

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**DİYABET HASTALARINDA YAŞAM DOYUMU VE
YEME TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Ecenaz GÜRAKSU

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Aışan Burak YAŞAR

İstanbul – 2021

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Ecenaz GÜRAKSU
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Diyabet Hastalarında Yaşam Doyumunu ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
- ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 01.11.2021
- SAYFA SAYISI** : 99
- TEZ DANIŞMANI** : Dr.Öğr.Üyesi Alışan Burak Yaşar
- DİZİN TERİMLERİ** : Diyabet, Yaşam Doyumunu, Yeme Tutumu
- TÜRKÇE ÖZET** : Bu çalışmada diyabet hastalarında yaşam doyumunu ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırmanın temel amacı olarak belirlenmiştir. Çalışmada veri toplamak için Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formu(T-ÇBDA) Ölçeği, Yaşam Doyumunu Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği kullanılmıştır.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Ecenaz GÜRAKSU

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Ana Bilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**DİYABET HASTALARINDA YAŞAM DOYUMU VE
YEME TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Ecenaz GÜRAKSU

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Aışan Burak YAŞAR

İstanbul – 2021

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ecenaz GÜRAKSU

.../.../2021



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ecenaz GÜRAKSU'nun "**Diyabet Hastalarında Yaşam Doyumu ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ anabilim dalı, KLİNİK PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Alişan Burak YAŞAR

(Danışman)

Üye

İmza

Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2021

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Diyabet hastalarında en önemli noktalardan biri yaşam doyum ile yeme alışkanlığı durumudur. Bu da diyabet hastasının bilinç durumuna göre farklılaşmaktadır. Bireyler yaşamları boyunca doygunluk duygularını tamamlamaya çalışmaktadırlar ve yaşam süreci boyunca bu süregelen bir ihtiyaç olup, insanın mutluluk doyumunu etkilemektedir. Yapılmış olan bu çalışmada diyabet hastalarında yaşam doyumunu ve yeme tutumları arasındaki benzerlik ve farklılıklarının sosyo-demografik değişkenler ve diğer alt problemler çerçevesinde incelenmesidir.

Araştırmanın örneklemini evren içerisinden rastgele seçilen, Konya ilinde ikamet eden diyabet hastası 99 kadın ve 99 erkek olmak üzere 198 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formu, Yaşam Doyumu Ölçeği ve Yeme Tutum Testi (YTT-26) ifadeleriyle birlikte demografik soruların uygulanması ile elde edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler belirtilmiş olup ilk olarak Çok Boyutlu Diyabet, Yaşam Doyumu ve Yeme Tutumu ölçeklerine yönelik iç tutarlılık analizi yapılarak ölçeklerin çalışmada kullanılmasında bir sakıncanın bulunup bulunmadığı ele alınmıştır. Bilgisayar ortamına aktarılan veriler, eksik/yanlış değerler ve aykırı değerler açısından kontrol edilmiştir. Araştırma grubunu oluşturan katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durum ve çocuk durumu ile değişkenlerden elde edilen ortalama skorları arasındaki farklılaşmalar ele alınmıştır.

Araştırmanın bulguları doğrultusunda yeme tutumu ile yaşam doyumunu arasında zayıf seviyede pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çok boyutlu diyabet ölçeğinin yeme tutumunu yordamasına yönelik elde edilen bulgulara göre Özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yeme tutumunu yordadığı görülmektedir. Yeme tutumunu en çok açıklayan değişkenin özyeterlik algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir. Çok boyutlu diyabet ölçeğinin yaşam doyumunu yordamasına yönelik elde edilen bulgulara göre Destek algısı, engel algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yaşam doyumunu yordadığı görülmektedir. Yaşam doyumunu en çok açıklayan değişkenin engel algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, yaşam doyumunu, yeme tutumu

ABSTRACT

One of the most important points in diabetes patients is life satisfaction and eating habits. This differs according to the state of consciousness of the diabetic patient. Individuals try to complete their feelings of satiety throughout their lives, and this is an ongoing need throughout their life, and it affects people's happiness satisfaction. The aim of this study is to examine the similarities and differences between life satisfaction and eating attitudes in diabetes patients within the framework of socio-demographic variables and other sub-problems.

The sample of the study consists of 198 participants, 99 female and 99 male, with diabetes, randomly selected from the population, residing in Konya. The data of the study were obtained by applying demographic questions together with the expressions of Multidimensional Diabetes Questionnaire Turkish Form, Life Satisfaction Scale and Eating Attitude Test (YTT-26). Descriptive statistics were specified in the analyzes, and firstly, internal consistency analysis was performed for the Multidimensional Diabetes, Life Satisfaction and Eating Attitude scales, and it was discussed whether there was any inconvenience in using the scales in the study. The data transferred to the computer environment were checked for missing/false values and outliers. The differences between the age, gender, education, employment status, income level, marital status and child status of the participants in the research group and the average scores obtained from the variables were discussed. In line with the findings of the study, it was determined that there was a weak positive relationship between eating attitude and life satisfaction.

According to the findings obtained for the prediction of eating attitude of the multidimensional diabetes scale, it is seen that the independent variables of self-efficacy perception and result expectation perception predict eating attitude. According to the findings, it was determined that the variable that most explained the eating attitude was the perception of self-efficacy. According to the findings obtained for the multidimensional diabetes scale to predict the life satisfaction scale, it is seen that the independent variables of perception of support, perception of obstacles, and outcome expectation predict life satisfaction. According to the findings, it was determined that the variable that most explains life satisfaction is the perception of disability.

Keywords: Diabetes, life satisfaction, eating attitude

İÇİNDEKİLER

| | |
|------------------------|------|
| ÖZET | i |
| ABSTRACT | ii |
| İÇİNDEKİLER..... | iii |
| TABLolar LİSTESİ | vi |
| EKLER LİSTESİ..... | vii |
| ÖNSÖZ | viii |
| GİRİŞ..... | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

| | |
|---------------------------------------|---|
| 1.1. Problem Durumu | 4 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 5 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi | 6 |
| 1.4. Araştırmanın Sayıltıları | 6 |
| 1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 7 |

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

| | |
|---|----|
| 2.1. Diyabet..... | 8 |
| 2.1.1. Diyabetin Belirtileri Ve Tanısı | 9 |
| 2.1.2. Diyabetin Sınıflandırılması..... | 10 |
| 2.1.3. Diyabetin Dünyada Ve Türkiye'deki Yaygınlığı | 12 |
| 2.1.4. Diyabetin Tedavisi..... | 14 |
| 2.1.5. Diyabet Hastalarının Bilinçlilik Düzeyleri | 16 |
| 2.1.6. Diyabet Hastalarda Psikososyal Sorunlar Ve Mücadele Yöntemleri | 16 |

| | |
|---|----|
| 2.2. Yaşam Doyumu | 19 |
| 2.2.1. Yaşam Doyumu Kavramı Tanımı Ve Önemi | 19 |
| 2.2.2. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler | 20 |
| 2.2.2.1. Kişisel Faktörler..... | 21 |
| 2.2.2.2. İş İle İlgili Faktörler..... | 22 |
| 2.2.2.3. Çevresel Faktörler..... | 22 |
| 2.2.3. Yaşam Doyumu İle İlgili Kuramlar | 22 |
| 2.3. Yeme Tutumu | 23 |
| 2.3.1. Yeme Tutumları Ve Yeme Bozuklukları..... | 24 |
| 2.3.1.1. Anoreksiya Nervoza | 25 |
| 2.3.1.2. Bulimiya Nervoza..... | 25 |
| 2.3.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu | 26 |
| 2.3.1.4. Pika Sendromu..... | 27 |
| 2.3.1.5. Geri Çıkarma/Geviş Getirme Bozukluğu | 27 |
| 2.3.2. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi | 27 |
| 2.3.3. Yeme Bozukluklarını Ele Alan Kuramlar | 28 |
| 2.3.3.1. Psikanalitik Yaklaşım | 28 |
| 2.3.3.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım..... | 28 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

| | |
|--|----|
| 3.1. Araştırmanın Modeli..... | 30 |
| 3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi..... | 30 |
| 3.3. Veri Toplama Araçları..... | 30 |
| 3.3.1. Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formu (T-ÇBDA)..... | 31 |
| 3.3.2. Yaşam Doyum Ölçeği..... | 32 |
| 3.3.3. Yeme Tutum Testi (YTT-26) | 33 |

| | |
|------------------------------|----|
| 3.4. Verilerin Analizi | 34 |
|------------------------------|----|

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

| | |
|---------------------------------|----|
| 4.1. Güvenirlilik Analizi | 36 |
|---------------------------------|----|

BEŞİNCİ BÖLÜM

| | |
|--------------------|----|
| 5.1.Tartışma | 51 |
|--------------------|----|

| | |
|--------------------------------|-----------|
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 61 |
|--------------------------------|-----------|

| | |
|----------------------|-----------|
| KAYNAKÇA..... | 63 |
|----------------------|-----------|

| | |
|--------------------|-----------|
| EKLER | 77 |
|--------------------|-----------|

TABLULAR LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketine İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri..... | 34 |
| Tablo 2. Korelasyon Analizlerinde Referans Alınan Değerler | 35 |
| Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri..... | 37 |
| Tablo 4. Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Tanımlayıcı Değerleri | 38 |
| Tablo 5. Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketi Arasındaki İlişki | 39 |
| Tablo 6. Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Yaşam Doyumu Ölçeğini Yordaması ... | 40 |
| Tablo 7. Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Yeme Tutumu Ölçeğini Yordaması..... | 41 |
| Tablo 8. Cinsiyete Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması..... | 41 |
| Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması | 42 |
| Tablo 10. Gelir Durumuna Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması | 43 |
| Tablo 11. Çocuk Sahibi Olup Olmama Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması..... | 44 |
| Tablo 12. Yaşa Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması..... | 45 |
| Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması | 46 |
| Tablo 14. Medeni Duruma Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması | 48 |

EKLER LİSTESİ

EK-A: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK-B: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

EK-C: ÇOK BOYUTLU DİYABET ANKETİ TÜRKÇE FORMU(T-ÇBDA)

EK-D: YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

EK-E: YEME TUTUMU ÖLÇEĞİ



ÖNSÖZ

Tez süreci boyunca yanımda olduğu için, alan bilgisini, desteğini ve vaktini benimle paylaşan kıymetli tez danışmanım Uzm. Dr. Alişan Burak YAŞAR'a teşekkürü borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca olduğu gibi bu süreçte de bana desteğini hiç esirgemeyen, her daim türlü fedakarlıklarla bulunan, benim bu yıllara gelmemde olan emeği için aileme teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde ve bu dönemde de yanımda olan arkadaşlarıma, hayatıma dokunup güzellikler bırakan herkese teşekkür ederim.

Çalışmaya katılıp, vaktini ayıran tüm katılımcılara teşekkür ederim.



GİRİŞ

Diyabet hastalarında iki önemli husustan biri yaşam doyum durumu ile yeme alışkanlığıdır. Bu iki kavram bir diyabet hastasının bilinç durumuna göre değişebilmektedir. Çünkü bireyler hayatlarında birçok şeye sahip olsalar da hayattan doygunlukları düşük olabilmektedir. Sosyo-ekonomik seviyesi aşağıda olup hayattan memnuniyet seviyesi yüksek olan kişiler de olabilmektedir. Bu sebeple kişinin sahip olduklarının çokluğundan ziyade, elindekilerden ne kadar doyum aldığı ve ne derece mutlu olduğu çok önemli olmaktadır. Doyumun kuramsal alt yapısına bakıldığında Köker (1991), bu konuda az sayıda kuram bulunduğunu dile getirmiştir.

Bu anlamda literatürde mutluluk ve doyum ile ilgili bazı araştırmalar incelendiğinde, modern pozitif psikolojinin kurucusu Seligman'a (2002) göre pozitif duyguları "geçmiş, şimdi ve gelecekte" şeklinde kısımlandırmaktadır. Mesela içinde bulunduğumuz şu andaki zaman diliminde olan duygular, "*neşe, coşku, sakinlik, lezzet, coşkunluk, zevk ve en önemlisi olan akış*" duygularıdır. Geçmiş zamanla ilgili pozitif duygular ise "*doyum, memnuniyet, tatmin, gurur ve dinginliği*" kapsamaktadır. Bu üç tür zaman aralığında yaşanan duygunun anlaşılması önemlidir ve bu duyguların birbirinden farklı ve sıkı bir şekilde bağlı olmadığı ifade edilmektedir. Mesela, geçmişle gurur duymak ve tatmin olmak olasıdır, ancak şimdiki zamanda buruk ve gelecekle ilgili karamsar olmak da mümkün görünmektedir.

Seligman'a (2002) göre, bu üç farklı zamanda hissedilen duygunun mutluluk türünü öğrenmenin, kişilerin duygularını değiştirerek olumlu yönde hareket ettirmelerine imkân sağlamaktadır. Bu çerçevede, mutluluk için ihtiyaç olan duygulardan biri olarak ifade edilen doyumun anlaşılması önem taşımaktadır.

Son senelerde bu alanda yapılan çalışmalar, yaşam doyumunun ruh sağlığının önemli bir yansıması ve bireysel, psikolojik, davranışsal, sosyal ve kişilerarası ilişkilerde pozitif anlamda etkileyen bir değişken olduğunu dile getirmişlerdir. Bu noktadan bakıldığında, kişilerin hissettikleri olumlu duyguların sevinç için gerekli olan doyumlarını ve yaşam doyumlarını artırdığı, yaşam doyumunun kişilerin ruh sağlığı açısından gerekli bir değişken olduğu ifade edilmektedir.

Böylece yaşam doyumunu, kişinin kendi hayatının genel bir değerlendirmesi şeklinde ifade edilmektedir. Bir diğer tanımlamada ise, 'kişinin beklentileri ile sahip olduklarını karşılaştırmasıyla ortaya çıkan durum' şeklinde ifade edilmektedir.

Yaşam doyumunun, sağlık, iş, ilişkiler ve maddi konuları da içine kapsar şekilde, kişinin yaşamı ile ilgili tatmin edici bütün bilişsel yargılarından meydana geldiği ifade edilmektedir. Bu noktadan bakıldığında genel olarak, yaşam doyumunu kişinin yaşamında fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılaması sonucunda yaşadığı doyum olarak ifade edilebilmektedir. Bu özellikle de diyabet hastalarında da aynıdır. Yaşam doyumuyla alakalı kuramsal bilgiler irdelendiğinde, yaşam doyumunun kapsamında mutluluk, haz, doyum gibi duygular bulunduğundan, yaşam doyumunu ile ilişkili olarak diyabet hastaları için de duyguları ifade etme şeklinde ifade edilmektedir.

Yeme tutumu açısından ise doğum öncesi süreç ile başlayan bu durum, sağlığın korunması ve vücudun işleyişini devam ettirebilmesi için ihtiyaç duyulan besinlerin tüketilmesi ve metabolize edilmesi kısımlarını içine alan, yaşamak için en temel gereksinimlerimizdendir. Özellikle çocukluk ve ergenlik zamanlarında sağlıksız, yetersiz ve dengesiz beslenme davranışı ise gelişimsel durumlara negatif etki yapıp hayatın ileri ki zamanlarında ciddi sıkıntılara meydan verebilmektedir.

Kişilerin farklı hayatsal faktörlerden etkilenen yeme biçimleri, sağlıksız yeme tutumlarına evrilebilmektedir. Sağlıksız yeme tutumları ise bireyde “fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar” da dahil çeşitli sorunlara sebep olmaktadır. Bunlarla birlikte sağlıksız yeme tutumları insan beyninin işleyişi için ihtiyaç olan besin gereksiniminin azlığına ve yeme bozukluklarına yol açmaktadır.

Kişinin beden formunu değiştirme arzusuyla sağlıksız yeme alışkanlıklarını kapsayan ve hayatsal birçok alanda eksikliğe sebep olan yeme tutumlarına yeme bozukluğu olarak ifade edilmektedir. Yeme bozuklukları ve yeme tutumları esasında düşük benlik saygısı, idealize edilen beden formuna ulaşma arzusu ve bedenden memnun olmama gibi birçok sebebi içine almaktadır.

Yeme tutumları konusunda sıkça ele alınan beden memnuniyetsizliği ise beden imajı, beden algısı ve ideal beden şeklinde psikolojik değişkenler ile ilişkilendirilmektedir. Kişinin idealize beden formu ile öznel yorumu çerçevesinde algıladığı beden formunun birbiriyle benzeşmemesi bedenine dönük duyduğu memnun olma seviyesi azalmaktadır.

Sağlıksız yeme tutumu ve davranışları, yeme bozukluğunun oluşumunda en temel etkenlerindedir. Bu sebeple psikopatoloji tanı kriterleri karşılanmasa bile yeme

bozukluğu risk faktörlerinin tespit edilmesinde yeme tutumu kavramının ele alınması ve araştırılması klinik önem arz etmektedir.

Son senelerde yeme tutumları ile alakalı duygusal yeme kavramı ise giderek önem kazanmaktadır. Duygusal yeme yaşlılarda ve özellikle de diyabet hastalarda da içinde buldukları duruma bağlı olabilmekte, psikopatolojiye neden olsun ya da olmasın yeme problemlerinin saptanması konusunda bu durum bilimsel araştırmalarda çoklukla ele alınmaktadır.

Duygularımızda meydana gelen dalgalanmaların yeme tutumlarımızın belirlenmesinde etkili olduğu anlaşılmaktadır. Van Strien, Schippers ve Cox (1995), araştırmalarında öfke ve kaygı gibi olumsuz duygulanımların kişide iştah kaybı ortaya çıkardığını ve bireyin daha fazla yeme davranışı ortaya koymasının da duygusal yeme tutumu ile ilişkilendirilebileceğini dile getirmişlerdir.

Bu noktada çeşitli yaş gruplarında olduğu gibi diyabetlerde de yeme ile ilgili çeşitli durumlar ve tutumlar olabilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1. Problem Durumu

Diyabet hastalarında yaşam doyumu ve yeme tutumu arasındaki ilişki ana problemden hareketle bu alanda özellikle diyabet hastalarının farkında olarak hayatlarında ve aldıkları beslenmelerde nasıl bir tatminlik yaşadıkları meselesi cevap arayan bir problem oluşturmaktadır. Diyabette iyi bir hayat için öz bakımın önemi bilinmektedir. Ayrıca öz bakım davranışlarının olması gereken seviyede olmadığı ve bu davranışların pek çok bilişsel-sosyal durumdan etkilendiği bilinmektedir.

Bu alanda ortaya konan bazı çalışmalarda diyabet hastalarında yaşam kalitesinin diyabet olmayanlara göre daha negatif yönde olduğu; diyabet zamanının uzun olması, kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, diyabet haricinde kronik hastalık olması, ileri yaş gibi tıbbi ve sosyal etkenlerin hayat standardını negatif etkilediği anlaşılmıştır.

Özarlan'ın (2013) yaptığı araştırmada; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, diyabet süresi, düzenli kontrollere gitme gibi hallerle sosyal ve tıbbi faktörlerin sağlıklı hayat düzeni davranışlarını ve yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Grey ve ark'nın (2004) çalışmasına bakıldığında ise tip 2 diyabeti önleme programlarının sağlıklı yaşam davranışlarını değiştirmede etkisinin olduğu anlaşılmaktadır.

Durum irdelendiğinde Tip 2 diyabet prevalansının hızla yükseldiği de anlaşılmaktadır. 2009 yılı sonu itibariyle bütün ülkelerdeki diyabet sayısı 285 milyon civarında bulunurken bu sayının 2030'larda 438 milyona varması öngörülmektedir. Ülkemizde bu durum 2009 göstergelerine bakıldığında ise 35 yaş üstündeki sayıda diyabet prevalansı %11,3 olarak tespit edilmiş ve bunun 3,3 milyon insana denk olduğu hesaplanmıştır.

Bu artışın esas sebebi ise; artan nüfus, yaşlanmayla birlikte farklılaşan hayat tarzı, sağlıksız beslenme, anormal kilo artışı ve fiziksel inaktivite şeklinde izah edilmektedir. Bu çerçeveden bakıldığında diyabetin birçok organı ve sistemi etkisi altına alan kronik hastalık olduğu anlaşılmaktadır. Hayat zamanını 5 ile 10 sene aralığında kısaltmakta, hastalık riskini 2-4 katına çıkarmaktadır. Ayrıca hastalıklardan uzak durma ve kronik hastalıkta önemli hale gelen sağlıklı hayat tarzı davranışları

sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası diyaloglar ve stres gibi durumlar da önemli olmaktadır.

Bu noktada sağlık sorumluluğu; kişinin kendi sağlığını ciddiye alması, sorumluluk alması ve sağlığıyla ilgili karar verebilmesidir. Diyabet hastası sağlık bakım davranışlarını öğrenmeli, diyabet hakkında bilgilenmeli, düzenli kontrollerini yaparak sağlık yardımı alabilmelidir.

Bilinç düzeyinde bir hastanın yaşam ve yeme içme noktasında içsel ve manevi gelişim göstermesi ise; kişinin iç huzur, hayat gayesine ulaşma arzusu durumlarını yükseltmek için pozitif olması gerekmektedir. Bu noktada hasta diyabeti kabullenmeli, sağlıklı olmak için gayret etmelidir. Yaşam ve beslenme noktasında; kişinin yiyecek seçimini yapması, öğün düzenine göre doğru beslenmesi önemlidir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı diyabet hastalarında yaşam doyumu ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi ve ilgili literatür doğrultusunda diyabet hastalarının yaşam doyumu ve yeme tutumları arasındaki benzerlik ve farklılıklarının sosyo-demografik değişkenler ve diğer alt problemler çerçevesinde incelenmesidir.

Bu genel amaç çerçevesinde çalışmada şu alt amaçlara cevaplar aranacaktır:

Tezin hipotezleri

H1: Diyabet hastası bireylerde diyabetin yaşam doyumu ve yeme tutumuna etkisi bulunmaktadır.

H2: Diyabet hastası olan katılımcıların yeme tutumu ve yaşam doyumu arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

H2.1: Diyabet hastası olan katılımcıların destek algısı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H2.2: Diyabet hastası olan katılımcıların engel algısı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H2.3: Diyabet hastası olan katılımcıların sonuç beklentisi algısı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H2.4: Diyabet hastası olan katılımcıların özyeterlik algısı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H2.5: Diyabet hastası olan katılımcıların ciddiye algısı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H2.6: Diyabet hastası olan katılımcıların yanlış yönlendirmeye dayalı destek davranışları algısı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H3: Diyabet hastası olan katılımcıların yaşam doyumu düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H4: Diyabet hastası olan katılımcıların yeme tutumu düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Diyabet hastalarında yaşam doyumu ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi bireylerin davranışlarında, duygularında sosyal ilişkilerinde özellikle yaşam durumu ve yeme alışkanlıkları ve bunlara bakış açılarının irdelenmesi açısından bu çalışma önemli olacaktır. Çalışma kapsamında ayrıca diyabetle ilgili çeşitli bilgilerin sunulması ve diyabetli hastaların yaşam kalitesi ve yeme tutumlarının sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin belirlenmesi, diyabetli hastalarla çalışan alan uzmanları için yol gösterici olacağı ve diyabet hastalarının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik düzenlemelerde alana katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.4. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmanın varsayımları aşağıdaki gibidir,

1. Mevcut çalışmanın katılımcılarının soruları doğru biçimde cevaplayacakları düşünülmektedir.
2. Mevcut çalışmada kullanılan ölçekler Çok Boyutlu Diyabet Anketi, Yaşam Doyum Ölçeği ve Yeme Tutumu Ölçekleri ölçmek istediği özellikleri güvenilir ve geçerli bir biçimde ölçmektedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Mevcut alışma Konya ilinde yaşayan 198 birey ile sınırlıdır.
2. Mevcut çalışmada elde edilen veriler kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen veriler ile sınırlıdır.
3. Mevcut alışma yerli ve yabancı ulaşılabilen kaynaklar ile sınırlıdır.
4. Bu araştırma kapsamında, çalışmaya katılan öğrencilerin cevaplandırıdıkları zaman dilimi içindeki algı ve görüşlerinde meydana gelecek olan değişimleri tespit etme şansına sahip değildir.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Diyabet

Diyabet hastalığı, bundan 2000 sene kadar önce iki Hintli araştırmacı sadece tek bir hastalık olmadığını ifade etmişlerdir. 18. ve 19. yüzyıllarda diyabet, insan yaşamının sonraki süreçlerinde meydana çıkan glikozüri ve aşırı kilo olmasıyla karakterize bir hastalık gibi ifade edilse de etiyolojik araştırmalardan elde edilen Josef von Mering ve Oskar Minkowski'nin pankreatik diyabet teorisini meydana getirmiştir. Bu araştırmacıların diyabetin idrarda fazla glikoz yoğunluğuyla adlandırdıkları poliüri tanısı 1921 senesinde insülin çerçevesinde ortaya koydukları araştırmalar sayesinde Nobel ödülünü almışlardır. 1936 senesinde Harold Himsworth'un klinik gözlemleri sonucunda diyabet, insüline hassas diyabet ve insüline hassas olmayan diyabet şeklinde ayırmışlardır (Öztürk, 2014).

Tanımlamak gerekirse diyabet (Diabetes Mellitus: DM), insülin hormon sekresyonunun ve/veya insülin etkisinin mutlak ya da göreceli şekilde azalmasından kaynaklı olarak “karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması”nda düzensizliklerin meydana gelmesidir (Dinçer ve Metin, 2015).

Bu çerçevede diyabet, insan yaşamı süresince devam eden “hiperglisemi, polidipsi, polifaji, poliüri” gibi belirtilerle ortaya çıkan metabolik bir hastalık olarak bilinmektedir. Bu hastalığın daha çok “gözler, sinirler, böbreklerde bozukluklar, kalp ve damar sisteminde bozukluklar (Avcı ve Çakır, 2014) ve iyileşmeyen ayak yaraları gibi akut ve kronik komplikasyonlarla beraber olması hem yetersizliklere hem de ölüm riskinin meydana gelmesine neden olmaktadır (Holt and Kumar, 2010).

Diğer yandan diyabetle ilgili Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu hastalığın tanımını pankreasın yeterli miktarda insülin üretmemesi ya da üretilen insülin etkisinin az olmasından kaynaklı kanda glukoz konsantrasyonunun fazlaşmasıyla karakterize kronik bir hastalık şeklinde ifade etmiştir (Öztürk, 2014). Ayrıca Türkiye Diyabet Vakfı'na göre de bu hastalık ise insülin salınımı, insülin etkisi veya bu faktörlerin her ikisinde de bozukluk sebebiyle meydana çıkan hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalık şeklinde adlandırılmıştır (TDV, 2016).

2.1.1. Diyabetin Belirtileri ve Tanısı

Bu hastalıkta belirti olarak ilk “klinik semptomları, polifaji (fazla yeme), polidipsi (çok su içme), poliüri (çok idrar yapma), pruritis (kaşıntı), kilo kaybı” gibi durumlar ortaya çıkmakta ve hastalığa ait “nöropati (sinirsel dejenerasyon), nefropati (böbreklerde bozukluk), retinopati (göz dokusunda bozukluk)” gibi komplikasyonlarla meydana gelmektedir (Durna, 2002). Bunlarla birlikte “mantar enfeksiyonları, kaşıntı, cilt kuruluğu, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yollarında enfeksiyon, vulvovajinit ve yorgunluk” gibi durumlar ise en çok görülen hastalık göstergeleridir (TÜRKDİAB, 2017).

Belirtilerde tip olarak ise birinci tipte diyabetin en sık meydana gelen belirtilerinde; “ani kilo kaybı, ağız kuruluğu, bulanık görme, sürekli açlık, sık sık idrara çıkma, enerji eksikliği, iştahsızlık, anormal susuzluk, yatak ıslatma” gibi durumlar söylenebilir. İkinci tip diyabette ise “aşırı susuzluk ve ağız kuruluğu, çok sık idrara çıkma ve çok fazla idrar yapma, enerji eksikliği ve yorgunluk, deride tekrarlayan mantar enfeksiyonları, yaraların yavaş iyileşmesi, el ve ayaklarda karıncalanma ve uyuşukluk, bulanık görme” gibi durumlar ise çok yaygın görülen belirtilerdir (IDF, 2017).

Diyabetin tanı kriterinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün ifade ettiği açlık glikoz değerleri ve oral glikoz tolerans test sonuçlarının kişilerde farklı değerlerde olduğu anlaşılmaktadır. Bundan dolayı diyabet tanısı aslında toplumsal bir değer sayılan normal glisemi değerlerinin farklılaşmasından daha çok diyabete spesifik komplikasyon riskinin fazlalaşmasıyla karakterize hiperglisemi değerlerinin meydana gelmesiyle belirlenmektedir. Diğer bir tanı da 1997 “American Diabetes Association” (ADA) kriterlerine göre olan diyabet tanısıdır. Bunlar;

- Semptomatik meydana gelen bir hastada random kontrol edilen kan şekerinin ≥ 200 mg/dL,
- Açlık kan şekerinin ≥ 126 mg/dL,
- 75 g glikoz ile yapılan oral glikoz yükleme testinde ikinci saat kan şekerinin ≥ 200 mg/dL kriterlerinden herhangi birinde oluşan sapmanın belirlenmesiyle tanı konulabilmektedir (Özdemir ve diğerleri, 2011).

Ayrıca diyabete has klasik semptomlar ve komplikasyonlar olduğunda diyabet tanısı çok rahat konulmaktadır. Bazı laboratuvar yöntemlerinde erken tanı da

konulabilmektedir. Eğer bu hastalığın semptomları yapılan tetkiklerde tespit edilmezse senelerce tanı konulamamaktadır. Bu hastalığın hafif olduğu durumlarda kan glikoz değerleri uzun bir zaman normal olarak sürebilir (Baysal vd., 2002).

2.1.2. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabetin sınıflandırılmasında çeşitli kriterler bulunmaktadır. Önceki insüline bağlı olan ve olmayan diyabet sınıflandırmasından sonra ilk geniş çaplı sınıflandırma, 1980’de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) aracılığıyla yayınlanan, 1985 ve en son 1998 senesinde düzenlenen sınıflandırma Amerikan Diyabet Birliği (ADA) tarafından da kabul edilmiştir. Bu sınıflandırmada önemli olan ise diyabetin, klinik durumlarına göre “Tip1 DM, Tip 2 DM, gebelik DM ve diğer diyabet türleri” şeklinde 4 gruba ayrılmış olmasıdır (Gen, 2019: 11). Bu sınıflandırmalar şöyle sıralanabilir:

1) Tip 1 Diyabet: Bu tip diyabet insüline bağımlı şekilde ifadelendirilmektedir. Tip 1 diyabette, “beta hücrelerinin çöküşü, insülin yetersizliği, immün sistem aracılı ve idiopatik nedeni” olmaktadır. Bu noktada pankreasın beta hücrelerin yıkımı; stres, genetik faktörler, yangısal hastalıklar gibi çeşitli etkenlere endeksli şekilde meydana gelebilir. Bundan dolayı da yetersiz insülin salgılaması veya insülin hormonunun hiç üretilmemesi durumu diyabete sebep olmaktadır. Bu tip diyabet de çoğunlukla genç yaşta görülmektedir. Bu aynı zamanda Beta hücre yıkımı meydana geldiğinden kan şekerini dengelemek için hariçten insülin sağlanması gerekli olan diyabet çeşididir. Bu diyabet çeşidinin öncelikli sebebi ise genetik yatkınlık olmaktadır (Durna, 2002).

2) Tip 2 Diyabet: Bu diyabet çeşidinde pankreastan gerektiği miktarda insülin üretilse de periferik dokularda olan hücre yüzeylerindeki insülin reseptörlerinin direnç elde etmesi, insülinin hücreye dahil edilememesiyle hücrelerin şekeri kullanamaması, kan plazmasında hipergliseminin meydana gelmesidir. Bunlarla birlikte Tip 2’de insülin sekresyonunda yetmezlik öne çıkmaktadır. Tip 2 diyabet rahatsızlığı toplumda en çok meydana gelen diyabet tipidir. Tip 2 diyabet daha çok 45 yaş üzeri kişilerde meydana geldiğinden yetişkin ya da yaşlılık diyabeti şeklinde de adlandırılmaktadır. Bu hastalığın ilk belirtileri “polidipsi, poliüri ve polifaji” gibi yakınmalardan çok “görme bozuklukları, el ve ayaklarda uyuşukluk veya fasiyal sinir paralizisi” gibi kronik komplikasyonlar görülerek başlamaktadır. Tip 2 diyabet hastalarının çoğu obez kişilerden meydana gelmektedir. Bu tipin genetik etkenlerden kaynaklandığı kesinleşmemiştir. Bu hastalarda yeterli sıvı alınamamasından kaynaklı koma durumu

hiperglisemik hiperosmolar non-ketotik komadır. Bu da periferik dokularda insülin direnci, pankreastan insülin salınım kusuru ve karaciğerde glikoz üretiminin artmasıyla olmaktadır. Bu diyabet türü daha çok yaşlı bireylerde görülse de çocuklarda, ergenlerde ve gençlerde de hareketsiz yaşam tarzı sebebiyle arttığı görülmektedir (IDF, 2017).

Sonuç olarak ikinci tip diyabetin üç aşaması vardır. Bunlardan ilki “Preklinik evre”dir. Bu aşamada beta hücreleri normal fonksiyonunu yapmakta, fakat perifer dokularda insülin direnci bulunmakta, pankreastan insülin salınımı daha çok yapılarak sorun çözümlenmeye çalışılmaktadır. Bu süreçte kişide bir süre daha normal glikoz toleransı sürer, kan glukozu normal seviyelerdedir, OGTT de normaldir. Diğer bir aşamada yani ikinci evre “Bozulmuş glikoz toleransı dönemi” şeklinde adlandırılmaktadır. Bu dönemde beta hücreleri aşırı çalışır, hücrelerin bir zaman sonra yetmezliğine sebep olur. Açlık kan şekeri normal seviyesinde olduğu halde bu hastalarda OGTT’nin ikinci saat değeri 140 mg/dl’nin üstüne çıkmaktadır. Bu süreçte aşırı insülin salınımı meydana gelse de periferik direnç giderilememekte, koroner arter hastalığına sebebiyet veren hipertansiyon, hipertrigliseridemi, HDL-kolesterol düşüklüğü meydana gelmektedir. Bu dönemde insülin salındığı için tıbbi beslenmeler ve oral insülin alımıyla tedavi gerçekleştirilmektedir (Gündoğdu ve Açıbay, 1996).

3) Gebelik (Gestasyonel) Diyabet: Hayatın normal akışında kadının diyabet yaşamamasına rağmen gebeliğin 2. ve 3. döneminde ortaya annenin kan plazma glukozunun artması halidir. Gerekli tedbirler alınmadığında bebekte ve annede önemli sıkıntılara sebep olan ihmal edilmemesi gereken bir diyabet türü olarak bilinmektedir. Ayrıca bebekler gebelik diyabeti ile doğmakta ve sonraki yaşamlarında obez ve tip 2 diyabet olma riski çok fazladır (IDF, 2017). Bu tür durumlarla karşılaşmamak için annelerin günlük yaptıklarının değiştirilmesi, kilo kontrolünün sağlanması, sağlıklı besinlerin tüketilmesi ve düzenli egzersiz yapılması bu hastalığı önleme tedbirleridir (Amerikan Diabet Birliği [ADA], 2010).

4) Son olarak “Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet” tiplerine bakıldığında, bu tiplerde pankreası etkileyen farklı etkenlerin sonucu kan şekerinin artmasıyla meydana gelen diyabet hastalığı çeşitleridir. Beta hücre fonksiyonunda genetik “bozukluklar, insülin fonksiyonunda genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları, endokrin hastalıklar, ilaç ve kimyasal maddeler, enfeksiyonlar” bu diyabet çeşidine sebep olan faktörlerdir (Durna, 2002).

2.1.3. Diyabetin Dünyada ve Türkiye'deki Yayınlığı

Genel olarak dünyada ve ülkemizde diyabetin durumuna bakıldığında, önceleri Batılı ülkelerin hastalığı diye kabul edilen ve bu ülkelerde çokça meydana gelen diyabet hastalığı, şimdilerde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde çok önemli bir mesele olmuştur. Global manada diyabet hastalığının çoğalmasında; obezitenin artması, fiziksel aktivitelerin azalması, kentleşmenin artması ve beslenme düzeninin sebep olduğu farklılıklar öne çıkmaktadır (Hu, 2011).

Uluslararası Diyabet Birliği verileri incelendiğinde 2013 senesinde dünyada 20-79 yaş arası nüfusun büyük çoğunluğu 40-59 yaş aralığında bulunan 382 milyon birey diyabet hastasıdır ve 2035 senesinde bu rakamın 592 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Bu oranlara özellikle bölge olarak bakıldığında ise diyabet hastalarının “138 milyonu Kuzey Pasifikte, 72 milyonu Güney Doğu Asya’da, 61 milyonu Amerika’da ve 56 milyonu Avrupa’da” bulunmaktadır. Diyabetin en sık görüldüğü üç ülke ise “Çin (98 milyon), Hindistan (65 milyon) ve Amerika Birleşik Devletleri’dir (24 milyon). Fakat en önemli meselelerden biri de diyabetli hastaların %80’inin daha çok gelişmekte olan ülkelerde bulunması durumudur (IDF, 2013).

Diğer bir açıdan da global anlamda sadece diyabet hastalığı görülme yoğunluğundan ziyade diyabetten dolayı ölümler de artış göstermektedir. 2013 senesinde diyabete bağlı gerçekleşen ölümlerin sayısı “5,1 milyondur ve her 6 saniyede bir hasta diyabetten ve diyabet komplikasyonlarından dolayı” yaşamını yitirmektedir (IDF, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü tahmini verilerine göre dünyada ölümlerin %6’sı diyabet hastalığındandır. Bunlarla birlikte iskemik kalp hastalıklarından ölümlerin %22’si ve inmelerden ölümlerin %16’sının diyabet hastalığıyla bir bağı bulunmaktadır. 2030 senesinde ise diyabetin başlıca ölüm sebepleri içerisinde 7. sırada olacağı öngörülmektedir (WHO, 2009).

Yine IDF’nin (2017) ortaya koyduğu dünyada halihazırdaki diyabetli kişilerin oranları ve 2045 senesinde öngörülen diyabetli kişilerin oranları incelendiğinde; 2017 senesinde 20-79 yaş arası diyabetli kişilerin sayısı 425 milyon iken bu oran 2045 senesinde %48 artarak 629 milyon bireyin diyabete yakalanacağı tahmin edilmektedir. 2017 senesinde 65-79 yaşlardaki diyabetli kişilerin sayısı 98 milyon iken bu oranın 2045 senesinde 191 milyona dayanacağı, 20-64 yaşlarındaki diyabetli kişi sayısının

2017’de 327 milyon, 2045 senesinde ise 438 milyona varacağı öngörülmektedir. 2017 senesi dünya geneli sıralamasına bakıldığında “Batı Pasifik bölgesinde 159 milyon kişi, Güney Orta Asya’da 82 milyon, Avrupa’da 58 milyon, Kuzey Amerika ve Karayipler’de 46 milyon, Orta Doğu ve Kuzey Afrika’da 39 milyon, Güney ve Orta Amerika’da 26 milyon, Afrika’da ise 16 milyon civarında” diyabetli birey olduğu anlaşılmaktadır (IDF, 2017: 9).

Diyabetin yaygınlaştığı dünyadaki ilk 10 ülkenin 2017 senesindeki durumu ile 2045 senesinde ilk 10 sırayı paylaşacak ülkelere bakıldığında 20-79 yaş arası diyabetli kişilerin en fazla olduğu ülkelerin ilk üçü 2017 senesinde Çin, Hindistan ve ABD iken, Türkiye’nin bu ilk 10 ülke arasında olmadığı görülmektedir. Ayrıca 2045 senesinde Hindistan’ın ilk sıraya çıkacağı ve Türkiye’nin de 10. sırada diyabet popülasyonu en fazla olan ülkelere olabileceği öngörülmektedir. IDF araştırmalarına göre 65 yaşından daha fazla yaşlı diyabetli kişilerin sayısına göre sıralamada Türkiye’nin 2017 senesinde ilk 10 sırada olmadığı fakat 2045 senesinde ise 5,3 milyon ile dünya bazında sekizinci sıraya çıkacağı öngörülmektedir. Sonuç olarak yaşa bağlı diyabet yaygınlığının en yüksek olduğu ülke sıralamasında ise %12,5’lik oranla Türkiye birinci sırada bulunmaktadır (Gen, 2019: 15).

Bütün bunlar değerlendirildiğinde Türkiye’de obezitenin fazlalaşmasıyla istatistiksel araştırmalara ağırlık verilmiş ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde lazım olan tedbirler alınmaya başlanmıştır. Ülkemizde diyabetin yaygınlaşması temasını ele alan bir çalışmada 2013 verilerinde diyabet prevalansı 12 yılda %80 arttığı tespit edilmiştir. Yıllık diyabetin artış hızı %5 oranındadır. Bu çalışmada nüfus artışı ve yaş değişkenlerinin haricinde Tip-2 diyabetin görülme oranının hızlı bir şekilde arttığını ortaya koymaktadır (Onat ve diğerleri, 2013).

Başka bir çalışmaya bakıldığında obez ve diyabetli kişilerle alakalı incelemede diyabet yaygınlığı 2010 senesi istatistik verilerine göre %13,5 şeklinde tespit edilmiştir. Kısaca obez ve fazla kilolu kişilerin oranının %68,7 olması ise değerli bir veri şeklinde ortaya çıkmaktadır (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi, 2013). Yine ayrıca 2014 senesinde ortaya konan “Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Şişmanlık Araştırması -2013” raporuna bakıldığında; “7-8 yaş kız çocuklarında %21,6, erkek çocuklarında ise %23,3 oranında kilolu ya da obez çocuk olduğu” ortaya konulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Türkiye’de kronik hastalıklar arasında bulunan diyabet, küresel çapta ülke adına önemli bir sorun olmakta, ayrıca bilinen ve gizli birçok bireyin diyabet hastalığından etkilendiği anlaşılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bunlarla birlikte Türkiye’de diyabetten kaynaklı meydana gelen ölüm ve sakatlık dataları incelendiğinde ülkede diyabetin, 2004 verilerine göre, ulusal düzeyde ilk on ölüm sebebi içerisinde %2,2’lik pay ile 8. sırada bulunan bir halk sağlığı problemi olduğu anlaşılmaktadır. Toplam sakatlık durumu ise verilere göre ise sakatlıkların %2,3’ü diyabet sebebiyle meydana gelmekte ve sakatlık sebepleri içerisinde diyabet hastalığı 10. sırada bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Sonuç olarak Türkiye’de diyabet hastalığının ölüm ve hastalık durumundaki bu artışlarla beraber diyabetle ilgili harcamalar da fazlaşmaktadır. 2010 senesinde ülkenin toplam diyabete yaptığı harcama ise, 2,1 milyar doları bulmuş ve 2030 senesinde bu rakamın 3,7 milyar doları bulması beklenmektedir. 2010 senesi diyabet harcaması toplam sağlık harcamalarında yaklaşık %11 iken benzer ülkelerden olan “Meksika’da 4,8 milyar ile %15, Brezilya’da ise 4,3 milyar ile %9”u bulmaktadır (Zhang ve diğ., 2010).

Özetle ülkemizde diyabetin öngörülenden fazla bir artış göstermesiyle ölümlerin ve sakatlıkların esas sebeplerinden biri olmasıyla, Sağlık Bakanlığınca 2009 senesinde “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı; Stratejik Plan ve Eylem Planı” çalışmaları için start verilmiştir. Bu program çerçevesinde, “diyabet tanı, tedavi ve izlemi” çerçevesinde ulusal kılavuzlar meydana getirilmesi, “diyabetten korunma, diyabet farkındalığı ortaya koyma, diyabet hastalarının eğitimi ve bakım kalitelerini iyileştirmeye dönük çeşitli gayretler” ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Bütün bu gayretler sonucunda Türkiye’de diyabetin önüne geçilmesi, risk etkenleriyle savaşma taktikleri ortaya konulması, hastalarda diyabet bakım kalitesinin artırılması ve diyabete bağlı ölümlerin ve sakatlıkların en aza indirilmesi amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.1.4. Diyabetin Tedavisi

Tedavi anlamında diyabet 1800’lü senelerden bu yana bilindiği halde ilk insülin tedavi etme yaklaşımı 1922 tarihinde olmuştur. Ayrıca insülinin tedavi yapmadığı sadece ömrü uzatabildiği kısa sürede ortaya konulmuştur. Bununla ilgili Joslin (1923)’e göre; “Diyabette tedavi yöntemlerini hastanın da bilmesi daha sağlıklı

iyileştirmeler vermektedir. Diyabet aslında “hastanın karakterini, hastalığını anlama başarısını, dürüstlüğünü, kendi-kendini kontrol edebilme ve cesaretini test eden bir hastalık” olarak bilinmektedir (Robertson 2002: 1).

Bunlarla birlikte diyabetli kişilerin tedavisi başka kronik hastalıklara nazaran ayrı bir durum ortaya koymaktadır. Bu hastalığın tedavisi “eğitim, diyet, düzenli egzersiz, oral antidiyabetik, insülin kullanımlarından ibaret öz-bakım aktiviteleri ve yaşam biçiminde değişiklik” gibi durumların yapılmasıyla giderilebilmektedir (Doğan, 2008). Bu noktada diyabetli hastalara kendilerini daha iyi hissetmeleri, hastalığı kontrol altına alma, komplikasyonlardan koruma, hastanın yeni teknoloji kullanabilmesine yardımcı olma ve psikolojik destek sağlama gibi haller önemli olmaktadır (Türten, 2011).

Bu çerçevede bu hastalığın tedavisinde hedefe ulaşmada en önemli etken tıbbi beslenmenin dikkatli yapılmasıdır. Tıbbi beslenme ise diyetin “karbonhidrat, protein ve yağ bileşimi” gibi unsurların hastanın fiziksel haline göre, günlük aktivite seviyesine, beslenme durumları ve ekonomik hallerine göre diyetisyen ve doktor gözetiminde tespit edilen gıdalarla beslenmenin yapılmasıdır (Yıldız, 2012).

Bu hastalığın iyileşme sürecinde egzersiz çok önemli olmaktadır. Kişinin “diyabet tipi, yaşı, uygulanan egzersiz türü, metabolik durum, mikro ve makro komplikasyonlar” egzersiz programı için önemli olmakta ve diyetisyen ve doktor tavsiyesine göre egzersizlerin yapılması gerekli olmaktadır (Pek, 2002).

Diyabetin tedavi sürecinde eğitim, tıbbi beslenme ve egzersiz tedavilerinin başarılı olmadığı hallerde ilaçla tedavi edilmesi zorunludur (Satman ve diğerleri, 2002). Ayrıca diyabetin en belirgin tedavi mantığı insülinle olmaktadır. Özellikle Tip 1 diyabetli kişilerde pankreasın insülin yapımında sorun meydana geldiğinden bu tip hastalarda insülin tedavisi mecburidir. Ayrıca oral antidiyabetik ilaçlara cevap vermeyen Tip 2 diyabetliler, diyabet yaşı 10 seneden fazla olan Tip 2 diyabetliler, akut metabolik komplikasyon meydana gelmesini yaşayan diyabetliler, pankreası alınan hastalar ve gebelik diyabetinde insülin tedavisine gereksinim duyulmaktadır (Türten, 2011).

2.1.5. Diyabet Hastalarının Bilinçlilik Düzeyleri

Diyabet hastalığı gün geçtikçe yayılmakta ve önemli bir sağlık meselesi durumunu almaktadır. Hayat düzenindeki hızlı değişimle beraber bütün dünyada ve özellikle de gelişmiş memleketlerde Tip 2 diyabet prevalansı hızla artmaktadır. 2009 yılı sonu itibarıyla dünyadaki diyabet hasta sayısı 285 milyon iken bu sayının 2030'larda 438 milyona varması öngörülmektedir. Bu durum Türkiye'de ise yapılan araştırmalarda 2009 verilerine göre 35 yaş üstü nüfusta diyabet prevalansı %11,3 şeklinde tespit edilmiş ve bunun 3,3 milyon bireye karşılık geldiği ortaya konulmuştur. Aynı araştırmada diyabetin artış hızı %6,7 olmakla birlikte senede 350 bin yeni diyabetli hasta demektir. Hastalığındaki bu artışın sebebine bakıldığında, nüfusun artması ve yaşlanmayla birlikte kentleşmenin de getirdiği "değişen hayat tarzı, sağlıksız beslenme, anormal kilo artışı ve fiziksel inaktivite" gibi durumlar söylenebilir (Onat vd., 2006).

Diyabet birçok organı ve sistemi etkileyen kronik hastalıktır. Yaşam süresini 5 ile 10 yıl arasında kısaltmakta, yaşam kalitesini bozmakta, kardiyovasküler hastalık riskini 2-4 kat arttırmaktadır. Bu hastalık önlenmesi ve kontrol edilebilmesi sebebiyle, hastalıkla alakalı doğru algının ortaya konulması ve bilincin artırılmasıyla bu artış hızının ve hastalığa bağlı tüm komplikasyonların önlenmesi imkân dahilindedir (Yılmaz vd., 2006).

Bir toplumda bir hastalığa karşı toplumun bilinçlilik seviyesini daha iyi hale getirebilmek ve farkındalığı artırabilmek kronik hastalığı olan kişinin hastalığıyla ilgili yeterli duruma gelmesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırabilmek hasta eğitimiyle mümkün olabilmektedir. Özetle hasta eğitiminin çerçevesini izah etmek gerekirse; hastalıkların üstesinden gelme, hastalığın kontrolünü sağlama, sağlığı pozitif manada düzenleme için yapılan "diyet, egzersiz, düzenli ilaç kullanımı, düzenli takip" gibi yapılanları sürekli hale getirmek suretiyle kişilerde sorumluluk duygusunu iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Atmaca vd., 2015: 103).

2.1.6. Diyabet Hastalarda Psikososyal Sorunlar ve Mücadele Yöntemleri

Çeşitli hastalıklarda olduğu gibi diyabette de psikososyal sorunlar yaşanabilmektedir. Tıbbi müdahalelerle tedavi edilemeyen kronik hastalıklarda rahatsızlığı kontrol edebilmek için kişinin işlevinin ve sorumluluğunun en üst seviyeye

getirilmesi için periyodik bir şekilde takip edilmesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan kişilerde “*ümitsizlik, sürekli ağlama, çaresizlik, üzüntü, öfke, endişe, içe kapanıklık, aile ve iş yaşantısına yönelik rollerde kayıp, bağımlı olma endişesi, öz güvende azalma, ölüm korkusunun oluşması, beden imajında ve yaşam tarzında değişiklikler, depresif belirtiler ve sosyal izolasyon*” gibi psikososyal problemler olabilmektedir. Bundan dolayı da kronik hastalıkların yönetiminde hem fizyolojik meseleler yönetilmeli hem de psikolojik ve sosyal sorunlar dikkate alınmalıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Bu çerçevede kronik bir hastalık olarak bilinen diyabette fiziksel, psikolojik ve psikososyal sıkıntılar olabilmektedir. Bu sebeple diyabet rahatsızlığı olan kişilerde “fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve cinsellikle” alakalı birçok sıkıntı ve çatışma durumu olabilmektedir (Buzlu, 2002).

Psikososyal rahatsızlıklardan depresyon ve diyabet arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan çalışmalarda üç önemli mekanizma öne çıkabilmektedir. Bunlardan ilki hipotalamus epifiz aksındaki yüksek kortizol düzeyleri ve azalmış insülin duyarlılığının kan şekerinde dengesizlik meydana getirmesi; ikinci mekanizma diyabete sebebiyle artan duygusal stresin depresyona sebep olması; üçüncüsü ise hipoglisemi ve hipergliseminin negatif duygusal strese sebep olmasıdır (Gois ve diğerleri, 2012).

Ayrıca diyabetli hastalarda depresyon, bir yandan bireyin fiziksel ve psikolojik iyilik durumunu negatif etkilerken diğer yandan ise diyabet öz bakımını ve metabolik kontrolünü de kolaylaştırmamakta, öz yeterlik inancını da zayıflatmaktadır (Chao, Nau, Aikens ve Taylor, 2002).

Tüm bu sorunlardan kaynaklı olarak da diyet tedavisinin, egzersizin ve kan glikoz kontrolünün etkilendiği, olumsuz beslenme davranışları ve ilaçların ihmalinin olması, normalden 3 kat daha fazla diyete uymada başarısız olunmaktadır (Zuberi, Syed ve Bhatti, 2011). Özet olarak depresyon ve diyabet arasında ikili ilişki olmakla birlikte diyabetli hastada depresyon riski meydana gelebileceği öngörülmektedir. Bunlarla birlikte anksiyetenin ilerlemesi adrenalini salınımını fazlalaştırmakta, adrenalini de insülin etkisini aza indirmektedir. Bundan dolayı anksiyete ile diyabet arasında yoğun bir birliktelik vardır (Küçük, 2015). Bu durumun en önemli sebebi diyabetin hayatı negatif olarak etkilemesi, kişide yeti azalmasına sebep olabilmesidir.

Bundan dolayı da normal kişilere göre diyabetli kişilerin kaygı seviyelerinin daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (%16- %40) (Collins ve diğerleri, 2009).

Ayrıca diyabetli kişilerde meydana gelen kaygı ve stres kan glikoz düzeyini ciddi manada etkileyen psikolojik faktörlerdir. Bu da stres halinde kan glikoz seviyelerinin artacağı, insülin etkinliğinin azalacağı bildirilmektedir (Konca, 2015).

Bu nedenle diyabet hastalarında kaygı seviyesinin artması çeşitli psikosozyal sorunları da beraberinde getirmiş olmaktadır (Göcek, 2012). Özellikle de kronik hastalıklar gibi diyabette uzun süren tedavi süreçlerinde “fiziksel, ruhsal ve duygusal sorunlar” meydana gelebilmektedir. Bu da kişinin hayat kalitesini arttırması veya normal fizyolojik hayatına dönmesi için uyumlaşmasıyla gerçekleşmektedir. Bu süreç ise kişinin yaşamsal faaliyetlerini tehdit eden soruna dönük homeostatik dengenin korunması amacıyla geliştirilen “fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel” düzeydeki yeni rollerden meydana gelen davranışlardır (Türten, 2011).

Bütün bunlar değerlendirildiğinde psikolojik uyum, hastanın yaşamı boyunca sağladığı kazançları, kayıpları, mücadelelere yönelik biyolojik ve psikolojik boyutlara sahip bir süreç şeklinde ifade edilebilir (Özdemir ve Taşcı, 2013). Diyabetli kişilerin insülin kullanmaları iş edinmelerinde çeşitli sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Sosyal ortamlarda damgalanma ve ayrımcılık korkusu diyabetli kişinin hastalığını gizlemesine sebep olabilmekte ve iş ortamına uyumunu güç kılmaktadır. Eğer kişi bu durumla yüzleşir ve başa çıkma yöntemlerini kullanırsa iş hayatına ve sosyal çevreye psikosozyal uyumu daha kolaylaşmaktadır (Lee, Chiu, Tsang, Chow ve Chan, 2006).

Tüm bu sebepleri diyabetik hastalar geniş perspektiften değerlendirilmeli, hastalığın bir yandan metabolik kontrolü sağlanırken diğer yandan risk grubunda olan diyabetli kişilere psikiyatrik destek verilmelidir. Diyabetik hastanın psikosozyal uyumunun sağlanması amacıyla öncelikle kendini yönetmesi ve bakımını yapması sağlanmalı, benlik saygısı yükseltilmeli, bağımsızlığı artırılmalı, sorun çözme yöntemleri öğretilmeli, kan şekerini etkileyecek stres etkenleriyle baş etmeye yönelik yöntemleri iyileştirerek yaşamına adapte etmesi sağlanması gerekmektedir (Küçük, 2015).

2.2. Yaşam Doyumu

2.2.1. Yaşam Doyumu Kavramı Tanımı ve Önemi

Literatüre bakıldığında yaşam doyumu kavramı 1961 senesinde Neugarten aracılığıyla ortaya konan, bireyin yapmak istedikleriyle sahip olduklarının kıyaslanması sonucunda ortaya koyduğu kritiklerdir. Bu da ortada olanların kişilerin beklentileriyle kıyaslandığında meydana çıkan denkleme adlandırmaktadır (Özer ve Karabulut, 2003).

Diğer bir ifadeyle, yaşam doyumu adlandırmasında ise kişinin kendi hayatını bilişsel ve öznel şekilde değerlendirmesidir. Özetle, yaşam doyumu aslında kişinin hayat standardını artırarak kendine ait öz kriterlerini tespit etme süreci şeklinde ifade edilmiştir (Pavot ve Diener 1991).

Yaşam doyumu ifadeleri kişinin öznel iyi olma durumu diye ifade edilebilir. İçerik olarak bu kavram ise, kişinin duygusal durumuyla günlük yaşamında hissettiği pozitif ve negatif duygular arasındaki ilişki durumu ifade edilmektedir. Subjektif iyi oluş kavramı, kişinin amaçlarına ulaşmasıyla alakalı olmasıyla birlikte mutluluk gibi olumlu duyguları da içermektedir (Diener 1984: 543).

Bu noktada araştırmalar yaşam doyumunun birçok değişkenle alakasını ortaya koymaktadır. Bu noktada Şener'e göre (2009) kişilik özellikleri, fiziksel iyi olma hali, sosyal statü ve ilişkiler, kendini güvende hissetme, fiziksel aktivite ve boş zaman faaliyetleri gibi durumlar yaşam doyumunu çeşitli şekillerde etkilemektedir. Bunlarla birlikte yaşam doyumu ve yaş ilişkisiyle ilgili araştırmalarda, yaş arttıkça yaşam doyumunun azaldığına yönelik bulgular bulunmaktadır (Kılıç, Türkoğlu, Adıbelli ve Armut, 2016).

Özellikle de literatürde bu alanda yapılan araştırmalara bakıldığında, yüksek oranda yaşam doyumuna sahip kişilerin, hayatın bir manası ve gayesi bulunduğunu düşündükleri ve bunu ifade ettikleri anlaşılmıştır. Yaşam doyumu ifadeleri incelendiğinde, basit ve net yapıldığı anlaşılmaktadır. Fakat bu kavramın anlaşılır bir kavram olmadığı gerçeği de yine ortaya konan literatür çalışmalarında görülmektedir. Ayrıca hayatın akıp gitmesi, bireylerin farklı gereksinim ve önceliklerinin olması, yaşam doyumuna yönelik tek bir adlandırmanın yapılmasında ve kapsamının tespitinde zorluk yaşanmasına sebep olmaktadır (Keser, 2005:80).

Diğer bir ifadeyle doyum, bireyin beklentileri ile gereksinimlerini gerçekleştirmesi halidir. Yaşam doyumu, bireyin sahip olduğu veya sahip olmayı arzuladığı arasında meydana gelen etkileşim sonucu ortaya konan bir değerlendirme olarak da tanımlanabilmektedir (Dilmaç ve Ekşi, 2008: 282).

Bu kavram aynı zamanda bir hoşnutluğu da bünyesinde bulundurduğundan mutluluk ile sağlıklı manalarını da kapsamaktadır. Bireye ait yaşamdan, sahip olduklarından hoşnutluk duyma halini de ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle yaşam doyumu; birey tarafından elde etmiş olduğu şeylerin fikir edilerek bireysel manada hoşnutluk halidir.

Bütün bunlar değerlendirildiğinde bireyin yaşamdan kazandığı doyumun sonucunda mutlu olacaktır. Bu hal üç şekilde ifade edilebilir:

- Yaşamın tadını alma,
- Yaşama mana katma,
- Yaşamın içinde bireysel olarak önemli olan herhangi bir şeye bağlılık duyma şeklindedir.

Yaşamdan alınması lazım olan doyum özünde bu üç unsurla paraleldir. Fakat bir farklılık bulunmaktadır. Mutlu olma hali ileriye dönükken yaşam doyumu yaşanan zamanla ilgili bir durumdur. Bu açıdan da mutluluğun soyut özelliği bulunduğu söylenebilir (Aşkın, 2003).

Yaşam doyumunda memnunlukla alakalı bazı faktörler vardır. Bunların içerisinde özsaygının yaşam doyumundaki etkisinin çok olduğu varsayılmaktadır. Bununla beraber bireye ait psikolojik olayların da yaşam doyumuyla ilgili olduğu söylenebilir. Bireysel hayatta karşılaşılabilecek bazı sorunlar, güçlükler, kişisel veya sosyal çatışma durumları yaşam doyumunda eksilmelere neden olabilmektedir (Demirel ve Saynur, 2004).

2.2.2. Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler

Yaşam doyumunu etkileyen ve etki eden faktörler çeşitli araştırmalar sonucunda aşağıdaki şekilde maddelenmiştir (Dockery, 2004: 2):

- Her yönden iyi bir ülkede yaşama arzusu,

- Bulunulan ülkenin politik istikrarın bulunması,
- Azınlık değil çoğunluğun tarafında bulunma,
- Toplumda statü olarak yüksek ve saygın olma,
- Aile ve etraf olarak iyi ilişkilerde bulunma,
- Bedenen ve ruhen sağlıklı olma,
- Fikirlerini özgürce ifade edebilme,
- Hayatının kontrolünü elinde bulundurduğunu alma,
- Sosyalleşmek ve ekonomik manada kuvvetli olmaktır.

Ayrıca Dağdelen (2008) ise kişilerin yaşam doyumunu etkileyen faktörleri şöyle ifade etmektedir:

- Hayatından mutluluk duyma,
- Yaşamın her süresini manalı bulma,
- Amaçlarına varmada istikrarlı olma,
- Hayatta hep pozitif olma,
- Fiziki olarak iyi olduğunu hissetme ve kendisiyle barışık olma,
- Ekonomi, güvenlik ve bireylerle ilişkilerin iyi olması gibi.

2.2.2.1. Kişisel faktörler

Kişisel özellikler, yaşam doyumunu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Kişilerin karakteristik özellikleri, olaylara veya hallere olumlu veya olumsuz yaklaşımını etkilemektedir. Kişilik özelliklerden ailede kazanılan kültürel özellikler, okulda alınan eğitim, yaş ve cinsiyet iş doyumunu etkilediği gibi yaşam doyumunu algısı üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır (Özdevecioğlu, 2003).

Bu çerçevede ortaya konan araştırmalara bakıldığında kişisel faktörler arasında kabul edilen “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve sahip olunan statü” gibi faktörler tek başına yaşam doyumunda genelleme yapılamayacağını göstermiştir. Kişisel faktörlerin yaşam doyumuna etkisi bireyin yaşadığı sosyal ve kültürel çevre, işi, gelir durumu, sahip olduğu inanç ve toplumsal değerler bireyin yaşam doyumunu etkilediği anlaşılmaktadır (Mamur, 2014).

2.2.2.2. İş ile ilgili faktörler

Yaşam doyumunu iş hayatından ayrı değerlendirmek doğru olmamaktadır. Bireyin günlük aktivitelerinde çalışma yaşamı, gündelik hayattan alınan doyumda önemli bir etkisi bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle çalışma hayatında yüksek motivasyona sahip bireylerin genel yaşam doyumlarının da yüksek olması beklenen bir sonuç olarak bilinmektedir (Keser, 2005: 67).

Özellikle işle ilgili faktörler incelendiğinde; işin toplum içindeki genel algılanması, işin yapısı ve zorluk düzeyi, maaş, görevde yükselme, örgütün politika ve prosedürleri, çalışma şartları, fiziksel çalışma koşulları, kararlara katılma, iletişim, geri besleme, rekabet koşulları, denetim biçimi yetki ve sorumluluk, işçiye sunulan eğitim fırsatları, işçinin kişisel yeteneklerini işe yansıtabilmesi ve yaratıcılığının desteklenmesi şeklinde sıralanabilir (Örkün, 2011).

2.2.2.3. Çevresel faktörler

Yaşam doyumunu etkileyen birey yaşadığı ortamda içsel veya dışsal kaynaklı tutum, tavır ve hareketleriyle etrafı etkilemekte ve çevreden etkilenmektedir. İçinde sosyal grupların ve kurumların bulunduğu, sosyal diyalogların, sosyal olayların meydana geldiği çevre kişiyi oluşturan dış faktörlerin hepsidir. Sosyal yapı; toplumun sosyal ilişkileri diye bilinen statüler, roller ve değer yargılarından meydana gelen kültürel yapı ve kişinin dış çevresinden hareketle oluşan fiziki yapı diye ifade edilebilir (Özdevecioğlu, 2004:221)

2.2.3. Yaşam Doyumu ile İlgili Kuramlar

Yaşam doyumunu ortaya koyan birtakım kuramlar alanyazında bulunmaktadır. Bunlardan altı tanesi sıklıkla ifade edilmektedir. Bu kuramlar; “Belli bir noktaya erişme, haz ve acı, etkinlik, aşağıdan yukarı-yukarıdan aşağı, ilişkilendirici ve yargı” şeklinde sıralanabilmektedir (West, 2018: 28).

Belli Bir Noktaya Erişme (Telic) Kuramı: Bu kuram, mutlu olmayı belirli gaye ve gereksinimlerin gerçekleşmesine bağlı kılmaktadır (Wilson, 1967).

Haz ve Acı (Pleasure and Pain) Kuramı: Wilson'un kuramı an nokta seçilerek geliştirilmiştir. Bu kuramda mutluluk için ihtiyaçlar ve amaçlar tam manasıyla doyurulması gerekmektedir. Bu noktada büyük hazlar yaşayan bireylerin acılarını da daha yoğun yaşayabilmektedir. Bundan dolayı amaçlara varmanın önemi bireyler için haz ile acı duyguları açısından tespit edici bir etken şeklinde ortaya çıkmaktadır (Namara ve Houston, 1986).

Etkinlik (Activity) Kuramı: Bu kuramın ilk temsilcisi Aristoteles'tir ve mutlulukla ilgili düşüncelerini ifade etmiştir. Etkinlik kuramına göre etkinlik sürecine odaklanılmakta ve bu sürecin mutluluğun kaynağı olduğu belirtilmektedir. Wilson'un kuramında mutluluk gayelerin gerçekleşmesine bağlıken bu kuramda ise mutluluğun kaynağı şeklinde ifade edilmektedir (Csikszentmihalyi, 2005)

Aşağıdan Yukarı (Bottom up): Bu yaklaşım mutluluğun dışsal olaylarla ilişkisini incelemektedir (Diener ve ark., 1999). Mutlu zamanlar ve küçük hazlar mutluluğu oluşturmaktadır.

Yukarıdan Aşağı (Top Down): Bu yaklaşım bireylerin olayları hem pozitif hem de negatif yorumlamaya yatkınlıklarını dile getirmektedir. Yaşanmış olaylar kendi başlarına iyi veya kötü şeklinde değerlendirilememekte fakat bireyler tarafından yorumlanmaktadır (Feist ve ark., 1995).

İlişkilendirici (Associationistic): Bireylerin olaylara yükledikleri manaya önem verilmektedir. Bireyin yaşadığı olumlu halleri içsel etmenlere bağlaması mutluluğun kaynağı şeklinde anlaşılmaktadır.

Yargı (Judgement): Bu kuram bazı kıstaslardan sonra gerçek durum standarttan yüksekse mutluluğun meydana geleceğini savunmaktadır. Sosyal karşılaştırma kuramı da yargı kuramları dahilindedir. Kıyaslama yapılan bireye göre kendisini daha iyi değerlendiren kişi doyum yaşamaktadır (West, 2018: 29).

2.3. Yeme Tutumu

Kişinin bedensel olarak zayıf olma düşüncesi bireylerde sağlıklı olmayan yeme tutumlarına ve buna yönelik davranışlara evrilmeye neden olabilmektedir (Akdevelioğlu ve Gümüş, 2010).

Bu açıdan da sağlıklı beslenme; depresyon, kaygı, yetersiz beslenme ya da aşırı beslenme şeklinde sorunları meydana getiren beslenme sistemindeki

sapmalardır. Yeme bozukluğu, mortalite ve morbiditeye yönelik yüksek risk oluşturmaktadır. Ergen ve genç yetişkin kişilerde yaygın şekilde görülmektedir (Pritts, 2003).

Bu çerçevedeki araştırmalarda meydana çıkan, devamlı şekilde zayıf olma fikrinde olan bireyler, fazla kilo almaktan çekinme, toplumda yemek yeme hareketlerinden çekinme, bazı durumlarda yemek yemeyi istememe, çeşitli psikolojik nedenlerden tıknırcasına yeme davranışından sonra müshil kullanma, kusma veya aşırı spor yapma gibi bireyin sağlığı açısından yanlış tutum ve davranışlar meydana gelmektedir (Kazkonda, 2010).

2.3.1. Yeme Tutumları ve Yeme Bozuklukları

Kişilerin yeme hareketleri sosyal, bilişsel, duygusal ve çevresel birçok etken çerçevesinde oluşmaktadır. Yeme ihtiyacı sadece bireyleri yaşamda tutan fizyolojik bir gereksinim değil aynı zamanda anne ile kurulan ilk sosyal ilişkiden yetişkinliğe bütüncül sosyal ilişkilerle de alakalıdır (Batıgün ve Utku, 2006).

Yeme bozuklukları fiziksel ve psikososyal yönü bulunan; bireyin yemek, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsüyle alakalı fikirlerinde aynı zamanda yeme hareketlerinde meydana gelen bozuklukla kendini ortaya koyan bir rahatsızlık olarak bilinmektedir (Ünalın ve ark., 2009).

Yeme bozuklukları bünye ağırlığı ile aşırı uğraş ve yeme tutumlarındaki farklılıklara giden “anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu, pika sendromu ve geri çıkarma gibi başlıklara ayrılmaktadır. Yeme bozuklukları arasındaki çizgiler kesin olmamakla birlikte, birden fazla yeme bozukluğu bir bireyde eş zamanlı ve farklı zaman dilimlerinde görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2012).

Bu açıdan yeme bozuklukları, psikiyatrik bozukluklar kapsamında ölüm oranı en yüksek rahatsızlar arasındadır. Yeme bozuklukları bireyde çokça fiziksel semptomun meydana çıktığı bir rahatsızlık olmakla birlikte iyileşme oranı çok düşüktür ve tekrar etme oranı yüksek olmaktadır (Siyez ve Baş, 2009).

Yeme bozukluklarının ilerlemesi bir tek durumla açıklanamamakla birlikte, genetik, biyolojik ve sosyokültürel faktörler bu noktada öne çıkmaktadır. Altman ve

Lock (1997), küçük yaşlarda yaşanan beslenme sorunlarının ileriki yaşlarda yeme bozukluklarına zemin hazırlayabileceğini bununla birlikte mükemmeliyetçilik, utangaçlık, takıntılı ve hedef odaklı olma gibi kişilik hallerinin de anoreksiya nervoza ile bağlantılı olabileceğini ifade etmiştir (Jimerson, Pavelski ve Orliss, 2002).

2.3.1.1. Anoreksiya Nervoza

AN, bireyin kilo almaktan çok endişe duyması ve kalori alımını engellemek ve kontrol etmek için bilerek yeme davranışlarını azaltma ya da yeme davranışlarına karşı telafi edici yöntemlere gitmesidir (Yücel, 2009).

Bu rahatsızlığın tanısında ise bireyin zayıf olmasına rağmen kendini zayıf bulmaması, hatta kendini şişman gibi görmesi, devamlı kalori hesaplaması ve kilo almaktan çok korkması durumu yatmaktadır. Bu rahatsızlıkta birey vücut görünümünden dolayı huzursuzluk hissetmekte ve bu sebeple kilo kaybı için yeme miktarını en az seviyeye indirmektedir (Fairburn and Harrison,2003).

Bu çerçevedeki ortaya konan çalışmalarda kadınlarda AN görülme sıklığı erkeklere oranla 10-20 kat daha fazla olmaktadır (Olivardia vd., 1995). Genç kızlar kilo alma korkusuyla ve güzel görünme arzusuyla ciddi kilo kaybı yaşamaktadırlar.

2.3.1.2. Bulimiya Nervoza

BN bireyin üç ay süreyle en az haftada bir defa, karşı koyamadığı yeme arzusuyla tıka basa yeme nöbetlerinden sonra kilo almamak için aşırı spor yapma, kendi kendini kusturma, laksatif-diüretiklerin yanlış kullanımı gibi telafi edici hareketler göstermesidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Bu noktada birey geçirdiği bu nöbetlerde, karşı koyamadığı yemek yeme isteğiyle kısa bir zamanda birçok kişinin yiyebileceğinden fazlasını yiyebilmektedir (Gürel, 2017). Bu durum ise bireyin kontrolünü kaybettiğini düşünmesine sebep olabilmektedir. Bu sebeple birey yediği tüm besinleri çıkartarak bedeninin kontrolünü geri kazanmaya çalışmaktadır. Atakların ardından kişi büyük suçluluk, nefret, iğrenme, utanç ve şişmanlık hali yaşamaktadır (Kıcalı, 2015).

BN'yi AN hastalarından farklı kılan durum kilo farkıdır. AN hastalarında ciddi kilo kaybı yaşanırken BN hastalarının kiloları normal ya da normal üstü olmaktadır. Her iki hastalıkta da kişiler kilo alma korkusu ve beden memnuniyetsizliğinden kilo verme gayretindedirler. BN hastalığına genelde genç ergenlik ve(ya) erken yetişkinlik döneminde rastlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Ayrıca Bulimia çoğunlukla lise ve üniversitelerdeki kız öğrencilerde görülmektedir ve diyet sürecinde ya da diyet başlama zamanında meydana çıkmaktadır (Gürel, 2017).

2.3.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Bir diğer yeme bozukluğu olan Tıkınırcasına yeme bozukluğu, tekrar eden yeme ataklarıyla bariz bir yeme bozukluğu olmakla birlikte bulimiya nervozadaki gibi çok miktarda besin alımından kaynaklı uygunsuz dengeleyici davranışların olmadığı patolojik bir haldir. Yeme atakları esnasında bulmiya nervozalı hastalar gibi kontrol kaybı duygusu meydana gelir ve yeme eylemini durdurulamaz olmaktadır. Bu bozukluğun DSM-5'e göre tanı kriterleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Gürdal Küey, 2008):

- Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemlerinde benzer şartlarda, benzer zaman diliminde, çoğu bireyin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, farklı bir zamanda (herhangi 2 saatlik sürede) yemeyi gerçekleştirme ve bu esnada yemek yemeyle alakalı denetiminin kalktığı duyumunun meydana gelmesi.

Tıkınırcasına yeme süreçlerine ise aşağıdaki maddelerden bazıları katkı sunmaktadır:

- Normalden çok daha hızlı yeme
- Rahatsız olacak seviyede tokluk hissedene kadar yeme
- Aç olmadığı halde aşırı ölçülerde yeme
- Utandığından dolayı yalnız yemeyi tercih etme
- Yeme eyleminden sonra tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk hissetme

Tıkınırcasına yemeyle alakalı bariz bir sıkıntı duyulmaktadır. Bu tıkınırcasına yeme hareketleri, ortalama üç ay süreci içinde en az haftada bir defa meydana

gelmektedir. Özetle tıknırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici hareketler eşlik etmemekte ve tıknırcasına yeme, sadece bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi esnasında meydana gelmektedir.

2.3.1.4. Pika Sendromu

Bu sendrom, DSM 4'te bebek ya da küçük çocukların beslenme ve yeme bozuklukları bünyesinde ele alınmakla birlikte; sadece DSM 5 ile yeme bozuklukları adı altında, yetişkinler ve çocuklar için de ayrı şekilde ifade edilmektedir. Bu çerçevede DSM 5'e göre Pika sendromu tanı kriterleri şu şekilde ifade edilmektedir:

- En az bir ay süreyle, devamlı bir şekilde, besleyici değeri bulunmayan, besin olmayan maddelerin yenmesi gerekmektedir.
- Besleyici değeri bulunmayan, maddelerin yenmesi bireyin gelişimsel seviyesiyle uyumlu olmamaktadır.
- Bu yeme hareketi, genel çerçevede kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- Pika sendromu yeme davranışı diğer bir ruhsal bozukluğa dayalı meydana geliyorsa o zaman bu durum klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağır olabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.3.1.5. Geri Çıkarma/Geviş Getirme Bozukluğu

Bu yeme bozukluğu, yeme eyleminden sonra, tikslenme veya bulantı olmaksızın yemeğin tekrar ağza getirilmesi ve yeniden çiğnenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Tekrarlayan geri çıkarma hali, eşlik eden mide bağırsak hastalığı ya da diğer bir hastalık çerçevesinde ele alınmamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.3.2. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme Bozuklukları'nın epidemiyolojisini incelemeye karşılaşılan temel sorunlardan biri, bu sendromların tanı ölçütlerinde devamlı değişmelerin meydana gelmesidir. Bundan dolayı araştırmalar son 50 senede AN ve BN görülme yoğunluğunun arttığını ortaya koymaktadır (Maner 2001).

Bu noktada, 2013 yılında toplamda 72.961 kişiyi ele alan, 9315 makalenin metanaliz araştırmasında, AN, BN ve TYB'nin yaşam boyu sıklığının sırasıyla %0.21, %0.81 ve %2.22 olduğu tespit edilmiştir (Qian ve ark 2013).

Bu çerçevede yeme bozukluklarının meydana gelme yoğunluğu daha çok ergenlik sürecine denk gelse de 40-60 yaş arası 715 kadınla yapılan bir araştırmada, kadınların 33'ünün DSM 4'e göre yeme bozukluğu kriterlerini karşıladığı görülmüştür (Mangweth-Matzek ve ark 2014).

2.3.3. Yeme Bozukluklarını Ele Alan Kuramlar

2.3.3.1. Psikanalitik Yaklaşım

Alanyazında yeme bozukluklarına yönelik Psikanalitik kuram açıklamaları 1930'lu yıllara kadar gitmektedir. İlk anoreksiya nervoza üzerine araştırmalar ortaya konulmuş ve 80'li senelerden sonra bulimiya nervoza üzerine fikirler üreilmeye başlanmıştır. BN ile ilgili açıklamalarda; beden imgesi bozukluğu, ergenlik gelişimlerini üstlenmekte zorluk tarzı AN ile ortak özellikler haricinde, dürtüsellik ve bağımlılık ile ilişkili olması muhtemeldir (Gürdal Küey, 2008).

Bu noktada yapılan ilk psikanalitik açıklamalar yemekten tikslenme ve aşırı kusma şeklinde ifade edilmiştir. Özellikle yeme bozukluğu olguları incelendiğinde, gırtlak kasılması ve kusma gibi sorunları bulunan kadın hastalarının birçoğunun çocuklukları sırasında yoğun emme davranışlarının bulunduğunu ifade edilmiştir (Freud & Budak, 1997).

Güncel psikanalitik yaklaşımlar incelendiğinde annenin çocuğun vücuduna yönelik tutumları yeme bozukluğunun oluşmasında ciddi rol oynamaktadır. Yeme bozuklukları hastalarının annelerindeki esas eksiklik daha çok çocuğun erotik ve özerk bir vücuda yatırım yapmasını engellemesindedir (Corcos, 2003).

2.3.3.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Yeme bozukluklarına yönelik bilişsel davranışçı modellerin araştırmalarının ilk anoreksiya nervoza ile başladığı ve 1960'lara kadar gittiği anlaşılmaktadır. Alanyazın incelendiğinde yeme bozukluklarıyla alakalı daha çok anoreksiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu üzerine araştırmalar göze çarpmaktadır (Elma, 2018: 26).

Bu modele göre yeme bozuklukları esasında, patolojik yeme ve kilo kontrol hareketlerinin gelişimi ve sürdürülmesi üzerinde düşüncenin etkili olduğunu ifade edilmektedir. Bu kişilerin vücut ağırlığı ve yemeyle alakalı çok kaygı üzerine odaklanan, bozuk bir düşünce şeması geliştirmiş olduklarını ve bu şemanın kilo, şekil ve kendilikle ilgili yineleyici, duygu yüklü ve aşırı değerlendirilmiş bilgiyi kapsadığı ifade edilmiştir (Williamson, Muller, Reas & Thaw, 1999).

Son olarak Bulimiya nervozanın sürdürülmesine yönelik bilişsel davranışçı teori içeriğinde; yeme, şekil ve ağırlık üzerindeki aşırı değerlendirme ve kontrollerin bozukluğun muhafaza edilmesinde önemli etkisi bulunmaktadır. Ayrıca klinik özelliklerin çoğu, aşırı kilo kontrolü hareketleri, vücut kontrolünün ve kaçınmasının çeşitli şekilleri ve yeme, şekil ve ağırlık ile ilgili fikirlerle meşguliyet gibi, direkt şekilde bu çekirdek psikopatolojiden kaynaklandığı görülmektedir (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Karasar (2009), bu modeli geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi hedefleyen araştırma yaklaşımı şeklinde ifade etmiştir.

G*Power bilgisayar programı (Faul, Erdfelder, Lang & Bunhner, 2007), Güç Analizi için kullanılmış olup küçük etki büyüklüğünde ($f^2=0.08$), %90 güçte ve %5 tip I hata düzeyinde, Çoklu Lineer Regresyon Analizi (Linear Multiple Regression Analysis) testinin yapılabilmesi için minimum 198 kişiden oluşan katılımcı grubuna ihtiyaç duyulmuştur.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini evren içerisinde rastgele seçilen, Konya ilinde ikamet eden diyabet hastası 99 kadın ve 99 erkek olmak üzere 198 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formu, Yaşam Doymu Ölçeği ve Yeme Tutum Testi (YTT-26) ifadeleriyle birlikte demografik soruların uygulanması ile elde edilmiştir. Yapılan analizlerde; iç tutarlılık analizi, araştırmaya katılan diyabet hastası kadın ve erkeklerin sosyo-demografik profili, diyabet hastası kadın ve erkeklerin araştırma değişkenlerine vermiş olduğu cevaplara yönelik betimsel analiz, diyabet hastası kadın ve erkeklere göre korelasyon analiz, regresyon analizi ve fark testleri yer almaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 25-60 yaşları arasındaki 99 erkek 99 kadın diyabet hastası katılımcıya uygulanan “Çok boyutlu diyabet anketi, Yaşam doymu ölçeği ve Yeme Tutum Testi (YTT-26)” gibi ölçme araçlarından elde edilmiştir.

3.3.1. Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formu (T-ÇBDA)

Çok Boyutlu Diyabet Anketi (ÇBDA) İngilizce formunda çevrilen adıyla Multidimensional Diabetes Questionnaire (MDQ) Talbot ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Coşansu ve Erdoğan (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0.96 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının “Chronbach Alpha değerleri 0.58-0.91 arasında, madde toplam puan korelasyonları 0.58-0.87 arasında, test-retest katsayısı ise 0.87-0.97 arasında bulunmuştur. Türkçe’ye uyarlanan çok boyutlu diyabet anketi, 6 alt boyut ve 40 maddeden oluşan yapısı” ile geçerli ve güvenilir bir araçtır. ÇBDA’nin orijinal formu 3 bölümden, 7 alt boyut ve 41 maddeden oluşmuştur. Ölçekten oluşturulacak puanlama her alt ölçek için ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Ölçeğin tek başına toplam puan hesaplaması yoktur. İlk bölüm sosyal destek ve diyabetin algılanması üzerine tasarlanmıştır. İlk bölümün 3 alt boyutu vardır ve 16 maddeden oluşmuştur. Diyabetli bireyin günlük yaşam aktivitelerini, eğlence, sosyal hayat işlevselliğini ne yönde olumsuz etkilediğini belirleyen 9 madde engel algısı alt boyutunu oluşturmaktadır. Ciddiyet algısı alt boyutu diyabetli bireyin ciddiyeti algılama düzeyine belirleyen 3 maddeden oluşmaktadır. Sosyal destek algısı diyabete sahip olan bireyin hayatında var olan önemli bireylerin, arkadaşların, ailenin ve de sağlık personelleri tarafından sağlanan sosyal desteğin belirlendiği 4 maddeden oluşmaktadır. İlk bölümde cevaplar 7 puan üzerinden değerlendirilen (0- hiç ile 6- oldukça çok olarak) likert tipi bir ölçektir. Ölçekte bulunan her alt boyut için kişinin cevapladığı maddelerin puanları toplanır ve cevaplanan madde sayısına bölünüp ortalama puan değeri elde edilmektedir. Yüksek puanlar algılanan engel, sosyal destek ve ciddiyet düzeyinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. İkinci bölümde diyabete sahip bireyin eşinin ya da diyabetli birey için önemli olan bir başka kişinin, diyabetli kişinin hastalığına yönelik özbakım aktivitelerini destekleme düzeyini incelemektedir. İkinci bölümde 2 alt boyut bulunmakta ve 12 maddeden oluşmaktadır. Pozitif destekleyici davranış, diyabete sahip kişinin eşinin ya da diyabetli birey için önemli bir başka kişinin, diyabete sahip bireyin hastalığını yönetmesine yönelik destekleyici olumlu davranışları içeren 8 maddeden oluşmaktadır. Yanlış yönlendirmeye yönelik destek davranışı ise diyabete sahip bireyin eşi ya da önemli bir başka kişinin diyabetli bireyin hastalığını düzenlemesinde kişiyi destekleme amacı güden fakat diyabete sahip bireyi rahatsız edecek boyutta olan, zorluk çıkaran, destek

göstermeyen davranışların düzeylerinin belirlemeye yardımcı 4 maddeden oluşmaktadır. İkinci bölümde cevaplar 7'li likert tipi olarak 6-her zaman ile 0-asla şeklinde derecelendirilmektedir. Tek başına yaşayan kişiler bu bölümü doldurmazlar. Üçüncü bölümde diyabetli bireyin hastalığını yönetmesine ilişkin özyeterlik ile sonuç beklentisini belirlenmektedir. 2 alt boyut ve 13 maddeden oluşmaktadır. Özyeterlik algısı kişinin diyabet hastalığına yönelik özbakım işlevselliğini gerçekleştirmesine ve bireyin kendine olan güvenini derecelendiren 7 maddeden oluşmaktadır. Cevaplar likert tipi ölçek ile 0 hiç emin değilim, 100 çok eminim şeklinde alınır. Sonuç beklentisi algısına göre metabolik kontrollerin sağlanması ve oluşabilecek birtakım komplikasyonların önlenmesine yönelik özbakım davranışlarını ve tedavilerin etki düzeylerinin algılanmasını değerlendiren 6 maddeden oluşmaktadır. Yüksek düzeyde puanlar algılanan özyeterlik düzeyinin ve sonuç beklentisini yüksek olduğunu belirtmektedir.

3.3.2. Yaşam Doyum Ölçeği

Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından “Yaşam Doyumu Ölçeği” (YDÖ) geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ise Dağlı ve Baysal (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal versiyonu bir faktörlü 5 madde ve 7'li likert tipinde oluşmuştur. 1 kesinlikle katılmıyorum ile 7 tamamen katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir. Yapılan çalışma daha önceleri Köker (1991) tarafından Türkçe çevirisi yapılmış ve 7'li likert tipi ölçek olarak kullanılmıştır. Köker (1991) ölçeği 3 hafta ara ile test tekrar test yaparak test tutarlılığını ölçmüş ve 0,85 olduğunu saptamıştır. Uyarlama çalışması için öncelikle orijinal ölçeğin Türkçeye çevirisi yapılmış, daha sonra dil, içerik, ölçme ve değerlendirme alanlarındaki uzmanların görüşlerine sunulmuştur. Uzmanların önerileri çerçevesinde ölçek üzerinde bazı değişiklikler yapıldıktan sonra Türkçe form ile İngilizce formun aynı anlamı taşıyıp taşımadığının uygulamada belirlenmesi gayesiyle ölçekler iki hafta ara ile bir grup öğretime uygulanmıştır. Her iki ölçekten alınan puanlar arasındaki tutarlığı test etmek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmış ve 0,92 olarak saptanmıştır. Buna göre, İngilizce ve Türkçe ölçekler arasında “yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu” saptanmıştır. Ölçeğin “Cronbach Alpha iç tutarlık kat sayısı 0,88 ve test- tekrar test güvenirliği ise 0,97 olarak saptanmıştır. Yapılan faktör analizi sonuçları, Yaşam Doyumu Ölçeği'nin orijinal ölçekte olduğu gibi, tek faktörlü bir yapı gösterdiğini ve yine özgün ölçekte olduğu gibi 5 maddeden

oluşturduğunu” ortaya koymuştur. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, ölçeğin Türkiye’de Millî Eğitim Bakanlığı’na bağlı okullarda görevli öğretmenlerin yaşam doyumuna ilişkin algılarının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan yaşam doyumunun yüksek olduğunu belirtmektedir.

3.3.3. Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Yeme tutum testi-40 Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiş olup daha sonra Garner, Olmstad, Bohr ve Garfinkel (1982) tarafından revize edilmiş ve kısaltılarak 26 soruluk kısa formu oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk (2020) tarafından yapılmıştır.

YTT-26’da ölçeğinde katılımcılara 3 farklı bölümde (A-B-C) demografik bilgilere yönelik 7 soru yönlendirilmiş ve yeme alışkanlıklarıyla ilişkili 26 ve yeme davranışlarıyla ilgili 5 soru yöneltmiştir. Ölçeğin orijinal formunda Anoreksiya Nervoza tanısı olan 160 kadının olduğu örneklem seçilmiş ve alt boyut olarak diyet yapma, bulimiya ve yeme meşguliyeti ile yemeyi kontrol olarak 3 farklı alt boyut oluşturulmuştur.

Ölçekten alınan 20 ve üzerindeki puanlar yeme tutumlarında bozulmaya işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı AN vakaları için .90, sağlıklı kontrol grubunda .83, faktörlerde ise I. Faktör (diyet yapma) için sırasıyla .90 ve .86, II. Faktör (bulimiya ve yeme meşguliyeti) için sırasıyla .84 ve .61, III. Faktör (yemeyi kontrol) için ise sırasıyla .83 ve .46 olarak bildirilmiştir. Ayrıca ölçeğin yakınsak geçerliği kapsamında toplam puanlarının YTT-40 ile ve diğer değişkenlerle ilişkiler kapsamında beden memnuniyetsizliği ve psikolojik semptom düzeyiyle anlamlı pozitif korelasyon gösterdiği belirtilmiştir.

Ölçeğin B bölümünü oluşturan YTT-26’da “3 = Daima, 2 = Çok sık, 1 = Sık sık, 0 =diğer cevaplar (Bazen, nadiren, hiçbir zaman)” olarak belirlenmiştir. Öte yandan 26. soruda ise tersine puanlama yapılmaktadır, yani “1 = Bazen, 2 = Nadiren ve 3 = Hiçbir zaman” şeklinde puanlanırken diğer seçenekler yine 0 puan almaktadır. Ölçeğin A bölümünde kişinin demografik bilgilerine ek olarak kilo, boy, en düşük ve en yüksek kilo gibi bilgileri de sorulmakta, böylece YB tanısı açısından da ihtiyaç duyulabilecek bilgi alınabilmesi sağlanmaktadır. Benzer şekilde ölçeğin C bölümünde

yer alan 5 madde ile geçtiğimiz 6 aylık dönemde yeme davranışındaki bozulmalar kontrol edilmektedir. Ölçeğin A ve C bölümleri puanlamaya dahil edilmemekle birlikte mevcut yeme patolojisinin değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Ölçeğin yazarları, ölçeği kullananların yeme davranışında bozulma söz konusuysa kişiyle ilgili profesyonel bir ruh sağlığı uzmanı tarafından değerlendirme istemelerini tavsiye etmektedir.

3.4. Verilerin Analizi

Analizlerden önce, toplanılan veriler SPSS 25 programına aktarılmış ve sonrasında analizlere başlanmıştır. Analizin ilk adımlarından biri olan normal dağılım varsayımı kontrol edilmiştir. Bu süreçte ölçek ve alt ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri kontrol edilmiştir. George ve Mallery (2010) çalışması referans alınarak, bu değerlerin -2 +2 referans aralığında olması normal dağılımı sağlamaktadır.

Tablo 1. Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumunu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketine İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

| | Çarpıklık | Basıklık |
|---|-----------|----------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | 0.688 | -0.225 |
| Diyet Yapma | 0.807 | -0.105 |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | 1.567 | 1.494 |
| Yemeyi Kontrol | 1.173 | 0.807 |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | -0.118 | -0.664 |
| Çok Boyutlu Diyabet Anketi | | |
| Engel Algısı | 0.051 | -0.579 |
| Ciddiyet Algısı | -1.257 | 1.057 |
| Destek Algısı | -0.960 | 0.221 |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | -0.270 | -0.990 |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | 1.633 | 1.783 |
| Özyeterlik Algısı | 0.000 | -0.847 |
| Sonuç Beklentisi Algısı | -1.591 | 1.711 |

Yukarıdaki değerleri kontrol ettiğimizde değişkenlerimizin basıklık ve çarpıklık referans aralığını sağladığı görülmektedir. Pearson Korelasyon analizi kullanılarak Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin birbirleriyle ilişkisine, Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılarak Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip

göstermediğine, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılarak yordayıcılığa bakılmıştır. Referans alınacak p değeri 0.05 ve güven aralığı değeri %95'tir.

Tablo 2. Korelasyon Analizlerinde Referans Alınan Değerler

| <i>Korelasyon Katsayısı</i> | <i>Seviye</i> |
|-----------------------------|---------------|
| 0.00 – 0.30 | Düşük |
| 0.31 – 0.70 | Orta |
| 0.71 – 1.00 | Yüksek |

Büyüköztürk, Ş. (2011). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum (14. Baskı). Ankara: Pegem Akademi

Korelasyon analizlerinde, korelasyon katsayısının referans değeri olarak 0.00-0.30 düşük seviye korelasyonu, 0.31-0.70 orta seviye korelasyonu, 0.71-1.00 yüksek seviye korelasyonu göstermektedir. Tüm referans aralıkları mutlak değer alınarak belirlenmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bilgisayar ortamına aktarılan veriler, eksik/yanlış değerler ve aykırı değerler açısından kontrol edilmiştir. Araştırmanın örneklemini, evren içerisinde basit tesadüfî yöntemle seçilen 198 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri katılımcılara Çok Boyutlu Diyabet, Yaşam Doymu ve Yeme Tutumu ölçeklerinde yer alan ifadelerle birlikte sosyo-demografik soruların uygulanması ile elde edilmiş olup verilerin analizi bu bölümde yapılmıştır.

4.1. Güvenirlilik Analizi

Çalışmanın bu noktasında; veri toplama vasıtası olarak tercih edilen çok boyutlu diyabet anketi, yaşam doymu ölçeği ve yeme tutumu ölçeklerinin ifadeleri toplamda 71 maddeden oluşmaktadır. Güvenirlilikle ilgili katsayının değerlendirme ölçütleri aşağıda yer almaktadır;

“ $0.00 < \alpha < 0.40$ aralığında ise güvenilir değil”

“ $0.40 < \alpha < 0.60$ aralığında ise düşük güvenirlilikte.”

“ $0.60 < \alpha < 0.80$ aralığında ise oldukça güvenilir.”

“ $0.80 < \alpha < 1.00$ aralığında ise yüksek derecede güvenilir” (Özdamar, 1999, s. 513).

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

| | | n | % |
|--|-----------------------------------|-----|-------|
| Cinsiyet | Kadın | 99 | 50.0 |
| | Erkek | 99 | 50.0 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| Yaş | 25-34 | 33 | 16.7 |
| | 35-44 | 45 | 22.7 |
| | 45-54 | 56 | 28.3 |
| | 55 ve üstü | 64 | 32.3 |
| | Total | 198 | 100.0 |
| Eğitim durumunuz | İlkokul | 74 | 37.4 |
| | Ortaokul | 24 | 12.1 |
| | Lise | 37 | 18.7 |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 31.8 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| Gelir durumu | Düşük | 39 | 19.7 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 80.3 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| Medeni durum | Evli | 156 | 78.8 |
| | Bekar | 24 | 12.1 |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 9.1 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| Çocuğunuz var mı? | Evet | 169 | 85.4 |
| | Hayır | 29 | 14.6 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| Çocuklarınız dışında bakmakla yükümlü olduğunuz var mı? | Evet | 2 | 1.0 |
| | Hayır | 196 | 99.0 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| ÇocukSayısı | 0 | 29 | 14.6 |
| | 1 | 20 | 10.1 |
| | 2 | 60 | 30.3 |
| | 3 | 48 | 24.2 |
| | 4 | 29 | 14.6 |
| | 5 ve üstü | 12 | 6.1 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| Herhangi kronik bir hastalığınız Var mı? | Evet-Diyabet | 198 | 100.0 |
| Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? | Evet | 191 | 96.5 |
| | Hayır | 7 | 3.5 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |
| Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? | Evet | 2 | 1.0 |
| | Hayır | 196 | 99.0 |
| | Toplam | 198 | 100.0 |

Katılımcıların %50'si kadın, %50'si erkek, %16.7'si 25-34 yaşları arasında, %22.7'si 35- 44 yaşları arasında, %28.3'ü 45-54 yaşları arasında, %32.3'ü 55 ve üstü yaşlarında, %37.4'ü ilkokul mezunu, %12.1'i ortaokul mezunu, %18.7'si lise mezunu, %31.8'i üniversite/yüksek lisans ve üzeri, %19.7'sinin gelir durumu düşük, %80.3'ünün gelir durumu orta/yüksek, %78.8'i evli, %12.1'i bekar, %9.1'i boşanmış/dul, %85.4'ünün çocuğu var, %14.6'sının çocuğu yok, %1'inin çocukları dışında bakmakla yükümlü olduğu biri var, %99'unun yok, %14.6'sının çocuğu yok, %10.1'inin 1 tane çocuğu, %30.3'ünün 2 tane çocuğu, %24.2'sinin 3 çocuğu, %14.6'sının 4 çocuğu, %6.1'inin 5 ve üstü sayıda çocuğu var, %100'ünün kronik bir hastalığı (diyabet) var, %96.5'i ilaç kullanıyor, %3.5'i ilaç kullanmıyor, %1'inin psikolojik rahatsızlığı var, %99'unun yok.

Tablo 4. Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Tanımlayıcı Değerleri

| | n | Min | Maks | \bar{X} | Ss. |
|---|-----|-------|--------|-----------|-------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | 198 | 0.00 | 51.00 | 18.22 | 12.01 |
| Diyet Yapma | 198 | 0.00 | 36.00 | 11.18 | 8.25 |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | 198 | 0.00 | 13.00 | 2.15 | 3.09 |
| Yemeyi Kontrol | 198 | 0.00 | 21.00 | 4.90 | 4.83 |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | 198 | 5.00 | 25.00 | 15.22 | 5.12 |
| Çok Boyutlu Diyabet Anketi | | | | | |
| Engel Algısı | 198 | 0.00 | 6.00 | 3.26 | 1.38 |
| Ciddiyet Algısı | 198 | 0.67 | 6.00 | 4.82 | 1.31 |
| Destek Algısı | 198 | 0.00 | 6.00 | 4.41 | 1.55 |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | 198 | 0.00 | 6.00 | 3.45 | 1.87 |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | 198 | 0.00 | 2.00 | 0.29 | 0.44 |
| Özyeterlik Algısı | 198 | 7.14 | 100.00 | 57.02 | 22.34 |
| Sonuç Beklentisi Algısı | 198 | 50.00 | 100.00 | 93.60 | 10.15 |

Katılımcıların, Yeme Tutumu Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=18.22$, $SS=12.01$), Diyet Yapma alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=11.18$, $SS=8.25$), Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=2.15$, $SS=3.09$), Yemeyi Kontrol alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=4.90$, $SS=4.83$), Yaşam Doyumu Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=15.22$, $SS=5.12$), Engel Algısı alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=3.26$, $SS=1.38$), Ciddiyet Algısı alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=4.82$, $SS=1.31$), Destek Algısı alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=4.41$, $SS=1.55$), Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=3.45$, $SS=1.87$), Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=0.29$, $SS=0.44$), Özyeterlik Algısı alt ölçek

ortalaması ($\bar{X}=57.02$, $SS=22.34$), Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçek ortalaması ($\bar{X}=93.60$, $SS=10.15$) olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumunu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketi Arasındaki İlişki

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|--------|--------|-------|--------|---------|--------|--------|---------|---------|-------|--------|----|
| 1.Yeme Tutumu Ölçeği | 1 | | | | | | | | | | | |
| 2.Diyet Yapma | .889** | 1 | | | | | | | | | | |
| 3.Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | .440** | .204** | 1 | | | | | | | | | |
| 4.Yemeyi Kontrol | .685** | .373** | .105 | 1 | | | | | | | | |
| 5.Yaşam Doyumu Ölçeği | .223** | .272** | -.091 | .147* | 1 | | | | | | | |
| 6.Engel Algısı | .063 | -.015 | .174* | .070 | -.276** | 1 | | | | | | |
| 7.Ciddiyet Algısı | -.088 | -.107 | .006 | -.040 | -.067 | .480** | 1 | | | | | |
| 8.Destek Algısı | .222** | .232** | .008 | .152* | .329** | -.099 | .089 | 1 | | | | |
| 9.Pozitif Destekleyici Davranışlar | .210** | .178* | .049 | .187** | .328** | -.126 | .051 | .821** | 1 | | | |
| 10.Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | .112 | .108 | .064 | .054 | -.182* | .193** | .117 | -.301** | -.309** | 1 | | |
| 11.Özyeterlilik Algısı | .454** | .534** | -.043 | .244** | .318** | -.149* | .004 | .383** | .332** | -.002 | 1 | |
| 12.Sonuç Beklentisi Algısı | .337** | .339** | .051 | .226** | .264** | .081 | .200** | .173* | .239** | .009 | .351** | 1 |

** $p<0.01$ * $p<0.05$ Kullanılan test: Pearson Korelasyon Testi

Yeme Tutumu Ölçeği ile Yaşam Doyumu Ölçeği ($r=.223$, $p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yeme Tutumu Ölçeği ile Destek Algısı ($r=.222$, $p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yeme Tutumu Ölçeği ile Pozitif Destekleyici Davranışlar ($r=.210$, $p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yeme Tutumu Ölçeği ile Özyeterlilik Algısı ($r=.454$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Yeme Tutumu Ölçeği ile Sonuç Beklentisi Algısı ($r=.337$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Diyet Yapma ile Yaşam Doyumu Ölçeği ($r=.272$, $p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Destek Algısı ($r=.232$, $p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Pozitif Destekleyici Davranışlar ($r=.178$, $p<0.05$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Özyeterlilik Algısı ($r=.534$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Sonuç Beklentisi Algısı ($r=.339$, $p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Engel Algısı ($r=.174$, $p<0.05$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Yemeyi Kontrol ile Yaşam Doymu Ölçeği ($r=.147, p<0.05$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yemeyi Kontrol ile Destek Algısı ($r=.152, p<0.05$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yemeyi Kontrol ile Pozitif Destekleyici Davranışlar ($r=.187, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yemeyi Kontrol ile Özyeterlilik Algısı ($r=.244, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, Yemeyi Kontrol ile Sonuç Beklentisi Algısı ($r=.226, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Yaşam Doymu Ölçeği ile Engel Algısı ($r=-.276, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki, Yaşam Doymu Ölçeği ile Destek Algısı ($r=.329, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Yaşam Doymu Ölçeği ile Pozitif Destekleyici Davranışlar ($r=.328, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Yaşam Doymu Ölçeği ile Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar ($r=-.182, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki, Yaşam Doymu Ölçeği ile Özyeterlilik Algısı ($r=.318, p<0.01$) puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki, Yaşam Doymu Ölçeği ile Sonuç Beklentisi Algısı ($r=.264, p<0.01$) puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Tablo 6. Çok Boyutlu Diyatbet Anketinin Yaşam Doymu Ölçeğini Yordaması

| | B | SH | β | t | p |
|---|----------|-----------|---------------------------|----------|----------|
| (Sabit) | 3.34 | 3.08 | | 1.08 | 0.280 |
| Destek Algısı | 0.86 | 0.21 | 0.26 | 4.04 | 0.000* |
| Engel Algısı | -1.00 | 0.24 | -0.27 | -4.23 | 0.000* |
| Sonuç Beklentisi Algısı | 0.12 | 0.03 | 0.24 | 3.73 | 0.000* |
| $R=.47$ $R^2=.21$ | | | | | |
| $F=18.68$ $p=0.000$ | | | | | |

* $p<0.05$ Kullanılan test: Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ; Stepwise Yöntemi

Destek algısı, engel algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yaşam doyumunu yordadığı görülmektedir ($R=.47, R^2=.21, p<0.05$). Kurulan regresyon modelinde olan bağımsız değişkenlerin yaşam doyumundaki değişimin %21'ini açıkladığı tespit edilmiştir. Beta değerine göre sıralaması ise; engel algısı ($\beta=-.27$), destek algısı ($\beta=.26$), sonuç beklentisi algısı ($\beta=.24$) şeklindedir. Engel algısının negatif etkiye sahip olduğu, destek algısı ve sonuç beklentisi algısının pozitif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Yaşam doyumunu en çok açıklayan değişkenin engel algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir.

Tablo 7. Çok Boyutlu Diyatbet Anketinin Yeme Tutumu Ölçeğini Yordaması

| | B | SH | β | t | p |
|--------------------------------|--------|------|---------|-------|--------|
| (Sabit) | -15.99 | 6.97 | | -2.29 | 0.023 |
| Özyeterlik Algısı | 0.21 | 0.04 | 0.38 | 5.75 | 0.000* |
| Sonuç Beklentisi Algısı | 0.24 | 0.08 | 0.20 | 3.05 | 0.003* |
| <i>R=.49 R²=.24</i> | | | | | |
| <i>F=31.17 p=0.000</i> | | | | | |

* $p < 0.05$ Kullanılan test: Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ; Stepwise Yöntemi

Özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yeme tutumunu yordadığı görülmektedir ($R=.49$, $R^2=.24$, $p < 0.05$). Kurulan regresyon modelinde olan bağımsız değişkenlerinin yeme tutumundaki değişimin %24'ünü açıkladığı tespit edilmiştir. Beta değerine göre sıralaması ise; özyeterlik algısı ($\beta=.38$), sonuç beklentisi algısı ($\beta=.20$) şeklindedir. Özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısının pozitif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Yeme tutumunu en çok açıklayan değişkenin özyeterlik algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir.

Tablo 8. Cinsiyete Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması

| | | n | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | p |
|---|-------|----|-----------|-------|-------|--------|--------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | Kadın | 99 | 20.37 | 13.35 | 2.55 | 182.77 | 0.011* |
| | Erkek | 99 | 16.07 | 10.13 | | | |
| Diyet Yapma | Kadın | 99 | 12.30 | 9.02 | 1.93 | 187.58 | 0.055 |
| | Erkek | 99 | 10.05 | 7.28 | | | |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | Kadın | 99 | 2.52 | 3.34 | 1.69 | 190.01 | 0.093 |
| | Erkek | 99 | 1.78 | 2.79 | | | |
| Yemeyi Kontrol | Kadın | 99 | 5.56 | 5.38 | 1.92 | 184.07 | 0.056 |
| | Erkek | 99 | 4.24 | 4.15 | | | |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | Kadın | 99 | 15.34 | 5.47 | 0.54 | 196 | 0.592 |
| | Erkek | 99 | 14.95 | 4.85 | | | |
| Engel Algısı | Kadın | 99 | 3.48 | 1.41 | 2.26 | 196 | 0.025* |
| | Erkek | 99 | 3.04 | 1.31 | | | |
| Ciddiyet Algısı | Kadın | 99 | 4.91 | 1.38 | 1.00 | 196 | 0.320 |
| | Erkek | 99 | 4.73 | 1.23 | | | |
| Destek Algısı | Kadın | 99 | 4.05 | 1.75 | -3.35 | 176.26 | 0.001* |
| | Erkek | 99 | 4.77 | 1.24 | | | |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | Kadın | 99 | 3.02 | 1.94 | -3.30 | 196 | 0.001* |
| | Erkek | 99 | 3.88 | 1.70 | | | |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | Kadın | 99 | 0.40 | 0.51 | 3.69 | 165.41 | 0.000* |
| | Erkek | 99 | 0.18 | 0.32 | | | |
| Özyeterlik Algısı | Kadın | 99 | 54.40 | 23.05 | -1.65 | 196 | 0.100 |
| | Erkek | 99 | 59.63 | 21.40 | | | |
| Sonuç Beklentisi Algısı | Kadın | 99 | 93.69 | 10.21 | 0.12 | 196 | 0.907 |
| | Erkek | 99 | 93.52 | 10.14 | | | |

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yeme Tutumu Ölçeğinden ($t(182.77)=2.55, p<0.05$), Engel Algısı alt ölçeğinden ($t(196)=2.26, p<0.05$), Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçeğinden ($t(165.41)=3.69, p<0.05$) aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Destek Algısı alt ölçeğinden ($t(176.26)=-3.35, p<0.05$), Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden ($t(196)=-3.30, p<0.05$) aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması

| | | n | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | p |
|--|-------|-----|-----------|-------|-------|--------|--------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | Evet | 102 | 16.89 | 11.48 | -1.61 | 196 | 0.109 |
| | Hayır | 96 | 19.64 | 12.47 | | | |
| Diyet Yapma | Evet | 102 | 10.27 | 7.91 | -1.59 | 196 | 0.113 |
| | Hayır | 96 | 12.14 | 8.54 | | | |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | Evet | 102 | 2.23 | 3.15 | 0.37 | 196 | 0.712 |
| | Hayır | 96 | 2.06 | 3.04 | | | |
| Yemeyi Kontrol | Evet | 102 | 4.39 | 4.54 | -1.53 | 196 | 0.129 |
| | Hayır | 96 | 5.44 | 5.09 | | | |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | Evet | 102 | 15.29 | 4.91 | 0.203 | 196 | 0.839 |
| | Hayır | 96 | 15.15 | 5.35 | | | |
| Engel Algısı | Evet | 102 | 3.04 | 1.39 | -2.39 | 196 | 0.018* |
| | Hayır | 96 | 3.50 | 1.32 | | | |
| Ciddiyet Algısı | Evet | 102 | 4.83 | 1.18 | 0.15 | 196 | 0.882 |
| | Hayır | 96 | 4.81 | 1.44 | | | |
| Destek Algısı | Evet | 102 | 4.47 | 1.64 | 0.53 | 196 | 0.599 |
| | Hayır | 96 | 4.35 | 1.47 | | | |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | Evet | 102 | 3.65 | 1.91 | 1.55 | 196 | 0.122 |
| | Hayır | 96 | 3.24 | 1.81 | | | |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | Evet | 102 | 0.22 | 0.36 | -2.32 | 173.66 | 0.021* |
| | Hayır | 96 | 0.36 | 0.49 | | | |
| Özyeterlik Algısı | Evet | 102 | 54.90 | 22.04 | -1.38 | 196 | 0.170 |
| | Hayır | 96 | 59.26 | 22.55 | | | |
| Sonuç Beklentisi Algısı | Evet | 102 | 94.40 | 9.92 | 1.15 | 196 | 0.253 |
| | Hayır | 96 | 92.75 | 10.37 | | | |

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Destek Algısı, Pozitif Destekleyici

Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Engel Algısı alt ölçeğinden ($t(196)=-2.39, p<0.05$), Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçeğinden ($t(173.66)=-2.32, p<0.05$) aldıkları puanlar çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 10. Gelir Durumuna Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması

| | | n | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | p |
|--|-------------|-----|-----------|-------|-------|-------|--------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | Düşük | 39 | 18.28 | 14.78 | 0.03 | 49.41 | 0.977 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 18.21 | 11.29 | | | |
| Diyet Yapma | Düşük | 39 | 10.05 | 9.51 | -0.85 | 51.67 | 0.399 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 11.45 | 7.92 | | | |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | Düşük | 39 | 2.69 | 3.76 | 1.05 | 49.63 | 0.297 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 2.01 | 2.90 | | | |
| Yemeyi Kontrol | Düşük | 39 | 5.54 | 6.22 | 0.75 | 47.89 | 0.455 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 4.74 | 4.44 | | | |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | Düşük | 39 | 10.74 | 4.89 | -6.75 | 196 | 0.000* |
| | Orta/Yüksek | 159 | 16.32 | 4.56 | | | |
| Engel Algısı | Düşük | 39 | 3.45 | 1.40 | 0.96 | 196 | 0.338 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 3.21 | 1.37 | | | |
| Ciddiyet Algısı | Düşük | 39 | 4.37 | 1.88 | -1.80 | 44.62 | 0.079 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 4.93 | 1.10 | | | |
| Destek Algısı | Düşük | 39 | 3.47 | 1.77 | -3.86 | 50.40 | 0.000* |
| | Orta/Yüksek | 159 | 4.65 | 1.41 | | | |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | Düşük | 39 | 2.48 | 1.97 | -3.72 | 196 | 0.000* |
| | Orta/Yüksek | 159 | 3.69 | 1.77 | | | |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | Düşük | 39 | 0.46 | 0.54 | 2.31 | 48.44 | 0.025 |
| | Orta/Yüksek | 159 | 0.25 | 0.40 | | | |
| Özyeterlik Algısı | Düşük | 39 | 50.00 | 24.17 | -2.21 | 196 | 0.028* |
| | Orta/Yüksek | 159 | 58.74 | 21.60 | | | |
| Sonuç Beklentisi Algısı | Düşük | 39 | 89.96 | 13.30 | -2.02 | 46.96 | 0.049* |
| | Orta/Yüksek | 159 | 94.50 | 9.05 | | | |

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Engel Algısı, Ciddiyet Algısı alt ölçeği gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yaşam Doyumu Ölçeğinden ($t(196)=-6.75, p<0.05$), Destek Algısı alt ölçeğinden ($t(50.40)=-3.86, p<0.05$), Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden ($t(196)=-3.72, p<0.05$), Özyeterlik Algısı alt ölçeğinden ($t(196)=-2.21, p<0.05$), Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeğinden ($t(46.96)=-2.02, p<0.05$) aldıkları puanlar gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında orta/yüksek geliri olanların, düşük geliri olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçeğinden ($t(48.44)=2.31$, $p<0.05$) aldıkları puanlar gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında düşük geliri olanların, orta/yüksek geliri olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 11. Çocuk Sahibi Olup Olmama Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması

| | | n | \bar{X} | Ss. | t | Sd. | p |
|--|-------|-----|-----------|-------|-------|--------|--------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | Evet | 169 | 17.96 | 11.63 | -0.73 | 196 | 0.468 |
| | Hayır | 29 | 19.72 | 14.19 | | | |
| Diyet Yapma | Evet | 169 | 11.21 | 8.29 | 0.15 | 196 | 0.882 |
| | Hayır | 29 | 10.97 | 8.16 | | | |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | Evet | 169 | 2.11 | 3.09 | -0.37 | 196 | 0.709 |
| | Hayır | 29 | 2.34 | 3.14 | | | |
| Yemeyi Kontrol | Evet | 169 | 4.64 | 4.37 | -1.35 | 32.030 | 0.187 |
| | Hayır | 29 | 6.41 | 6.85 | | | |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | Evet | 169 | 15.38 | 5.29 | 1.283 | 47.57 | 0.206 |
| | Hayır | 29 | 14.31 | 3.91 | | | |
| Engel Algısı | Evet | 169 | 3.37 | 1.36 | 2.63 | 196 | 0.009* |
| | Hayır | 29 | 2.65 | 1.33 | | | |
| Ciddiyet Algısı | Evet | 169 | 4.87 | 1.31 | 1.30 | 196 | 0.195 |
| | Hayır | 29 | 4.53 | 1.29 | | | |
| Destek Algısı | Evet | 169 | 4.30 | 1.55 | -2.58 | 196 | 0.011* |
| | Hayır | 29 | 5.09 | 1.42 | | | |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | Evet | 169 | 3.31 | 1.83 | -2.65 | 196 | 0.009* |
| | Hayır | 29 | 4.29 | 1.93 | | | |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | Evet | 169 | 0.30 | 0.45 | 0.42 | 196 | 0.672 |
| | Hayır | 29 | 0.26 | 0.39 | | | |
| Özyeterlik Algısı | Evet | 169 | 56.57 | 22.26 | -0.67 | 196 | 0.501 |
| | Hayır | 29 | 59.61 | 23.01 | | | |
| Sonuç Beklentisi Algısı | Evet | 169 | 93.66 | 9.85 | 0.20 | 196 | 0.839 |
| | Hayır | 29 | 93.25 | 11.96 | | | |

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği çocuk sahibi olup olmama değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Engel Algısı alt ölçeğinden ($t(196)=2.63$, $Sd.=196$, $p<0.05$) aldıkları puanlar çocuk sahibi olup olmama değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Destek Algısı alt ölçeğinden ($t(196)=-2.58$, $Sd.=196$, $p<0.05$), Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden ($t(196)=-2.65$, $Sd.=196$, $p<0.05$) aldıkları puanlar çocuk sahibi olup olmama değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında hayır diyenlerin, evet diyenlere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 12. Yaşa Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması

| | | n | \bar{X} | Ss. | Var. K. | K.T | Sd. | K.O | F | p |
|--|------------|-----|-----------|-------|---------|----------|-----|--------|------|--------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | 25-34 | 33 | 19.06 | 13.60 | G.Arası | 300.35 | 3 | 100.12 | 0.69 | 0.559 |
| | 35-44 | 45 | 18.20 | 12.23 | G.İçi | 28137.87 | 194 | 145.04 | | |
| | 45-54 | 56 | 19.61 | 12.42 | Toplam | 28438.22 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 16.59 | 10.66 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 18.22 | 12.01 | | | | | | |
| Diyet Yapma | 25-34 | 33 | 10.79 | 7.62 | G.Arası | 47.32 | 3 | 15.77 | 0.23 | 0.876 |
| | 35-44 | 45 | 10.80 | 7.85 | G.İçi | 13375.49 | 194 | 68.95 | | |
| | 45-54 | 56 | 11.95 | 8.98 | Toplam | 13422.81 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 10.97 | 8.33 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 11.18 | 8.25 | | | | | | |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | 25-34 | 33 | 1.91 | 2.64 | G.Arası | 79.50 | 3 | 26.50 | 2.85 | 0.039* |
| | 35-44 | 45 | 2.36 | 2.87 | G.İçi | 1803.25 | 194 | 9.30 | | |
| | 45-54 | 56 | 2.98 | 3.76 | Toplam | 1882.75 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 1.39 | 2.65 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 2.15 | 3.09 | | | | | | |
| Yemeyi Kontrol | 25-34 | 33 | 6.36 | 6.61 | G.Arası | 102.73 | 3 | 34.24 | 1.48 | 0.222 |
| | 35-44 | 45 | 5.04 | 4.37 | G.İçi | 4501.25 | 194 | 23.20 | | |
| | 45-54 | 56 | 4.68 | 4.99 | Toplam | 4603.98 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 4.23 | 3.76 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 4.90 | 4.83 | | | | | | |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | 25-34 | 33 | 14.73 | 3.91 | G.Arası | 15.54 | 3 | 5.18 | 0.20 | 0.899 |
| | 35-44 | 45 | 15.31 | 5.34 | G.İçi | 5144.68 | 194 | 26.52 | | |
| | 45-54 | 56 | 15.09 | 5.34 | Toplam | 5160.22 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 15.53 | 5.39 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 15.22 | 5.12 | | | | | | |
| Engel Algısı | 25-34 | 33 | 2.70 | 1.40 | G.Arası | 13.01 | 3 | 4.34 | 2.33 | 0.075 |
| | 35-44 | 45 | 3.33 | 1.21 | G.İçi | 360.63 | 194 | 1.86 | | |
| | 45-54 | 56 | 3.44 | 1.32 | Toplam | 373.64 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 3.34 | 1.48 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 3.26 | 1.38 | | | | | | |
| Ciddiyet Algısı | 25-34 | 33 | 4.45 | 1.37 | G.Arası | 7.33 | 3 | 2.44 | 1.44 | 0.233 |
| | 35-44 | 45 | 5.06 | 1.02 | G.İçi | 329.68 | 194 | 1.70 | | |
| | 45-54 | 56 | 4.77 | 1.51 | Toplam | 337.02 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 4.88 | 1.25 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 4.82 | 1.31 | | | | | | |
| Destek Algısı | 25-34 | 33 | 4.88 | 1.48 | G.Arası | 13.57 | 3 | 4.52 | 1.90 | 0.131 |
| | 35-44 | 45 | 4.36 | 1.66 | G.İçi | 461.58 | 194 | 2.38 | | |
| | 45-54 | 56 | 4.09 | 1.68 | Toplam | 475.15 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 4.49 | 1.35 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 4.41 | 1.55 | | | | | | |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | 25-34 | 33 | 4.13 | 1.90 | G.Arası | 27.30 | 3 | 9.10 | 2.67 | 0.049* |
| | 35-44 | 45 | 3.46 | 1.90 | G.İçi | 661.21 | 194 | 3.41 | | |
| | 45-54 | 56 | 2.99 | 1.87 | Toplam | 688.52 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 3.49 | 1.76 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 3.45 | 1.87 | | | | | | |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | 25-34 | 33 | 0.34 | 0.46 | G.Arası | 0.52 | 3 | 0.17 | 0.90 | 0.442 |
| | 35-44 | 45 | 0.22 | 0.38 | G.İçi | 37.04 | 194 | 0.19 | | |
| | 45-54 | 56 | 0.34 | 0.47 | Toplam | 37.55 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 0.27 | 0.44 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 0.29 | 0.44 | | | | | | |
| Özyeterlik Algısı | 25-34 | 33 | 58.66 | 20.54 | G.Arası | 900.74 | 3 | 300.25 | 0.60 | 0.617 |
| | 35-44 | 45 | 55.95 | 22.17 | G.İçi | 97399.67 | 194 | 502.06 | | |
| | 45-54 | 56 | 54.27 | 23.72 | Toplam | 98300.41 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 59.32 | 22.30 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 57.02 | 22.34 | | | | | | |
| Sonuç Beklentisi Algısı | 25-34 | 33 | 94.07 | 10.21 | G.Arası | 118.37 | 3 | 39.46 | 0.38 | 0.768 |
| | 35-44 | 45 | 94.81 | 9.49 | G.İçi | 20181.15 | 194 | 104.03 | | |
| | 45-54 | 56 | 93.23 | 10.29 | Toplam | 20299.52 | 197 | | | |
| | 55 ve üstü | 64 | 92.84 | 10.59 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 93.60 | 10.15 | | | | | | |

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Engel Algısı, Ciddiyet Algısı, Destek Algısı, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği yaş değişkenine kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti alt ölçeğinden ($F(3.194)=2.85$, $p<0.05$) aldıkları ortalama puanların yaş değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağılmadığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p<0.05$). Games-Howell bulguları incelediğinde, 45-54 yaş arası olan grup 55 ve üstü gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden ($F(3.194)=2.67$, $p<0.05$) aldıkları ortalama puanların yaş değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Scheffe bulguları incelediğinde, 25-34 yaş arası olan grup 45-54 yaş arası gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13. Eğitim Durumuna Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması

| | | n | \bar{X} | Ss. | Var. K. | K.T | Sd. | K.O | F | p |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----|-----------|-------|---------|----------|-----|--------|------|-------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | İlkokul | 74 | 17.34 | 13.03 | G.Arası | 281.12 | 3 | 93.71 | 0.65 | 0.587 |
| | Ortaokul | 24 | 19.83 | 9.93 | G.İçi | 28157.11 | 194 | 145.14 | | |
| | Lise | 37 | 20.11 | 13.49 | Toplam | 28438.22 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 17.54 | 10.58 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 18.22 | 12.01 | | | | | | |
| Diyet Yapma | İlkokul | 74 | 10.65 | 9.18 | G.Arası | 245.22 | 3 | 81.74 | 1.20 | 0.310 |
| | Ortaokul | 24 | 10.92 | 8.07 | G.İçi | 13177.59 | 194 | 67.93 | | |
| | Lise | 37 | 13.49 | 8.90 | Toplam | 13422.81 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 10.54 | 6.57 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 11.18 | 8.25 | | | | | | |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | İlkokul | 74 | 1.97 | 3.21 | G.Arası | 16.38 | 3 | 5.46 | 0.57 | 0.637 |
| | Ortaokul | 24 | 2.83 | 3.67 | G.İçi | 1866.37 | 194 | 9.62 | | |
| | Lise | 37 | 2.32 | 3.20 | Toplam | 1882.75 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 1.98 | 2.65 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 2.15 | 3.09 | | | | | | |
| Yemeyi Kontrol | İlkokul | 74 | 4.72 | 4.67 | G.Arası | 50.39 | 3 | 16.80 | 0.72 | 0.544 |
| | Ortaokul | 24 | 6.08 | 5.04 | G.İçi | 4553.59 | 194 | 23.47 | | |
| | Lise | 37 | 4.30 | 4.65 | Toplam | 4603.98 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 5.02 | 5.08 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 4.90 | 4.83 | | | | | | |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | İlkokul | 74 | 14.45 | 5.51 | G.Arası | 164.02 | 3 | 54.67 | 2.12 | 0.099 |
| | Ortaokul | 24 | 13.96 | 5.15 | G.İçi | 4996.21 | 194 | 25.75 | | |
| | Lise | 37 | 15.84 | 5.07 | Toplam | 5160.22 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 16.25 | 4.48 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 15.22 | 5.12 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----|-------|-------|---------|----------|-----|---------|------|--------|
| Engel Algısı | İlkokul | 74 | 3.79 | 1.30 | G.Arası | 44.40 | 3 | 14.80 | 8.72 | 0.000* |
| | Ortaokul | 24 | 3.57 | 1.37 | G.İçi | 329.24 | 194 | 1.70 | | |
| | Lise | 37 | 2.87 | 1.32 | Toplam | 373.64 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 2.75 | 1.27 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 3.26 | 1.38 | | | | | | |
| Ciddiyet Algısı | İlkokul | 74 | 4.98 | 1.42 | G.Arası | 3.79 | 3 | 1.26 | 0.74 | 0.532 |
| | Ortaokul | 24 | 4.81 | 1.18 | G.İçi | 333.23 | 194 | 1.72 | | |
| | Lise | 37 | 4.61 | 1.51 | Toplam | 337.02 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 4.76 | 1.08 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 4.82 | 1.31 | | | | | | |
| Destek Algısı | İlkokul | 74 | 4.04 | 1.56 | G.Arası | 19.41 | 3 | 6.47 | 2.75 | 0.044* |
| | Ortaokul | 24 | 4.40 | 1.62 | G.İçi | 455.74 | 194 | 2.35 | | |
| | Lise | 37 | 4.58 | 1.57 | Toplam | 475.15 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 4.77 | 1.44 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 4.41 | 1.55 | | | | | | |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | İlkokul | 74 | 3.00 | 1.85 | G.Arası | 28.30 | 3 | 9.43 | 2.77 | 0.043* |
| | Ortaokul | 24 | 3.44 | 1.73 | G.İçi | 660.21 | 194 | 3.40 | | |
| | Lise | 37 | 3.59 | 2.10 | Toplam | 688.52 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 3.90 | 1.72 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 3.45 | 1.87 | | | | | | |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | İlkokul | 74 | 0.33 | 0.47 | G.Arası | 0.35 | 3 | 0.12 | 0.61 | 0.608 |
| | Ortaokul | 24 | 0.25 | 0.40 | G.İçi | 37.20 | 194 | 0.19 | | |
| | Lise | 37 | 0.22 | 0.38 | Toplam | 37.55 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 0.29 | 0.44 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 0.29 | 0.44 | | | | | | |
| Özyeterlik Algısı | İlkokul | 74 | 52.46 | 21.41 | G.Arası | 3206.14 | 3 | 1068.71 | 2.18 | 0.092 |
| | Ortaokul | 24 | 58.33 | 24.17 | G.İçi | 95094.28 | 194 | 490.18 | | |
| | Lise | 37 | 63.51 | 23.54 | Toplam | 98300.41 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 58.05 | 21.34 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 57.02 | 22.34 | | | | | | |
| Sonuç Beklentisi Algısı | İlkokul | 74 | 92.85 | 10.89 | G.Arası | 84.06 | 3 | 28.02 | 0.27 | 0.848 |
| | Ortaokul | 24 | 93.40 | 10.42 | G.İçi | 20215.46 | 194 | 104.20 | | |
| | Lise | 37 | 94.48 | 9.16 | Toplam | 20299.52 | 197 | | | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri | 63 | 94.05 | 9.86 | | | | | | |
| | Toplam | 198 | 93.60 | 10.15 | | | | | | |

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği eğitim durumu kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Engel Algısı alt ölçeğinden ($F(3.194)=8.72$, $p<0.05$) aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Scheffe bulguları incelediğinde, ilkokul mezunu olan grubun lise mezunu ve Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri/yüksek lisans ve üzeri mezunu olan gruptan daha yüksek, ortaokul mezunu olan grubun Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri/yüksek lisans ve üzeri mezunu olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Destek Algısı alt ölçeğinden ($F(3.194)=2.75, p<0.05$) aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Scheffe bulguları incelediğinde, Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri/yüksek lisans ve üzeri mezunu olan grubun ilkokul mezunu olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden ($F(3.194)=2.77, p<0.05$) aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Scheffe bulguları incelediğinde, Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri/yüksek lisans ve üzeri mezunu olan grubun ilkokul mezunu olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 14. Medeni Duruma Göre Yeme Tutumu Ölçeği-26, Yaşam Doyumu Ölçeği, Çok Boyutlu Diyabet Anketinin Karşılaştırılması

| | | n | \bar{X} | Ss. | Var. K. | K.T | Sd. | K.O | F | p |
|-------------------------------------|--------------|-----|-----------|-------|---------|----------|-----|--------|------|--------|
| Yeme Tutumu Ölçeği | Evli | 156 | 17.64 | 11.47 | G.Arası | 520.05 | 2 | 260.02 | 1.82 | 0.165 |
| | Bekar | 24 | 22.58 | 13.26 | G.İçi | 27918.18 | 195 | 143.17 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 17.44 | 14.31 | Toplam | 28438.22 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 18.22 | 12.01 | | | | | | |
| Diyet Yapma | Evli | 156 | 10.91 | 8.03 | G.Arası | 53.79 | 2 | 26.90 | 0.39 | 0.676 |
| | Bekar | 24 | 12.33 | 7.83 | G.İçi | 13369.02 | 195 | 68.56 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 11.94 | 10.76 | Toplam | 13422.81 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 11.18 | 8.25 | | | | | | |
| Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti | Evli | 156 | 2.17 | 3.10 | G.Arası | 29.35 | 2 | 14.67 | 1.54 | 0.216 |
| | Bekar | 24 | 2.79 | 3.26 | G.İçi | 1853.40 | 195 | 9.50 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 1.11 | 2.61 | Toplam | 1882.75 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 2.15 | 3.09 | | | | | | |
| Yemeyi Kontrol | Evli | 156 | 4.56 | 4.31 | G.Arası | 179.38 | 2 | 89.69 | 3.95 | 0.021* |
| | Bekar | 24 | 7.46 | 6.70 | G.İçi | 4424.60 | 195 | 22.69 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 4.39 | 5.51 | Toplam | 4603.98 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 4.90 | 4.83 | | | | | | |
| Yaşam Doyumu Ölçeği | Evli | 156 | 15.56 | 5.14 | G.Arası | 103.41 | 2 | 51.70 | 1.99 | 0.139 |
| | Bekar | 24 | 14.58 | 3.35 | G.İçi | 5056.81 | 195 | 25.93 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 13.17 | 6.41 | Toplam | 5160.22 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 15.22 | 5.12 | | | | | | |
| Engel Algısı | Evli | 156 | 3.27 | 1.36 | G.Arası | 11.51 | 2 | 5.75 | 3.10 | 0.047* |

| | | | | | | | | | | |
|--|--------------|-----|-------|-------|---------|----------|-----|--------|------|--------|
| | Bekar | 24 | 2.78 | 1.34 | G.İçi | 362.13 | 195 | 1.86 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 3.83 | 1.39 | Toplam | 373.64 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 3.26 | 1.38 | | | | | | |
| Ciddiyet Algısı | Evli | 156 | 4.86 | 1.30 | G.Arası | 1.01 | 2 | 0.50 | 0.29 | 0.747 |
| | Bekar | 24 | 4.68 | 1.01 | G.İçi | 336.01 | 195 | 1.72 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 4.69 | 1.74 | Toplam | 337.02 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 4.82 | 1.31 | | | | | | |
| Destek Algısı | Evli | 156 | 4.29 | 1.54 | G.Arası | 33.60 | 2 | 16.80 | 7.42 | 0.001* |
| | Bekar | 24 | 5.50 | 0.97 | G.İçi | 441.55 | 195 | 2.26 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 4.00 | 1.73 | Toplam | 475.15 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 4.41 | 1.55 | | | | | | |
| Pozitif Destekleyici Davranışlar | Evli | 156 | 3.31 | 1.80 | G.Arası | 42.88 | 2 | 21.44 | 6.48 | 0.002* |
| | Bekar | 24 | 4.69 | 1.74 | G.İçi | 645.64 | 195 | 3.31 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 3.04 | 2.05 | Toplam | 688.52 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 3.45 | 1.87 | | | | | | |
| Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar | Evli | 156 | 0.24 | 0.41 | G.Arası | 3.31 | 2 | 1.65 | 9.42 | 0.000* |
| | Bekar | 24 | 0.30 | 0.42 | G.İçi | 34.24 | 195 | 0.18 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 0.69 | 0.46 | Toplam | 37.55 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 0.29 | 0.44 | | | | | | |
| Özyeterlik Algısı | Evli | 156 | 57.14 | 21.60 | G.Arası | 1897.89 | 2 | 948.94 | 1.92 | 0.149 |
| | Bekar | 24 | 62.35 | 23.24 | G.İçi | 96402.53 | 195 | 494.37 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 48.81 | 26.16 | Toplam | 98300.41 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 57.02 | 22.34 | | | | | | |
| Sonuç Beklentisi Algısı | Evli | 156 | 94.04 | 9.57 | G.Arası | 590.77 | 2 | 295.38 | 2.92 | 0.056 |
| | Bekar | 24 | 94.79 | 10.30 | G.İçi | 19708.76 | 195 | 101.07 | | |
| | Boşanmış/Dul | 18 | 88.19 | 13.43 | Toplam | 20299.52 | 197 | | | |
| | Toplam | 198 | 93.60 | 10.15 | | | | | | |

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Yemeyi Kontrol alt ölçeğinden ($F(2.195)=3.95$, $p < 0.05$) aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağılmadığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Games-Howell bulguları incelediğinde, bekar olan grubun evli olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Engel Algısı alt ölçeğinden ($F(2.195)=3.10$, $p < 0.05$) aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında

anlamli farklilik tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Scheffe bulguları incelediğinde, boşanmış/dul olan grubun bekar olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Destek Algısı alt ölçeğinden ($F(2.195)=7.42$, $p<0.05$) aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklilik tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağılmadığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p<0.05$). Games-Howell bulguları incelediğinde, bekar olan grubun evli ve boşanmış/dul olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden ($F(2.195)=6.48$, $p<0.05$) aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklilik tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Scheffe bulguları incelediğinde, bekar olan grubun evli ve boşanmış/dul olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçeğinden ($F(2.195)=9.42$, $p<0.05$) aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklilik tespit edilmiştir. Grup varyanslarının homojen dağıldığı Levene's testi ile tespit edilmiştir ($p>0.05$). Scheffe bulguları incelediğinde, boşanmış/dul olan grubun evli ve bekar olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5.1.Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde diyabet hastalarının yaşam doyumları ile yeme tutumları arasındaki ilişki incelenmiş, demografik değişkenlerden elde edilen bulgular sunulmuş ve ilgili literatür taraması sonucunda tartışılıp yorumlanmıştır. Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Alanyazında yapılan bir çalışmada diyabet hastalığının oldukça kötü bir hastalık olarak tanımlandığı ve bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz düzeyde etkilediği belirtilmiştir (Lengerli, 2016). Taşkın (2006) tarafından yapılan çalışmaya göre katılımcıların diyabeti oldukça zor bir hastalık olarak tanımladıkları, Lewis ve Newell (2014) yaptıkları çalışmaya göre ise katılımcıların diyabeti bütün hastalıkların anası olarak ifade ettikleri belirtilmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerinden alınan istatistiklere göre dünyada diyabetli insan nüfusunun 382 milyon olduğu belirtilmiştir. 2035 yılında bu sayının 592 milyona çıkacağı öngörülmektedir. En yüksek diyabetli insan yaş aralığının ise 40 ile 59 arasında olduğu belirtilmiştir (Diyabet Cemiyeti, 2021). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise erkeklerin %40’ının kadınların ise %60’ının diyabetli olduğu görülmüştür (TURDEP-II, 2021).

Araştırmanın demografik değişkenlerine göre katılımcıların %37.4’ü ilkokul mezunu, %12.1’i ortaokul mezunu, %18.7’si lise mezunu, %31.8’i üniversite/yüksek lisans ve üzeri, %19.7’sinin gelir durumu düşük, %80.3’ünün gelir durumu orta/yüksek, %78.8’i evli, %12.1’i bekar, %9.1’i boşanmış/dul, %85.4’ünün çocuğu var, %14.6’sının çocuğu yok, %1’inin çocukları dışında bakmakla yükümlü olduğu biri var, %99’unun yok, %14.6’sının çocuğu yok, %10.1’inin 1 tane çocuğu, %30.3’ünün 2 tane çocuğu, %24.2’sinin 3 çocuğu, %14.6’sının 4 çocuğu, %6.1’inin 5 ve üstü sayıda çocuğu var, %100’ünün kronik bir hastalığı (diyabet) var, %96.5’i ilaç kullanıyor, %3.5’i ilaç kullanmıyor, %1’inin psikolojik rahatsızlığı var, %99’unun olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların %50’si kadın, %50’si erkek, %16.7’si 25-34 yaşları arasında, %22.7’si 35- 44 yaşları arasında, %28.3’ü 45-54 yaşları arasında, %32.3’ü 55 ve üstü yaşlarında olduğu belirlendi. Aslı (2019) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastası katılımcıların %38.3’ünün 50 ile 59 yaş aralığında olduğu, Coşar (2003) tarafından

yapılan çalışmada ise %33'ünün 52 ile 58 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Ersoy ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastası bireylerin yaş ortalamasının 68 olduğu, Erkoç (2015) tarafından yapılan çalışmada ise diyabet hastası bireylerin yaş ortalamasının 50.7 olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da diyabet hastası bireylerin daha çok orta yaş üstü bireyler olduğu görülmektedir.

Çok Boyutlu Diyabet Ölçeği, Yaşam Doyumu ve Yeme Tutumuna Yönelik Demografik Bulguların Tartışma ve Yorumu

Araştırmaya dâhil olan katılımcıların yaşına göre Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Engel Algısı, Ciddiyet Algısı, Destek Algısı, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği yaş değişkenine kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların yaş değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 45-54 yaş arası olan grup 55 ve üstü gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Yeme meşguliyeti bireylerin bedenleriyle ilişkili duygusal ve bilişsel tutumları içeren ve kişinin bedenine yönelik duygu ve düşüncelerini belirten zihinsel süreçleri aşırı şekilde meşgul eden kavramdır (Fairburn, 2008). 45 ile 55 yaş arasındaki bireylerin bulimiya ve yeme meşguliyetlerin 55 yaş ve üstü gruptan daha yüksek olmasının sebebinin 45 ile 55 yaş arası bireylerin orta yaşa daha yakın olması ve diyabet hastalığına dair daha fazla tutuma sahip oldukları düşünülmektedir.

Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların yaş değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 25-34 yaş arası olan grup 45-54 yaş arası gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Pozitif destekleyici davranış alt boyutunda diyabete sahip olan kişinin eşi gibi en yakını ya da yakın olan başka birisinin, diyabete sahip kişinin hastalığını kontrol altına almasına ve yönetmesine yönelik destekleyici davranışların olması olarak açıklanmıştır. 25 ile 34 yaş arasındaki bireylerin 45-54 yaş grubundaki bireylerden daha genç olması, evliliklerin daha taze olması gibi etkenlerin olabileceği düşünülmüştür. Evli olmayan genç bireylerin ise kendi aileleri ile

yaşamaları ya da arkadaş çevresinden destek almasının daha muhtemel olduğu varsayılmıştır.

Yapılan bu çalışmaya diyabet hastası olan 198 kişi katılmış ve yaş aralığı 25 ile 60 arasında değişmektedir. Örneklemin geniş bir yaş aralığında yapılması sonucunda çalışmanın yaş değişkenine göre yeme tutumu ve yaşam doyumunu etkilemediği düşünülmektedir. Aydemir (2013) tarafından yapılan çalışmada özel eğitim alanında çalışan öğretmenlerin yaşam doyumları ve tükenmişlik düzeyleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda öğretmenleri yaşları arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı ve tükenmişlik düzeylerinin arttığı belirtilmiştir. Tomrukçu (2010) tarafından yapılan çalışmada da yaş ilerledikçe yaşam doyumu düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

Araştırmanın cinsiyet değişkenine göre katılımcıların Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Literatürde yapılan bir araştırmada kadınların ve erkeklerin yaşam doyum düzeyleri incelenmiş ve kadınların yaşam doyumlarının erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Baştürk, 2016). Boysan (2012) yaptığı çalışmasında 645 üniversite öğrencisinin yaşam doyum düzeylerini incelemiş ve kız öğrencilerin yaşam doyum düzeylerinin erkek öğrencilerden daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Alanyazında yapılan diğer çalışmalarda da kadınların yaşam doyumlarının erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur (Tomrukçu, 2010; Taş, 2011; Özkan, 2013).

Yeme tutumu, engel algısı ölçeği, yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar alt ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Alanyazında yapılan başka bir çalışmada kadınların yeme tutum düzeylerinin erkeklerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Ünal ve ark. 2009). Yeme bozukluklarının ergenlerde ve genç kadınlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu ve günden güne arttığı bilinmektedir (Szweda ve Thorne, 2002; Yager ve Powers, 2008). Yapılan bu çalışma literatürdeki diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir (Turnbull ve ark., 1996; Büyükgöze-Kavas, 2007).

Destek Algısı alt ölçeğinden, Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Ortalamalar karşılaştırıldığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu bağlamda erkek bireylerin çevresindeki kişilerin diyabeti yönetmeye yönelik ve diyabet hastası kişinin motivasyonunu sağlamaya yönelik destek verdiği söylenebilir. Alanyazında yapılan bir çalışmada kadınların öz bakım gücünün ve sosyal desteklerinin erkeklerden daha fazla olduğu belirtilmiştir (Karakurt ve ark., 2013). Türkcan Düzöz ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada diyabetli bireylerde sosyal destek ve öz bakımın cinsiyet açısından farklılaşmadığı belirtilmiştir. Ünsar ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada ise erkek bireylerin sosyal destek ve öz bakım gücünün daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın eğitim durumu değişkenine göre yeme tutumu ölçeği, diyet yapma, bulimiya ve yeme meşguliyeti, yemeyi kontrol, yaşam doyumu ölçeği, ciddiye algısı, yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar, özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısı alt ölçeği eğitim durumu kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Zıba (2020) tarafından yapılan çalışmada örneklem grubunun eğitim düzeyi ile öz yeterlik algıları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Akturk ve Aydınalp (2018) yaptıkları çalışmada öz yeterlik düzeyleri ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulduklarını belirtmişlerdir.

Engel Algısı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İlkokul mezunu olan grubun lise mezunu ve Üniversite mezunu olan gruptan, ortaokul mezunu olan grubun Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre eğitim düzeyi azaldıkça algılanan engel algısının arttığı görülmüştür. Engel algısı alt boyutu diyabete sahip kişinin günlük yaşam aktivitelerinin, sosyal hayatının, iş hayatının ve işlevselliğinin ne düzeyde etkilediğini belirten alt boyuttur. Bu bağlamda eğitim düzeyi düşük kişilerin engel algısı ile baş etmelerinin güç olduğu, engel algılarının sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Coşansu (2009) tarafından yapılan çalışmaya göre ilköğretim mezunlarının engel puan ortalamasının ortaöğretim mezunlarına göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yükseköğretim mezunlarının ciddiye puan ortalaması ise ilköğretim mezunlarına kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür.

Destek Algısı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit

edilmiştir. Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri/yüksek lisans ve üzeri mezunu olan grubun ilkokul mezunu olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin destek algısı puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Kişilerin yüksek eğitime sahip olması akabinde çevresindeki arkadaşlarının, okul hayatından ya da iş hayatından arkadaşlarından oluşması muhtemel görülmektedir. Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek bireylerin baş etme stratejileri oluşturması, problem çözme becerilerinin gelişmiş olmasından kaynaklı destek algısını etkilediği düşünülmektedir. Şahin ve Altınel (2010) tarafından yapılan, yaşları 15 ile 49 arasında değişen ve kadınlardan oluşan çalışmada algılanan sosyal destek ile eğitim durumu değişkeni incelenmiş, çalışma sonucunda sosyal destek ile eğitim durumu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Arslantaş ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek puan ortalamalarının da arttığını belirtmişlerdir. Sarı ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olan bireylerin sosyal destek puanlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Arslantaş ve Ergin (2011) yaşları 50 ile 65 arasında değişen kişiler ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kişilerin aile desteğinin ve sosyal desteğinin arttığını ifade etmişlerdir.

Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların eğitim durumu değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite/Yüksek Lisans ve Üzeri ile yüksek lisans ve üzeri mezunu olan grubun ilkokul mezunu olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Coşar (2003) tarafından yapılan çalışmada diyabete sahip katılımcıların %46'sının ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Kartal (2006) tarafından yapılan çalışmada ise diyabet hastalığına sahip katılımcıların %50'sinin ilkokul mezunu olduğu ifade edilmiştir.

Araştırmanın çalışma durumu değişkenine göre Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumunu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Destek Algısı, Pozitif Destekleyici Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

Engel Algısı alt ölçeğinden Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçeğinden aldıkları puanlar çalışma durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında çalışmayan bireylerin puan

ortalamalarının çalışan bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmayan bireylerin sosyal çevresinin daha kısıtlı olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmayan bireylerde sosyal hayatta ya da iş hayatında işlevselliğin azalması durumunun yaşanmasının daha düşük bir ihtimal olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmanın gelir düzeyi demografik değişkenine göre Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Engel Algısı, Ciddiyet Algısı alt ölçeği gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Alanyazında yapılan çalışmada katılımcıların gelir düzeyleri ile yeme tutumu düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmişlerdir (Ünal ve ark., 2009). Alanyazında yapılan diğer çalışmalarda da sosyo ekonomik düzey ile yeme tutumu düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (Altuğ ve ark., 2000; Wang ve ark., 2005; Siyez ve Uzbaş, 2009).

Yaşam Doyumu, Destek Algısı, Pozitif Destekleyici Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeğinden aldıkları puanlar gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında orta/yüksek geliri olanların, düşük geliri olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Karakurt ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyleri yüksek olan bireylerin sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçeğine göre ortalamalar karşılaştırıldığında düşük geliri olanların, orta/yüksek geliri olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Maddi durum arttıkça yaşam doyumu, destek algısı, pozitif destekleyici davranışlar, özyeterlik algısı, sonuç beklentisi artmakta, maddi durum azaldıkça ise yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar artmaktadır. Coşansu (2009)'nun çalışmasına göre maddi durum arttıkça engel algısı, yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar azalmakta, destek algısı ve özyeterlik algısı artmaktadır. Yapılan bir çalışmada gelir düzeyinin artması sonucunda yaşam doyumunun da arttığı belirtilmiştir (Baştürk, 2016). Boysan (2012) tarafından yapılan çalışmada da yüksek gelire sahip olan katılımcıların düşük gelirli katılımcılara göre yaşam doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Fındıklı (2013) tarafından yapılan çalışmada da algılanan gelirin yüksek olması ile doğru orantılı bir şekilde yaşam doyumunun da yükseldiği ifade edilmiştir. Bu çalışmalar bizim çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda

bireylerinin hayatlarını sürdürebilecek ve ihtiyaçlarını kolaylıkla karşılayabilecek bir gelire sahip olmasının yaşam doyumunu arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırmanın medeni durum değişkenine göre Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Yemeyi Kontrol alt ölçeğine göre Bekâr olan grubun evli olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda bekâr bireyin yemek yeme düzeyini daha çok kontrol ettikleri söylenebilir. Engel Algısı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Boşanmış/dul olan grubun bekâr olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Destek Algısı alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bekâr olan grubun evli ve boşanmış/dul olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Alanyazında yapılan bir çalışmada bekâr bireylerin daha fazla engel algısına sahip oldukları, evli bireylerin ise daha fazla destek algısına sahip oldukları görülmüştür (Coşansu, 2009). Pozitif Destekleyici Davranışlara göre Bekâr olan grubun evli ve boşanmış/dul olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların medeni durum değişkenine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Boşanmış/dul olan grubun evli ve bekâr olan gruptan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Diyabet ile yaşayan kişilerde sosyal, mesleki, medeni yetenekler, doğurganlık, genetik, yaşam kalitesi, cinsiyetçilik ile ilgili yanlış kanılar, evliliğin önünde büyük engeller oluşturmakta ve bu kişilerde önemli diyabet sıkıntısı, depresyon ve psikolojik sorunlarla sonuçlanmaktadır. Diyabetli kişilerde olabilecek durumlar hastalıklar, engelli, bağımlı kişiler, evliliğe uygun olmayan ve diyabetli çocuk sahibi olma olasılığı olan komplike gebeliklere sahip kişiler olarak varsayılır. Birey, eş, aile ve toplum düzeyinde danışmanlık bu tür sorunların giderilmesine yardımcı olabilir (Khandelwal ve ark., 2018).

Katılımcıların çocuk durumu değişkenine göre Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Yaşam Doyumu Ölçeği, Ciddiyet Algısı, Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Davranışlar, Özyeterlik Algısı, Sonuç Beklentisi Algısı alt ölçeği çocuk sahibi olup olmama değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir.

Engel Algısı alt ölçeğinden aldıkları puanlar çocuk sahibi olup olmama değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Ortalamalar karşılaştırıldığında çocuk sahibi olanların, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda çocuk sahibi olan bireylerin daha fazla engel algısı taşıdıkları tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olan bireyleri sorumluluklarının daha fazla olmasının engel algısının oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir. Destek Algısı alt ölçeği, Pozitif Destekleyici Davranışlar alt ölçeğinde Ortalamalar karşılaştırıldığında çocuk sahibi olmayanların, çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Çocuk sahibi olmayan kişilerin daha fazla destek algısı ve pozitif destekleyici davranış gördüğü tespit edilmiştir.

Çok Boyutlu Diyabet, Yaşam Doyumu ve Yeme Tutumuna Yönelik Bulguların Tartışma ve Yorumu

Yeme tutumu ölçeği ile yaşam doyumu ölçeği puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, yeme tutumu ile destek algısı ve pozitif destekleyici davranışlar arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Yeme tutumu ölçeği ile özyeterlilik algısı ve sonuç beklentisi ile arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır. Whitemore ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada sosyal destek ile diyet arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığına bakılmış ve diyabet diyeti yapan kişilerde pozitif yönde desteğin arttığı bildirilmiştir.

Diyet Yapma ile Yaşam Doyumu Ölçeği puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Diyet Yapma ile Destek Algısı ve Pozitif Destekleyici Davranışlar arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki bulunmuştur. Diyet Yapma ile Özyeterlilik Algısı ve Sonuç Beklentisi Algısı arasında orta seviyede ve pozitif ilişki bulunmuştur. Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Engel Algısı puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Yemeyi kontrol ile yaşam doyumu ölçeği puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki bulunmuştur. Yemeyi kontrol ile destek algısı, pozitif destekleyici

davranışlar, özyeterlilik algısı ve sonuç beklentisi algısı puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Yaşam doyumu ölçeği ile engel algısı puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki görülmüştür. Yaşam doyumu ölçeği ile destek algısı ve pozitif destekleyici davranışlar, özyeterlilik algısı puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır. Yaşam doyumu ölçeği ile yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar ve sonuç beklentisi algısı arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Alanyazında obezite bireylerde yaşam doyumu ve yeme tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada bireylerin yeme tutumları arttıkça yaşam doyumlarının azaldığı bulgusuna ulaşılmıştır (Baştürk, 2016). Kutlu (2009) ve Özdemir (2014) tarafından yapılan çalışmalarda yeme tutumu ile beden kitle endeksi arasındaki pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Değirmenci (2006) tarafından yapılan çalışmada beden kitle indeks düzeyleri 30 ve üzeri olan bireylerin yaşam doyumlarının düşük ve yeme tutumlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çok boyutlu diyabet ölçeğinin yaşam doyumu ölçeğini yordamasına yönelik elde edilen bulgulara göre Destek algısı, engel algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yaşam doyumunu yordadığı görülmektedir. Kurulan regresyon modelinde olan bağımsız değişkenlerin yaşam doyumundaki değişimin %21'ini açıkladığı tespit edilmiştir. Engel algısının negatif etkiye sahip olduğu, destek algısı ve sonuç beklentisi algısının pozitif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Yaşam doyumunu en çok açıklayan değişkenin engel algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir.

Rosiek ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada diyabet hasta bireylerin yaşam doyumlarını incelemiş ve erkek katılımcıların kadınlardan daha yüksek yaşam doyumuna sahip olduğunu belirtmişlerdir. Testa ve Simonson (2007) yaptıkları çalışmada diyabete sahip ergenlerde deney ve kontrol grubu oluşturarak tedavi süreci boyunca insülin alan ve almayan grupların yaşam doyumları, insülin uyumları incelendi. Yaptıkları çalışma sonucunda yaşam kalitesinin orta düzeyde arttığı belirtilmiştir.

Ashwell ve arkadaşları (2008) yaptıkları deney çalışmasında diyabet hastalarının insülin direnci ve yaşam doyumu düzeylerini incelemişler ve insülin tedavisinin yaşam doyumunu anlamlı düzeyde arttırdığını ifade etmişlerdir.

Çok boyutlu diyabet ölçeğinin yeme tutumunu yordamasına yönelik elde edilen bulgulara göre Özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yeme tutumunu yordadığı görülmektedir. Kurulan regresyon modelinde olan bağımsız değişkenlerinin yeme tutumundaki değişimin %24'ünü açıkladığı tespit edilmiştir. Özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısının pozitif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Yeme tutumunu en çok açıklayan değişkenin özyeterlik algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir.

Erinç (2020) yaptığı çalışmasında Tip-2 diyabet hastaları ile tip-2 diyabet hastası olmayan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerini, kısıtlayıcı yeme tutumlarını ve dışsal yeme tutumları arasında bir farklılık olduğunu tespit etmiştir. Tip-2 diyabet hastalığının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmüştür.

Çobanoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada diyabet hastalarında Bozulmuş yeme davranışı %59,1 olduğu belirtilmiştir. 1'i anoreksiya nervoza, 1'i bulimiya nervoza, 9 birey başka türlü adlandırılmayan ve diğer 43 birey ise bozulmuş yeme davranışına sahip olduğu belirtilmiştir. Yeme bozukluğu ve bozulmuş yeme davranışı ile diyabet insülin kullanımı, oral antidiyabetik kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, hipoglisemi sıklığı ve diyabetik diyete uyumsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yeme tutumu ölçeği ile yaşam doyumu ölçeği puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki, yeme tutumu ile destek algısı ve pozitif destekleyici davranışlar arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Yeme tutumu ölçeği ile özyeterlilik algısı ve sonuç beklentisi ile arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Diyet Yapma ile Yaşam Doyumu Ölçeği puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki olduğu görülmüştür. Diyet Yapma ile Destek Algısı ve Pozitif Destekleyici Davranışlar arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki bulunmuştur. Diyet Yapma ile Özyeterlilik Algısı ve Sonuç Beklentisi Algısı arasında orta seviyede ve pozitif ilişki bulunmuştur.

Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Engel Algısı puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Yemeyi kontrol ile yaşam doyumu ölçeği puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki bulunmuştur. Yemeyi kontrol ile destek algısı, pozitif destekleyici davranışlar, özyeterlilik algısı ve sonuç beklentisi algısı puanları arasında zayıf seviyede ve pozitif ilişki vardır.

Yaşam doyumu ölçeği ile engel algısı puanları arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki görülmüştür. Yaşam doyumu ölçeği ile destek algısı ve pozitif destekleyici davranışlar, özyeterlilik algısı puanları arasında orta seviyede ve pozitif ilişki vardır. Yaşam doyumu ölçeği ile yanlış yönlendirmeye dayalı davranışlar ve sonuç beklentisi algısı arasında zayıf seviyede ve negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çok boyutlu diyabet ölçeğinin yaşam doyumu ölçeğini yordamasına yönelik elde edilen bulgulara göre Destek algısı, engel algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yaşam doyumunu yordadığı görülmektedir. Kurulan regresyon modelinde olan bağımsız değişkenlerin yaşam doyumundaki değişimin %21'ini açıkladığı tespit edilmiştir. Engel algısının negatif etkiye sahip olduğu, destek algısı ve sonuç beklentisi algısının pozitif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Yaşam doyumunu en çok açıklayan değişkenin engel algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir.

Çok boyutlu diyabet ölçeğinin yeme tutumunu yordamasına yönelik elde edilen bulgulara göre Özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısı bağımsız değişkenlerinin yeme tutumunu yordadığı görülmektedir. Kurulan regresyon modelinde olan bağımsız değişkenlerinin yeme tutumundaki değişimin %24'ünü açıkladığı tespit edilmiştir. Özyeterlik algısı, sonuç beklentisi algısının pozitif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Yeme tutumunu en çok açıklayan değişkenin özyeterlik algısı olduğu bulgulara göre tespit edilmiştir.

Öneriler

Günümüzde diyabet prevalansının hızla yükseldiği görülmektedir. Yükselen diyabet seviyesi bireyin yaşam doyumunu ve yeme tutumunu doğrudan etkilemektedir. Yapılan çalışmada diyabetin etkisiyle yaşam doyumunun ve yeme tutumunun ilişkili olduğu görülmektedir. Diyabetli bireylerde yeme tutumu ve yaşam doyumunun etkileri çeşitli veriler ile incelenmiştir. Literatürde, diyabetli bireylerde yaşam doyumunu ve yeme tutumunu bir arada ele alan yeterince çalışmaya rastlanılmamıştır. Yapılacak gelecek çalışmalarda daha fazla verinin bağımlı ve bağımsız değişkenler ile incelenmesinin alanyazına yeni katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Diyabet hastalarında bireylerin özyeterlik seviyeleri, metabolik kontrollerin sağlanması ve oluşabilecek birtakım komplikasyonların önlenmesine yönelik öz bakım davranışları yeme tutumlarını ve yaşam doyumlarını arttırmaktadır. Bu bağlamda gelecek araştırmalarda deney grubu ve kontrol grubu oluşturularak deney grubuna egzersiz ve beslenme programı ile psikoterapi müdahale yöntemleri uygulanıp, müdahale yöntemlerinde yaşam doyumunu arttırmaya ve yeme tutumlarını düzenlemeye yönelik çalışmalar yapılabilir.

Bu çalışmada 198 birey ile çalışılmış olup, çıkan sonuçlar ile genelleme yapmak söz konusu olmayabilir. Bunun için diyabetli bireylerde yaşam doyumuna ve yeme tutumuna etki eden faktörler üzerinde yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Ada (2010). American Diabetes Association, Implications of the VK. Prospective diabetes study. *Annual Review of Diabetes*, 68-74.
- Akdevelioğlu, Y. ve Gümüş, H. (2010). Eating Disorder and Body İmage Perception Among Univeristy Students. *Pakistan Journal of Nutrition* 9 (12), 1187-1191.
- Akturk, U., & Aydinalp, E. (2018). Examining the correlation between the acceptance of the disease and the diabetes self-efficacy of the diabetic patients in a family health center. *Annals of Medical Research*, 25(3), 359-364.
- Albayrak, A. S. (2005). Çoklu Doğrusal Bağlantı Halinde En Küçük Kareler Tekniğinin Alternatifi Yanlı Tahmin Teknikleri ve Bir Uygulama. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 106-126.
- Altug, A., Elal, G., Slade, P., & Tekcan, A. (2000). The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables. *Eat Weight Disord*, 5(3), 152-60.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, ruhsal bozuklukların tanısıl ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı, DSM-5 (2013). (E, Köroğlu, Çev), Ankara: Hekimler Yayın Birliği (Orjinal çalışma basım tarihi, 2013).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). DSM 5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F. ve Turan, D. (2010). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18(2), 87-97.
- Ashwell, S. G., Bradley, C., Stephens, J. W., Witthaus, E., & Home, P. D. (2008). Treatment satisfaction and quality of life with insulin glargine plus insulin lispro compared with NPH insulin plus unmodified human insulin in individuals with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 31(6), 1112-1117.
- Aslantaş, H. ve Ergin, F. (2011). 50-65 yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2):135-44.

- Aşkın K. (2003). *Çalışmanın anlamı, insan yaşamındaki yeri ve yaşam doyumu üzerine bir uygulama*. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, s. 32-56, (Doktora Tezi)
- Atmaca, H. U., Akbaş, F., Şak, T., Şak, D. U., Acar, Ş., & Niyazoğlu, M. (2015). Diyabetik hastalarda hastalık bilinç düzeyi ve farkındalık. *Istanbul Medical Journal*, 16(3).
- Avcı, E. ve Çakır, E. (2014). Diyabetes mellitusun mikrovasküler komplikasyonu: diyabetik nefropati. *Selçuk Tıp Derg.* 30(Ek Sayı-1), 15-18.
- Aydemir, H.(2013). Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi(Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- Baş, M. (2008). Yeme Bozukluklarına Diyetel Yaklaşım ve Ağırlık Denetimi, Yetişkinlerde Ağırlık Denetimi Sertifika Programı Katılımcı El Kitabı, Bolu
- Baştürk, E. (2016). *Obez Bireylerde Bağlanma Stillerinin, Yaşam Doyumu ve Yeme Tutumuna Etkisi* (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi.. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Batigün, A. D., & Utku, Ç. (2006). Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57), 65.
- Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N., Merdol Kutluay, T., Pekcan, G., Keçecioglu, S., Besler, T.H., Mercanlıgil, S. M. (2002). *Diyet El kitabı*. Hatipoğlu Yayınevi, 225-253, Ankara.
- Boysan, M.(2012). Üniversite Öğrencilerinde Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Başa Çıkma Stilleri ve Öznel İyi Oluş Arasındaki İlişkilere Yönelik Bir Model Sınaması(Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bradley, C. (1988). Stress and Diabetes. In Fisher, S. & Reason, J. (Edt), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (383-401). New York, John Wiley & Sons Ltd.
- Buzlu, S. (2002). *Diyabetin psikososyal yönü*. Erdoğan, S. (Ed.). Diyabet hemşireliği temel bilgiler içinde (ss.195-203), İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş.

- Büyükgöze-Kavas, A. (2007). Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 305-310.
- Chao, J., Nau, D.P., Aikens, J.E. & Taylor, S.D. (2002). The role of adherence in mediating the relationship between depression and health outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 1 (4), 877-881.
- Collins, M.M., Corcoran, P. & Perry, I.J. (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26, 151-161.
- Colton, P.A., Olmsted, M.P., Daneman, D. (2007). Five-year prevalence and persistence of disturbed eating behavior and eating disorders in girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care*; 30:2861–2862.
- Corcos, M. (2003). The feminine and maternal aspects in anorexia nervosa, a creative passivity: this is not a woman. *Evolution Psychiatrique*, 68(2), 233-247.
- Coşansu, G., & Erdoğan, S. (2010). Çok Boyutlu Diyabet Anketi Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 10-18.
- Coşar, Ö. (2003). Tip 2 diyabetlilerde planlı diyabet eğitiminin metabolik kontrol değişkenleri üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Crow, S., Kendall, D. et al (2001). Binge Eating and Other Psychopathology in Patients with Type II Diabetes Mellitus, *Int J Eat Disord*. Sep;30(2):222-6.
- Csikzentmihalyi, M. (2005). *Akış*. (Birinci baskı). İngilizceden Çeviren: Sema Kunt Akbaş. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Cutov, M., and Staicu, M. L. (2010). Anger and Health Risk Behaviors. *Journal of Medicine and Life*, 3, 372-375.
- Çiftçi, F. S. (2012). Üniversite öğrencilerinin beden algısı ve yeme tutumları arasındaki ilişki (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Çobanoğlu, Z. S. Ü., Altuntaş, Y., Karamustafalıoğlu, K. O., Şengül, A., & Çobanoğlu, N. (2008). Tip 1 ve Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında yeme bozuklukları ve

- bozulmuş yeme davranışı. *Düşünen Adam: Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 21, 24-31.
- Çobanoğlu, Z. S. Ü., Altuntaş, Y., Karamustafalıoğlu, K. O., Şengül, A., & Çobanoğlu, N. (2008). Tip 1 ve Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında yeme bozuklukları ve bozulmuş yeme davranışı. *Düşünen Adam: Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 21, 24-31.
- Dağdelen, M. (2008). *Üretim ve hizmet sektöründe çalışan işçilerde ruhsal sağlık düzeyi, ruhsal belirti dağılımı, algılanan sağlık, iş doyumunu, yaşam doyumunu ve sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması*. İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi.
- Dağlı, A., & Baysal, N. (2016). Yaşam doyumunu ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59).
- Değirmenci, T.(2006). Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon Ve Anksiyete (Uzmanlık Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
- Demirel, S. ve Saynur C. (2004). Ankara'daki beş eğitim kurumunda kendini yaralama davranışı üzerine bir çalışma, *Kriz Dergisi*, 12 (3), s. 1-9
- Diener ve ark. (1999). Subjective well – being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 125(2): 276–302.
- Diener, E. (1984). Subjektive well being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dilmaç, B. ve Ekşi, H. (2008). Meslek yüksek okullarında öğrenim gören öğrencilerin yaşam doyumları ve benlik saygılarının incelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20, s. 279-289
- Dinçer, Ş. ve Metin, G. (2015). Tip 2 Diyabet ve egzersiz. *Türkiye Klinikleri J Sports Med- Special Topics*. 1(2), 31-37
- Diyabet Cemiyeti (2021). <http://www.diabetcemiyeti.org/c/idf-diyabet-atlasi>
- Dockery, A. (2004). *Happiness, life satisfaction and the role of work: evidence from two australian surveys*. Unpublished Mimeo, 1-20

- Durna, Z. (2002). *Diyabetin sınıflandırılması ve tanı kriterleri*. Erdoğan, S. (Ed.). Diyabet hemşireliği temel bilgiler içinde (ss.11-19). İstanbul: Yüce Reklam Yayımlarını Dağıtım A.Ş.
- Elma, Ö. (2018). Ergenlerde Ruminasyon ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişkinin Bir Takım Değişkenlere Göre İncelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Erinç, M. (2020). *Tip-2 diyabet hastalarının duygu düzenleme güçlükleri ile yeme tutumlarının anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Ergüney-Okumuş, F. E., & Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 57-78.
- Erkoç, A. (2015). Tip 2 diyabet hastalarında diyabet eğitiminin bilişsel-sosyal faktörlere etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi.
- Ersoy C, Tuncel E, Özdemir B, Ertürk E, İmamoğlu Ş. (2006). İnsülin kullanan tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda diyabet eğitimi ve metabolik kontrol. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 32:43-47.
- Fairburn C. G., & Harrison P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361:407-416.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Feist, G.J. ve Diğerleri. (1995). Integrating top down and bottom – up structural models of subjective well – being: a longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 68(1): 138–150.
- Fındıklı, E.B. (2013). Okul Yöneticilerinin Mizah Tarzları ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki (Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Freud, S., & Budak, S. (1997). Cinsellik üzerine: cinsellik teorisi üzerine üç deneme; fetişizm, bekaret tabusu, kadın cinselliği ve diğer çalışmalar. Öteki Yayınevi.

- Gagnon, C., Aime, A., Belanger, C. et al. (2012). Comorbid Diabetes And Eating Disorders In Adult Patients: Assessment And Considerations For Treatment, *Diabetes Educ.* Jul-Aug;38(4):537-42.,
- Gen, E. (2019). *Diyabet hastalarında yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile ilişkisi ve diyabet tipine göre farklılıkları* (Master's thesis, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Genceli, M. (1973). İki Değişkenli Doğrusal Regresyonda Zaman Faktörü. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası,, 33(1).
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.)* Boston: Pearson
- Gois, C., Akiskal, H., Akiskal, K. & Figueira, M.L. (2012). Depressi ve temperament, distress, psychological adjustment and depressive symptoms in type 2 diabetes. *J Affect Disord, 143* (1-3), 1-4.
- Göcek, E. (2012). *Diyabet hastalarının psikolojik sıkıntı ve travma sonrası gelişimlerinin kaynakların korunması kuramı kapsamında incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Gündoğdu, S. & Açıbay, Ö. (1996). Tip 2 diabetin evreleri ve takip kriterleri. *Aktüel Tıp Dergisi 8*, 557-559.
- Gürdal Küey, A. (2008). Yeme Bozuklukları. Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63, s.81-83.
- Gürel, A. (2017). Ergenlerin Duygusal Şemaları ve Evebeyn Kontrollerinin Yeme Tutumlarıyla Şişkinliğin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Herpertz, S., Albus, C. et al (2000). Relationship Of Weight And Eating Disorders İn Type 2 Diabetic Patients: A Multicenter Study, *Int J Eat Disord.* 28(1):68-77
- Holt, T. and Kumar, S. (2010). *ABC of diabetes*. Sixth Edition. UK: John Wiley & Sons Ltd.
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/Hastaliklarda-Beslenme-Bilgi-Serisi/diyabet-ve-beslenme.pdf>

- Hu, F.B. (2011). Globalization of diabetes. *Diabetes Care*, 34, 1249–1257
- IDF. (2017). *Diabetes atlas*. 8. Edition, <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>
- Jimerson, S. R., Pavelski, R., & Orlist, M. (2001). Helping children with eating disorders: quintessential research on etiology, prevention, assessment, and treatment. In *Handbook of crisis counseling, intervention, and prevention in the schools* (pp. 401-424). Routledge.
- Karakurt, P. (2008). Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimnin öz-bakım üzerin etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Karakurt, P., Aşilar, R. H., & Yıldırım, A. (2013). Evaluation of the self-care agency and perceived social support in patients with diabetes mellitus. *Meandros Medical and Dental Journal*, 14(1), 1-9.
- Karataş, S. (2017). Yetişkin bireylerin kendini kabul düzeyleri ile yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kartal, A. (2006). Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi. Doktora Tezi.
- Kazkondur, İ. (2010). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Keser, A. (2005). İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 4, 77-95.
- Kıcalı, G.D. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Yeme Bağımlılığının Farklı Kişilik Özellikleri ve Psikiyatrik Belirtilerle İlişkisinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kılıç, D., Türkoğlu, N., Adıbelli, D., Armut, S. (2016). Geriatrik yaş grubundaki kişilerin yaşam doyumu ve yaşam tutum profilleri arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 1-8.

- Khandelwal, D., Gupta, L., Kalra, S., Vishwakarma, A., Lal, P. R., & Dutta, D. (2018). Diabetes distress and marriage in type-1 diabetes. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 43(4), 316.
- Konca, G. (2015). *Tip 1 diyabet hastalarındaki depresyon ve anksiyete oranlarının incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş., & Bökeoğlu, Ö. Ç. (2006). Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: PegemA Yayıncılık
- Kutlu, B. (2009). *Beden İmajının Gelişimi ve Sağlıklı Beden Ağırlığının Korunmasında Yemeyle İlgili Tutumlar, Temel İnançlar ve Ebeveynle Bağlanmanın Rolü*(Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Küçük, L. (2015). Diyabetin ruhsal boyutu. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 31(Ek sayı), 52-56.
- Lee, S., Chiu, A., Tsang, A., Chow, C.C. & Chan, W.B. (2006). Treatment-related stresses and anxiety-depressive symptoms among chinese outpatients with type 2 diabetes mellitus in Hong Kong. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74, 282–288.
- Lengerli, F. E. (2016). *Tip 2 Diyabet ve diyabet yönetimi üzerine nitel bir araştırma: Hastaların perspektifinden diyabet ve yönetiminde yaşanan zorluklar*. Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Lewis, C. P., & Newell, J. N. (2014). Patients' perspectives of care for type 2 diabetes in Bangladesh—a qualitative study. *BMC public health*, 14(1), 1-7.
- Mamur, M. (2014). *Kamu kuruluşlarında yöneticilerin iş doyumunu ve yaşam doyumunu düzeyleri üzerine bir araştırma: istanbul ili sultangazi ilçesi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Maner, F. (2001). Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5(4): 130-139.
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., ... & Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in

- middle-aged women. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 320-324.
- Mannucci,E., Tesi, F. et al (2002). Eating Behavior İn Obese Patients With And Without Type 2 Diabetes Mellitus, *International Journal of Obesity* 26, 848–853
- McNamara, J.M., Houston, A. I. (1986). The common currency for behavioral decisions. *The American Naturalist*, 127(3), 358-378.
- Oğuz, G. Y. (2005). Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. *Selçuk İletişim Dergisi*, 4 (1):31-37.
- Olivardia, R., Harrison, G.P., Mangweth, B., &Hudson, J.I. (1995). Eating disorders in college man, *Am J Psychiatry.*, 152, 1279-1285.
- Onat, A. (2009). *Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı, TEKHARF çalışması*. İstanbul: Figür Grafik ve MatbaacılıkTic. Ltd.Şti
- Onat, A., Hergenç, G., Uyarel, H., Can, G., & Ozhan, H. (2006). Prevalence, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. *Anadolu Kardiyol Derg*, 6(4), 314-21.
- Örkün, Ü. (2011). *Tekstil sektörü mavi yaka çalışanlarının yaşam doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin iş doyumu tarafından yordanması*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Özdamar, K. (1999) Paket Program ile İstatistiksel Veri Analizi, Kaan Kitabevi, 2.
- Özdemir, A.(2014). Lise Öğrencilerinin Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişki(Doktora Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Özdemir, İ., Hoccoğlu, Ç., Koçak, M. & Ersöz, Ö.H. (2011). Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 128-138.
- Özdemir, Ü. & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

- Özdevecioğlu, M. (2003). *İş tatmini ile yaşam tatmini arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma*, 11.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Afyon, 22-24 Mayıs, 397.
- Özdevecioğlu, M. (2004). Sosyal destek ve yaşam tatmininin mesleki stres üzerindeki etkileri: kayseri’de faaliyet gösteren işletme sahipleri ile bir araştırma, *Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 22(1), 221.
- Özer, M. ve Karabulut, ÖÖ. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(2): 72-74
- Özkan, Ö. (2013). İnternet Kullanımı ile İlgili Değişkenlerin Cinsiyet, Kişilik Özellikleri, Yaşam Doyumu ve Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi(Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Öztürk, B. (2014). *Farklı egzersiz programlarının tip 2 diyabetik hastalarda fonksiyonel performans ve yaşam kalitesine etkisinin araştırılması*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pavot, W., Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self reported measures of subjective well-being, *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Pehlivan, B. (2017). Üniversite öğrencilerinin yeme tutum inançları, bağlanma stilleri, yalnızlık düzeylerinin yeme tutumu üzerindeki etkisi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Pek, H. (2002). *Diyabet ve egzersiz*. Erdoğan, S. (Ed.). Diyabet hemşireliği temel bilgiler içinde (s.30-37). İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş.
- Pritts, S. D., & Susman, J. (2003). Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician*, 67(2), 297-304.
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 212.
- Rad, G. S., Bakht, L. A., Feizi, A., & Mohebi, S. (2013). Importance of social support in diabetes care. *Journal of education and health promotion*, 2.

- Robertson, C. (2002). *Diyabet bakımı: sınırlar ötesi stratejiler* (Çeviren ve düzenleyen Sevgi Oktay). Bölüm 1, ss.1-10. Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı.
- Rosiek, A., Kornatowski, T., Frackowiak-Maciejewska, N., Rosiek-Kryszewska, A., Wyżgowski, P., & Leksowski, K. (2016). Health behaviors of patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus and their influence on the patients' satisfaction with life. *Therapeutics and clinical risk management*, 12, 1783.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Türkiye hastalık yükü çalışması*. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı eylem planı (2011- 2014.)* Ankara: Anıl Matbaa Ltd. Şti.
- Sahin, E. M., & Altinel, T. (2010). Edirne'de Yasayan Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ve Etkileyen Faktörler/Perceived Social Support and Affecting Factors in Women Living in Edirne. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(3), 864.
- Sarı, D., Khorshid, L., & Eşer, İ. (2011). Hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27(2), 1-9.
- Satman, İ., Yılmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S. ve diğerleri. (2002). Population- based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care*, 25(9), 1551-1556.
- Seçer, İ. (2015). *Spss ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi*, 2. Baskı. ss: 28, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Siyez, D. & Baş, A. (2009). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki. *New Symposium Journal*, 47, 19.
- Siyez, D. M., & Uzbaş, A. U. (2009, January). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları ile Aile Yapısı Arasındaki İlişki. In *Yeni Symposium* (Vol. 47, No. 1).
- Szweda, S., & Thorne, P. (2002). The prevalence of eating disorders in female health care students. *Occupational Medicine*, 52(3), 113-119.
- Şener, A. (2009). Yaşlılık, yaşam doyumu ve boş zaman faaliyetleri. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-dergisi*, 1-18.

- Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Gosselin, M., & Audet, J. (1997). The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: the Multidimensional Diabetes Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 291-312.
- Taş, İ. (2011). Öğretmenlerde Yaşamın Anlamı, Yaşam Doyumu, Sosyal Karşılaştırma ve İç-Dış Kontrol Odağının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya
- Taşkın, M. (2006). Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.*
- Tayfur, S. N. (2018). *Üniversite öğrencilerinde beden algısı, yeme tutumu ve depresyon düzeyinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- TDV. (2016). *TURKDİAB diyabet tanı ve tedavi rehberi*. İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (2007). Satisfaction and quality of life with premeal inhaled versus injected insulin in adolescents and adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30(6), 1399-1405.
- Tomrukçu, Ç. (2010). Özel ve Kamuya Ait İlköğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Yaşam ve İş Doyumu Düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- TURDEP-II (2021). <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti>
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705-712.
- Türkcan Düzöz, G., Çatalkaya, D., & Demir Uysal, D. (2009). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 210-3.
- TURKDİAB. (2017). *Diyabet tanı ve tedavi rehberi 2017*. (Güncellenmiş, 7. Baskı). İstanbul: Türkiye Diyabet Vakfı.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Türkiye Diyabet Programı 2015-2020*, Ankara.

- Türten, T. (2011). *Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumun belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., & Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki.
- Ünalın, D., Öztop, D., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Betül Pırlak, B. & Güneş, D. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16, 75-81.
- Ünsar, S., Dindar, İ., Zafer, R., & Kumasoglu, Ç. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3), 70-80.
- Wang, Z., Byrne, N. M., Kenardy, J. A., & Hills, A. P. (2005). Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eating behaviors*, 6(1), 23-33.
- West, A. E. (2018). *Yetişkin bağlanma stillerinin savunma mekanizmaları ve yaşam doyumuyla ilişkilerinin incelenmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Whittemore, R., Melkus, G. D. E., & Grey, M. (2005). Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 14(2), 195-203.
- Williamson, D. A., Muller, S. L., Reas, D. L., & Thaw, J. M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment. *Behavior modification*, 23(4), 556-577.
- Wilson, W. R. (1967). *Correlates of avowed happiness*. *Psychological bulletin*, 67(4), 294.
- Yager, J., & Powers, P. S. (Eds.). (2008). *Clinical manual of eating disorders*. American Psychiatric Pub.
- Yıldız, E.A. (2012). *Diyabet ve beslenme*.
- Yılmaz, M. T., Karadeniz, Ş., Sargın, M., Büyükbeşe, A., & Şengül, A. (2006). *Chronic complications in longterm type 1 and type 2 diabetic patients with*

comparable duration of diabetes and poor glycemic control: Turkish Diabetes Chronic Complications Trial–TUDIC results 1. In *The World Congress on Controversies in Obesity, Diabetes and Hypertension (CODHy)* (pp. 26-29).

Yildiz, E., & Aşti, T. (2015). Determine the relationship between perceived social support and depression level of patients with diabetic foot. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 14*(1), 1-8.

Young-Hyman, D. L., & Davis, C. L. (2010). Disordered eating behavior in individuals with diabetes: importance of context, evaluation, and classification. *Diabetes care, 33*(3), 683-689.

Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *İstanbul Tabib Odası, 22*(4), 39-43.

Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J., and Nichols, G. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice, 87*, 293-301.

Ziba, R. (2020). *Tip 2 diyabetli bireylerde bilişsel ve sosyal faktörlerin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Zuberi, S.I., Syed, E.U. & Bhatti, J.A. (2011). *Association of depression with treatment outcomes in Type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan.* *BMC Psychiatry, 11*, 27.

EKLER
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda yürütülmekte olan tez çalışması için gerçekleştirilmektedir.

Çalışmanın amacı, Diyabet Hastalarının Bilinçlilik Düzeyinde Yaşam Doyumu ile Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesini araştırmaktadır.

Ekli formlarda bazı demografik bilgiler ile doldurulmanız gereken ölçekler vardır. Formların hiçbirinde kişisel bilgilerinize dair sorular bulunmamaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verdiğiniz cevaplar asla üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Lütfen çalışmaya katıldığınıza dair aşağıdaki bölümü imzalayınız. İlgi ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Yukarıdaki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

Ad Soyad:

İmza:

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Verdiğiniz cevaplar sadece araştırma dahilinde gerekli olan istatistiksel veriler için kullanılacaktır. Bunun dışında kesinlikle başka bir yerde kullanılmayacak ve başka şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacaktır.

1.Yaş:

2.Cinsiyet: Kadın Erkek

3.Eğitim durumu: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
Yüksek lisans/Doktora

4.Çalışıyor musunuz?Evet Hayır

5.Meslek:

6.Gelir Düzeyi: Düşük Orta Yüksek

7.Medeni Durum: Evli Bekar Boşanmış Dul

8.Çocuğunuz var mı? Evet Hayır

9.Evet ise kaç tane?

10.Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

İLETİŞİM BİLGİLERİ

11.Adres:

12.Telefon:

13.e-mail adresi:

GENEL BİLGİLER

14.Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı? Evet
(Belirtiniz:.....)

Hayır

15.Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Evet
(Belirtiniz:.....)

Hayır

16.Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? Evet
(Belirtiniz:.....)

Hayır

ÇOK BOYUTLU DİYABET ANKETİ TÜRKÇE FORMU(T-ÇBDA)

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyup cevaplayınız.

Engel Algısı

1. Diyabetiniz günlük aktivitelerinize ne kadar engel oluyor?
4. Diyabetiniz sosyal hayattan veya eğlenceli aktivitelerden aldığımız keyfi ve memnuniyeti ne kadar azaltıyor?
7. Diyabetiniz işlerinizdeki verimliliğinizi ne kadar olumsuz etkiliyor?
8. Diyabetiniz eşiniz veya aynı evi paylaştığımız ve sizin için önemli olan kişi ile olan ilişkinizi ne kadar olumsuz etkiliyor?
11. Diyabetiniz dilediğiniz kadar seyahat etmenizi ne kadar önlüyor?
12. Diyabetiniz sosyal ya da eğlenceli aktivitelere katılabilmemenizi ne kadar engelliyor?
13. Diyabetiniz aktivitelerinizi planlayabilmenizi ne kadar etkiliyor?
14. Diyabetiniz istediğiniz kadar aktif olabilmenizi ne kadar önlüyor?
15. Diyabetiniz istediğiniz programa göre hareket etmenizi ne kadar önlüyor?
(Örneğin geç yatmak gibi)

Ciddiyet Algısı

3. Diyabetinizi ne kadar ciddi bir sağlık problemi olarak görüyorsunuz?
6. Diyabetin uzun vadede organlarımızda oluşturabileceği hasarlar hakkında ne kadar endişeleniyorsunuz?
9. Diyabetiniz hakkında ne kadar endişeleniyorsunuz?

Destek Algısı

2. Eşiniz veya aynı evi paylaştığımız ve sizin için önemli olan kişi, diyabetiniz ile ilgili size ne kadar destek oluyor?
5. Aileniz ve arkadaşlarınız diyabetiniz ile ilgili size ne kadar destek oluyor veya yardım ediyor?
10. Eşiniz veya aynı evi paylaştığımız ve sizin için önemli olan kişi, diyabetli olduğunuz için size ne kadar özen gösteriyor?

Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi;

16. Diyabetime uyduğum zaman beni kutlar.
18. Kan şekerimi düzenli ölçtüğüm için beni kutlar.
20. Ayaklarıma bakmamı bana hatırlatır.

21. Öğün programıma uyduğum zaman beni kutlar (ana ve ara öğünler).
22. Diyabet ilaçlarımı (haplar-insülin)almamı hatırlatır.
23. Egzersiz yaptığım zaman besin alımımı ayarlamamda bana yardımcı olur.
25. Aile faaliyetlerini ilaçlarımı zamanında alabileceğim şekilde planlar.
27. Egzersiz yapmam için beni teşvik eder.

Yanlış Yönlendirmeye Dayalı Destek Davranışları Algısı

Eşim veya aynı evi paylaştığım ve benim için önemli olan kişi;

17. Diyabet ilaçlarımla (hap-insülin) ilgili bana zorluk çıkartır.
19. Egzersiz konusunda bana zorluk çıkartır.
24. Diyetim konusunda bana zorluk çıkartır.
26. Kan şekerimi ölçme konusunda bana zorluk çıkartır.

Özyeterlik Algısı

28. Diyetinize uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz?
29. Kan şekerinizi önerilen sıklıkta ölçebildiğinizden ne kadar eminsiniz?
30. Düzenli olarak egzersiz yapabildiğinizden ne kadar eminsiniz?
31. Kilonuzu kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?
32. Kan şekerinizi kontrol altında tutabildiğinizden ne kadar eminsiniz?
33. Yasak olan yiyeceklere karşı koyabildiğinizden (kendinizi tutabildiğinizden) ne kadar eminsiniz?
34. Diyabet tedavinize (diyet, ilaç kullanımı, kan şekeri testi, fiziksel aktivite gibi) uyabildiğinizden ne kadar eminsiniz?

Sonuç Beklentisi Algısı

35. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için diyetinize uymak sizce ne kadar önemli?
36. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için ilaçlarınızı önerildiği şekilde almak sizce ne kadar önemli?
37. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için egzersiz sizce ne kadar önemli?
38. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için kan şekerinizi ölçmek sizce ne kadar önemli?
39. Diyabetinizi kontrol altında tutmak için diyabet tedavinize bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?

40. Uzun vadede diyabete bağlı olarak gelişebilecek hasarları (böbrek, göz, kalp ve ayakla ilgili problemler) önlemek veya geciktirmek için tedaviye bağlı kalmak sizce ne kadar önemli?



YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorularda size en uygun olan seçeneğin üzerine (x) çarpı işareti koyunuz.

| | Maddeler | Hiç katılmıyorum(1) | Çok az katılıyorum(2) | Orta düzeyde katılıyorum(3) | Büyük oranda katılıyorum(4) | Tamamen katılıyorum(5) |
|---|---|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | İdeallerime yakın bir yaşantım vardır. | | | | | |
| 2 | Yaşam koşullarım mükemmeldir. | | | | | |
| 3 | Yaşamımdan memnunum. | | | | | |
| 4 | Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum. | | | | | |
| 5 | Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim. | | | | | |

YEME TUTUMU ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu ölçek profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.

| Aşağıda yer alan her ifade için size uygun gelen bir şıkkı işaretleyiniz. | Daima | Çok Sık | Sık Sık | Bazen | Nadiren | Hiçbir Zaman |
|---|-------|---------|---------|-------|---------|--------------|
| 1. Şişmanlamaktan ödüm kopar. | | | | | | |
| 2. Acıktığımda yemek yemeye çalışırım. | | | | | | |
| 3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum. | | | | | | |
| 4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur. | | | | | | |
| 5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim. | | | | | | |
| 6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim. | | | | | | |
| 7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. | | | | | | |
| 8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir. | | | | | | |
| 9. Yemek yedikten sonra kusarım. | | | | | | |
| 10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder. | | | | | | |
| 12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri düşünürüm. | | | | | | |
| 13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür. | | | | | | |
| 14. Vücudumda yağ birikeceği(şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder. | | | | | | |
| 15. Yemeklerimi yemek başkalarından daha uzun sürer. | | | | | | |
| 16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım. | | | | | | |
| 17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim. | | | | | | |
| 18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm. | | | | | | |
| 19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim. | | | | | | |
| 20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim. | | | | | | |
| 21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır. | | | | | | |
| 22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim. | | | | | | |
| 23. Diyet yaparım. | | | | | | |
| 24. Midemin boş olmasından hoşlanırım. | | | | | | |
| 25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir. | | | | | | |
| 26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım. | | | | | | |

