. Hastalığın kabulü, kronik koşulların ve kısıtlamaların kontrolü ile öz bakım yönetiminde önemli bir rol oynar. Hastalık kabulü, bu tür kısıtlamalara ve sonuçta meydana gelen kayıplara dair kişisel kaynaklara başvurmayı ifade eder (12). Hastalığın kabul görmemesi uyumsuzluğa, iyileşme sürecinin gecikmesine veya komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (11, 12).

Kabul düzeyinin yüksek olması, hastalarda özgüven duygusunun oluşmasına yardımcı olmaktadır. Bu sayede hastalar, kronik hastalıktan kaynaklanan problemlerle başa çıkabilmekte ve uygulanan tedaviler daha verimli olmaktadır (13). Gregg'in yaptığı bir araştırma sonucuna göre diyabet gibi kronik hastalıkların seyrinde hastalığı kabulün pozitif sonuçlar doğuran önemli faktörlerden biri olduğu görülmüştür (14). Harrison'ın yaptığı bir araştırmada, hastalığı kabul düzeyi yüksek olan diyabetlilerin, metabolik kontrollerinin daha iyi olduğunu belirlemiştir (15).

Kronik hastalıklar, bireylerin yaşam kalitelerinde ve konforlarında bozulmaya yol açabilmektedir. Konfor; fiziksel, çevresel, sosyal, psikolojik ve ruhsal alanları kapsayan öznel ve holistik bir kavramdır. Hemşirelik bilgisinin, disiplininin ve mesleğin doğasının tanımlanmasında da çok büyük önem taşır (16). Konfor genellikle hastaların ihtiyaçlarının karşılanması ile ilişkilidir ve artan hemşire-hasta ilişkisinin bir sonucudur. Bu nedenle hemşirelik bakımının temel amaçlarından biri olarak gösterilmektedir (17). Morse'a göre ise konfor, hemşirelik girişimlerinin bir sonucudur (18).

Konfor, hem hasta için hem de ailesi için beklenen pozitif bir sonuç olarak kabul edilmektedir. Kolcaba ve Wykle, konfor düzeyi yüksek olan hastaların daha hızlı iyileştiğini, hastalıklarıyla daha iyi başa çıkabildiklerini belirtmişlerdir (19). Hemşireler, bireyi bir bütün olarak değerlendirip konfor ihtiyaçlarını tanımlamalıdır. Hastaların konfor ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır (20-22).

Hastalıkla etkili bir şekilde başa çıkabilmek için hastalığın kabulü ve hastalığa uygun yaşam tarzı değişiklikleri yapılması önemlidir. Diyabetlilerde hastalığın kabulü, etkili başa çıkma mekanizmaları geliştirmek ve uygulamak için gereklidir. Kronik hastalıklar ve komplikasyonları, yaşam tarzı değişikliklerini de gerekli kılmaktadırlar. Bu hastalıkların varlığı, yaşam tarzında değişiklik yapma zorunluluğu ve ömür boyu süren tedaviler bireylerde konfor düzeyinin düşmesine neden olabilirler. Hemşire, hastaların sağlıklı baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmalıdır. Hastalığa adaptasyon ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda hastalar desteklenerek, konfor düzeyini artırıcı hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır. Literatürde diyabet hastalarında hastalığı kabul düzeyinin konfora etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı tip 2 diyabetes mellitus'lu hastalarda hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisini belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Diyabetes Mellitus

#### 2.1.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı

Diyabet, insülin üretilmemesi durumunda veya vücudun üretilen insülininden iyi bir şekilde yararlanmadığında ortaya çıkan bir durumdur. Kan glikoz düzeyi kontrolünün sağlanmasının ötesinde multifaktöriyel risk azaltma planlamaları ve süreğen tıbbi bakım gereksinimi olan kompleks ve kronik bir hastalıktır (2, 10).

1980-2011 yılları arasında dünya çapında diyabet hastası sayısı iki katına çıkmıştır (23). 2017 yılında yaklaşık 424 milyon kişinin diyabet hastası olduğu, bu sayının 2045 yılına kadar 628 milyona çıkacağı düşünülmektedir (24). 2017 yılında 4 milyona yakın insan diyabet ve ilişkili sorunlar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Genç erişkinlerde tip 2 diyabetin erken başlangıcına ek olarak tip 2 diyabet ve prediyabet eğilimi çocuklar ve ergenler arasında da dikkat çekmektedir. Diyabet büyük oranda, gelişmiş ülkelerle beraber gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Dünyadaki diyabet vakalarının %80' i daha az gelişmiş ülkelerde ve bölgelerde yaşamaktadır (25).

Türkiye'de 1998 yılında Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I (TURDEP-I) ve 2010 yılında TURDEP-II çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalara göre 1998 yılında %7.2 olan diyabet sıklığı 2010'da %90'lık bir artış göstererek %13.7' ye ulaşmıştır (26). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 'nun verilerine göre 2040 yılında Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %16'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (25). Avrupa genelinde toplam diyabetli birey sayısına bakılacak olursa Türkiye, Rusya ve Almanya'nın ardından üçüncü sırada yer almaktadır (2). Yüksek prevalansa bağlı olarak diyabet, Türkiye'de toplam sağlık harcamasının %16'sından tek başına sorumludur. 2016 Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre 2014 yılında Türkiye'de 15 yaş ve üstü bireylerin %9.1' inin diyabet hastası olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen veriler, diyabet hastası bireyler içerisinde kadınların oranının erkeklerin oranından daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (27).

2017 yılında 114.4 milyon diyabetli ile Çin dünyada birinci sıradadır. 2045 yılında Çin'de 119.8 milyon, Hindistan'da yaklaşık 134.3 milyon diyabetli olması beklenmektedir. Bu bağlamda 2045'te Hindistan'ın diyabetli sayısı bakımından dünyada

birinci sırada olacağı öngörülmektedir. IDF' ye göre 2017 yılı itibari ile Türkiye, diyabetli sayısı bakımından ilk on ülke arasında yer almazken 2045 yılında Türkiye'nin 11.2 milyon diyabetli ile dünyada en çok diyabet hastası bulunan onuncu ülke olması beklenmektedir (25).

### 2.1.2. Diyabetin Tanılama Kriterleri ve Sınıflandırılması

Diyabetin teşhisi için tanısıl kriterler yıllar içerisinde yeniden güncellenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen bugünkü kriterlere göre diyabet, kanda yükselmiş glikoz seviyesine göre tanılanmaktadır (25). Aşağıdaki kriterlerden sadece biri tanı için yeterli olmaktadır (5, 10, 28);

- Açlık Plazma Glikozu (APG)  $\geq 126$  mg/dL (En az 8 saat veya daha fazla açlık süresi içerisinde.)
- Oral Glikoz Tolerans Testi yapıldıktan sonra 2. saatteki Plazma Glikozu (PG)  $\geq 200$  mg/dL (Test, 75 gr. glikoz veya eşdeğeri glikoz yükü ile uygulanmalıdır.)
- Tipik hiperglisemi belirtilerine sahip bir hastada, rasgele yapılan ölçümde plazma glikozu  $\geq 200$  mg/dL.
- HbA1c  $\geq$  % 6.5

Diyabetin sınıflandırılması ve teşhisi karmaşıktır. Diyabet için önerilen bir dizi adlandırma ve tanı ölçütleri daha önceleri de mevcut olmakla birlikte, 1960'lı yılların ortalarına kadar herhangi bir sistematik kategorizasyon mevcut değildi (29). 1980 ve 1985 yıllarında DSÖ tarafından önerilen eski sınıflandırma sistemine göre diyabet, insüline bağımlı olan ve olmayan diyabet şeklinde sınıflandırılmaktaydı. 2011 yılında Amerikan Diyabet Birliği (ADA) tarafından ortaya konulan yeni sınıflandırma sistemi DSÖ tarafından da kabul edilmiştir. Buna göre 4 tip diyabet tanımlanmaktadır (10, 29, 30).

- Tip 1 Diabetes Mellitus (Genellikle insülinin mutlak eksikliğine sebep olan otoimmün  $\beta$  hücre harabiyeti vardır.)
- Tip 2 Diabetes Mellitus (Periferik insülin direnci bulunmakla beraber insülin sekresyonunda ilerleyici yetersizlik bulunmaktadır.)
- Gestasyonel Diabetes Mellitus (Gebelikte ortaya çıkan, gebelik öncesi belirgin olmayan, doğumdan sonra düzelen diyabet)
- Diğer Spesifik Diyabetes Mellitus Tipleri
  - $\beta$ -hücrelerin fonksiyonel genetik defektleri
  - İnsülin fonksiyonunda genetik defektler

- Çeşitli pankreas hastalıkları
- Endokrin sistem hastalıkları
- İlaçlar veya diğer kimyasallar
- İmmün sistem aracılıklı diyabet formları
- Enfeksiyonlar

**Tip 2 Diyabetes Mellitus:** Karbonhidrat, lipit ve protein metabolizmasında düzensizlik ve insülin salgılanmasının bozulması, insülin direnci veya her ikisinin kombinasyonu ile karakterizedir (29). Obezite ve sedanter yaşam tarzındaki artışa bağlı olarak prevalansı hızla artmaktadır (31). Bütün diyabet tipleri arasında tip 2 diyabet en yaygın olanıdır (29). Tip 2 diyabet genel olarak multifaktöriyel nedenlere bağlı olarak gelişir. En sık karşılaşılan nedenler arasında genetik faktörler, obezite ve düzensiz beslenme alışkanlıkları yer almaktadır (28).

Vücuttaki insülin salınımı,  $\beta$  hücrelerini ve insüline duyarlı dokuları içeren bir geri besleme döngüsü tarafından düzenlenir. İnsülin direnci mevcut ise  $\beta$  hücreleri, insülin salınımını arttırarak başlangıçta normal glikoz toleransını korurlar. Ancak  $\beta$  hücreleri, insülin direnci devam ettiği durumda yeterli insülini sağlayamazlar ve glikoz konsantrasyonu yükselir. Bu nedenle tip 2 diyabet tanısının konulması genellikle gecikmektedir. Hastalık genellikle 30 yaş sonrasında ortaya çıkmakla birlikte artan obezite oranına bağlı olarak son yıllarda çocukluk veya adölesan çağlarda da görülmektedir. (32-34).

Tip 2 diyabetli bireylerin çoğunda başlangıçta hiçbir belirti bulunmamaktadır. Bireylerin bir kısmında ise görmede bulanıklık, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, tekrarlayan mantar enfeksiyonları veya yaraların iyileşme süresinde uzama görülebilmektedir (35). Tip 2 diyabette lipitlerin fazla miktarda yıkımı ve keton cisimlerin oluşumunu önleyecek kadar insülin bulunmamaktadır. Bu sebeple tip 2 diyabette diyabetik ketoasidoz meydana gelmemektedir (31).

Tip 2 diyabet tedavisinin temel basamakları; eğitim, sağlıklı geliştirici bir diyet, egzersiz, sigarayı bırakma ve sağlıklı beden kitle indeksinin korunması gibi yaşam biçimi değişiklikleri ve farmakolojik yaklaşımlardır (25, 36). Yükselmiş glikoz seviyelerinin kontrolünün ötesinde kan basıncı takibi, böbrek komplikasyonları, retinopati ve ayak ülseri riskini yönetmek hayati önem taşımaktadır (25, 31). Tip 2 diyabette sıkı metabolik kontrolün diyabet kaynaklı komplikasyonları azalttığı görülmüştür (37).

### 2.1.3. Diyabet Komplikasyonları ve Tedavi Yöntemleri

Diyabetin neden olduğu sorunların temelinde hiperglisemi bulunmaktadır. Vücudun hiperglisemiden korunması son derece önemlidir. Hipergliseminin doğrudan ve dolaylı etkileri, tip 1 veya tip 2 diyabette kronik komplikasyonların ve mortalitenin başlıca kaynağıdır. Genel anlamda hiperglisemi, uzun vadede makrovasküler (kardiyovasküler hastalıklar, perifer arter hastalığı ve stroke) ve mikrovasküler komplikasyonlara (retinopati, nefropati, nöropati) yol açar(10, 25, 28, 38).

#### Diyabetin Kronik Komplikasyonları

**Kardiyovasküler Hastalıklar:** Diyabetin neden olduğu makrovasküler hastalıkların temelinde ateroskleroz yatmaktadır. Ateroskleroz vücudun tüm arter duvarlarının daralmasına yol açan süreçtir. Diyabetin aterosklerotik plak oluşumu olasılığını arttıran kesin mekanizmaları tam olarak tanımlanmamış olmasına rağmen, ikisi arasında derin bir ilişki bulunmaktadır (39, 40). Kardiyovasküler hastalıklar tip 1 veya tip 2 diyabetli kişilerde başlıca ölüm nedenidir. Aynı zamanda diyabetli bireyler için yapılan sağlık harcamalarının da en büyük nedenidir (41, 42).

**Stroke:** Diyabetli bireylerde morbidite ve mortaliteyi büyük ölçüde arttıran majör bir komplikasyondur. Diyabet, stroke için dört kat daha fazla risk oluşturur. Diyabetlilerde stroke riskini arttıran kardiyometabolik faktörler (obezite, hipertansiyon, dislipidemi) sıklıkla birlikte bulunur (43, 44). Diyabetin tanınmasıyla birlikte başlatılan ve sürdürülen iyi bir metabolik kontrol, risk faktörlerini azaltabilmektedir (45).

**Retinopati:** Diyabetik retinopati diyabetin en yaygın mikrovasküler komplikasyonu olarak görülebilir. Yetişkinlerde körlüğe neden olan sebeplerin başında gelmektedir (46). Diyabetik retinopati veya diyabetin diğer mikrovasküler komplikasyonları geliştirme riski hem süre hem de hiperglisemi şiddetine bağlıdır (47, 48). Retinopati tip 2 diyabetli bireylerde diyabetin teşhisinden 7 yıl kadar önce gelişmeye başlayabilir (49).

**Nefropati:** Diyabetik nefropati diyabetin başlıca 'mikrovasküler' komplikasyonlarından biridir. Tip 1 veya tip 2 diyabette görülebilmektedir. Diyabetlilerde 24 saatte proteinürinin 500 mg'ın üzerinde olması ile tanımlanabilir. Ancak bu düzeyde bir proteinüri ortaya çıkmadan öne daha düşük seviyelerde proteinüri ve mikroalbuminüri ile kendini gösterebilir. Tip 2 diyabet hastalarının yaklaşık %7'si diyabet tanısı konduğu zaman mikroalbuminüri problemine sahiptirler (50-52).



Hiperglisemiye yönelik tedaviye ek olarak, diyabetik nefropatisi olan hastalar antihipertansif ilaçlarla da tedavi edilmektedirler (53).

**Nöropati:** Diyabetik nöropati, ADA tarafından “diğer nedenlerin dışlanmasından sonra diyabetli kişilerde ortaya çıkan semptomların ve / veya periferik sinir disfonksiyonunun belirtileri” olarak tanımlanmaktadır (54). Nöropati yaygınlığının yeni tanı konulmuş hastalarda yaklaşık %8 ve uzun süreli hastalığı olan hastalarda %50 daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Nöropati ile ilişkili en yaygın morbiditeler; tekrarlayan ayak enfeksiyonları, ülserler ve amputasyonlardır. Nöropati, diyabetli bireylerin yaklaşık % 15’inde ayak ülserleri ve travmatik olmayan ekstremitte amputasyonunun önde gelen nedenidir (55).

**Diyabetik Ayak:** Ayak komplikasyonları, diyabetin en ciddi ve maliyetli komplikasyonları arasındadır. Diyabetik ayak enfeksiyonları tipik olarak genellikle ülserasyon olan bir yarada başlar (56). Bu ülserlerin gelişmesi ile ilgili en önemli faktörler periferik nöropati, ayak deformiteleri, küçük ayak travması ve periferik arter hastalığıdır (57). Alt ekstremitenin veya bunun bir kısmının amputasyonu ile sonuçlanabilmektedirler. Hasta ve personel eğitimi, ayak ülserlerinin multidisipliner tedavisi ve yakın izlemeyi içeren bir strateji ile amputasyon oranları % 49-85 oranında azaltılabilmektedir (58).

### **Diyabette Uygulanan Tedavi Yöntemleri**

**Oral Antidiyabetikler (OAD):** OAD grubu ilaçlar tip 2 diyabet tedavisinde ilk medikal seçenek olarak kullanılırlar. Tek başına ya da insülin gibi diyabet tedavisinde kullanılan diğer ilaçlarla kombine bir şekilde uygulanabilirler (59). ADA ve European Association for the Study of Diabetes’e göre OAD’lar diyabet tedavisinin başlangıç aşamalarında çok belirgin bir rol oynamaktadırlar (60). Ancak tip 2 diyabetin ilerleyici doğası nedeniyle, hastaların çoğu daha sonradan insülin bazlı kombine bir tedaviye ihtiyaç duymaktadırlar (61, 62).

**İnsülin:** Yaşam tarzı değişiklikleri ve OAD’lar ile normoglisemiye ulaşılamadığında bazal insülin tedavisinin zamanında başlatılması uygun ve etkili bir yöntemdir. İnsülin tedavisi, bireyin gereksinimlerine göre ayarlanabilen çoklu ancak esnek günlük insülin enjeksiyonları içerir (63). Birçok çalışma, erken ve yoğun insülin tedavisinin, diyabetli bireylerde uzun süreli komplikasyonları en aza indirdiğini göstermiştir (64, 65).

**Diyet ve Egzersiz:** Diyabet tedavisinde ek tedavi olarak uygulanan diyet, plazma trigliserit seviyesinin düşmesini sağlar ve normogliseminin sürdürülmesinde önemlidir. Ayrıca genel kardiyovasküler problemleri de azaltmaktadır (66). Diyetin, tip 2 diyabetin tedavisinde önemli bir rolü olduğu bilinmektedir (67). Terapötik diyetlerle ilgili en önemli klinik soru, işe yarayıp yaramadıkları değil, sürdürülebilir olup olmadıklarıdır (68). Tıbbi beslenme tedavisi diyabet yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır. Egzersiz diyabet tedavisinde ek tedavi olarak kabul edilir. Egzersiz, yıllardır diyet ve ilaçlarla beraber diyabet tedavisinin en önemli unsurlarından biri olarak görülmektedir (69). Çeşitli çalışmalar, haftada 150 dakikalık egzersizin diyetle desteklenmesi halinde bozulmuş glikoz toleransından tip 2 diyabete kadar olan, diyabete ilişkin sağlık sorunlarını %58 oranında azalttığını ortaya koymuştur (70, 71).

## **2.2. Hastalığı Kabul**

Kabul kavramı psikolojik esneklikle ilgili temel bir süreçtir. "Bir an için açık, kabul edilebilir, esnek ve yargısız bir duruşun gönüllü olarak benimsenmesi" olarak tanımlanmaktadır (72). Bu bağlamda hastalığın kabulü, bir hastanın hasta olduğunu kabullenmesi ve bunu bir 'hasta-hastalık anlaşması' olarak görmesi şeklinde tanımlanabilir. Bu durum, hastanın hastalıktan kaynaklanan kısıtlamalar ve günlük yaşamdaki değişikliklerle uğraşmaya hazır olduğu anlamına gelir (73). Sosyal destek, stres ile baş etme stratejileri, benlik saygısı ve öz yeterlik, iyimserlik gibi kişisel kaynaklar hastalığın kabulünde önemli faktörler olarak görülmektedir (74). Ayrıca kabul noktasında, bir hastalığın ortaya çıkışı, tedavisinin bulunabilirliği ve kalitesi, bireysel yakınlıklar (mizaç, duygular, stres, başa çıkma stratejileri, vb.) da önemlidir (75).

Hastalığı kabul kavramının, hastanın mevcut durumu ile bağlantılı olumsuz duyguların gücünde bir azalma olarak kendini gösterdiği düşünülmektedir. Ayrıca bir hastalığa ve onun tedavisine bağlı negatif duyguları zayıflatarak psikolojik sıkıntı seviyesini azaltır. Kabulün olmaması, hastalıktan kaynaklanan sınırlamalara, kendi kendine yeterliliğin azalmasına, başkalarına bağımlılık duygularına ve kişinin kendisine duyduğu inancın azalmasına neden olur (76). Daha yüksek kabul düzeyinin, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili olumsuz duyguları azalttığı görülmektedir (77).

### **2.2.1. Diyabetli Bireylerde Hastalığı Kabul**

Bir hastanın "diyabetin fiziksel ve zihinsel yükü ile yaşamı üzerindeki psikososyal etkisini hayatına entegre etme düzeyi" şeklinde yapılan tanıma diyabeti kabul denir (78-

80). Diyabet konusunda hastalığı kabul eden bir tutuma ulaşmak için, bireyin olumsuz olarak değer verilen hastalığa karşı hoşgörü ve onay vermesi, etkisini yaşamına entegre etmesi ve duruma göre değişim göstermesi gerekebilir (81-83). Diyabete uygun kişisel düzenlemeler (fonksiyonel kabulün gelişimi) genellikle kişisel yeterlilik hissi oluşmasına yardımcı olurken, diyabetin kabulünün düşük olması, hastalığa karşı antagonizma, kaçınma ve baskı gibi işlevsel olmayan tutum ve davranışlarla karakterize sonuçlar ortaya çıkarır (84, 85). Diyabetli bireyin hastalığını kabul etmesi, yaşam tarzı değişikliklerini ve kendi kendine bakım uygulamalarını teşvik ederek hastalığın kontrol altına alınmasında kritik önem taşır. Hastalığın reddinin tersi olarak kavramsallaştırılan kabul, başa çıkma ve diyabetin olası sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Diyabetik hastaların bakımında hemşireler, kabulün diyabet yönetimi için kritik olduğunu bildirmektedirler (86).

Dlugosch ve arkadaşları diyabetin kabulünü “bireyin bu durumu yaşamının bir parçası olarak kabul ettiği, psikososyal etkisini ve duygusal yükünü bütünleştirdiği durum” olarak tanımlamıştır (87). Diyabetin zihinsel olarak zahmetine girmek, çaresizlik duygusunun tanınması, gerçekliğin kabul edilmesi, öfke, korku ve çoğu kez hayal kırıklığına itiraz üzerine kuruludur. Diyabetle ilgili olarak çaresizlik duygusunun kabul edilmesi, yaşayan kişinin hayatında değişiklik yapma gücüne sahip olmadığı anlamına gelmemektedir. Bunun yerine, belli yaşam olaylarının sonuçlarını tersine çeviremediğinizi kabul etmek şeklinde yorumlanabilmektedir. Somut bir hastalık mevcut yaşam tarzı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir, çeşitli olumsuz duygular, zorluklar ve hastalıktan kaynaklanan kısıtlamalar ortaya çıkarmaktadır (87, 88).

## **2.3. Konfor**

### **2.3.1. Konfor Kavramı**

Konfor, çok yönlü, karmaşık bir kavram olmakla beraber önemli bir geçmişe ve çağdaş hemşirelik ilişkisine sahiptir. Nightingale’den beri hemşirelik bakımı için arzu edilen bir amaç olarak gösterilmiştir (89). Konfor, sözlük anlamına göre gündelik hayatta kolaylık sağlayan rahatlama olarak tanımlanır (90). Konfor için aynı zamanda; “rahatsızlıktan kurtulmak”, “rahatlama veya hoşnutluk hali”, “hayatı kolaylaştıran ya da rahatlatan şeyler” gibi tanımlamalar da söz konusudur (91). Holistik açıdan bakıldığında konfor kavramı; ferahlama, huzur bulma ve sorunlarla baş etmek için temel insan gereksinimlerini karşılamaktır (92). 19. ve 20. yüzyıl boyunca konfor terimi; genel anlamda bir hastayı rahat hissettirmenin, iyi bir hemşire olmak için belirleyici bir faktör olduğu temel anlayışıyla kullanılmıştır. Morse’ a göre hemşireye güvenmek, rahatlığı

sağlamak için önemlidir (18). Konforun içeriği, anlamı ve önemi, zamanla önemli ölçüde, sağlık bakımındaki ilerlemelere bağlı olarak değişerek daha fiziksel bir çağrışım halini almıştır (89).

### 2.3.2. Konfor Kuramı

Konfor Kuramı, ilk kez 1990 yılında Katharina Kolcaba tarafından bir hemşirelik kuramı olarak ortaya atılmıştır. Kolcaba'nın konfor kuramının kökenleri gerontolojik hemşireliğe, özellikle de lisansüstü eğitiminde çok zaman harcadığı alzheimer hastalarına dayanmaktadır. Kolcaba konforu hemşirelik bakımı ile ilişkili olarak tanımlamış ve konfor kavramını hemşireler için önemli bir görev olarak işlevselleştirmiştir. Kolcaba konfor kuramında 6 önemli kavramı tanımlamaktadır (89):

- Hasta/Aile'nin sağlık ihtiyaçları
- Rahatlatıcı müdahaleler
- Ara değişkenler
- Gelişmiş konfor
- Sağlık arayış davranışları
- Kurumsal bütünlük

Kolcaba gelecekteki konfor araştırmaları için kavramsal bir yol haritası sağlamak amacıyla taksonomik bir yapı geliştirmiştir. Taksonomik yapı, üç düzey (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) ve dört boyuttan (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel) oluşmaktadır (16).

### Konfor Düzeyleri

**Ferahlama:** Özel konfor ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra hastalarda ortaya çıkan durumdur. Hastaların ferahladığı, rahatsızlık hissi veren durum ya da olayın kaybolması ya da azalması anlamına gelir. İyileşme, ancak bu rahatsızlık hafifledikten sonra elde edilebilir (16, 93, 94) .

**Rahatlama:** Fiziksel ve zihinsel sakinlik ve memnuniyet durumudur. Kalıcı bir durumdur ve rahatsızlığın yokluğundan daha fazlasıdır. Korkuları ve endişeleri ele alınan veya önlenen bir hastanın rahat olduğu söylenebilir (16, 90, 93) .

**Üstünlük:** Hastaların problemlerini ve ağrılarını aşabileceği durumdur. Hastaların, kendi hayatlarını kontrol etme ile planlama özgürlüğü ve hemşire-hasta etkileşimi yoluyla tam potansiyelini geliştirdikleri durumlardır (16, 90, 93, 95).

## **Konfor Boyutları**

**Fiziksel Konfor:** Bedensel duymalara ve fizyolojik mekanizmalara ilişkindir. Konfor önlemleri, hastalık süreçlerini ele almak ve homeostazı geri kazanmak için tasarlanmıştır. Fiziksel rahatlık sağlamak için fizyolojik mekanizmalardaki anormallikler tedavi edilmeli (ferahlama) veya önlenmelidir (rahatlama) (16, 95, 96).

**Psikospritiel Konfor:** Kişinin, zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerini bütünleştiren bir konfor düzeyidir. Bireyin kendine saygısı, kavramsal düşünmesi, yaşamdaki anlamı ve daha yüksek bir varlığa inanmayı içeren içsel farkındalığı ifade etmektedir (16, 95).

**Çevresel Konfor:** Kişinin çevresiyle olan etkileşimini, iyileşme durumunu ve sağlığı teşvik edici ortamları ve sağlığın geliştirilmesindeki rolünü dikkate almaktadır. Işık, ambiyans, sıcaklık ve gürültü gibi dış ortam ve koşullarla ilgilidir (16, 95).

**Sosyokültürel Konfor:** Bireyle ilgili maddi olanaklar, eğitim ve destek de dahil olmak üzere kişilerarası, aile ve sosyal ilişkileri kapsayan bir konfor düzeyidir. Ayrıca bireyin kültürünü, aile yapısını, dilini, geleneklerini ve geleneksel uygulamalarını da içermektedir (16, 95).

### **2.3.3. Diyabetli Bireylerde Konfor**

Kronik hastalıklar genel olarak yavaş ilerler ve ömür boyu uygulanması gereken medikal tedaviler gerektirirler (97). Kronik hastalıklar ile yaşayan bireyler, konfor arayışlarında süregelen mücadelelerle karşı karşıyadır (18). Bu hastalıkların varlığı ve sayısının yaşam kalitesi ile konfor düzeyi üzerinde olumsuz etki yaptığı bilinmektedir (98, 99). Kolcaba'ya göre hastaların konfor düzeyleri ile istenen sağlık arama davranışları arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca konfor sadece rahatsızlık veren durumların yokluğu değil aksine iyi oluş hissidir (89).

Diyabet tedavisi; diyet kısıtlamalarını, egzersizi, kilo kontrolünü, kan şekeri düzeylerini izlemeyi ve kullanılan ilaçlara uyumu kapsar (100). Sağlığı sürdürmek için gerekli olsa da, bu yaşam tarzı değişiklikleri ve tedaviler, hastaların konforlarında bozulmaya yol açabilmektedir (101). Aynı zamanda birden fazla komplikasyona sahip diyabetlilerin yaşam kalitesinde belirgin bir azalma olduğu da bilinmektedir (102). Endokrin sistem hastalıkları kan biyokimyasında da bozulmaya neden olabilmektedirler. Stabil olmayan kan biyokimyası gibi durumlar, normal fizyolojik fonksiyonlarda

bozulmaya ve konforda azalmaya yol açabilmektedirler (103). Fiziksel, psikolojik etkiler, çevresel faktörler ve sosyal destek sistemleri, diyabetin kendi kendine bakım yönetiminde önemli görülen konulardır (104). Bu nedenle kronik hastalıklarda bütüncül hemşirelik bakımı, yaşam kalitesini ve beraberinde konfor seviyesini de yükseltebilmektedir (105).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kesitsel olarak yapıldı.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Malatya’da bulunan üniversite hastanesinin endokrin kliniğinde yatan ve diyabet polikliniğine başvuran hastalarla Ağustos 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinin endokrin kliniği 23 yatak kapasitesine sahiptir ve klinik genellikle her zaman dolu olmaktadır. Klinikte 2 öğretim üyesi ve 3 hemşire gündüz, 2 hemşire gece olacak şekilde toplam 6 hemşire görev yapmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini üniversite hastanesinin endokrin servisinde tedavi gören 812 yetişkin tip 2 diyabetli birey oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini; üniversite hastanesinin endokrin servisinde tedavi gören, Türkçe okuyup yazabilen, tanılanmış psikiyatrik hastalığı bulunmayan yetişkin hastalar oluşturdu. Örneklem seçiminde evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak 264 tip 2 diyabet hastası belirlendi. Hata payını azaltmak amacıyla araştırmaya 561 tip 2 diyabet hastası alındı.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Evrenden örneklem seçiminde olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanıldı.

#### 3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Ekim 2017-Nisan 2018 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanmasında araştırmacılarca hazırlanan Veriler, araştırmacı tarafından haftada iki gün (Salı-Cuma) çalışma saatleri içerisinde endokrin kliniğinde yüz yüze görüşme tekniği ile hasta odalarında toplandı. Her görüşme yaklaşık 20-25 dakika sürdü.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, 'Hasta Anket Formu', 'Hastalığı Kabul Ölçeği', 'Genel Konfor Ölçeği' kullanıldı.

#### **3.5.1. Hasta Anket Formu**

Araştırmacılarca oluşturulan ankette, hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalık özellikleri ile ilgili toplam 13 soru bulunmaktadır (Ek-2).

#### **3.5.2. Hastalığı Kabul Ölçeği**

Ölçek, Felton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Besen tarafından yapılmıştır (106, 107). Ölçekte yer alan ifadeler, sağlık durumunun neden olduğu zorlukları ve sınırlamaları ifade etmektedir. Hastalık ile bağlantılı olumsuz tepkiler ve duyguların azlığı ya da yokluğu, pozitif yönde hastalığı kabul derecesi olarak kabul edilir (106, 107).

Ölçek, hastalığın neden olduğu kısıtlılık, kendi kendine yetebilmede eksiklik, başkalarına bağımlılık hissi ve benlik saygısının düşmesi ile ilgili olarak sağlık durumunun sonuçlarını açıklayan 8 soru içermektedir. Her ifadeye, bir katılımcı mevcut durumunu beşli likert tipi ölçeği kullanarak tanımlar. 1, "kesinlikle katılıyorum" anlamına gelirken 5, "kesinlikle katılmıyorum" anlamına gelmektedir. 5 puan hastalığın iyi düzeyde kabulü anlamına gelirken 1 puan, hastalığın kabulünün yetersiz olduğu ve negatif bir adaptasyon bulunduğunu ifade eder. Ölçekteki 6. madde ters olarak puanlanmaktadır. Toplam puan 8 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puan, hastalığı kabul düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölçekten daha yüksek puan alan hastaların hastalığa ilişkin daha az olumsuz duygu ve davranış yönelimi bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach's Alpha değeri 0.79'dur (106, 107). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0.81 olarak bulundu (Ek-3).

#### **3.5.3. Genel Konfor Ölçeği**

Kolcaba tarafında 1992'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Kuğuoğlu tarafından yapılmıştır. 3 alt boyuttan (ferahlama, rahatlama, üstünlük) ve 48 maddeden oluşan bu ölçek, dörtlü likert tiptedir (108, 109).

Ölçekte pozitif ve negatif maddeler bulunmaktadır. Negatif maddeler ters kodlanarak değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen puan toplamı, ölçekteki madde sayısına bölünerek ortalama puan bulunur (108, 109). Ölçekten en az 48, en çok 192 puan alınabilmektedir. Yüksek puan yüksek konfor seviyesini göstermektedir (Ek-4). Ölçeğin



Türkçe formunun Cronbach's Alpha değeri 0.85'tir (109). Bu araştırmada Cronbach's Alpha değeri 0.81 olarak bulundu.

**Tablo 3.1 Genel Konfor Ölçeğinin Alt Boyutlarının Maddeleri**

<b>Ferahlama</b>	<b>Rahatlama</b>	<b>Üstünlük</b>
3, 8*, 12*, 13*, 14*, 19*, 22*, 25*, 26*, 27, 34*, 37, 40*, 44, 46, 48*	1, 2, 4, 7, 11, 20*, 23, 24*, 28*, 31, 32*, 36, 38, 39*, 42*, 43, 47	5*,6*, 9, 10, 15, 16, 17, 18*, 21*, 29, 30, 33, 35*, 41*, 45*

\*Ters kodlanan maddeler

Kaynak: Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*, Springer Publishing Company; 2003: 38-59.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** Genel konfor düzeyi.

**Bağımsız Değişkenler:** Hastalığı kabul düzeyi, sosyo-demografik veriler, hastalık özelliklerine ilişkin veriler.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler, bilgisayar ortamında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, one way ANOVA, Kruskal Wallis, post hoc Tukey, Bonferroni testi, korelasyon analizi ve Cronbach's Alpha güvenilirlik analiz testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliği'nden yazılı onam alındı (Ek-5). Daha sonra İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik onam alındı (Ek-6). Araştırmaya dahil edilecek hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklandı ve sözlü onamları alındı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği**

Bu araştırmanın tek sınırlılığı bulunmaktadır. O da evrenden hasta seçiminde olasılıksız gelişigüzel örnekleme yönteminin kullanılmasıdır. Sonuçlar sadece bu gruptaki hastalara genellenebilir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde diyabet hastalarının hastalığı kabul düzeyleri ile genel konfor düzeyi arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular verilmiştir.

**Tablo 4.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 561)**

Tanıtıcı Özellikler	S	$\bar{X}\pm SS$	%
<b>Yaş*</b>	561	48.25±15.19	100
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	320		57.0
Erkek	241		43.0
<b>Medeni durum</b>			
Evli	420		74.9
Bekar	141		25.1
<b>Eğitim düzeyi</b>			
İlkokul	188		33.5
Ortaokul	125		22.3
Lise	99		17.6
Yüksekokul ve üzeri	149		26.6
<b>Meslek</b>			
Ev hanımı	228		40.6
İşçi	55		9.8
Memur	126		22.5
Serbest meslek	44		7.8
Emekli	75		13.4
Öğrenci	33		5.9
<b>Gelir düzeyi</b>			
Gelir giderden az	114		20.3
Gelir gidere denk	323		57.6
Gelir giderden fazla	124		22.1
<b>Birlikte yaşanılan kişiler</b>			
Yalnız	54		9.6
Anne-baba	73		13.0
Eş	401		71.5
Kardeş	6		1.1
Akraba	27		4.8

\*Yaş ortalaması (min.: 18, max.: 70)

Tip 2 diyabetli bireylerin yaş ortalaması  $48.25 \pm 15.19$  yıl (min: 18, max: 70), %57'sinin kadın, %74.9'unun evli, %33.5'inin ilkokul mezunu, %40.6'sının ev hanımı, %57.6'sının gelirinin giderine denk olduğu, %71.5'inin eşiyle beraber yaşadığı belirlendi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 561)**

<b>Hastalık Bilgiler</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Kontrol sıklığı</b>		
Sadece rahatsızlandığımda	148	26.4
İki ayda bir	154	27.5
Dört ayda bir	162	28.8
Sekiz ayda bir	49	8.7
Yılda bir	48	8.6
<b>Diyabet eğitimi alma durumu</b>		
Evet	371	66.1
Hayır	190	33.9
<b>Tedavi yöntemi*</b>		
İnsülin	163	29.1
OAD	406	72.4
Egzersiz	174	31.0
Diyet	191	34.0
<b>Kronik komplikasyon varlığı*</b>		
Kardiyovasküler hastalıklar	110	19.6
Nefropati	92	16.4
Retinopati	299	53.3
Nöropati	76	13.5
Diyabetik ayak	49	8.7
<b>İlave kronik hastalıklar</b>		
Var	318	56.7
Yok	243	43.3
<b>Diyabet süresi (<math>\bar{X} \pm SS</math>)</b>	<b>8.55 <math>\pm</math> 6.40</b>	

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastalık özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; hastaların diyabet süresinin  $8.55\pm 6.40$  yıl, %28.9'unun iki ayda bir kontrole gittiği, %66.1'inin diyabetle ilgili eğitim aldığı, %72.4'ünün oral anti diyabetik kullandığı, %53.3'ünde nefropati bulunurken %56.7'sinde eşlik eden ilave bir kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3. Hastaların HKÖ ve GKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 561)**

Ölçekler	$\bar{X}\pm SS$	Alınabilecek Min.-Max. Puan
HKÖ	25.1±6.85	8-40
GKÖ	2.79±0.34	1-4
<b>Genel Konfor Düzeyleri</b>		
Ferahlama	2.67±0.42	
Rahatlama	2.86±0.42	1-4
Üstünlük	2.85±0.38	

Araştırmaya dahil edilen hastaların GKÖ puan ortalaması  $2.79\pm 0.34$  ve HKÖ puan ortalamasının  $3.21\pm 0.98$  olduğu belirlendi. Hastaların GKÖ'den en fazla puanı rahatlama alt boyutundan ( $2.86\pm 0.42$ ), en az puanı ise ferahlama alt boyutundan ( $2.67\pm 0.42$ ) aldığı tespit edildi (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 561)**

Tanıtıcı Özellikler		GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	2.78±0.34	2.65±0.40	2.85±0.41	2.83±0.38
	Erkek	2.82±0.35	2.69±0.43	2.89±0.43	2.87±0.38
<b>t</b>		-1.38	-1.05	-1.15	-1.33
<b>p</b>		0.16	0.29	0.25	0.18
<b>Medeni durum</b>	Evli	2.84±0.35	2.72±0.42	2.92±0.42	2.87±0.38
	Bekar	2.67±0.30	2.53±0.38	2.71±0.36	2.77±0.37
<b>t</b>		5.01	4.56	5.18	2.67
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Eğitim düzeyi</b>	İlkokul	2.95±0.29	2.83±0.34	3.05±0.37	2.99±0.35
	Ortaokul	2.81±0.33	2.68±0.38	2.90±0.38	2.86±0.39
	Lise	2.72±0.38	2.63±0.49	2.76±0.47	2.77±0.41
	Yüksekokul ve Üzeri	2.62±0.30	2.49±0.42	2.67±0.37	2.70±0.33
<b>F</b>		31.37	19.85	27.88	17.21
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Meslek</b>	Ev Hanımı	2.84±0.32	2.73±0.39	2.91±0.39	2.88±0.37
	İşçi	2.76±0.38	2.64±0.45	2.84±0.46	2.81±0.37
	Memur	2.64±0.32	2.47±0.41	2.69±0.39	2.76±0.36
	Serbest Meslek	3.02±0.32	2.89±0.46	3.09±0.34	3.06±0.35
	Emekli	2.93±0.32	2.80±0.34	3.03±0.41	2.94±0.38
	Öğrenci	2.49±0.18	2.45±0.29	2.54±0.27	2.49±0.29
<b>F</b>		19.01	13.42	15.38	11.89
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Gelir düzeyi</b>	Gelir giderden az	2.79±0.32	2.67±0.37	2.86±0.41	2.83±0.39
	Gelir gidere denk	2.87±0.35	2.76±0.42	2.95±0.41	2.90±0.39
	Gelir giderden fazla	2.58±0.27	2.43±0.36	2.61±0.35	2.72±0.33
<b>F</b>		31.60	27.46	31.10	9.38
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Birlikte yaşanan kişiler</b>	Yalnız	2.66±0.30	2.54±0.42	2.70±0.32	2.76±0.39
	Anne-baba	2.67±0.34	2.53±0.40	2.71±0.43	2.79±0.36
	Eş	2.84±0.35	2.72±0.42	2.93±0.42	2.88±0.38
	Kardeş	2.57±0.22	2.50±0.13	2.68±0.38	2.52±0.33
	Akraba	2.74±0.21	2.69±0.28	2.73±0.24	2.80±0.38
<b>KW</b>		28.68	21.40	31.96	10.68
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.03</b>

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı özellikleri ile GKÖ ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, meslek, birlikte yaşanan kişiler arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuş iken cinsiyet ile önemsiz fark tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5 Hastaların Hastalık Özellikleri ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 561)**

Hastalık Özellikleri		GKÖ	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
<b>Diyabet süresi</b>	0-5 yıl	2.73±0.30	2.63±0.38	2.80±0.37	2.76±0.34
	6-10 yıl	2.83±0.35	2.70±0.46	2.93±0.40	2.87±0.39
	11-15 yıl	2.86±0.36	2.71±0.46	2.88±0.40	2.98±0.39
	16 yıl ve üzeri	2.78±0.36	2.66±0.38	2.85±0.49	2.84±0.40
<b>F</b>		3.21	0.91	2.72	5.53
<b>p</b>		<b>0.02</b>	0.43	<b>0.04</b>	<b>0.00</b>
<b>Kontrol sıklığı</b>	Sadece rahatsızlandığımda	2.76±0.28	2.66±0.37	2.79±0.39	2.84±0.32
	İki ayda bir	2.69±0.32	2.55±0.38	2.77±0.39	2.75±0.40
	Dört ayda bir	2.98±0.36	2.86±0.41	3.09±0.42	2.98±0.42
	Sekiz ayda bir	2.66±0.32	2.53±0.42	2.71±0.36	2.76±0.32
	Yılda bir	2.73±0.33	2.62±0.44	2.79±0.37	2.79±0.32
<b>F</b>		19.82	14.38	18.94	8.87
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Diyabet eğitimi alma durumu</b>	Evet	2.77±0.35	2.65±0.42	2.85±0.42	2.82±0.39
	Hayır	2.83±0.33	2.72±0.41	2.89±0.42	2.90±0.36
<b>t</b>		-1.98	-1.98	-0.81	-2.40
<b>p</b>		<b>0.04</b>	<b>0.04</b>	0.41	<b>0.01</b>
<b>İlave kronik hastalıklar</b>	Var	2.77±0.32	2.62±0.38	2.85±0.40	2.85±0.36
	Yok	2.82±0.38	2.74±0.45	2.88±0.45	2.84±0.41
<b>t</b>		-1.63	-3.35	-0.77	0.12
<b>p</b>		0.10	<b>0.00</b>	0.43	0.89
<b>Tedavi yöntemi*</b>	OAD	2.81±0.37	2.72±0.45	2.85±0.42	2.85±0.40
	İnsülin	2.94±0.30	2.82±0.36	3.01±0.41	3.00±0.32
	Diyet ve Egzersiz	2.60±0.24	2.43±0.35	2.69±0.31	2.69±0.33
	Diğer (-OAD, insülin -OAD, diyet ve egzersiz -İnsülin, diyet ve egzersiz -OAD, insülin, diyet ve egzersiz)	2.83±0.35	2.70±0.38	2.94±0.45	2.85±0.40
<b>F</b>		23.79	22.94	14.36	14.92
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Kronik komplikasyon varlığı*</b>	Komplikasyon yok	2.86±0.37	2.74±0.45	2.93±0.42	2.90±0.40
	Retinopati, Nefropati, Nöropati	2.76±0.33	2.65±0.40	2.85±0.42	2.79±0.37
	Diğer (-Kardiyovasküler hastalıklar, diyabetik ayak ve diğer komplikasyonlardan birkaçına ya da tamamına sahip hastalar)	2.72±0.30	2.59±0.35	2.77±0.39	2.82±0.36
<b>F</b>		8.07	6.42	7.05	5.06
<b>p</b>		<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların hastalık özellikleri ile GKÖ ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kontrol sıklığı, tedavi yöntemleri ve kronik komplikasyon varlığı arasında istatistiksel olarak önemli fark saptandı ( $p<0.05$ ).

Diyabet süresi ile GKÖ'nün ferahlama alt boyutu, eğitim alma durumu ile rahatlama alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ( $p>0.05$ ). İlave kronik hastalık ile GKÖ'nün sadece ferahlama alt boyutu arasında önemli fark olduğu tespit edildi (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile HKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 561)**

Tanıtıcı Özellikler	HKÖ	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	25.12±6.63	t=-0.02
Erkek	25.13±7.14	p=0.97
<b>Medeni durum</b>		
Evli	25.28±6.72	t=0.95
Bekar	24.65±7.21	p=0.34
<b>Eğitim düzeyi</b>		
İlkokul	23.36±7.65	
Ortaokul	24.95±7.19	F=8.42
Lise	27.11±5.87	<b>p= 0.00</b>
Yüksekokul ve Üzeri	26.18±5.43	
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	24.83±6.90	
İşçi	27.54±5.97	
Memur	25.83±5.39	F=3.54
Serbest Meslek	23.79±8.77	<b>p=0.00</b>
Emekli	23.21±7.92	
Öğrenci	26.96±5.95	
<b>Gelir düzeyi</b>		
Gelir giderden az	25.21±5.34	F=0.56
Gelir gidere denk	25.31±7.21	p=0.57
Gelir giderden fazla	24.55±7.13	
<b>Birlikte yaşamılan kişiler</b>		
Yalnız	23.75±6.77	
Anne-Baba	25.57±7.29	KW=13.40
Eş	25.49±6.72	<b>p=0.00</b>
Kardeş	22.50±5.82	
Akraba	21.85±6.95	

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı özellikleri ile HKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; eğitim düzeyi, meslek ve birlikte yaşanan kişiler arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunurken ( $p<0.05$ ) cinsiyet, medeni durum ve gelir düzeyi ile önemsiz fark olduğu saptandı (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özellikleri ile HKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 561)**

Hastalık Özellikleri	HKÖ	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
<b>Diyabet süresi</b>		
0-5 yıl	25.07±6.83	
6-10 yıl	25.53±7.02	F=3.88
11-15 yıl	26.73±6.72	<b>p=0.00</b>
16 yıl ve üzeri	23.13±6.21	
<b>Kontrol sıklığı</b>		
Sadece rahatsızlandığımda	24.39±7.13	
İki ayda bir	25.18±6.75	F=1.19
Dört ayda bir	25.88±7.04	p=0.31
Sekiz ayda bir	25.57±5.85	
Yılda bir	24.20±6.42	
<b>Diyabet eğitimi alma durumu</b>		
Evet	25.27±6.69	t=0.72
Hayır	24.83±7.14	p=0.47
<b>İlave kronik hastalıklar</b>		
Var	23.29±6.46	t=-7.59
Yok	27.52±6.61	<b>p=0.00</b>
<b>Tedavi yöntemi*</b>		
OAD	25.06±7.12	
İnsülin	24.03±8.42	
Diyet ve Egzersiz	24.93±5.37	F=2.95
Diğer (-OAD, insülin -OAD, diyet ve egzersiz -İnsülin, diyet ve egzersiz -OAD, insülin, diyet ve egzersiz)	26.67±7.12	<b>p=0.03</b>
<b>Kronik komplikasyon varlığı*</b>		
Komplikasyon yok	25.85±6.90	
Retinopati, Nefropati, Nöropati	25.51±6.79	F=5.47
Diğer (-Kardiyovasküler hastalıklar, diyabetik ayak ve diğer komplikasyonlardan birkaçına ya da tamamına sahip hastalar)	23.48±6.65	<b>p=0.00</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.



Hastaların hastalık özellikleri ile HKÖ puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; diyabet süresi, başka kronik hastalık, tedavi yöntemleri ve kronik komplikasyon varlığı arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanırken ( $p<0.05$ ) kontrol sıklığı ve eğitim alma durumu ile farkın önemsiz olduğu belirlendi (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8. HKÖ ve GKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (n: 561)**

	GKÖ		Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>HKÖ</b>	0.30	<b>0.00</b>	0.27	<b>0.00</b>	0.23	<b>0.00</b>	0.27	<b>0.00</b>

Bu araştırmada tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyleri ile konfor düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki saptandı ( $p<0.05$ ). Hastaların hastalığı kabul düzeyleri arttıkça konfor düzeyleri artmaktadır (Tablo 4.8).

## 5. TARTIŞMA

Tip 2 diyabetlilerde hastalığı kabulün konfor düzeyini ne şekilde etkilediğini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların kabul ve konfor düzeylerinin orta seviyede olduğu saptandı (Tablo 4.3). Besen yaptığı araştırmada, tip 2 diyabetlilerin genel olarak orta düzeyde kabul gösterdiklerini belirlemiştir (106). Hohenstein, yaptığı bir araştırmada kronik hastalıkları olan bireylerin konfor düzeylerinin orta seviyede olduğunu saptamıştır (110). Kronik hastalığı olan bireylerin zorunlu yaşam tarzı değişiklikleri ile uzun süreli tedaviler nedeniyle hastalığı kabullenme süreçlerinin ve konfor düzeylerinin etkilendiği söylenebilir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların cinsiyetlerine göre konfor düzeylerinde değişiklik olmadığı saptandı (Tablo 4.4). Ancak erkek hastaların kadınlara göre konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Kara'nın yaptığı çalışmada da araştırmamıza benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır (111). Araştırmamızda, evli olan hastaların konfor düzeyi daha yüksek bulunmuş ve medeni durumun konfor düzeyini etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Peyrot ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, sağlık ve yaşam koşullarındaki değişikliklere uyum sağlamak için sürekliliği olan desteğin öneminden bahsetmektedirler (112). Kerrigan araştırmasında evli olan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi ve konfor düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (113). Sayedfatemi ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, hastaların eşlerinden destek gördükleri ve yardım aldıkları için konfor düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (114). Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar literatür ile uyumludur.

Araştırmada eğitim düzeyine göre GKÖ ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında önemli fark belirlendi (Tablo 4.4). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça GKÖ puanlarının azaldığı bulundu. Eğitim düzeyindeki artış konfor algısında da değişime sebep olabilmektedir (115). Pınar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, eğitim düzeyinin artışıyla beraber sosyokültürel konfor düzeyinde düşüş olduğu bulunmuştur (20). Qiu, daha fazla bilginin hastalığın prognozu hakkındaki endişeleri ve psikolojik yükü arttırabileceği ve konforda düşüşe sebep olabileceğini ortaya koymuştur (116).

Eđitim seviyesi arttıkça hastaların beklentilerinin arttıđı ve buna paralel olarak algılanan konfor düzeylerinin dūřtūđu dūřünölmektedir.

Araştırmamızda hastaların mesleklerine göre konfor düzeyleri arasında önemli fark bulundu (Tablo 4.4). Serbest meslek mensubu diyabetlilerin konfor düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Kronik hastalıklarda ömür boyu süren tedaviye ve yaşam tarzına uyum zorunluluğu, hastaların çalışma hayatlarında güçlüklerle karşılaşmalarına neden olabilmektedir (117). Beatty, yaptığı bir araştırmada kronik hastalıkları olanların serbest meslek seçimine gidebildiklerini ve serbest meslek mensubu hastaların kendilerini daha rahat hissettiklerini saptamıştır (118). Kronik hastalıklara ilişkin deneyimler iř hayatında da zorluklara sebep olmaktadır. Serbest meslek mensubu hastaların çalışma koşulları açısından daha fazla esneklik ve özerkliğe sahip olduğu söylenebilir. Bu nedenden dolayı konforlarının daha yüksek olduğu dūřünölmektedir.

Hastaların gelir düzeylerine göre GKÖ puan ortalamalarına bakıldığında; geliri giderine denk olan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Gelir düzeyi yüksek olan hastaların konfor düzeylerinin düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Ekonomik düzeyin yükselmesi beraberinde kendine güven ve rahatlatma getirebilmektedir. Wilson ve Kolcaba'nın yaptıkları çalışmaya göre hastalar, konforları için iyi oluşun gerekli olduğunu tarif etmişlerdir (119). Ahuvia'nın yaptığı çalışmaya göre gelir düzeyinin yükselmesi öznele iyi oluř ve mutluluğu beraberinde getirmemektedir (120). Dūřük gelir düzeyi beklentileri karşılamaya yetmezken yüksek gelir düzeyi de beklentileri arttırmaktadır. Dengeli bir gelir düzeyinin algılanan konfor üzerinde daha olumlu etkisi olacağı dūřünölmektedir.

Araştırmamıza dahil edilen hastaların birlikte yaşadıkları kişilerin konfor düzeyini etkilediği saptandı (Tablo 4.4). Eřiyle beraber yaşayan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu göröldü. Wilson ve Kolcaba çalışmalarında, sosyal desteği olan hastaların konfor düzeylerinin tek başlarına olan hastalardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır (119). Irizarry ve arkadaşları bir araştırmalarında, sosyal desteğin ve birlikte yaşanılan kişilerin tedaviye uyumu arttırarak konfor ile iyi oluşu geliştirebileceğini belirlemişlerdir (121). Eřlerin birbirleri için büyük bir sosyal destek kaynağı olduğu ve birbirlerine destek oldukları söylenebilir. Evli olan diyabetlilerin eşlerinden destek aldıkları için algıladıkları konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu dūřünölmektedir.

Diyabet süresi daha uzun olan hastaların konfor düzeylerinin genel olarak daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.5). Whittmore ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, diyabete ilişkin depresif belirtilerin tanıdan önce yüksek olduğu, tanıdan sonraki 4-10 yıl arasında azaldığı, sonrasında tekrar artış gösterdiğini belirlemişlerdir (122). Bu durumun hastalık süreci içerisinde dönemsel olarak hastaların algıladıkları konfor düzeyinde azalma veya artmaya sebep olabileceği düşünülmektedir. Hanson ve arkadaşları, diyabet süresi arttıkça aile desteğinin yükselerek tedaviye uyumu arttırabileceğini belirtmişlerdir (123). McIlvane, bireyin kronik hastalıkla uğraştığı sürenin uzunluğunun, hastalığa uyumun bir belirleyicisi olabileceğini ifade etmiştir (124). Araştırmamızda da, diyabet süresi uzun olan hastaların daha iyi başa çıkma stratejileri geliştirdikleri, hastalığa uyum sağladıkları düşünülmektedir. Bu nedenle diyabet süresi arttıkça genel olarak konfor seviyesinin de arttığı düşünülebilir.

Araştırmamızda, kontrol sıklığına göre GKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptandı (Tablo 4.5). Dört ayda bir kontrole giden hastaların, konfor düzeylerinin en fazla olduğu görüldü. Diyabetli bireylerin takibinde en sık başvuru alan testler kan glikoz ve HbA1c ölçümüdür. HbA1c ile diyabetik komplikasyonların doğrudan ilişkili olması sebebiyle izlenmesi son derece önemlidir (125, 126). Eritrositlerin ortalama 120 günlük yaşam süresi boyunca maruz kaldığı glikoz miktarının bir sonucu olarak HbA1c değeri de değişikliğe uğramaktadır. Bu sebepten dolayı dört aylık bir periyodun glisemik kontrolü değerlendirebilmek açısından ideal olduğu düşünülmektedir (127, 128). İdeal kontrol sıklığında kontrole giden hastaların psikolojik yönden rahatlama yaşadığı düşünülmektedir. Araştırmamızda da en yüksek puan ortalamasının GKÖ'nün rahatlama alt boyutundan alındığı belirlendi. Bu durumda hastaların fiziksel ya da zihinsel olarak kendilerini daha iyi hissettikleri ve algıladıkları konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda diyabetle ilgili eğitim alma durumuna göre GKÖ, ferahlama ve üstünlük alt boyutları puan ortalamaları arasında önemli fark bulundu (Tablo 4.5). Eğitim almayan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Glasgow ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada, diyabet eğitiminin yaşam kalitesini yükseltmediği sonucuna ulaşmışlardır (129). Yaşam kalitesi istenilen konfor seviyesinin temel unsurlarından biridir (130). Kronik hastalıklarda verilen eğitimlerin hastalık ve semptomlarını kontrol altında tutmaya yardımcı olduğu söylenebilir. Hastalığın mümkün olduğunca kontrol altında tutulmasının hastaların yaşam kalitesine olumlu katkı sağladığı

düşünülmektedir. Diyabet eğitiminde verilen bilgilerin hastalar tarafından yeterli düzeyde uygulanamaması ya da kısıtlama ve yaşam tarzı değişikliği önerilerinin hastalar tarafından kabul görmemesi yaşam kalitesinde artışın önüne geçebilir. Hastaların diyabet eğitiminden yeterince faydalanamadıkları ya da eğitim içeriğini tam anlamıyla uygulamaya geçiremedikleri için konfor düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda ilave bir kronik hastalık varlığına göre GKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu tespit edildi (Tablo 4.5). İlave bir kronik hastalığı bulunmayan diyabetlilerin konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. İlave bir kronik hastalık, bireyleri fiziksel ve psikolojik açıdan çözülmesi gereken ilave problemlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Artan hastalık yükünün bireyleri zorladığı ve hastaların baş etmede yetersiz kalabildikleri için yaşam kalitelerinde de düşüş yaşandığı söylenebilir. Literatüre bakıldığında, yaşam kalitesinin grup veya bireyin sağlık düzeyi, konfor ve mutluluğunun temel etkenlerinden biri olduğu görülmektedir (131). Kim ve Kwon yatıkları bir araştırmada yaşam kalitesi ile konfor düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır (132). İlave kronik hastalığı olmayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu ve algıladıkları konforun daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda tedavi yöntemlerinin konfor düzeyini etkilediği belirlendi (Tablo 4.5). Sadece insülin kullanan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Diyet ve egzersiz tedavi yöntemlerini kullanan hastalarda ise konfor düzeyinin en düşük olduğu saptandı. İnsülin, diyabetlilerde glisemik kontrolü sağlamak için kullanılan en eski ve en etkili medikal tedavi yöntemidir (133). Rubin ve arkadaşları çalışmalarında, OAD ve insülin kullanan diyabetlileri karşılaştırdıklarında insülin kullanan hastalarda konforun ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (134). Heise ve arkadaşları insülin dozunun uygun aralıklarla yeniden ayarlanmasının hastanın konforunu yükseltebileceğini belirtmişlerdir (135). Tang ve arkadaşları diyet uygulayan diyabetlilerin konfor düzeyinin giderek düşmekte olduğunu bulmuşlardır (136). İnsülinin diyabet kontrolünde en etkili ve en pratik yöntem olmasından dolayı konfor düzeyini arttırdığı söylenebilir.

Araştırmamızda, kronik komplikasyon varlığına göre GKÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptandı (Tablo 4.5). Kronik komplikasyonu olmayan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Carpenter, yaptığı bir araştırmada diyabete ilişkin kronik komplikasyonları olmayan hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (137). Kronik komplikasyonların hastalık yükünü arttırmamasından dolayı konfor düzeyini düşürdüğü söylenebilir.

Araştırmamızda, hastaların cinsiyet ve medeni durumlarına göre hastalığı kabul düzeylerinde değişiklik olmadığı belirlendi (Tablo 4.6). Zalewska ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada cinsiyet ile hastalığı kabul düzeyleri arasında önemli fark olmadığını saptamışlardır (74). Jaworski ve arkadaşları ise hastaların tanıtıcı özellikleri ile hastalığı kabul düzeyleri arasında önemsiz fark bulmuşlardır (138). Keogh ve arkadaşları da bir başka çalışmada cinsiyet ve medeni duruma göre hastalığı kabul düzeyi arasındaki farkın önemsiz olduğunu tespit etmişlerdir (139). Araştırmamızdaki bulgular literatürü desteklemektedir.

Araştırmamızda eğitim seviyesinin hastalığı kabul düzeyini etkilediği belirlendi (Tablo 4.6). Yüksekokul ve daha üzeri bir eğitim seviyesine sahip hastaların hastalığı kabul düzeyleri daha yüksek bulundu. Richardson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, eğitim seviyesinin yükselmesiyle hastalığı kabul düzeyinin de yükseldiğini göstermişlerdir (140). Sabone, yapmış olduğu bir araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan diyabetlilerin hastalığı kabul düzeylerinin de yüksek olduğunu saptamıştır (141). Eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak hastalığa ilişkin bilgi ve tutumların gelişmesi ile hastalık kabul düzeyinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastaların mesleklerinin hastalığı kabul düzeylerini etkilediği saptandı (Tablo 4.6). İşçi olarak çalışan hastaların, hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Keogh ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada, aktif olarak iş hayatında olan grubun, emekli, ev hanımı ya da çalışmayan gruba göre hastalığı kabul düzeyinin önemli derecede daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (139). Sabone, aktif çalışan diyabetlilerin hastalığı kabullerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (141). Aktif çalışan hastaların, kendilerini daha yeterli hissettikleri ve hastalığa adaptasyonlarının daha kolay olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda gelir düzeyine göre HKÖ puan ortalaması arasında önemli fark bulunmadı (Tablo 4.6). Gültekin yaptığı bir araştırmada gelir düzeyinin hastalığı kabulü etkilemediği sonucuna ulaşmıştır (142). Gelir düzeyi sosyokültürel seviyenin temel belirleyicilerinden biridir. Ancak kronik hastalığı kabullenmek ve ona uyum sağlamak

gibi zaman gerektiren bir süreci tek başına değiştirmediği ve kabul düzeyini etkilemediği düşünölmektedir.

Araştırmamızda birlikte yaşanılan kişilere göre HKÖ puan ortalamaları arasında önemli fark tespit edildi (Tablo 4.6). Anne-babaları ile yaşayan diyabetlilerin hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu göröldü. McCracken'e göre hastalığın kabulünde sosyal desteğin çok önemli bir yeri vardır (143). Allard, yapmış olduğu bir çalışmada özenli ve katılımcı aile davranışlarının tip 2 diyabetli yetişkinlerde hastalığın kabulü için oldukça motive edici olduğunu belirtmiştir (144). Anne-babanın güçlü bir sosyal destek kaynağı olmasının, hastaların kabul düzeylerini yükselttiği düşünölmektedir.

Araştırmamızda, diyabet süresi kısa olan bireylerin hastalığı kabul düzeylerinin diyabet süresi uzun olanlardan daha düşük olduğu bulundu (Tablo 4.7). Kerrigan'a göre yaşam tarzı değişikliklerine kabul ve uyum, tanıdan sonra en az 12 aya kadar uzayabilir (113). Garay-Sevilla ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada, yeni tanı almış diyabetlilerin hastalıkla ilgili yüksek inkar düzeyine sahip olduklarını göstermişlerdir (145). Besen yaptığı araştırmada, yeni tanı alan tip 2 diyabetlilerin kabul düzeylerinin daha düşük olduğunu belirlemiştir (106). Diyabet süresi uzadıkça hastalığa ilişkin bilgi ve adaptasyon düzeyinin arttığı, bunun da hastalığı kabulü kolaylaştırdığı söylenilebilir.

Diyabetli hastaların kontrole gitme sıklığı ve diyabetle ilgili eğitim alma durumunun hastalığı kabulü etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Diyabet için ideal kontrol süresi dört ayda birdir (127, 128). Araştırmamızda kontrole gitme sıklığına bakıldığında, hastalığı kabul düzeyi en yüksek olanların dört ayda bir kontrole giden hastalar olduğu görölmektedir. Stuifbergen ve arkadaşlarına göre hastalığın kabul edilmesi, belirli davranışların üstlenilmesi için motivasyonun değiştirilmesi yoluyla uygun sağlık davranışları gösterilmesine yardımcı olmaktadır (146). Bu açıdan bakıldığında hastalığı kabul düzeyi yüksek olan diyabetlilerin sağlık durumları hakkındaki değişiklikleri daha sık öğrenmek isteyebileceği, sağlık durumlarında bozulma gördüklerinde daha sık kontrole gidebilecekleri söylenebilir. Besen, yapmış olduğu çalışmada diyabet eğitimi ile hastalığı kabul düzeyi arasında önemli fark olmadığını belirlemiştir (106). Diyabet eğitimi hastalığa adaptasyon için gereklidir. Ancak hastalığı kabul uzun bir sürece yayıldığı için diyabet eğitiminin kabul düzeyini etkilemediği düşünölmektedir.

Araştırmamızda ilave bir kronik hastalık varlığına göre HKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 4.7). İlave bir kronik hastalığı olmayanların hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Kronik hastaların yaşam kalitesini inceleyen bazı çalışmalarda, hastalığı kabulün doğrudan tanı, tedavi önerileri ve komplikasyonların varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (147-149). Besen çalışmasında, başka bir kronik hastalığı olmayan diyabetlilerin hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (106). İlave bir hastalık, hastalarda fiziksel ve psikolojik rahatsızlığa neden olabilir. Lickiewicz ve arkadaşlarının kronik hastalığı olanlarda yaptıkları bir araştırma, hastalığı kabul ve rahatsızlık düzeylerinin birbiriyle ters orantılı olduğunu ortaya koymuşlardır (150). Araştırmamızdaki bulgular literatürü desteklemektedir. İlave kronik hastalıkların hastalık yükünü arttırarak hastalığa uyumu ve kabulü zorlaştırdığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda diyabetlilerin kullandıkları tedavi yöntemlerinin hastalığı kabul düzeylerini etkilediği belirlendi (Tablo 4.7). OAD, insülin, diyet ve egzersiz uygulamalarının birkaçını ya da tamamını beraber uygulayan hastaların hastalığı kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Her insan hastalığa farklı şekilde tepki verir. Hastalığı kabul düzeyi ne kadar yüksekse, tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri ile ilgili rahatsızlık da o oranda azalacaktır (151). Tedavi sırasında, diyabetik kişiler kronik sağlık durumunun kabulünü engelleyen duygu ve davranışlar yaşarlar. Tedavi ve yaşam tarzı değişikliğine uyum, hastalığın getireceği sınırlamaları ortadan kaldırmakta ya da minimuma indirebilmektedir (152). Karna-Matyjaszek ve arkadaşları, hastalıklarını kabul eden hastaların daha iyimser olduklarını ve tedavi yöntemlerinden daha çok fayda gördüklerini belirtmektedirler (153). Jankowska ve arkadaşlarına göre kronik hastalıklarda, kabul düzeyinin yüksek olması sadece psikolojik stresi azaltmakla kalmaz, aynı zamanda tedaviye uyumu ve tedavilerin verimini de arttırır (154). Diyabetin etkili bir biçimde kontrol altında tutulması için medikal tedavilerin yanı sıra genellikle yaşam tarzı değişiklikleri ve destekleyici tedaviler de gerekmektedir (2). Çoklu tedavi yöntemlerinin kullanımı etkin bir glisemik kontrolü garanti edemeyebilir. Ancak insülin, OAD gibi hasta kontrolünde olmayan tedavi seçeneklerinin yanında diyet, egzersiz ve diğer yaşam tarzı değişiklikleri gibi seçenekler, hastalara daha fazla özerklik tanımaktadır. Diyabet yönetiminde özerk ve esnek tedavi seçeneklerinin de bulunmasının hastaların kabul düzeyleri üstünde olumlu etki yarattığı düşünülmektedir.



Araştırmamız sonucunda kronik komplikasyon varlığına göre HKÖ puan ortalamaları arasında önemli fark belirlendi (Tablo 4.7). Kronik komplikasyonu olmayan hastaların kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Lickiewicz ve arkadaşları hastalığı kabul düzeyinin komplikasyon varlığına göre önemli bir fark oluşturduğunu ifade etmişlerdir (150). Başka bir çalışmada, Kurpas ve arkadaşları hastalığı kabul düzeyi ile kronik komplikasyon varlığı arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (155). Araştırmamızdan elde ettiğimiz veriler literatürü destekler niteliktedir. Kronik komplikasyon varlığının hastalık yükünü arttırdığı için kabulün zorlaştığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda, HKÖ ile GKÖ ve tüm alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulundu (Tablo 4.8). Hastaların, hastalığı kabul düzeyleri arttıkça konfor düzeylerinde de artış olduğu görülmektedir. Hastalığı kabul, etkili başa çıkma mekanizmaları ve yaşam tarzı değişiklikleri geliştirmeye yardımcı olarak tedaviye uyumu arttırmaktadır. Bu nedenle hastalığı kabul düzeyi yüksek olan hastaların konforlarının da yüksek olduğu söylenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabetlilerde hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Hastaların; medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişiler gibi tanıtıcı özelliklerinin konfor düzeyi üzerinde etkili olduğu cinsiyetin ise konfora etki etmediği belirlendi.
- Hastaların; diyabet süresi, kontrol sıklığı, eğitim alma durumu, tedavi yöntemleri ve kronik komplikasyon varlığı gibi hastalık özelliklerinin konforu etkilediği bulundu.
- Hastaların tanıtıcı özelliklerinden; eğitim düzeyi, meslek ve birlikte yaşanan kişilerin hastalığı kabul düzeyi üzerinde etkili iken cinsiyet, medeni durum ve gelir düzeyinin etkili olmadığı tespit edildi.
- Diyabetlilerin hastalık özelliklerinden; diyabet süresi, başka kronik hastalık, tedavi yöntemleri ve kronik komplikasyon varlığının hastalığı kabul düzeyini etkilerken kontrol sıklığı ve eğitim alma durumunun etkili olmadığı bulundu.
- Hastalığı kabul düzeyi arttıkça konfor düzeyinin arttığı belirlendi.

Elde edilen bu sonuçlar ışığında şu şekilde öneriler yapılabilir;

- Endokrin ya da diyabet kliniklerinde tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabule yönelik hemşirelik uygulamaları planlanmalı ve uygulanmalı.
- Yeni tanılanan tip 2 diyabetlilere özel eğitim programları hazırlanmalı.
- Hastaların fiziksel, çevresel, psikospiritüel ve sosyokültürel konforunu arttıracak destekleyici hemşirelik girişimleri uygulanmalı.
- Araştırmanın daha geniş ve farklı gruplarda tekrarlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, ve ark. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* 2011, 377: 1949-61.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 8<sup>th</sup> Edition. <http://diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=254> 2 Mart 2018.
3. Atkinson MA, Eisenbarth GS, Michels AW. Type 1 diabetes. *The Lancet* 2014, 383: 69-82.
4. Barakat N, Bradley AP, Barakat MNH. Intelligible support vector machines for diagnosis of diabetes mellitus. *IEEE Trans Inf Technol Biomed* 2010, 14: 1114-20.
5. World Health Organization. Global report on diabetes. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=C1C9F27F45598C3F399D9FC19952CC57?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=C1C9F27F45598C3F399D9FC19952CC57?sequence=1) 18 Nisan 2018.
6. Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. *JCEI* 2013, 4: 562-7.
7. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf> 11 Mayıs 2018.
8. Eren İ, Erdi Ö, Çivi İ. Tip II diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004, 7: 85-94.
9. Huang ES, Brown SES, Ewigman BG, Foley EC, Meltzer DO. Patient Perceptions of Quality of Life With Diabetes-Related Complications and Treatments. *Diabetes Care* 2007, 30: 2478-83.
10. American Diabetes Association. Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care*, 2018; 41: 3.
11. Szyguła-Jurkiewicz B, Zakliczyński M, Ploch M, Mościński M, Partyka R, Wojnicz R, ve ark. Depression is the strongest predictor of long-term outcome in patients with chronic nonischemic heart failure. *Kardiochir Torakochirurgia Pol* 2014, 11: 102-8.
12. Basinska MA, Andruszkiewicz A. Health Locus of Control in Patients With Graves-Basedow Disease and Hashimoto Disease and Their Acceptance of Illness. *Int J Endocrinol Metab* 2012, 10: 537-42.

13. Kurpas D, Mroczek B, Knap-Czechowska H, Bielska D, Nitsch-Osuch A, Kassolik K, ve ark. Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. *Respir Physiol Neurobiol* 2013, 187: 114-7.
14. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2007, 75: 336.
15. Harrison T, Stuijbergen A, Adachi E, Becker H. Marriage, impairment, and acceptance in persons with multiple sclerosis. *West J Nurs Res* 2004, 26: 266-85; discussion 86-92.
16. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs* 1991, 16: 1301-10.
17. Ciccu-Moore R, Grant F, Niven B-A, Paterson H, Stoddart K, Wallace A. Care and comfort rounds: improving standards. *Nursing Management (2014+)* 2014, 20: 18.
18. Morse JM. On comfort and comforting. *AJN* 2000, 100: 34-8.
19. Kolcaba K, Wykle M. Spreading comfort around the world. *Reflections* 1997, 23: 12-3.
20. Pınar G, Doğan N, Algıer L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2009, 36: 3.
21. Yıldırım GÖ, Yavuz M. Yoğun Bakımlarda Hastalara Verilen Sırtüstü Pozisyonların Hemodinamik ve Fizyolojik Ölçümlere Olan Etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2: 94-9.
22. Alemdar DK, Tufekci FG. The reliability and validity of the premature infant comfort scale's Turkish/Premature bebek konfor ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *HEAD* 2015, 12: 142-9.
23. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, ve ark. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract* 2018, 138: 271-81.
24. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus—present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol* 2012, 8: 228.
25. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes J, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho N, ve ark. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract* 2017, 128: 40-50.

26. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, ve ark. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013, 28: 169-80.
27. Türkiye İstatistik Kurumu. Aile Yapısı Araştırması. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21869> 9 Mart 2018.
28. Türkiye Diyabet Vakfı. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2017. [http://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet\\_tani\\_ve\\_tedavi\\_\\_kitabi.pdf](http://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_tani_ve_tedavi__kitabi.pdf) 13 Mart 2018.
29. DeFronzo RA, Lewin A, Patel S, Liu D, Kaste R, Woerle HJ, ve ark. Combination of Empagliflozin and Linagliptin as Second-Line Therapy in Subjects With Type 2 Diabetes Inadequately Controlled on Metformin. *Diabetes Care* 2015, 38: 384-93.
30. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, 2017, 40: 11-24.
31. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016: 734.
32. Perl S, Cook W, Wei C, Ohman P, Hirshberg B. Effects of Glimepiride versus Saxagliptin on  $\beta$ -Cell Function and Hypoglycemia: A Post Hoc Analysis in Older Patients with Type 2 Diabetes Inadequately Controlled with Metformin. *Clinical therapeutics* 2016, 38: 2578-88.
33. Kahn SE, Cooper ME, Del Prato S. Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. *The Lancet* 2014, 383: 1068-83.
34. Akalin A. Prediyabetin Önlenmesi ve Tedavisi. İçinde: İlkova H, Kaya A (editörler). *Türk Diyabet Yıllığı 2016-2017*, 1. Baskı. İstanbul, Türk Diabet Cemiyeti, Türkiye Diyabet Vakfı, 2017: 27-33.
35. Enç N, Uysal H, Enç N, Can G, Tülek Z, Uysal H, ve ark. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 281-289.
36. Basu S, Millett C, Vijan S, Hayward RA, Kinra S, Ahuja R, ve ark. The health system and population health implications of large-scale diabetes screening in India: a microsimulation model of alternative approaches. *PLoS medicine* 2015, 12: 5.
37. Lankisch M, Ferlinz K, Leahy J, Scherbaum W, Apidra OP, group Ls. Introducing a simplified approach to insulin therapy in type 2 diabetes: a comparison of two single-dose regimens of insulin glulisine plus insulin glargine and oral antidiabetic drugs. *Diabetes Obes Metab* 2008, 10: 1178-85.

38. Levin ME, Pfeifer MA. *The uncomplicated guide to diabetes complications*, 3<sup>rd</sup> ed. Alexandria, American Diabetes Association, 2009: 10.
39. Laing S, Swerdlow A, Slater S, Burden A, Morris A, Waugh NR, ve ark. Mortality from heart disease in a cohort of 23,000 patients with insulin-treated diabetes. *Diabetologia* 2003, 46: 760-5.
40. Paterson AD, Rutledge BN, Cleary PA, Lachin JM, Crow RS. The effect of intensive diabetes treatment on resting heart rate in type 1 diabetes: the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications study. *Diabetes care* 2007, 30: 2107-12.
41. American Diabetes Association. 9. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care*, 2018; 41: 86-104.
42. Hogan P, Dall T, Nikolov P. Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes care* 2003, 26: 917.
43. Maahs DM, Daniels SR, de Ferranti SD, Dichek HL, Flynn J, Goldstein BI, ve ark. Cardiovascular disease risk factors in youth with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014, 130: 1532-58.
44. Dutton GR, Lewis CE. The Look AHEAD Trial: Implications for Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes Mellitus. *Prog Cardiovasc Dis* 2015, 58: 69-75.
45. Tun NN, Arunagirinathan G, Munshi SK, Pappachan JM. Diabetes mellitus and stroke: A clinical update. *World J Diabetes* 2017, 8: 235-48.
46. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, Lamoureux EL, Kowalski JW, Bek T, ve ark. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes care* 2012, 35: 556-64.
47. Solomon SD, Chew E, Duh EJ, Sobrin L, Sun JK, VanderBeek BL, ve ark. Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2017, 40: 412-8.
48. Gilbert C. Retinopathy of prematurity: a global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control. *Early Hum Dev* 2008, 84: 77-82.
49. Fowler MJ. Microvascular and Macrovascular Complications of Diabetes. *Clin Diabetes* 2008, 26: 77-82.
50. Kanwar YS, Wada J, Sun L, Xie P, Wallner EI, Chen S, ve ark. Diabetic nephropathy: mechanisms of renal disease progression. *Exp Biol Med* 2008, 233: 4-11.

51. Dronavalli S, Duka I, Bakris GL. The pathogenesis of diabetic nephropathy. *Nat Rev Endocrinol* 2008, 4: 444.
52. Gross JL, De Azevedo MJ, Silveiro SP, Canani LH, Caramori ML, Zelmanovitz T. Diabetic nephropathy: diagnosis, prevention, and treatment. *Diabetes care* 2005, 28: 164-76.
53. Olgun N. Diyabet (Tip 2) ve Bakım. İçinde: Durna Z, Akin S (editörler). Kronik hastalıklar ve bakım, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 291-329.
54. Pop-Busui R, Boulton AJ, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, ve ark. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care* 2017, 40: 136-54.
55. Edwards JL, Vincent AM, Cheng HT, Feldman EL. Diabetic neuropathy: Mechanisms to management. *Pharmacology & Therapeutics* 2008, 120: 1-34.
56. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJ, Armstrong DG, ve ark. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis* 2012, 54: 132-73.
57. Bakker K, Schaper NC. The development of global consensus guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev* 2012, 28: 116-8.
58. Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev* 2012, 28: 225-31.
59. Rodbard H, Jellinger P, Davidson J, Einhorn D, Garber A, Grunberger G, ve ark. Statement by an American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology consensus panel on type 2 diabetes mellitus: an algorithm for glycemic control. *Endocr Pract* 2009, 15: 540-59.
60. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, ve ark. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2012, 55: 1577-96.
61. Nelson SE, Palumbo PJ. Addition of insulin to oral therapy in patients with type 2 diabetes. *Am J Med Sci* 2006, 331: 257-63.
62. Kuritzky L. Addition of basal insulin to oral antidiabetic agents: a goal-directed approach to type 2 diabetes therapy. *MedGenMed* 2006, 8: 34.
63. Carver C. Insulin Treatment and the Problem of Weight Gain in Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ* 2006, 32: 910-7.

64. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, ve ark. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *Bmj* 2000, 321: 405-12.
65. Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving H-H, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003, 348: 383-93.
66. Jenkins DA, Kendall CC, McKeown-Eyssen G, ve ark. Effect of a low-glycemic index or a high-cereal fiber diet on type 2 diabetes: A randomized trial. *JAMA* 2008, 300: 2742-53.
67. Schulze MB, Hu FB. Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented? *Annu Rev Public Health* 2005, 26: 445-67.
68. Franz M. American Diabetes Association Nutrition Recommendations and Guidelines. *Diabetes Care* 2008, 31: S61-S78.
69. Davenport MH, Mottola MF, McManus R, Gratton R. A walking intervention improves capillary glucose control in women with gestational diabetes mellitus: a pilot study. *Appl Physiol Nutr Metab* 2008, 33: 511-7.
70. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, ve ark. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001, 344: 1343-50.
71. Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler S, Hamman R, Lachin J, Walker E, ve ark. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *Scand J Med Sci Sports* 2003, 13: 208.
72. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006, 44: 1-25.
73. Basinska MA, Andruszkiewicz A. Health locus of control in patients with graves-basedow disease and hashimoto disease and their acceptance of illness. *Int J Endocrinol Metab* 2012, 10: 537.
74. Zalewska A, Miniszewska J, Chodkiewicz J, Narbutt J. Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007, 21: 235-42.
75. Kocjan J. Is quality of life related to illness and acceptance of illness? *J Educ Health Sport* 2015, 5.
76. Lewko J, Politynska B, Kochanowicz J, Zarzycki W, Okruszko A, Sierakowska M, ve ark. Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Adv Med Sci* 2007, 52: 144-6.



77. Lewandowska K, Rogiewicz M, Specjalski K, Niedoszytko M, Jassem E. The influence of psychotherapy on the quality of life in patients with moderate and severe bronchial asthma-preliminary report. *Advances in Palliative Medicine* 2006, 5: 114-9.
78. Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, Haak T, Gahr A, Hermanns N. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabet Med* 2014, 31: 1446-51.
79. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC. *The diabetes lifestyle book: Facing your fears and making changes for a long and healthy life*, Oakland, New Harbinger Publications, 2007: 10-44.
80. Zauszniewski JA, McDonald PE, Krafcik K, Chung C, Dobratz MC, Downe-Wamboldt B. Acceptance, Cognitions, and Resourcefulness in Women with Diabetes. *West J Nurs Res* 2002, 24: 728-50.
81. Gois CJ, Ferro AC, Santos AL, Sousa FP, Ouakinin SR, Do Carmo I, ve ark. Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetol* 2012, 49: 33-40.
82. Dempster M, McCarthy T, Davies M. Psychological adjustment to Type 2 diabetes and relationship quality. *Diabet Med* 2011, 28: 487-92.
83. Welch G, Beeney LJ, Dunn S, Smith R. The development of the diabetes integration scale: a psychometric study of the ATT39. *Multivar Exp Clin R* 1996, 11: 75-88.
84. Cohen GL, Sherman DK. The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention. *Annu Rev Psychol* 2014, 65.
85. Tilden B, Charman D, Sharples J, Fosbury J. Identity and adherence in a diabetes patient: transformations in psychotherapy. *Qual Health Res* 2005, 15: 312-24.
86. Misra R, Lager J. Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2008, 22: 217-23.
87. Lewko J, Zarzycki W, Krajewska-Kulak E. Relationship between the occurrence of symptoms of anxiety and depression, quality of life, and level of acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. *Saudi Med J* 2012, 33: 887-94.
88. Solowiejczyk J. Diabetes and depression: some thoughts to think about. *Diabetes Spectr* 2010, 23: 11-5.
89. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*, Springer Publishing Company; 2003: 38-59.
90. Yücel ŞÇ. Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011, 27: 79-88.

91. Siefert ML, Concept Analysis of Comfort. *Nurs Forum* 2002, 37: 16-23.
92. Küçük AD, Güdücü TF. The Reliability and Validity of the Premature Infant Comfort Scale's Turkish. *HEAD* 2015, 12: 142-8.
93. Karabacak Ü. Meme kanserli hastalarda konforu destekleyecek hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.
94. Üstündağ H, Aslan FE. Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçeye Uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2010, 2: 94-9.
95. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *J Nurs Scholarsh* 1991, 23: 237-40.
96. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs* 1994, 19: 1178-84.
97. Devins GM, Binik YM, Hutchinson TA, Hollomby DJ, Barré PE, Guttman RD. The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *Int J Psychiatry Med* 1984, 13: 327-43.
98. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990, 38: 409-14.
99. Kennedy GT. A nursing investigation of comfort and comforting care of the acutely ill patient. Doktora Tezi, Austin: University of Texas, 1991.
100. Boren SA, Fitzner KA, Panhalkar PS, Specker JE. Costs and benefits associated with diabetes education a review of the literature. *Diabetes Educ* 2009, 35: 72-96.
101. Dunphy LM, Winland-Brown J, Porter B, Thomas D. *Primary care: Art and science of advanced practice nursing*, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, FA Davis, 2015: 519.
102. Pouwer F, Beekman AT, Lubach C, Snoek FJ. Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2006, 60: 235-40.
103. Hamilton J. Comfort and the hospitalized chronically ill. *J Gerontol Nurs* 1989, 15: 28-33.
104. Sridhar G, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Curr Sci India* 2002: 1556-64.
105. Angel KN. Factors Affecting the Quality of Life of Residents in Nursing Homes: Knowledge and Strategies for the Novice Nurse, [https://digitalcommons.salemstate.edu/honors\\_theses/75](https://digitalcommons.salemstate.edu/honors_theses/75) 3 Mayıs 2018.
106. Besen DB, Esen A. Hastalığı Kabul Ölçeğinin Türk Toplumundaki Diyabetik Bireylere Uyarlanması. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011, 10: 155-64.

107. Felton BJ, Revenson TA. Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol* 1984, 52: 343.
108. Kolcaba KY. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci* 1992, 15: 1-10.
109. Kuşuoğlu S. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2008, 16: 16-23.
110. Hohenstein KS. Factors related to the self-perceived comfort of chronically ill, institutionalized older adults.  
[https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/19435/Hohenstein\\_Factors\\_related.pdf?sequence=1](https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/19435/Hohenstein_Factors_related.pdf?sequence=1) 21 Mayıs 2018.
111. Kara M. Pilonidal sinüs ameliyatı öncesi verilen eğitimin hastaların anksiyete durumuna ve konforuna etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Karabük: Karabük Üniversitesi, 2018.
112. Peyrot M, Rubin RR, Siminerio LM. Physician and nurse use of psychosocial strategies in diabetes care: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2006, 29: 1256-62.
113. Kerrigan AC. A comparison study on the effect of coaching as a nursing intervention on comfort levels and blood sugar levels in two groups of individuals with diabetes. Department of Educational Studies, Adult And Community Education. Doctoral dissertation, Muncie: Bell State University, 2011.
114. Seyedfatemi N, Rafii F, Rezaei M, Kolcaba K. Comfort and Hope in the Preanesthesia Stage in Patients Undergoing Surgery. *J Perianesth Nurs* 2014, 29: 213-20.
115. Çapık A, Özkan H, Apay SE. Loğusalarm doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2014, 7: 186-92.
116. Qiu XQ. A survey and analysis of comfort status quo of young patients with acute coronary syndrome within 72 hours after hospitalization. *J Chin Nurs Res* 2009, 23: 1896-7.
117. Borzou SR, Anosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. Patients' Perception of Comfort Facilitators During Hemodialysis Procedure: A Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J* 2014, 16: e19055.
118. Beatty JE. Career Barriers Experienced by People with Chronic Illness: A U.S. Study. *Employ Respons Rights J* 2012, 24: 91-110.

119. Ahuvia A. If money doesn't make us happy, why do we act as if it does? *J Econ Psychol* 2008, 29: 491-507.
120. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs* 2004, 19: 164-73.
121. Irizarry T, Shoemake J, Nilsen ML, Czaja S, Beach S, Dabbs AD. Patient portals as a tool for health care engagement: a mixed-method study of older adults with varying levels of health literacy and prior patient portal use. *J Med Internet Res* 2017, 19: 99.
122. Whittemore R, Kanner S, Singleton S, Hamrin V, Chiu J, Grey M. Depression in type 1 diabetes in children: Natural history and correlates. *Pediatr Diabetes* 2002, 3: 135-43.
123. Hanson CL, De Guire MJ, Schinkel AM, Kolterman OG. Empirical validation for a family-centered model of care. *Diabetes Care* 1995, 18: 1347-56.
124. McIlvane JM. The effects of age and type of illness on coping with arthritis and well-being. School of Arts & Sciences, Department of Psychology. Doctoral dissertation, New York: Fordham University, 2001.
125. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu. Temd Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017. [http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_kilavuz/DIYABET2017\\_web.pdf](http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/DIYABET2017_web.pdf) 19 Nisan 2018.
126. Pehlivan E, Günaydın Y. Elazığ eğitim ve araştırma hastanesi endokrin polikliniğine başvuran tip 1 diyabetli hastaların hba1c düzeyleri ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3: 6-11.
127. Reynolds TM, Smellie WSA, Twomey PJ. Glycated haemoglobin (HbA1c) monitoring. *BMJ* 2006, 333: 586-8.
128. Camargo JL, Stiff J, Gross JL. The effect of aspirin and vitamins C and E on HbA1c assays. *Clin Chim Acta* 2006, 372: 206-9.
129. Glasgow RE, Toobert DJ, Gillette CD. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectr* 2001, 14: 33-41.
130. Tosun B, Aslan Ö, Tunay S, Akyüz A, Özkan H, Bek D, ve ark. Turkish Version of Kolcaba's Immobilization Comfort Questionnaire: A Validity and Reliability Study. *Asian Nurs Res* 2015, 9: 278-84.
131. Weykamp JM, Nunes MHB, Cecagno D, de Siqueira HCH. Quality of life and chronic renal failure. *J. res.: fundam. care. online* 2017, 9: 1113-20.

132. Kim K-S, Kwon S-H. Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nurs Res* 2007, 1: 125-35.
133. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, ve ark. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009, 32: 193-203.
134. Rubin RR, Peyrot M, Chen X, Frias JP. Patient-reported outcomes from a 16-week open-label, multicenter study of insulin pump therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Technol Ther* 2010, 12: 901-6.
135. Heise T, Nosek L, Dellweg S, Zijlstra E, Præstmark K, Kildegaard J, ve ark. Impact of injection speed and volume on perceived pain during subcutaneous injections into the abdomen and thigh: a single-centre, randomized controlled trial. *Diabetes Obes Metab* 2014, 16: 971-6.
136. Tang JW, Freed B, Baker T, Kleczek J, Tartaglia K, Laiteerapong N, ve ark. Internal Medicine Residents' Comfort with and Frequency of Providing Dietary Counseling to Diabetic Patients. *J Gen Intern Med* 2009, 24: 1140.
137. Carpenter MW. Gestational Diabetes, Pregnancy Hypertension, and Late Vascular Disease. *Diabetes Care* 2007, 30: 246-50.
138. Jaworski M, Panczyk M, Cedro M, Kucharska A. Adherence to dietary recommendations in diabetes mellitus: disease acceptance as a potential mediator. *Patient Prefer Adherence* 2018, 12: 163.
139. Keogh AM, Feehally J, Taylor M. A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy/Research critique/Investigators' response. *Nephrol Nurs J* 1999, 26: 471.
140. Richardson A, Adner N, Nordström G. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *J Adv Nurs* 2001, 33: 758-63.
141. Sabone MB. The illness demands of diabetes on couples in Botswana. *J Fam Nurs* 2008, 14: 363-82.
142. Gültekin A. Hipertansiyon Hastalarının Hastalık Yönetim Özellikleri ve Hastalığı Kabul Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2017.
143. McCracken LM. Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain* 2005, 113: 155-9.

144. Allard PM. Interventions identified as useful for therapists working with families managing adult onset type II diabetes. Doctoral dissertation, Denton: Texas Woman's University, 2008.
145. Garay-Sevilla M, Malacara J, Gutiérrez-Roa A, Gonzalez E. Denial of disease in type 2 diabetes mellitus: its influence on metabolic control and associated factors. *Diabet Med* 1999, 16: 238-44.
146. Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs Res* 2000, 49: 122-9.
147. Butler J, Ciarrochi J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual Life Res* 2007, 16: 607-15.
148. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev* 2011, 31: 1041-56.
149. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, et al. A Preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behav Ther* 2004, 35: 667-88.
150. Lickiewicz B, Zwolińska-Wcisło M, Lickiewicz J, Rozpondek P, Mach T. Significance of the personality features in the illness adaptation process in patients with inflammatory bowel disease. *Prz Gastroenterol* 2010, 5: 157-63.
151. Moczydłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M, Bielski K. Oczekiwania chorych wobec personelu lekarskiego. *Hygeia Public Health* 2014, 49: 142-51.
152. Péres DS, Santos MAd, Zanetti ML, Ferronato AA. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007, 15: 1105-12.
153. Karna-Matyjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Pol Merk Lek* 2010, 163: 37.
154. Jankowska-Polańska B, Kaczan A, Lomper K, Nowakowski D, Dudek K. Symptoms, acceptance of illness and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2018, 17: 262-72.
155. Kurpas D, Mroczek B, Brodowski J, Urban M, Nitsch-Osuch A. Does health status influence acceptance of illness in patients with chronic respiratory diseases?. In: Cohen IR, Lajtha A, Lambris JD, Paoletti R, Rezaei N (eds). *Neurotransmitter Interactions and Cognitive Function*. Basel, Springer International Publishing, 2014: 57-66.

## EKLER

### EK 1. Özgeçmiş

**Adı Soyadı:** Gürkan ÖZDEN

**Doğum Tarihi:** 20.02.1989

**Öğrenim Durumu:** Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Yüksek Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	İnönü Üniversitesi	2016-...
Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2010-2014

### Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Araştırma Görevlisi	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2016-...
Hemşire	Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi	2015-2016
Hemşire	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi	2015

## EK 2. Hasta Anket Formu

Bu araştırma Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak gönüllülük esasına bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaçlı olarak topluca değerlendirilecektir. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Gürkan ÖZDEN

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
3. Medeni Durumunuz:  
 Evli  Bekar
4. Eğitim durumunuz:  
 İlkokul  Ortaokul  Lise  Yüksekokul ve üzeri
5. Mesleğiniz:  
 Ev hanımı  İşçi  Memur  Serbest meslek  Emekli  
 Diğer...
6. Gelir durumunuz:  
 Gelir giderden yüksek  
 Gelir gidere denk  
 Gelir giderden düşük
7. Kiminle Yaşıyorsunuz:  
 Yalnız  Anne-baba  Eş  Kardeş  Akraba
8. Diyabet Tanısı Aldığınız Süre:.....ay/yıl



9. Ne kadar sıklıkla kontrole geliyorsunuz?

- Sadece rahatsızlandığımda  
 İki ayda bir  
 Dört ayda bir  
 Sekiz ayda bir  
 Yılda bir

10. Daha önce diyabet ile ilgili eğitim aldınız mı?

- Evet  Hayır

11. Tedavi Şekliniz (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) :

- İnsülin  Oral Antidiyabetik  Egzersiz  Diyet

12. Varsa Diyabet Komplikasyonunuz:

- Kardiyovasküler (koroner arter hast.vb)  
 Böbrek Yetmezliği (nefropati)  
 Görme bozuklukları (retinopati)  
 Diyabetik ayak  
 Diyabetik nöropati  
 Diğer.....

13. İlave kronik hastalığınız var mı?

- Var  Yok

### EK 3. Hastalığı Kabul Ölçeği

Aşağıda hastalığınıza ilişkin kabullenme düzeyinizi belirleyen bir dizi cümle bulunmaktadır. Her cümle “**Tamamen Katılıyorum**” (1) ile “**Hiç Katılmıyorum**” (5) arasında değerlendirilmektedir. Her bir cümle için sizi en iyi tanımladığını hissettiğiniz puanı daire içine alınız. Cümlelerin sizi iyi tanımladığını düşünüyorsanız **1 ya da yakın** puan, cümlenin size uymadığını düşünüyorsanız **5 ya da yakın puan** veriniz. Bu cümlelerin kesinlikle doğru ya da yanlış yoktur. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Hastalığının getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özlüyorum.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmeme sebep oluyor.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
4. Sağlık problemlerim beni başkalarına, beklediğimden daha fazla bağımlı/muhtaç yapıyor.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
5. Hastalığım, aileme ve arkadaşlarıma yük olmama neden oluyor.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
6. Sağlık durumum nedeniyle kendimi yetersiz hissetmiyorum.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
7. Asla, beni memnun edecek kadar, kendine yetebilen biri olamayacağım.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
8. Hastalığım yüzünden, insanların, benim yanımda olmaktan çoğunlukla rahatsız olduklarını düşünüyorum.	<b>Tamamen Katılıyorum</b>	1	2	3	4	5	<b>Hiç Katılmıyorum</b>

#### EK 4. Genel Konfor Ölçeği

Aşağıda şu anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunuldu. Sizden istenen; **şu andaki** konfor durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak işaretlemenizdir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğum güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1

22.Bundan sonra olacaklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1
24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

## EK 5. Kurum İzni



T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ  
Başhekimliği



Evrak Tarih ve Sayısı: 07/08/2017-E.19954

Sayı : 68636013-770  
Konu : Tez Çalışması

Sayın Arş. Grv. Gürkan ÖZDEN  
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İlgi : 18/07/2017 tarihli dilekçeniz.

Tip 2 Diyabetes Mellitus' lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi konulu tez çalışması ile ilgili Başhekimliğimize vermiş olduğunuz ilgi tarihli dilekçenize istinaden; Hastanemiz Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Başkanlığının konu ile ilgili cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Yrd.Doç.Dr. Mehmet Ediz SARIHAN  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı

Ek:Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı  
Başkanlığı yazısı (1 sayfa)

Evrak Doğrulamak İçin: [https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate\\_Doc.aspx?V=BE8R3K05L](https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE8R3K05L) Pin Code: 39391  
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi  
Telefon No: 0 422 3410660 Faks No: 422 3410728  
E-Posta: [insankaynaklari@inonu.edu.tr](mailto:insankaynaklari@inonu.edu.tr) İnternet Adresi: <http://totm.inonu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Sinem Taşkaya  
Unvan: Yazı İşleri Memuru



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.  
Evrak sorgulaması [https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate\\_Doc.aspx?V=BE8R3K05L](https://ebys.inonu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE8R3K05L) adresinden yapılabilir.

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/08/2017-E.58042

T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı



Sayı : 85653474-770  
Konu : Tez Çalışması

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 19/07/2017 tarihli ve 53833 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden; Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Gürkan ÖZDEN' in, "Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışması yapması Bilim Dalımızca uygun görülmüştür.  
Gereğini arz ederim.


**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. İbrahim ŞAHİN  
Bilim Dalı Başkanı

Totm  
Telefon No: 3410660 Faks No: 3410036  
E-Posta: endokrinoloji@inonu.edu.tr İnternet Adresi:  
<https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/schastalikleri>

Bilgi İçin: Furkan Şahin  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 3820

**Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır**

## EK 6. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
12.09.2017	20	2017/20-4	
<p><b>Karar No: 2017/20-4:</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 12.09.2017 tarihinde Rektörlük Senato Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Gürkan ÖZDEN'in "<b>Tıp 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastalarda Hastalığı Kabulün Konfor Düzeyine Etkisi</b>" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARAKAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

## EK 7. Hastalığı Kabul Ölçeği Kullanım İzni

---

Kimden: Dilek Büyükkaya Besen  
Gönderilme: 20 Ekim 2017 Cuma 15:02  
Kime: GÜRKAN ÖZDEN  
Konu: Re: Ölçek Kullanım İzni

Sayın Özden,  
Hastalığı Kabul Ölçeğini, çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
İyi çalışmalar dilerim.

—  
**Yard. Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN**  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Mithatpaşa Cad. İnciraltı  
Balçova İzmir  
Tel: 0232 4126963



## EK 8. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni

---

Kimden: Ükke KARABACAK  
Gönderilme: 5 Kasım 2017 Pazar 08:54  
Kime: GÜRKAN ÖZDEN  
Konu: Re: Ölçek Kullanım İzni

Merhaba Gürkan bey,  
Ölçeği kullanmanız uygundur. Çalışmalarınızda başarılar diliyorum.  
Doç.Dr. Ükke Karabacak

iPhone'umdan gönderildi

GÜRKAN ÖZDEN <[gurkan.ozden@inonu.edu.tr](mailto:gurkan.ozden@inonu.edu.tr)> şunları yazdı (5 Kas 2017 01:26):

Merhabalar Hocam. İsmim Gürkan ÖZDEN. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz Genel Konfor Ölçeği'ni tezimde kullanmak için izninizi rica ediyorum. Şimdiden çok teşekkür ederim.