

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

**DİYABETLİ BİREYLERDE  
HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMUN BELİRLENMESİ**

**Tuğçe TÜRTEEN**

**İç Hastalıkları Hemşireliğı Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2011**



**T.C  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DİYABETLİ BİREYLERDE  
HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUMUN BELİRLENMESİ**

**Tuğçe TÜRTEEN**

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Nuran AKDEMİR**

**ANKARA**

**2011**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nuran Akdemir  
Hacettepe Üniversitesi




Üye : Prof. Dr. Fatma Öz  
Hacettepe Üniversitesi



Üye : Yard. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan  
Gazi Üniversitesi



Üye : Yard. Doç. Dr. Leyla Özdemir  
Hacettepe Üniversitesi



Üye : Öğr. Gör. Dr. İmatullah Akyar  
Hacettepe Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği' nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. Orer  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Nuran AKDEMİR tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında yol gösterici olmuş, katkılarda bulunmuştur.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi çalışanları uygulama aşamasında uygun koşulları ve yardımı sağlamıştır.

Çalışmaya katılan diyabetli bireyler uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamıştır.

Ailem çalışma süresince sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuştur.

## ÖZET

**Türten, T. Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumunun belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.** Araştırma, diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören hastalar ile aynı hastanenin polikliniğine başvuran toplam 122 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen "Hasta Tanıtım Formu", "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda, diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde (ortalama=45) olduğu belirlenmiştir. Psikososyal uyumun en çok etkilendiği alanların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, cinsel yaşam ve psikolojik baskı alanı olduğu belirlenmiştir. Hastanın öğrenim durumu, mesleği, kontrole gelme sıklığı, diyet ve egzersiz durumu psikososyal uyumu etkilemektedir ( $p<0.05$ ). Hastanın yaşı, diyabet yılı, insüline ek olarak oral antidiyabetik kullanımı psikososyal uyumu etkilememektedir ( $p>0.05$ ). Diyabetli bireylerin sosyal destekleri arttıkça toplam psikososyal uyumlarının ve sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik baskı alanlarına uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda diyabetli bireylerin sorun yaşadığı psikososyal uyum alanlarına yönelik gerekli eğitim ve danışmanlık desteğinin sağlanması, diyabetli bireylere verilen eğitim içeriğinin mesleki çevre, cinsel yaşam ve psikolojik baskıyı kapsayacak şekilde düzenlenmesi, bireylerin sosyal destek kaynaklarının psikososyal uyumda etkin rol almasının sağlanması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, psikososyal uyum, sosyal destek

## ABSTRACT

**Türten, T. Determination of psychosocial adjustment to disease in individuals with diabetes. Hacettepe University Institute of Health Sciences Master Thesis in Medical Nursing, Ankara, 2011.** The study has been conducted descriptively in order to determine the psychological adjustment of the diabetic patients to the disease. The sample of the study consists of 122 patients who are inpatients in the Ankara University İbn-i Sina Hospital Department of Endocrinology and Metabolic Diseases and who reported to the polyclinic of the same hospital. The research data has been collected by using the "Patient Identification Form" and "Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR)" and "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support". Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test and Spearman Correlation Coefficient have been used as well the descriptive statistics in the evaluation of the research data. As a result of the study, it has been determined that the psychosocial adjustment of the diabetic patients is at medium level (average=45). Orientation to health care, vocational environment, sexual relationships and psychological distress have been determined as the areas where the psychosocial adjustment is mostly affected ( $p<0.05$ ). The age of the patient, diabetic year and oral antidiabetic use in addition to insulin do not affect the psychosocial adjustment ( $p>0.05$ ). It has been found that as the social supports of the diabetic individuals increase, their total psychosocial adjustment as well as adjustment to the fields of orientation to health care, domestic environment, extended family relationships, social environment and psychological distress. It has been recommended in line with the results obtained from the research that the necessary education and consultancy support for the psychosocial adjustment fields where the diabetic patients have problems should be provided, that the content of the education given to the diabetic patients should be arranged in a way covering vocational environment, sexual relationships and psychological distress and that the social support resources of the individuals should have effective roles in psychosocial adjustment.

**Key Words:** Diabetes mellitus, psychosocial adjustment, social support.

**İÇİNDEKİLER**

	<b>Sayfa</b>
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
<b>1. GİRİŞ</b>	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Diyabetin Tanımı	6
2.2. Diyabet Prevelansı	6
2.3. Diyabetin Tanı ve Sınıflandırılması	7
2.4. Diyabetin Belirti ve Bulguları	8
2.5. Diyabet Tedavisi	8
2.5.1. Eğitim	9
2.5.2. Diyet	9
2.5.3. Egzersiz	10
2.5.4. İlaç Tedavisi	11
2.5.4.1. Oral Antidiyabetik İlaçlar	11
2.5.4.2. İnsülin Tedavisi	12
2.6. Diyabetli Bireyin İzlemi	15
2.7. Diyabet Komplikasyonları	15
2.7.1. Akut Komplikasyonlar	15
2.7.2. Kronik (Metabolik) Komplikasyonlar	17
2.7.3. Diyabetik Ayak	18
2.8. Hastalığa Psikososyal Uyum	18
2.8.1. Hastalığa Psikososyal Tepkiler	19
2.8.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları	22

2.8.3. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler	23
2.8.4. Sosyal Destek	27
2.8.5. Diyabetli Bireyde Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları	28
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.4. Verilerin Toplanması	32
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK1)	32
3.4.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) (EK 2)	32
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 3)	33
3.4.4. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	34
3.4.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması	34
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	35
<b>4.BULGULAR</b>	
4.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	36
4.2. Psikososyal Uyuma İlişkin Bulgular	40
4.3. Algılanan Sosyal Desteğe İlişkin Bulgular	62
<b>5.TARTIŞMA</b>	
5.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.2. Diyabetli Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Tartışılması	70
5.3. Diyabetli Bireylerde Sosyal Desteğe İlişkin Bulguların Tartışılması	81
<b>6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	
6.1. Sonuçlar	82
6.1.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	82
6.1.2. Psikososyal Uyuma İlişkin Sonuçlar	83
6.1.3. Sosyal Desteğe İlişkin Sonuçlar	84
6.2. Öneriler	85
<b>KAYNAKLAR</b>	86
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	96

EKLER	97
EK 1 : Hasta Tanıtım Formu	97
EK 2: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği	99
EK 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	108
EK 4.1, 4.2, 4.3, 4.4: İzin Yazıları	109
EK 5: Ek Tablolar	114

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

<b>ÇBASDÖ</b>	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>DESG</b>	Diyabet Eğitimi Çalışma Grubu (Diabetes Education Study Group)
<b>HbA1c</b>	Hemoglobin A1c (Glikolize Hemoglobin)
<b>HL</b>	Hiperlipidemi
<b>HT</b>	Hipertansiyon
<b>OAD</b>	Oral Antidiyabetik
<b>OGTT</b>	Oral Glikoz Tolerans Testi
<b>PAIS-SR</b>	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-Report)
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TBT</b>	Tıbbi Beslenme Tedavisi
<b>UKPDS</b>	United Kingdom Prospective Diabetes Study

## TABLOLAR

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 2.1.</b> İnsülin çeşitleri ve özellikleri	13
<b>Tablo 4.1.</b> Diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye, hastalık yönetimine ilişkin özellikleri	36
<b>Tablo 4.2.</b> Diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği alt puan ve toplam puan ortalamaları	40
<b>Tablo 4.3.</b> Diyabetli psikososyal uyum düzeyleri	41
<b>Tablo 4.4.</b> Diyabetli bireylerin cinsiyet göre PAIS-SR puan dağılımları	42
<b>Tablo 4.5.</b> Diyabetli bireylerin medeni duruma göre PAIS-SR puanı dağılımları	43
<b>Tablo 4.6.</b> Diyabetli bireylerin öğrenim durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları	44
<b>Tablo 4.7.</b> Diyabetli bireylerin meslek durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları	46
<b>Tablo 4.8.</b> Diyabetli bireylerin gelir durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları	48
<b>Tablo 4.9.</b> Diyabetli bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre PAIS-SR puanı dağılımları	50
<b>Tablo 4.10.</b> Diyabetli bireylerde hiperglisemi gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları	51
<b>Tablo 4.11.</b> Hiperglisemi geçirme sıklığına göre PAIS-SR toplam ve alt boyut uyumları	52
<b>Tablo 4.12.</b> Diyabetli bireylerde hipoglisemi gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları	53
<b>Tablo 4.13.</b> Hipoglisemi geçirme sıklığına göre PAIS-SR toplam ve alt boyut uyumları	54
<b>Tablo 4.14.</b> Diyabetli bireylerde kontrol sıklığına göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları	55
<b>Tablo 4.15.</b> Diyabetli bireylerde eğitim alma durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları	56

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 4.16.</b> Diyabetli bireylerin eğitim aldığı kişilere göre PAIS-SR puanı dağılımları	57
<b>Tablo 4.17.</b> Diyabetli bireylerde diyetle uyuma göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları	59
<b>Tablo 4.18.</b> Diyabetli bireylerde egzersiz yapma durumuna göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları	60
<b>Tablo 4.19.</b> Diyabetli bireylerde HbA1c seviyesine göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları	61
<b>Tablo 4.20.</b> Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile, arkadaş, özel kişi ve toplam puanları	62
<b>Tablo 4.21.</b> Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı ile PAIS-SR uyum puanı arasındaki ilişki	63
<b>Tablo 4.22.</b> Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile, arkadaş, özel kişi puanı ile PAIS-SR uyum puanı arasındaki ilişki	64

## 1.GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Diyabet, görülme sıklığı ve yol açtığı komplikasyonlar açısından önemli kronik hastalıklardandır. Tedavisi yaşam boyu devam eden, ilerleyici fonksiyon bozukluklarına yol açan diyabet, insülin üretimindeki eksiklik, insülin direnci ya da insülin salımında bozulma ile karakterizedir (64).

Günümüzde, sosyo-ekonomik seviyenin artması yaşam tarzlarını değiştirmiş ve bu hızlı değişimle birlikte tip 2 diyabet prevalansı tüm toplumlarda hızla yükselmeye başlamıştır. Dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı 2010 yılı itibarı ile %6.6'dır ve 2030 yılında %18 artış ile bu değer %7.8 olacağı öngörülmektedir. Uluslararası Diyabet Federasyonu 2010 yılı verilerine göre Türkiye erişkin (20-79 yaş) nüfusunda diyabet prevalansı %7.4, dünya nüfus dağılımına göre standardize diyabet prevalansı %8 olarak belirlenmiş olup tip 2 diyabet prevalansı %7.2'dir (76).

Diyabette; ketoasidoz, hipoglisemi gibi akut komplikasyonlar ve retinopati, nefropati, nöropati, kardiyovasküler hastalık gibi kronik komplikasyonlar görülebilmektedir (64).

Diyet, egzersiz, oral antidiyabetik ve insülin kullanımı, kan şekeri izlemi, yaşam değişikliği yapmak ve değişikliğe uyum sağlamak komplikasyonların önlenmesinde ve diyabet kontrolünde önemli adımlardır. Bu adımlardan egzersiz ve diyet, bireysel özelliklere ve yaşam koşullarına bağlı olarak ihmal edilmektedir (9,10). Ancak, bu yoğun tedavi programının izlenmesi ve dengede tutulması kan şekeri değerlerinde olumlu değişiklikler yaratmakta ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmaktadır (80).

Kronik hastalıklar, tedavileri süreklilik gerektiren, yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan uzun dönem sağlık sorunlarıdır ve bireyin uyumunu gerektirmektedir (3).

Uyum, organizmayı tehdit eden bir durum karşısında, homeostatik dengeyi korumak için gösterilen olayları kapsayan süreçtir ve hastalığa uyum, süreklilik gösteren bir durumdur (57).

Hastalığa uyum fizyolojik alanın yanı sıra sosyolojik, psikolojik, teknolojik ve zaman faktörlerini de içermektedir (3). Hastalığa psikososyal uyum; sağlık

bakımına uyum, mesleki çevre, ev-aile ilişkileri, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkisi, sosyal çevre ve psikososyal baskı alanlarını kapsamaktadır (2). Bireylerin, kronik hastalığa psikososyal uyumları iyi (başarılı) psikososyal uyum ya da kötü (başarısız) uyum olabilmektedir (57). Birey, kronik hastalıkla baş edemediğinde uyum bozukluğu yaşamaktadır.

Yaşamı tehdit eden tıbbi hastalıkların seyrinde, tanının yeni konduğu, tedaviye başlandığı ya da tedavi değişikliği yaşandığı, hastalığın seyrinin değiştiği ve terminal evreye geçiş dönemlerinde daha sık ortaya çıkan uyum bozukluğu üzüntü, kızgınlık, stres, çevre ve aile ilişkilerinde bozulmalara yol açmaktadır (57). İnkâr, anksiyete, depresyon, kızgınlık, öfke, izolasyon, günlük işleri yapmaya, aktivitelere katılmaya, çalışmaya ve öğrenmeye karşı isteksizlik, bağımlılık ve regresyon hastalığa gösterilen tepkilerdir (20). Hastalık sürecine yeterince uyum yapılamadığında fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar artarak devam etmektedir (3).

Kronik hastalıklar bireyin yaşamında değişikliklere neden olarak sosyal rollerini etkilemektedir. Bireyin yaşına göre iş, aile, okul hayatı etkilenmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerde iş, okul, ev yaşantısı, iş memnuniyeti, iş doyumunu kapsayan mesleki çevre ve aile ilişkileri alanı en fazla etkilenen uyum alanları olmaktadır (59, 86). Kronik hastalıkların yaşam boyu devam etmesi nedeniyle yol açtığı suçluluk, ölüm korkusu, üretkenliği, işini, rollerini, ilişkilerini, olayları kontrol etme yeteneğini kaybetme korkusu hastalığa psikolojik uyumu zorlaştırmaktadır (3, 59, 86).

Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerden etkilenirken, aynı zamanda hastalığın seyri de psikososyal uyumu olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir (34, 55, 70). Hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitimi, medeni durumu, fiziksel çevresi, aile yapısı, gelir düzeyi, tedavi biçimi, hastalığın fiziksel görünüşte değişiklik oluşturması, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu, aile, arkadaş, akraba gibi sosyal destek sistemleri kronik hastalığa uyum sürecinde etkili faktörlerdir (4, 16, 24, 54, 59, 86).

Komplikasyonların ortaya çıkması, hastalığın kontrolünün sağlanmasında diyet, egzersiz, ilaç kullanımı gibi bir çok faktörün olması diyabette uyum sorunlarına yol açmaktadır (34, 55, 70). Diyabete uyumda hastalığa, tedaviye ve

bireye özgü faktörler etkilidir. Diyabet yılı, diyabet tanı yaşı ile birlikte bireylerin sağlık algısı ve diyabet yönetimleri farklılık göstermektedir. Genç yaşta diyabet tanısı alan bireylerde diyet ve insülin kullanımına uyumsuzluk görülürken, ileri yaşta diyabete karşı daha ciddi bir tutum gelişmekte ve diyabet yönetimi daha iyi olmaktadır (20, 32, 38, 83). Yine ileri yaş ile birlikte diyabete ilişkin endişe azalmakta, psikososyal uyum artmaktadır (32, 83).

Diyabet, bireyde sadece fizyopatolojik değişikliklere yol açmamakta, aynı zamanda diyabetli bireylerin ruhsal durumunda ve sosyal hayatında da birtakım değişikliklere yol açmaktadır (11). Psikolojik sorunlar arasında depresyon, diyabetli bireylerde en sık karşılaşılan sorundur ve depresyon görülme sıklığı, diyabet yılına paralel olarak artmaktadır (17). Depresyon diyabet yönetimini, tedavi ve izlemini aksatarak uyumu bozabilmekte ve uyumsuz davranışların sonucu oluşan komplikasyonlar da mortalite ve morbidite oranında artışa sebep olmaktadır (11, 48, 49 78).

Diyabette depresyon tedaviye bağlı da gelişebilmektedir. İnsülin kullanımı, depresyon düzeyinin artmasında bir risk faktörüdür (13, 17, 34). Bunun yanı sıra diyet uyumsuzluğu, cinsel yetersizlik, kan şekerinin kontrol altına alınamaması, komplikasyonların hastalıkla birlikte ortaya çıkması, hastalık süresinin uzunluğu depresyon ve anksiyete düzeyini arttırmaktadır (47, 75). Depresif semptomların varlığı ise diyabete bilişsel ve duygusal uyumu azaltmaktadır (24).

Diyabette stres de, tedavi biçiminden etkilenen bir durumdur. İnsülin yapmak, kan şekeri ölçümü yapmak, yaşam değişikliğine uyum sağlama çabası psikososyal stres yaratmaktadır (47). Tip 1 diyabetli bireylerde daha çok hipoglisemi korkusu ile, tip 2 diyabetli bireylerde ise insülin kullanımı ve komplikasyonların ortaya çıkması korkusu ile psikososyal stres yaşanmaktadır (17, 26, 34). Psikososyal stres tedavinin başarısı üzerinde etkili olması açısından önemlidir. Stres düzeyi arttıkça metabolik kontrol kötüleşmekte ve daha fazla fonksiyon bozukluğu yaşanmaktadır (34).

Diyabette komplikasyonların ortaya çıkması ile birlikte bireylerde hastalığı kabullenme ve hastalığa uyum çabasını arttırmaktadır (72, 79). Bireyler, bulgu vermedikçe hastalığı önemsememektedir. Hastalar, hastalık durumu hakkında somut değerlere ulaşmayı sağlayan kan şekeri ölçümüne şüpheyle yaklaşmakta, kendilerini

'iyi' hissettikleri zaman kan şekeri ölçümlerini atlamakta, komplikasyon görülme durumunda kan şekeri izlemlerini daha sıkı takip etmektedirler (66). Kan şekerinin bireyler tarafından düzenli izlemi, hastalık sürecinde farkındalık düzeylerini arttırmakta ve hastaların sorumluluk almasını sağlamaktadır (66). Yaşam kalitesi yüksek olan ve diyabete olumlu tutum sergileyen hastalar bireysel izlemlerine daha çok önem vermektedir (79).

Uyum kriterleri ilaç tedavisine uyumu da kapsamaktadır. Diyabetli bireyler hastaneye ulaşım, sağlık kuruluşundan randevu almakta zorlanma, raporlu ilaçlar için ilacın tekrar reçete ettirilebileceği tarihi takip edememe, unutkanlık, ilacı bırakıp etkisini gözlemlemek isteme gibi nedenlerle ilaç tedavilerini aksatmaktadır (10). Özellikle, insülin kullanımı hastalığa karşı negatif tutum geliştirmeye sebep olabilmektedir. Diyabetli bireyler, insülin kullanımı nedeniyle iş bulmak, işin devamlılığını sağlamak, sosyal ortam ve iş ortamında damgalanma ve ayrımcılık korkusu yaşamaktadır. Dolayısıyla çalışan bireylerde diyabet kontrolü zorlaşmakta ve iş performansı olumsuz etkilenmektedir. Tepkilerden ve yanlış anlaşılmalardan çekinen bireyler iş çevresinden hastalıklarını saklamaktadır (47, 72). Oysa, diyabetli bireylerin ilaç tedavisine uyum göstermesi ile birlikte tedavi memnuniyeti artmakta; bireyler diyabet yönetiminde önemli olan beslenme, sağlık kontrollerine düzenli gitme davranışlarına da daha fazla uyum göstermektedirler (10, 72).

Hastalıkla baş etme yöntemi hastalığa uyumda oldukça etkilidir (21, 84). Çözüm odaklı, iyimser, yüzleşmeci, özgüven ve destekleyici yaklaşım psikososyal uyumu arttırmaktadır. Negatif duyguların dışavurumu, palyatif başa çıkma ve rahatlatıcı düşünceler iş, sosyal çevreye uyumu artırmaktadır (24, 84, 86).

Belirsizlik algısı duygusal boyutta sağlığı olumsuz olarak etkilemekte ve psikososyal uyumun bozulmasına neden olmaktadır (46). Kronik ya da akut komplikasyonların gelişme riski, kan şekerinin dengede olmaması belirsizlik yaratarak diyabette psikososyal uyum sorunlarına yol açmaktadır (55).

Kronik hastalıklarda aile ve çevreden destek görmek hastalıkla baş etmede önemli bir kaynaktır (59). Özellikle, tanı aşamasında ve komplikasyonların ortaya çıkması durumunda sosyal destek ihtiyacı artmaktadır (34). Dengeli ilişkilerin, iş birliğinin olduğu, çatışmaların az, rol karmaşasının olmadığı ailelerde hastalığa uyum

kolay olmakta; aşırı koruyucu, endişeli, kontrol edici, yönlendirici tutumların sergilendiği ailelerde hastalığa uyum bozulmaktadır (52).

Özetlenecek olursa; diyabet, fizyolojik komplikasyonların yanında ruhsal, bilişsel sorunlara yol açan, baş etmenin zaman aldığı kronik bir hastalıktır. Kronik ya da akut komplikasyonların gelişebilecek olması, kan şekerinin belirli bir dengesinin olmaması sonucu psikososyal uyum sorunları yaşanabileceği gibi, hastalığa psikososyal uyum sağlanamaması yetersiz öz-bakım davranışlarına yol açarak komplikasyon gelişmesini hızlandırabilmektedir. Hemşire diyabetli bireyin eğitiminde, tedavisinde, izleminde ve bireye öz-bakım davranışlarını kazandırmada önemli bir role sahiptir. Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyumun bilinmesi, hastalığın iyi yönetiminin sağlanarak, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ya da geciktirilebilmesi için hemşireye yol gösterici olacaktır.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Araştırma, diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Diyabetin Tanımı**

Diyabet, insülinin fonksiyonel yetmezliği sonucu oluşan, oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak yaşam süresi ve kalitesini etkileyen, iş gücü kayıplarıyla sosyal ve ekonomik yükü ağır olan, uzun süreli endokrin ve metabolik bir hastalıktır (85).

Ailede diyabet öyküsü, ileri yaş, obezite diyabet gelişiminde önemli risk faktörleridir (35). Diyabette, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki hasarlar nedeniyle organizma karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamaz (63). Tip 1 diyabetten pankreas adacıklarındaki insülin üreten  $\beta$  hücrelerinin otoimmün yıkımı sorumludur. Tip 2 diyabet ise insülin eksikliği ile insülin direncinden kaynaklanan komplike bir bozukluktur (35).

### **2.2.Diyabet Prevalansı**

Hızlı kültürel ve sosyal değişimler, yaşlanan nüfus, beslenme değişiklikleri, azalan fiziksel aktivite ve sağlıksız yaşam tarzı ve davranışlarına bağlı olarak tip 2 diyabet prevalansı gelişmiş ve gelişmekte olan tüm toplumlarda hızla yükselmektedir (76).

Uluslararası Diyabet Federasyonunun 2009' da yayınladığı 'Diyabet Atlası'na göre dünya nüfusunun %6.6'sının (285 milyon kişi) 2010 yılında diyabet hastası olacağı öngörülmüştür. Bu sayının %70'ini düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayanlar oluşturmaktadır. 2030 yılından itibaren ise erişkin nüfusun %7.8' inin (438 milyon kişi) diyabetli olacağı tahmin edilmektedir. Diyabetli bireylerin %75'inden fazlası az ve orta gelirli ülkelerde yaşamakta, diyabet 40-59 yaş arası bireylerde daha sık görülmekte ve kadınların, erkeklerden 1 milyon kişi fazla olduğu bilinmektedir (19).

Amerikan Ulusal Diyabet Kataloğu 26 Ocak 2011 verilerine göre Amerika nüfusunun %8.3' ü (25.8 milyon) diyabettir. Tanısı konmuş birey sayısı 18.8 milyon iken HbA1c seviyesine göre 79 milyon birey ise pre-diyabettir. 65 ve üstü yaş grubunun %26.9'u diyabetlidir. Cinsiyete göre bakıldığında Amerikan toplumunda kadın-erkek hasta sayısı arasında belirgin bir fark yoktur (19).

Türkiye' de bu zamana kadar yapılmış en geniş kapsamlı ve Türkiye diyabet prevalansını temsil eden çalışma olan Türk Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'na (63) göre diyabet prevalansı %7.2 olarak bildirilmiştir. Bozulmuş glikoz toleransı prevalansı ise %6.7'dir. Coğrafi yerleşime göre bakıldığında batı kesimde diyabet prevalansı düşük (%6), güney kesimde diyabet prevalansı en yüksek (%8)' tir. Tüm dünyada hızla artan diyabetli birey sayısı ile Türkiye'deki oran karşılaştırıldığında, Türkiye' de diyabet ve bozulmuş glikoz toleransı orta derecede yüksektir (63).

### **2.3. Diyabetin Tanı ve Sınıflandırılması**

Diyabet ve glikoz metabolizmasının diğer bozuklukları için 2005 yılı Uluslararası Diyabet Federasyonu revizyonunu kapsayan tanı kriterlerini şöyledir:

1. Diyabete özgü semptomların varlığına ek olarak herhangi bir zamanda bakılan plazma glikoz düzeyinin  $\geq 200$  mg/dl olması,
2. Açlık plazma glikoz değerinin 126 mg/dl ye eşit ve yüksek olması,
3. 75 gram glikoz ile yapılan OGTT sırasında ilk iki saat içinde glikoz değerinin  $\geq 200$  mg/dl olması koşulları aranmaktadır. OGTT' nin rutin test olarak uygulanması önerilmemektedir. Ancak, bozulmuş açlık glikozu durumunda OGTT yapılması gerekmektedir (31).

Diyabet sınıflandırmasında üç temel başlık vardır:

#### 1. Tip 1 Diyabetes Mellitus

a. İmmün Nedenli

b. İdiopatik

#### 2. Tip 2 Diyabetes mellitus

a. Periferik İnsülin Direnci Ön Planda

b. İnsülin Sekresyon Yetmezliği Ön Planda

#### 3. Diğer spesifik tipler

a.  $\beta$  Hücre Fonksiyonunda Genetik Hasarlar

b. İnsülin Fonksiyonunda Genetik Hasarlar

c.Egzokrin Pankreas Hastalıkları

d.Endokrinopatiler

e.İlaç ve Kimyasal Maddeler

f.Enfeksiyonlar

g.Nadir Görülen İmmün Formlar

h. Bazen Diyabetle Birlikte Olabilen Genetik Sendromlar

ı.Diğerleri

4.Gestasyonel Diyabetes Mellitus (85).

#### **2.4. Diyabetin Belirti Ve Bulguları**

Diyabetin klinik belirtileri poliüri, polidipsi, polifajidir. Kan glikoz düzeyinin artması plazma ozmolaritesini artırır. Glikoz konsantrasyonu 180 mg/dl'in üzerine çıktığında glikoz idrarla atılmaya başlar (glikozüri). Glikozüri ile birlikte böbrek tubuluslarındaki sıvının ozmolaritesi de artar, suyun reabsorpsiyonu önlenir ve bunun sonucunda idrar yoğunluğu ve miktarı artar (poliüri). Kaybedilen su ve sodyumu karşılamak için polidipsi gelişir. Protein depolarının tükenmesi ise polifaji'ye neden olur. Ayrıca glikoz yetersizliği, plazma yoğunluğunun azalması, potasyum kaybı ve kas proteinlerinin yıkılması nedeniyle halsizlik, çabuk yorulma ve ağız kuruluğu görülür (3, 85).

Temel belirtilerin yanında bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları görülen diğer belirtiler arasındadır (22, 63).

#### **2.5. Diyabet Tedavisi**

Diyabet tedavisi diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Diyabet tedavisi eğitim, diyet, düzenli egzersiz, oral antidiyabetik/insülin kullanımını içeren öz-bakım aktivitelerini ve yaşam biçimi değişikliklerini kapsamaktadır.

### 2.5.1. Eğitim

Diyabetli hasta eğitimi; hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığını daha iyi kontrol ederek oluşabilecek komplikasyonlardan korumak, tedavi hatalarını ve giderlerini azaltmak, hastanın yeni teknolojiyi kullanabilmesini kolaylaştırmak, psikolojik destek sağlamak amacıyla bilgi ve deneyimini arttırmak için sürdürülen bilgi aktarımını içerir (85).

Hasta eğitiminde 3 ana konu önemlidir;

- Hasta, hastalık ve hastalığın seyri konusunda bilgilendirilmeli,
- Hastaya hastalığın komplikasyonlarla seyrettiği, bunların önlenmesinde ise uzun süreli kan glikoz kontrolünün önemli olduğu anlatılmalı,
- Hastaların ve yakınlarının eğitime aktif olarak katılmaları sağlanmalı ve sorunlarını, yakınmalarını, deneyimlerini aktarmalarına imkan tanınmalı ve psikolojik yönden destek sağlanmalıdır (85).

Hastaya, sağlığının önemli olduğu, diyabetin yaşam boyu sürecek bir hastalık olduğu, davranış ve yaşam değişikliklerinin sonuçlarının çok etkili ve ucuz olduğu, ek ekonomik yük gerektirmediği, buna karşın yaşam değişikliği yapmama sonucu gelişebilecek komplikasyonların ağır yük getireceği, tedavinin öncelikle hastanın katkısı ve kontrolüyle sağlanacağı vurgulanmalıdır (85).

Eğitimin başarılı olabilmesi için, hasta eğitime etkin olarak katılmalı, gereksinimler iyi değerlendirilmeli, ulaşılabilir, gerçekçi, uygulanabilir, kısa süreli hedefler konmalı, bilgiler doğru, kısa, öz ve yeterli aktarılmalıdır.

Diyabetik hastaların eğitimine katkı için 1979 yılında çalışma grubu olarak DESG (The Diabetes Education Study Group) kurulmuştur. Türkiye' de Diyabet Eğitim Grubu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diyabet Çalışma Grubunun bir alt grubu olarak çalışmaktadır (85).

### 2.5.2. Diyet

Tıbbi beslenme tedavisinde (TBT), diyetin karbonhidrat yağ bileşimi; hastaların fiziksel özellikleri, aktivite düzeyleri, yaşam tarzları, beslenme

alışkanlıkları, ekonomik durumları, laboratuvar bulguları ve uygulanan medikal tedaviye bağlı değişmekte, öneriler bireye özgüdür (85).

Başlangıçta, Tip 2 diyabetik hastaların %20-25' ine sadece tıbbi beslenme tedavisi, %35-40' ına TBT ve oral antidiyabetik tedavi, %20' sine tıbbi beslenme tedavisi ve insülin tedavisi önerilmekte, %20' sine ise herhangi bir tedavi planı önerilmemektedir (85).

TBT' nin başarıya ulaşması için; diyabetlinin beslenme alışkanlıklarına ve sosyo-ekonomik durumuna uygun beslenme planının, beslenme eğitimi ile desteklenerek hastaya aktarılması yanında verilen bilginin anlaşılıp pratiğe dönüştürülmesinin sık aralıklarla izlenmesi, sorunların çözümünün hasta ile birlikte sağlanması gerekmektedir (85).

Çalışan bireylerin öğünlerinin önemli bir kısmını ev dışında geçirmesi nedeniyle, diyabet kontrolünde büyük öneme sahip olan diyete uyum bozulabilmektedir (9, 10). Ayrıca, aile üyelerinin diyabetli birey için ayrı yemek pişirmemesi, diyabetli bireylerin yiyemediği besinlerin çevresindeki kişiler tarafından tüketilmesi diyete uyumlarında sıkıntı yaratmaktadır (82). Tip 1 diyabette öğün zamanlaması, tip 2 diyabette ise kalori kısıtlaması yapmak beslenme tedavisinde öncelikli yaklaşımdır (85).

### **2.5.3.Egzersiz**

Egzersiz, kan şekerini düşürmede etkili bir yöntemdir. Ancak, egzersiz yapmak her zaman etkili ve yararlı değildir. Bireyde var olan diyabet tipi, yapılan egzersizin türü, egzersiz öncesi metabolik durum, mikro ve makro komplikasyonların varlığı egzersizin yarar-zarar mekanizmasında önemli bir etkidir (85).

Yoğun egzersiz sonrası retinopati, nefropati ve nöropati kötüleşebilir. Egzersiz proteinürisi gelişebilir. Nöropati olan hastalarda egzersiz sırasında ayak yaralanması olabilir. Egzersiz, kardiyovasküler komplikasyonu bulunan diyabetli bireylerde ise sistolik ve diyastolik kan basıncında yükselmelere yol açabilir. Bu tür durumlarda egzersizden kaçınmak gerekmektedir (85).

### **Egzersizin Faydaları**

- Egzersiz hücrelerin insüline duyarlılığını artırır.
- İnsülin reseptör sayısını ve duyarlılığını artırır.
- Hücrelerin glikozu depolama yeteneğini artırır.

- Vücut yağını azaltır ve kas kitlesini arttırır.
- Vücut ağırlığının kontrolünde diyet yardımcı olur.
- Kan basıncını düşürür.
- Kişinin moralini yüksek tutar (85).

Tedavinin önemli bir parçası olan düzenli egzersizin, tedavi yaklaşımlarından en çok ihmal edileni olduğu bir gerçektir (8, 9, 10). Düzenli ve uzun süre yapıldığında glikozu düşürmede etkili olan egzersiz, uygun diyet ve oral hipoglisemik ajan yanında mutlaka önerilmelidir.

## 2.5.4. İlaç Tedavisi

### 2.5.4.1.Oral Antidiyabetik İlaçlar

Oral antidiyabetik ilaçlar, egzersiz ve diyet ile kontrol altına alınamamış Tip 2 diyabetli bireylerde yaşam tarzı önerilerine ek olarak kullanılmaktadır. İnsülin salgılatıcı, insülin duyarlılaştırıcı,  $\alpha$ -glikozidaz inhibitör oral antidiyabetik ilaçlar bulunmaktadır (63).

**-İnsülin salgılatıcı ilaçlar;** sülfonilüreler ve glinidler insülin salgılanmasını uyarır. Periferik dokular üzerine de insülin duyarlılığını arttırıcı etkisi vardır. En önemli yan etkileri hipoglisemi, allerji ve deri döküntüleridir (85).

**-İnsülin duyarlılığını arttıran ilaçlar;** biguanidler ve yeni nesil troglitazone insülin duyarlılığını artırır. Karaciğerde glukoneogenezisi azaltarak periferik dolaşıma, daha düşük miktarda glikoz çıkmasını sağlar. Abdominal dolgunluk, kramplar, diyare, vitamin B12 düzeyinde düşüklük biguanidlerin, ödem ve kilo artışı ise troglitazonelara yan etkileridir (35, 63).

**-Alfa-glikozidaz inhibitörü ilaçlar;** kalorisi az besinlerle beslenmek insülin duyarlılığını arttırır, gastrointestinal hormon sekresyonu azaltır, lipid profilini düzeltir ve daha iyi glisemik kontrol sağlar. Karbonhidrat sindiriminin ve absorpsiyonunun geciktirilmesinin daha iyi glikoz kontrolü sağlayabileceği düşüncesiyle intestinal enterositlerde bulunan alfa-glikozidaz enzimlerini bloke eden ilaçlar geliştirilmiştir. Alfa-glikozidazlar, barsaklardan karbonhidrat emilimini yavaşlatarak postprandial glikoz yükselmesini azaltır. Diyare, abdominal ağrı, hepatik enzim yüksekliği gibi yan etkileri görülebilmektedir (63, 85).

**-İnsülinomimetik ilaçlar:** Endojen insülin sekresyonunu artırarak etkili olmaktadır. Kullanıma yeni girmiştir. Bir beta-hücre hormonu olan amilinin sentetik analogu insülin tedavisine destek olarak kullanılmaktadır. Tokluk glisemisine etkilidir. İncretin bazlı ilaçlar ise glukagon sekresyonunu inhibe ederler. Glikoz bağımlı etki gösterdikleri için hipoglisemiye sebep olmazlar.

#### **2.5.4.2.İnsülin Tedavisi**

Erişkin bir insanda günde 30-50 ünite kadar insülin sentez edilir. İnsülin sekresyonunda hasar olan diyabetli bireylerde ise ihtiyacın dışarıdan karşılanması gerekmektedir. İnsülin tedavisi uygulanması gereken hasta grupları:

1. Tip 1 DM
2. Oral antidiyabetiklere yanıtı olmayan Tip 2 DM
3. Diyabet yaşı 10 yılı aşmış olan Tip 2 DM
4. Akut metabolik komplikasyon (ketoasidotik koma, hiperosmolar nonketotik koma) olduğu durumlar
5. Akut stres, travma, cerrahi girişimler
6. Gestasyonel diyabet
7. Komplikasyonlu diyabetikler
8. Pankreatektomi geçiren tüm diyabetikler

İnsülinler etkilerinin başlama, pik yapma zamanı ve etki süresine göre kısa, orta ve uzun etkili insülinler olarak üç gruba ayrılırlar (Tablo 2.1). (85).

**Tablo 2.1. İnsülin çeşitleri ve özellikleri**

		<b>Etkinin Başlaması</b>	<b>Etkinin pik zamanı</b>	<b>Etki süresi</b>
<b>İNSÜLİN ÇEŞİTLERİ</b>	<b>Kısa Etkili</b>			
	Regüler	20-30 dk	1-3 saat	4-8 saat
	Semilenti	1-3 saat	2-8 saat	4-6 saat
	<b>Orta Etkili</b>			
	NPH	90 dk	4-6 saat	8-12 saat
	Lente	1-2 saat	4-8 saat	8-14 saat
	<b>Uzun Etkili</b>			
	Ultralente	2-3 saat	4-8 saat	8-14 saat
	Protamin zinc	4-6 saat	12-24 saat	36-40 saat

**İnsülin tedavisinin hedefleri**

Açlık kan glikozu düzeyinin 70-120 mg /dl, tokluk kan glikozu düzeyinin 140-180 mg/dl ve gece üçte ölçülen kan glikozunun 65 mg/dl olması, HbA1c değerinin <6.5 olması, kolestrol düzeyinin <200 mg/dl, trigliserid düzeyinin <150mg/dl, kan basıncının 135/85 mm/Hg olması, mikroalbumin düzeyinin <30mg/gün olması iyi metabolik kontrol belirteçleridir (85).

İnsülin uygulamasında, klasik yöntem ve yoğun insülin tedavisi yöntemi yer almaktadır.

Klasik tedavi yönteminde karışım insülinler günde iki kez 0.5-1 Ü/kg/gün olacak şekilde uygulanmaktadır. Doz ayarlaması zor bir yöntemdir, hipoglisemiler sık görülebilmektedir.

Yoğun insülin tedavisi yöntemi multipl enjeksiyon, sürekli subkutan insülin enjeksiyonu ve intraperitoneal insülin verilmesi şeklinde uygulanabilir. Multipl enjeksiyon yönteminde yemeklerden önce kısa etkili, yatmadan önce orta etkili insülinler kullanılmaktadır (85). İnsülin tedavisine erken başlanmasının diyabet bakımının maliyetlerini azaltacağını düşünmektedir (28).

### **İnsülin tedavisinin yan etkileri**

İnsülin tedavisi uygulamasında diyet, fiziksel aktivitenin artıp azalması, eşlik eden hastalık ve kullanılan ilaçlar, fizyolojik durumdaki değişiklikler sonucu yan etkiler oluşur. İnsülin tedavisinde karşılaşılan yan etkiler hipoglisemi, kilo artışı, insülin ödemi, insülin allerjisi, sistemik allerjik reaksiyonlar, Dawn fenomeni ve Somogy etkisidir.

Hipoglisemi; kan glikoz düzeyinin 50 mg/dl altına düşmesi sonucu gelişir. İnsülin dozunun yanlış ayarlanması, insülin uygulama yönteminin yanlış olması, öğün atlama, az yeme, artmış fizik aktivite hipoglisemi nedenlerindedir.

Kilo artışı; insülin anabolik bir hormondur. Hücrelerin ihtiyacından fazla olan glikozu yağ olarak depolayarak kilo alımına neden olmaktadır. Ayrıca, hastanın hipoglisemi yaşadığı durumlarda hipoglisemiye diyet kaçağı yaparak önlemesi de kilo artışına neden olmaktadır (85).

İnsülin ödemi; genellikle insülin tedavisine başlandığında ilk 24 saatte göz kapaklarında ve alt ekstremitelerde oluşan ödemdir. Seyrek görülmektedir. Tedavisinde insülin dozu azaltılır, diüretikler kullanılır. Tuz alımı azaltılarak sıvı dengesi korunmaktadır (56).

İnsülin allerjisi; protein yapıda olan insülinin iyi saflaştırılmamış aparatlarının kullanımı sonucu lokal veya yaygın cilt reaksiyonu veya sistemik reaksiyon görülebilir. İnsülin allerjisi ilk kez insülin tedavisi uygulanan bireylerde 7-14 gün içinde ortaya çıkmaktadır. Lokal allerjilerde enjeksiyon bölgesinde kızarıklık, şişlik, hassasiyet, sertlik gibi reaksiyonlar oluşmaktadır. Bu tür reaksiyonlar oluşursa insülin tipi değiştirilir, enjeksiyonlardan 1 saat önce antihistaminik ilaçlar verilir. İnsülin allerjisi, yaklaşık 2 ay içinde düzelmektedir (56).

Sistemik allerjik reaksiyon; ürtiker-kaşıntı, anjiyoödem, bronkospazm, larenks ödemi, çarpıntı, dolaşım kollapsı belirtileri ile görülmektedir. Sistemik allerjide antihistaminik ve kortizon tedavisi uygulanmaktadır (56).

Dawn fenomeni ve Somogy etkisi insülinin diğer yan etkilerindedir. Dawn fenomeni gece ortaya çıkan growth hormon artışı sonucunda sabah hiperglisemisinin olmasıdır. Gece boyunca yüksek seyreden kan şekeri sabah da yüksek bulunur. Somogy etkisi (posthipoglisemik hiperglisemi) ise akşam yapılan insülin dozunun fazla gelmesi sonucunda gece yarısı ortaya çıkan hipoglisemiye verilen yanıttır.

Somogy etkisinde, gece hipoglisemisini düzeltmek için insülin karşıtı hormonlar salgılanır ve sabah kan şekeri yükselir (56).

Sabah hiperglisemisi olduğunda öncelikle nedeni belirlemek gerekmektedir. Eğer durum Dawn fenomeninden kaynaklanıyorsa tedaviye gece yatmadan bir doz orta etkili insülin eklenebilir, kullanılan orta etkili insülinin dozu arttırılır ya da akşam yapılan orta etkili insülin gece yatmadan önceki saatlere kaydırılır. Hipergliseminin sebebi Somogy etkisi ise akşam yapılan son insülin dozunun azaltılması ile tedavi sağlanmaktadır (56).

## 2.6. Diyabetli Bireyin İzlemi

Glisemik kontrolün sağlanmasında oral antidiyabetikler, insülin kullanımı, diyet programı, egzersiz ve kan şekeri izlemi önemlidir. Bu yoğun tedavi programının izlenmesi ve dengede tutulması HbA1c düzeyinde olumlu değişiklikler yaratmaktadır. 'Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması' raporu HbA1c'deki her %1'lik azalmanın mikrovasküler komplikasyonları %37 ve diyabete bağlı ölümleri %21 oranlarında azalttığını göstermiştir (68). Diyabetin iyi kontrolünün göstergesi olan HbA1c'deki düzelme ile birlikte yaşam kalitesi artmaktadır (80, 81).

Diyabetli bireyler bulgu vermedikçe diyabeti önemsememektedir. Hastalar, hastalık durumu hakkında somut değerlere ulaşmayı sağlayan kan şekeri ölçümüne şüpheyle yaklaşmakta, kendilerini 'iyi' hissettikleri zaman kan şekeri ölçümlerini atlamakta, komplikasyon görülme durumunda ise kan şekeri izlemlerini daha sıkı takip etmektedirler. Oysaki kan şekerinin bireyler tarafından düzenli takip edilmesi, hastalık sürecinde farkındalık düzeylerini arttırmakta ve diyabet öz-yönetiminde sorumluluk almalarını sağlamaktadır. Bunun sonucunda glisemik kontrol sağlanmakta, bilgi düzeyi artmakta, yaşam kalitesi yükselmektedir (66, 79).

## 2.7. Diyabet Komplikasyonları

Diyabet komplikasyonları akut ve kronik olarak sınıflandırılmıştır.

### 2.7.1. Akut (metabolik) Komplikasyonlar

**-Hipoglisemi koması:** İnsülin tedavisi sırasında insülin dozu, gıda alımı ve enerji tüketimindeki problemlere bağlı ortaya çıkabilen hipoglisemi çok sık rastlanan akut

bir komplikasyondur ve iyatrojenik hipoglisemi olarak adlandırılmaktadır (85).

Normalde çeşitli hormonal ve nöral glikoz düzenleyici etkiler ile glikoz dengesi sağlanmakta ve hipoglisemi düzelmektedir. Diyabetiklerde bu mekanizmalardaki bozukluklar hipoglisemiye neden olmaktadır (85).

Hafif hipoglisemide terleme, çarpıntı titreme, dikkat dağınıklığı, baş dönmesi, bulanık görme gözlenir. Orta hipoglisemide konsantrasyon güçlüğü, şuur bulanıklığı olurken ağır hipoglisemide şuur kaybı ve oryantasyon bozukluğu görülür (85).

Hipoglisemi tedavisinde hastanın bilinci yerindeyse 2-3 adet kesme şeker ya da 1-2 tatlı kaşığı toz şeker ya da yarım bardak meyve suyu verilmelidir. Bilinci açık değilse 20-50 ml %30-50' lik glikoz solüsyonu intravenöz yolla verilmelidir (85).

**-Diyabetik ketoasidoz:** İnsülin ile insülin karşıtı hormonlar arasındaki dengenin insülin aleyhine bozulması sonucu oluşan ve ketoasidoz, hipovolemi, dehidratasyon, ağız kuruluğu, iştahsızlık, halsizlik yanında belirgin kilo kaybı, ileri evrelerinde ise bulantı, kusma bulguları ile kendini gösteren tam komaya kadar bilinç değişikliklerine sebep olabilen diyabetin akut bir komplikasyonudur. Tip 1 diyabetiklerde ortaya çıkma ihtimali yüksekken, erkek cinsiyet, alkol kullanımı, düşük beden kitle indeksi gibi durumlarda tip 2 diyabetiklerde de görülmektedir (85).

**-Hiperosmolar non-ketotik koma:** Hiperosmolar non-ketotik koma, diyabetin ketoasidoz olmaksızın, ileri derecede hiperglisemi, plazma hiperosmolaritesi, dehidratasyon ve mental değişikliklerle karakterize, mortalite oranı yüksek bir komplikasyondur. Hepatik glikoz yapımı, normal idrar akımı koşulunda, kan glikozunu 300 mg/dl üzerine çıkarmaz. Hiperosmolar non-ketotik koma durumunda kan glikoz seviyesi 400-500 mg/dl' nin üzerindedir. İnfeksiyon hastalıkları, miyokard enfarktüsü, insülin tedavisinin kesilmesi, üremi hiperosmolar non-ketotik komayı kolaylaştırıcı faktörlerdir (85).

**-Laktik asidoz koması:** Diyabetin yanı sıra karaciğer yetmezliği, ciddi kalp yetmezliği, solunum yetmezliği olan ve genellikle oral antidiyabetik kullanan hastalarda laktik asit yapımının arttığı veya laktik asidin ortamdan uzaklaştırılmadığı durumlarda laktik asidoz koması görülmektedir. Laktik asidoz komasında solunum asidozu, bilinç değişikliği, bulantı ve ağır koma hali gözlenen belirtilerdir (77, 85)

### 2.7.2. Kronik (Metabolik) Komplikasyonlar

Diyabetin kronik komplikasyonları hastaneye yatmada önemli etkenlerdir (10). Diyabet; ketoasidoz, hipoglisemi gibi akut komplikasyonların yanı sıra nefropati, retinopati, nöropati ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik komplikasyonlara yol açmaktadır. Kronik komplikasyonların uzun dönem sonuçları görme kaybı, böbrek yetmezliği ve amputasyon gibi önemli morbiditelere yol açmaktadır (64). Diyabette en sık görülen kronik komplikasyonlar hipertansiyon ve iskemik kalp hastalıklarıdır, bunları %13.7 ile retinopati izlemektedir (15).

**Diyabetik nefropati:** Diyabetik nefropatide ilk olarak günde >30 mg albuminüri görülmektedir. Yıllar içinde şiddetlenen mikroalbuminüri hipertansiyon gelişimine neden olmanın yanı sıra glomerüler filtrasyon hızının azalmasına da neden olmaktadır (85).

**Diyabetik retinopati:** Retina kapillerinin kandaki yüksek glikoza uzun süre maruz kalması ile kapillerde tıkanmalar görülmektedir. Retina kapillerinde tıkanmayı kompanse etmek için damar geçirgenliği artmakta, retina damarları dilate olmakta dilatasyon sonucunda da retinada mikroanevrizma alanları gelişmektedir. Oftalmoskopi ile göz muayenesinde mikroanevrizmaların olduğu küçük kırmızı alanlar diyabetik retinopatinin ilk bulgusudur (85).

Diyabetik retinopatinin izleminde kırılma, biyomikroskopik muayene, göz içi basıncı ölçümü, göz dibi muayenesini kapsayan rutin göz muayenesi tip 1 ve tip 2 diyabetli bireylerde yılda bir kez yapılmalıdır (85).

**Diyabetik nöropati:** Diyabetik nöropati, diyabet seyrinde klinik veya subklinik düzeyde ortaya çıkabilen, periferik somatik ya da otonom sinir tutulumlarını ifade etmektedir. Diyabetik nöropati, diyabet yılı ile birlikte artan bir komplikasyondur. Sinir biyopsilerinde akson dejenerasyonu ve rejenerasyonu, demiyelizasyon, ağır nöropatilerde kapillerlerde tıkanma görülmektedir (85).

**Kardiyovasküler sistem komplikasyonları:** İnsülinin fonksiyonel yetersizliği sonucu oluşan diyabetin yol açtığı mikro ve makrovasküler komplikasyonlar kardiyovasküler mortalite açısından risk oluşturmaktadır. Yetişkin diyabetlilerde, diyabetli olmayan yaşlılarıyla kıyasla kardiyovasküler hastalık geçirme riski 2-4 kat daha yüksektir (76).

Diyabette makrovasküler hastalıkların ortaya çıkması aile öyküsü, sigara kullanımı, hipertansiyon, hiperlipoproteinemi varlığı ile kolaylaşmaktadır. Büyük damar hastalığı olan ateroskleroz diyabetik bireylerde hızlı gelişmektedir. İlerlemiş aterosklerotik lezyonlarda kalsifikasyon, ülserasyon, anevrizmal değişiklikler ortaya çıkabilir (85).

Dislipidemi diyabetik hastalarda sıktır ve hastalarda aterosklerotik lezyonların başlamasında yardımcı etkindir. Kötü kontrollü Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastalarda trigliserid seviyesi yükselir, yüksek dansiteli lipoprotein seviyesi düşer ve düşük dansiteli lipoprotein kolestrol seviyesi artar. Kötü glisemik kontrol dislipidemiyi şiddetlendirirken, glisemik kontrolün sağlanması dislipidemide iyileşmeyi sağlar (35).

Hipertansiyon diyabetiklerde, diyabetik olmayanlara göre iki kat fazla görülmektedir. Hipertansiyon gelişiminde obezite, nefropati, hiperinsülinemi, sodyum retansiyonu, ateroskleroz birlikte rol oynamaktadır. Hipertansiyon varlığı ile birlikte mikrovasküler komplikasyon gelişimi hızlanmaktadır. Diyabetiklerde serebral damar hastalığı geçirme oranı da 2-4 kat fazladır (85).

### **7.2.3.Diyabetik Ayak**

İskemi, nöropati, hijyene dikkat edilmemesi, görme duyusundaki azalma sonucu diyabetik bireylerde ayak lezyonları oluşmaktadır (85). Lezyonların ilerlemesi ile diyabetli bireylerde ampütasyonlar kaçınılmaz olmaktadır. Diyabetik ayak sonucu meydana gelen alt ekstremitte ampütasyonları ciddi sekeller oluşturmakta ve diyabetli bireyleri yaşam değişikliğine zorlamaktadır (14).

## **2.8. Hastalığa Psikososyal Uyum**

Kronik hastalıklar, kesin bir tedavisi olmayan, tedavileri süreklilik gösteren hastalıkları kapsayan, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarıdır (3).

Kronik hastalıkların her evresinde birey farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunlarla karşılaşmaktadır (3). Kronik bir hastalık, komplikasyonları sonucunda bir çok sisteme zarar vererek yeni kronik sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Kronik hastalıklar uzun süre tedavi gerektirmekte ve çoğunlukla ilerleyici fiziksel sorunlar ve ağrı ile karakterize olabilmektedir. Kronik hastalıklarda görülen her bir yeni sorunda, birey yaşam kalitesini arttırmak ya da normale döndürmek yeni duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır.

Uyum, yeni duruma, organizmayı tehdit eden nedene yönelik olarak, homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen olayları kapsayan bir süreçtir. Uyum fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel düzeyde görülür. Birey psikolojik bir sorunla karşılaştığında savunma mekanizmaları ile organizma kendini korur. Sosyo-kültürel tehdit, toplum ya da kültür değişikliği olduğunda birey; yeni davranış örüntüleri, değer yargıları ve fizyolojik, psikolojik uyum mekanizmaları ile yeni duruma adapte olmaya çalışmaktadır (3). Kronik hastalığa iyi (başarılı) psikososyal uyum, bedensel ve fonksiyonel durumdaki, kendini algılama gücündeki değişiklikler ve duygusal değişikliklerle bütünleşme olarak dile getirilmektedir. Kötü (başarısız) uyum ise; bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal olarak olumsuz yönde etkileyen, uzun süren ya da kalıcı olumsuz özelliklerin gelişimden sonra ortaya çıkan durumdur (57).

Yaşamı tehdit eden tıbbi hastalıkların seyrinde, tanının yeni konduğu, yan etki ve zorlukları beklenen bir tedaviye başlandığı, tedavi planının değiştiği, durum iyi bile olsa bir tedavinin sonlandırıldığı, hastalığın seyrinin değiştiği, majör cerrahi müdahalenin planlandığı, hastalığın ilerlediği ve terminal safhaya ulaştığı geçiş dönemlerinde bireylerde uyum bozukluğu görülebilmektedir. Uyum bozukluğu üzüntü, kızgınlık, stres, çevre ve aile ilişkilerinde bozulmalara yol açmaktadır (57). Hastalık sürecine yeterince uyum yapılamadığında fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar artarak devam etmektedir (3).

### **2.8.1. Hastalığa Psikososyal Tepkiler**

Hasta birey fiziksel, duygusal, ruhsal, sosyal ve cinsellik alanlarının tümünde birçok sorun ve belirsizlikle karşılaşmaktadır. Hastalık, fizyopatolojik süreçlerle insan organizmasında değişiklikler oluştururken, ruhsal denge ve uyumunda da bazı farklılaşmalara yol açmaktadır (11).

Hastalığın subjektif olması ve her birey için farklı deneyimlenmesi nedeniyle hastalığa yanıtlar farklı olmaktadır. Kimi bireyler hastalığa karşı cesaretli iken, kimi bireylerde öfke, korku, mutsuzluk gibi duygular görülmektedir (43). Hastalığa karşı

verilen bireysel yanıtlar, hastalığın tipine ve aşamasına, hastalığın iyi metabolik kontrolüne ve hastalığı yönetme çabasına bağlı olarak değişmektedir (11, 24, 41).

Hastalığa gösterilen tepkilerden bazıları; inkar, anksiyete, depresyon, kızgınlık, öfke, izolasyon, günlük işleri yapmaya, aktivitelere katılmaya, çalışmaya ve öğrenmeye karşı isteksizlik, bağımlılık ve regresyondur (20).

Hastalığa gösterilen tepkiler duygusal tepkiler ve davranışsal tepkiler olarak sınıflandırılabilir. Anksiyete, korku, öfke, güç-güçsüzlük, üzüntü ve keder, umut-umutsuzluk hastalığa gösterilen duygusal tepkilerken; destek arama, gizleme, yalnızlık, izolasyon, tedaviyi reddetme hastalığa gösterilen davranışsal tepkilerdir (43).

### **Hastalığa Duygusal Tepkiler**

**Anksiyete ve Korku:** Hasta bireylerde anksiyete ve korku ağrıya, acı çekmeye, zarar görmeye, hastalık süresine, fiziksel görünümde değişime, fonksiyonel kayıplara, komplikasyon gelişmesine, çalışma performansında değişime, kontrolü kaybetmeye bağlı olabilmektedir (14, 16, 78).

Anksiyete düzeyi, hastalığı algılama düzeyine göre değişmektedir. Düşük düzeyde yaşanan anksiyete öğrenme ve eyleme geçmede, tedavi ekibinin önerilerine uymada tetikleyici bir rol oynamaktadır (43). Ancak, sağlık çalışanlarının, hasta bireylere çok fazla müdahale etmesi aksi yönde etki göstererek öğrenmeyi azaltmaktadır (74).

Anksiyeteli bireylerde irritabilite, çaresizlik, huzursuzluk ve depresyon gibi duygusal semptomların yanı sıra unutkanlık, dikkatsizlik, konsantrasyon bozukluğu gibi bilişsel semptomlar görülmektedir.

**Öfke:** Hastalık ya da ciddi yaralanma sonucunda, bütünlük duygusunun tehdidi, sakatlık veya şekil bozukluğunun oluşması, hastalığa ya da tedavi yöntemlerine bağlı olarak aktivitelerinin kısıtlanması anksiyete ve yetersizlik duygusunun oluşmasına yol açarak öfke, başarısızlık duygusu ve utanç gibi duygulara neden olmaktadır.

Öfkeli bir kişi, kendini anlayan, dinleyebilen birinin yakınlığını ister, depresif kişi yalnız zaman geçirmeyi tercih eder. Öfkenin ilk hedefi aile üyeleridir. Bakım verici olan hemşire de öfkenin hedeflerindedir.

**Güç-Güçsüzlük:** Kişi, davranışları, çevresi üzerinde psikolojik, fizyolojik, çevresel kontrol kaybı yaşadığında güçsüzlük hissedebilir.

Hastalığa bağlı güçsüzlüğün iki nedeni vardır. Bunlar, kontrol kaybı ve bilgi eksikliğidir. Kişi hastalığı, tedavisi ve geleceği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığında güçsüzlük hissedebilir. Hastayı yapılacak bir tetkike, tedaviye hazırlamak, bilgilendirmek iş birliğini ve tedaviye uyumu artırır, komplikasyonları azaltır (43).

**Üzüntü-Keder:** Kaybın olduğu durumlarda üzüntü yaşanır. Hastalık fonksiyonların, bağımsızlığın ve işin kaybına yol açabilir. Ailenin, arkadaşların ve sağlık personelinin desteği kayıp yaşayan kişinin hastalığa uyumunda önemli bir faktördür.

Birey tedavi rejimine uymadığında veya hastalığı sürdürücü davranış bozukluklarına devam ettiğinde suçluluk duyabilir. Sosyal rollerin yerine getirilememesi de suçluluk hissi yaratabilir.

**Umutsuzluk:** Umutsuzluk, çözümsüzlük inancı yaşatır ve çözüm için var olan seçenek bile değerlendirilmeyebilir. Umutsuzluk bireylerin yaşından, mesleki durumundan, tehdit eden faktörün büyüklüğünden, başa çıkma becerilerinden, değer yargılarından ve inançlarından etkilenmektedir. Başlangıçta umudu olan bireyler, komplikasyonların görülmesiyle umutlarını yitirebilmektedir (43, 69, 71).

Diyabetli bireylerin %85.2'si tanıyı aldıklarında diyabete ilişkin stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yaşadıkları ilk duygular şok, suçluluk, kızgınlık, endişe, depresyon ve çaresizliktir. Tanı sonrası, özellikle 15 yıl sonra diyabetle yaşamaya ilişkin sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunlar komplikasyon gelişim korkusu, sosyal yetersizlikler, sosyal ve psikososyal tükenmişliktir. Hastaların %75' i korku veya tükenmişlik yaşamaktadır. Diyabet gibi uzun süreli hastalıklarda her yeni günü karamsarlığa düşmeden karşılamaları için hastaların cesarete gereksinimleri vardır (28).

### **Hastalığa Davranışsal Tepkiler**

**Destek Arama:** İyi gelişmiş sosyal destek ağına sahip olan hastalar arkadaşlarının ve ailelerinin desteğinden büyük ölçüde yarar görürler.

**Gizleme, Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon:** Hastalar yakın arkadaşlarından, akraba ya da iş arkadaşlarından teşhisi gizleyebilirler. Hasta ve ailesinin durumu gizlesi

duygusal, sosyal, bilgisel destek almalarını engeller ve hastanın zamanla kendisini yalnız hissetmesine ve sosyal ilişkilerin azalmasına neden olur.

Hasta bireyler, tedaviye ve hastalığa bağlı kısıtlamalar, fiziksel değişiklikler, yan etkiler, yorgunluk ve enerji kaybı gibi nedenlerle sosyal geri çekilme göstermektedir.

**Tedaviyi Reddetme:** Hastanın hastalığını ve tedavisini açık bir şekilde anlayamadığı durumlarda, bilgi eksikliğinde, tedavinin karmaşık ve yüksek maliyetli olduğu durumda, yan etkileri nedeniyle tedaviyi reddetme görüldüğü gibi iş arkadaşları tarafından sağlık durumunun öğrenileceği endişesiyle gereken tedaviyi almamaktadır (43, 55).

### 2.8.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları

Hastalığa uyum süreci süreklilik gösteren bir durumdur. Yaşam boyu devam eden hastalıklar olması nedeniyle kronik hastalıkların yol açtığı suçluluk, ölüm korkusu, üretkenliği, işini, rollerini, ilişkilerini, olayları kontrol etme yeteneğini kaybetme korkusu hastalığa psikolojik uyumu zorlaştırır. Hastalığa uyum fizyolojik alanı kapsadığı gibi sosyolojik, psikolojik, teknolojik ve zaman faktörlerini de içermektedir (3). Hastalığa psikososyal uyum; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, ev-aile ilişkileri, cinsel yaşam, geniş aile ilişkisi, sosyal çevre ve psikososyal baskı alanlarını kapsamaktadır (2).

Yaşam biçimi değişikliğine uyum, semptom kontrolü, tedavi ile baş etme, fiziksel görünüş ve fonksiyonel değişikliklere uyum, hastalık ve tedavisi psikososyal uyum alanları arasındadır. Kronik hastalıklar bireyin yaşamında değişikliklere neden olarak sosyal rollerini etkilemektedir. Bireyin yaşına göre iş, aile ve okul hayatı etkilenmektedir ( 3 ).

Kronik hastalığı olan bireylerde iş, okul, ev yaşantısı, iş memnuniyeti, iş doyumunu kapsayan mesleki çevre ve aile ilişkileri alanı en fazla etkilenen uyum alanları olmaktadır (59, 86). Ameliyat gibi nedenlerle iş yaşamına hemen dönemeyen bireylerin mesleki çevre uyumları düşük olmaktadır (59). İntra kardiyak defibrilatör takılan hastaların psikososyal uyumunun incelendiği bir araştırmada, ilk iki haftada gösterilen uyumun sonraki dönemdeki uyumun göstergesi olduğu görülmüştür (50).

Görme kaybı yaşayan hastaların uyumlarına bakıldığında sağlık bakımına uyum, iş yaşamına uyum, sosyal yaşama uyum ve geniş aile yaşamına uyum alanlarında zorluk yaşadıkları bulunmuştur (37).

Diyabetli bireylerde de mesleki çevreye uyumda azalmanın yanı sıra, diyabetli bireylerin en çok psikolojik baskı, sosyal çevre ve sağlık bakımı alanlarında uyumun azaldığı görülmektedir. Kadınların cinsel alanda uyum problemini erkeklere göre daha az yaşadığı bilinmektedir. (39, 84, 86).

### **2.8.3. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler**

Fiziksel hastalığa tepkilerin ortaya çıkışında hastalığın özellikleri, süresi, etkilenen organlar, tedavi biçimi ve hastanın hastalık hakkındaki bilgisi önemlidir. Ayrıca, hastanın kullandığı baş etme mekanizmaları da vereceği duygusal tepkiyi etkiler.

Hastalığa psikososyal uyumu, hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümü etkilemektedir. Benzer şekilde hastalığa psikososyal uyum da, hastalığın seyrini olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir (34, 55, 70). Hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitimi, medeni durumu, fiziksel çevresi, aile yapısı, gelir düzeyi, tedavi biçimi, hastalığın fiziksel görünüşte değişiklik oluşturması, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu, aile, arkadaş, akraba gibi sosyal destek sistemleri, stres derecesi kronik hastalığa uyum sürecinde etkili faktörlerdir (4, 5, 14, 16, 18, 24, 39, 54, 59, 86). Yalnız yaşamak ve eğitim düzeyinin düşük olması kötü psikososyal uyuma neden olmaktadır (83).

Hastalık üzerindeki kontrol gücü, komplikasyon varlığı gibi nedenlerle diyabet, uyum bozukluğunun en sık eşlik ettiği hastalıklardandır (34, 55, 70). Diyabet yılı, diyabet tanı yaşı ile birlikte bireylerin sağlık algısı farklılık göstermektedir. Diyabetin yönetimi de diyabet yılına, diyabet yaşına göre değişmektedir. Erken yaşta diyabet tanısı alan bireylerde diyet ve insülin tedavisine uyumda bozukluk olmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte ise diyabet ciddi bir hastalık olarak algılanmakta, diyabetin diyet yönetimi daha iyi olmakta, bu stresi azaltmakta ve diyabetle yaşamda özgüven artmaktadır. Diyabete ilişkin endişe azalmakta dolayısıyla psikososyal uyum artmaktadır (20, 32, 38, 83). Diyabete uyum

sağlanmasında komplikasyon varlığı da bir etkidir. Komplikasyonların görülmesi ile birlikte hastalar hastalığı kabullenmekte ve uyum çabaları artmaktadır (72, 79).

Psikolojik sorunlar arasında depresyon, diyabetli bireylerde en sık karşılaşılan sorundur. Depresyon görülme sıklığı, diyabet yılına paralel olarak artmakla birlikte ancak %42'lere kadar çıkmaktadır (17).

Depresyon ilaç rejimi, hastalığın bireysel yönetimi ve fonksiyonel bozukluk üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Depresyon diyabeti, tedavi ve izlemi aksatarak uyumun bozulmasına neden olabilmekte ve diyabetlide yetersiz öz bakım, tedaviyi reddetme, sosyal izolasyon ve diyetle uymama gibi uyumsuz davranışlara yol açmakta ve öz-yönetimi engellemektedir (11, 30, 49). Retinopati, nöropati, seksüel disfonksiyon gelişimi durumunda depresyon düzeyi artmaktadır (81). Uyumsuz davranışların sonucu oluşan komplikasyonlar mortalite ve morbidite oranında artışa sebep olmaktadır (48, 78).

Depresyon düzeyinin artması tedavi yöntemine bağlı da gelişebilmektedir. İnsülin kullanımı, depresyon düzeyinin artmasında başlıca risk faktörüdür (13, 17, 34). İnsülin kullanımına, oral antidiyabetiklerin eklenmesi depresyon ve anksiyete düzeyinin daha çok artmasına neden olmaktadır. Diyet uyumsuzluğu, seksüel yetersizlik, kan şekerinin kontrol altına alınamaması, komplikasyonların hastalıkla birlikte ortaya çıkması, hastalık süresinin uzunluğu depresyon ve anksiyete düzeyini arttıran diğer nedenlerdir (47, 75). Diyabetik ayak komplikasyonuna bağlı geçirilen alt ekstremitte amputasyonları beden imajını zedelemeye sebep olmaktadır. Bu da depresyon ve anksiyete yaratmaktadır (14). Depresif semptomların varlığı ise diyabete bilişsel ve duygusal uyumu azaltmaktadır (24).

Diyabette stres, tedavi biçimine bağlı olarak da gelişebilir. İnsülin yapmak, kan şekeri ölçümü yapmak, yaşam değişikliğine uyum sağlama çabası psikososyal stres yaratmaktadır (47). Her iki diyabet türünde de karşı karşıya kalınan psikososyal stres tip 1 diyabette daha çok hipoglisemi korkusundan, tip 2 diyabette ise insülin kullanımı ve komplikasyonların ortaya çıkması korkusundan kaynaklanmaktadır (17, 26, 34). Ayrıca, psikososyal stres tedavinin başarısı üzerinde de olumsuz etkiye yaratmaktadır. Diyabet komplikasyonlarından korkma, iş kaybı, yaşam değişikliği uyumu, damgalanma, ayrımcılığa uğrama başlıca stres nedenleridir. Bayan cinsiyet, işsizlik, düşük eğitim seviyesi olan bireylerde daha çok stres görülmektedir (47).

Daha çok stres daha kötü metabolik kontrole ve daha fazla fonksiyon bozukluğuna sebep olmaktadır (34).

Diyabetli bireyler egzersiz, diyet, stres yönetimine yönelik engellerin olduğunu belirtmişlerdir. Diyabet hakkında yeterli bilgisi bulunmayan aile bireyleri veya arkadaşlar diyet uyumu için engel oluşturmaktadır (30). Kadınlar erkeklere göre diyabeti engel olarak algılamakta ve daha ciddi görmektedir. Bekarlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, diyabet yılı ileri olanlar, komplikasyon gelişmiş olanlar diyabeti engel olarak algılamaktadır. Engel algısının artması öz-bakım davranışlarını azaltmaktadır. Bunun sonucu olarak da hastalarda, diyabet ve tedaviye uyum azalmaktadır (15, 30). Hastalığın günlük yaşamını, aile, arkadaş, iş-okul-ev işlerini tamamen ya da kısmen engellediğini düşünen ve hatta hastalığı felaket olarak gören hayatlarında tamamen değişiklik yapmaları gerektiğini düşünen bireylerin psikososyal uyumları kötüdür (39).

Umutsuzluk hastalığa uyumu kötü etkilemektedir. Hastaların başa çıkma enerjileri, ümitleri azaldıkça uyumları da azalmaktadır (39). Eğitim düzeyi düşükçe umut düzeyinin de azaldığı, okuma yazma bilmeyen, emekli, gelir durumu kötü, herhangi bir işte çalışmayan ve tedavisine uymayan bireylerde umut düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür (69).

Uyum kriterlerinden biri olan ilaç tedavisine uyum, hastaneye ulaşım, sağlık kuruluşundan randevu almakta zorlanma, raporlu ilaçlar için ilacın tekrar reçete ettirilebileceği tarihi takip edememe gibi faktörlerden olumsuz etkilenmektedir (10). Ayrıca, eğitim düzeyinin düşük olması ve maddi imkansızlıklar da tedaviye uyumu kötü etkilemektedir. Tedaviye inancın olmaması da uyumda önemli bir engel oluşturmaktadır (55)

Yaşlı grubun unutkanlık sorunu ve ilacı bırakıp etkisini gözlemlemek istemesi gibi nedenlerle ilaç tedavisi aksayabilmektedir (72). Erken yaşta diyabet tanısı almak diyete ve insülin kullanıma uyumda bozukluğa yol açmaktadır (20, 38). İnsülin kullanımı hastalığa karşı negatif tutum geliştirmeye sebep olabilmektedir. İnsülin uygulamak acı verir; hayatı karmaşılaştırır; diyabetin kötüye gittiğinin işaretidir; hipoglisemiye neden olur; komplikasyonlara yol açar endişesi ile hastalar tedaviye uyum göstermemektedir (81). Diyabetli bireyler, insülin kullanımı nedeniyle iş bulmak, işin devamlılığını sağlamak, sosyal ortam ve iş ortamında

damgalanma ve ayrımcılık korkusuyla yüz yüze kalmaktadır. Dolayısıyla çalışan bireylerde diyabet kontrolü zorlaşmakta, iş performansı olumsuz etkilenmektedir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi diyabette de bireyler, çevreden gördükleri tepkiler ve yanlış anlaşılma nedeniyle hastalıklarını saklama yoluna gitmektedir (47, 72).

Tedaviye uyum ile birlikte tedavi memnuniyeti artmakta, diyabete karşı olumlu tutum gelişmektedir. Tedaviye uyum gösteren bireyler diyabet yönetiminde önemli olan diyet, sağlık kontrollerine düzenli gitme davranışlarına daha fazla uyum göstermektedirler (10, 41)

Hastaların, hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri arttıkça psikososyal uyum artmaktadır (39). Tedaviye uyumun önemi ve tedaviye uyumsuzluğun sonuçları açısından yeterli bilgiye sahip olmayan hastalar hastalık ve tedaviye kötü uyum göstermektedir (55). Kontrol duygusunun kaybı kötü psikososyal uyuma neden olmaktadır (39).

Hastalıkla baş etme yöntemi hastalığa uyumda oldukça etkilidir (21, 84). Çözüm odaklı yaklaşım uyumu arttırmakta iken hastalıktan kaçınma yaklaşımında bulunmak azalmış uyum sebebidir (21, 39, 45). İyimser, yüzleşmeci, özgüven ve destekleyici başa çıkma yöntemlerinin kullanımı özellikle iş yaşamı ve sosyal çevreye psikososyal uyumu arttırmaktadır (84, 86). Kullanılan başa çıkma yöntemi hastalığın kabullenilmesini sağlayarak diyabet yönetiminde etkili olmayı sağlamaktadır. Erkeklerin diyabete karşı daha pozitif bir bakış açısı geliştirdikleri görülmektedir (24). Hastalıkla başa çıkmada erkekler, aktif baş etme yöntemlerini kadınlarsa daha çok spirütüel yöntemleri kullanmaktadır (36).

Psikososyal uyumda spiritüel etkinliklerde bulunmak hasta bireylerde, genel iyilik halini ve psikososyal uyumu pozitif etkilemektedir (12, 67). Duygusal uyumda kullanılan yöntemler ise negatif duyguların dışavurumu, palyatif başa çıkma ve rahatlatıcı düşüncelerdir (24).

Duygusal baş etme yöntemini kullanan diyabetli bireylerin daha fazla stres yaşadıkları, diyabet kontrolünü negatif değerlendirdikleri ve diyabette daha fazla problem alanları olduğu belirlenmiştir (12, 53).

Diyabet ile yaşamak demek hayatın belirsizliği, kararsızlığı ve değişkenliği demektir. Diyabette belirsizlik psikososyal uyumu etkileyen faktörler arasındadır

(46). Belirsizlik algısı duygusal boyutta sağlığı olumsuz olarak etkiler. Kronik hastalıklardan olan diyabette de gelişebilecek kronik ya da akut komplikasyonların olması, kan şekerinin belirli bir dengede olmaması sonucu psikososyal uyum sorunları yaşanması olasıdır (55).

#### **2.8.4. Sosyal Destek**

Sosyal destek, stresle başa çıkmak için gerekli psikolojik ve maddi kaynakların sosyal bağlar sayesinde sağlanmasını ifade eder. Sosyal destek maddi destek, bilgi desteği ve duygusal destek olarak üçe ayrılabilir.

Sosyal destek algısı psikososyal, tıbbi ve biyokimyasal faktörlerden etkilenmektedir ve kronik hastalıklara uyumda önemli bir faktördür (18).

Kronik hastalıklarda aile ve çevreden destek görmek hastalıkla baş etmede ve uyumda önemli bir kaynaktır (18, 39, 59). Çevrelerinden ve ailelerinden sosyal destek gören bireylerin hastalığa psikososyal uyumu kolaylaşmaktadır (84). Özellikle, tanının ilk alındığı ve hastalığa bağlı komplikasyonların ortaya çıktığı dönem sosyal desteğe en çok ihtiyaç duyulan dönemdir. Diyabetli bireylerin en çok destek bekledikleri gruplar; aile doktorları (%68), aileleri (%68) ve diyabet uzmanları (%58)'dir (34). Beklentilerine uygun olarak hastalar en çok aileden, yakın arkadaş ve eşten sonra sağlık personelinde sosyal destek almaktadırlar (18, 44, 71).

Dengeli ilişkilerin ve iş birliğinin olduğu, çatışmaların az, rollerin belli olduğu ailelerde hastalığa uyum daha kolaylaşmakta; aşırı koruyucu, endişeli, kontrol edici, yönlendirici tutumların sergilendiği ailelerde hastalığa uyum bozulmaktadır (52, 81). Aile işbirlikli müdahale ile geleneksel müdahalenin diyabet kontrolüne etkisine bakılan bir çalışmada, aile ile birlikte yürütülen tedavi ve bakımda bireylerin hastalığa karşı tutumlarının olumlu, bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (40).

Algılanan sosyal destek yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, meslek durumu, çalışma şekli, aile tipinden etkilenmektedir. Genç bireylerde algılanan sosyal destek daha fazladır (69). 30-49 yaş grubu bireyler, gençlere ve yaşlılara göre arkadaş ve aile desteğini daha az almaktadır. Yaşlı bireyler bilgi desteğini ve akran desteğini genç gruba göre daha çok hissetmektedir (74). Erkeklerin özel birinden aldıkları sosyal destek kadınlara göre daha fazladır (33).

Eğitim seviyesinin yükselmesi ile de sosyal destek algısı artmakta ve yaşam kalitesi yükselmekte ve profesyonel destekten yararlanma artmaktadır (33, 69, 71).

Medeni duruma göre algılanan sosyal destek düzeyine bakıldığında evlilerde, aile desteği yüksek iken bekar bireylerde arkadaş desteği daha yüksektir (44, 69).

Hiç çalışmayan bireylerde, tam gün veya yarım gün çalışan bireylere göre aile desteği daha düşüktür ve çalışmayan bireyler daha çok sosyal destek arayışına yönelmektedir (45, 69).

Sosyal desteğin mortalite oranını azalttığı belirlenmiştir. Sosyal destek arttığında eşlik eden hastalığın şiddetine ve hasta özelliklerine rağmen sağ kalımın arttığı gözlenmiştir. Yetersiz sosyal destek ve duygusal destek algılayan hastalarda ise mortalite riski yüksektir (18, 42, 67, 73).

Sosyal desteğin artması yaşam kalitesini arttırmaktadır Sosyal desteğin varlığı belirsizlikleri ortadan kaldırmakta, metabolik kontrolün sağlanmasına katkıda bulunmakta ve ilaç ve diyet tedavisine uyumu arttırmakta ve öz-bakım davranışlarını pekiştirerek daha iyi uyumu sağlamaktadır (33, 69, 71). Aile veya arkadaş desteğinin varlığında, yalnız yaşamak bile diyabet öz-yönetimini ihmal etmek için risk olmamaktadır (74).

Sağlık ile sosyal destek arasında olumlu bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Sosyal desteği olanlar, daha kolay iyileşmekte, yaşam kaliteleri yükselmekte, hastalıklarla baş etme güçleri artmakta ve psikososyal uyumları artmaktadır (7, 33).

### **2.8.5. Diyabetli Bireyde Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları**

Kronik hastalığı olan bireyler hastalığa uyumda sorun yaşamaktadır. Yeni bir hastalıkla karşılaşan ya da uzun yıllardır hastalıkla mücadele eden bireylerde psikososyal uyumsuzluk sık görülmektedir. Hemşire sağlık ekibinin profesyonel bir üyesi olarak hastayı bütüncül olarak değerlendirmeli, bakım verici rolünün yanı sıra eğitici ve danışmanlık rollerini yerine getirerek bireyin hastalığa psikososyal uyumun sağlanmasında yol gösterici olmalıdır.

\*Diyabetli bireye; hastalığı, hastalığın oluşum ve ilerleme biçimi hakkında bilgi verilmeli, hastalık üzerinde kontrol duygusu geliştirilmeli ve tedaviye katılımı sağlanmalıdır.

\*Diyabetli bireye, tip 2 diyabetin nedenleri, etkileri ve tedavi seçenekleri konusunda dürüst, güncel ve kanıta dayalı bilgi sağlanmalıdır.

\*Diyabetli bireylere, diyabet öz yönetiminin (kan şekeri ölçme, insülin yapma v.b.) geliştirilmesinde destek sağlanmalı, bireyin, hastalığın öz-yönetiminde etkin olduğu yönleri ön plana çıkarılarak umutsuzluğa kapılması önlenmelidir.

\*Diyabetli birey, insülin tedavisine başlamadan önce iyi değerlendirilmeli, bireyin yanlış inançları ve uygulamaları belirlenmeli ve düzeltilmesi sağlanmalıdır.

\*Her diyabetli bireye kişilik özelliklerine uygun bir eğitim planlanmalı ve eğitime aile üyeleri de dahil edilmelidir. Eğitim yazılı ve görsel araçlarla zenginleştirilmelidir. Bilgi vermenin yanı sıra hedef belirleme, bireysel izlem, beceri ve uygulama, ödüllendirme ve sosyal destek sağlama şeklinde müdahale eğitimi çalışmaları yapılmalıdır.

\*Diyabetli bireyin, kendi kendine kan şekeri izlemi desteklenerek, metabolik kontroldeki iyileşmeyi fark etmesi sağlanmalıdır.

\*Diyabetli bireyin motivasyonunu arttırmak ve davranış değişikliği oluşturmak için otonomi sağlanmalıdır.

\*Bireysel risk faktörlerini belirlemek ve ortadan kaldırmak için diyabetli bireylerle tartışılmalı, duygularını dışa vurmaları sağlanmalı ve diyabet yönetim planlarını geliştirmek için hastalara yol gösterilmelidir.

\*Bireyin kullandığı başa çıkma yöntemleri belirlenerek hastalıkla başetmede bireye uygun çözüm önerileri getirilmelidir. Hastanın olumlu başetme yöntemleri desteklenmelidir. Diyet, egzersiz gibi sorunlarda problem odaklı başa çıkma yöntemini; depresyon, stres gibi psikolojik sorunlarda duygusal başa çıkma yöntemini kullanarak olumsuz başetme yöntemleri olumluya çevirmesi sağlanmalıdır

\*Hemşire bireyin aile özelliğini bilmelidir. Bireyin diyet, egzersiz, ilaç tedavisi gibi diyabet tedavisine ilişkin uygulamalarını aksatmasının ailenin hasta bireyin yaşam değişikliğine uyum sağlayamaması, aile içi çatışmalardan ve ekonomik koşullardan kaynaklı olup olmadığını bilmeli ve soruna uygun çözümler getirmelidir.

\*Sosyal bağlarını artırması ya da yeniden düzenlemesi için diyabetli bireye destek sağlanmalıdır. Ayrıca, bireyin yakın çevresi ve ailesi bilgilendirilerek destek olmaları sağlanmalıdır (58, 60, 65).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Şekli**

Araştırma, diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği ile Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Servisi' nde yapılmıştır.

Endokrinoloji Polikliniği sıra numarası sistemi ile çalışmaktadır. Günde en az 70 hasta muayene olup polikliniğin tuttuğu kayıtlara göre bunların yaklaşık 1/3' ü diyabet hastasıdır. Poliklinikte iki uzman doktor, iki asistan doktor, iki intern doktor, bir diyetisyen ve beş hemşire görev yapmaktadır. Poliklinikte görev yapan hemşirelerden bir tanesi diyabet eğitim hemşiresi olarak görev yapmakta ve gelen hastalara insülin kullanımı, ayak bakımı konularında eğitim vermektedir. Hemşirelerden ikisi kan alma biriminde, ikisi ultrason ve ince iğne biyopsisi odasında görevlidir.

Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları servisi 34 yataklıdır. Serviste görev yapan hemşire sayısı sekizdir. Hemşirelerden bir tanesi diyabet eğitim hemşiresi olarak gündüz yatan hastalara diyabet eğitimi vermektedir.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören hastalar ile aynı hastanenin polikliniğine başvuran hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, 17.01-09.05.2011 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören hastalar ile endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 122 hasta oluşturmuştur. Yapılan pilot çalışmada psikososyal uyum ölçeğinin ortalaması 47, standart sapması ise 10.1 olarak bulunmuştur. Bu değerleri en fazla 3 birimlik bir hata ile

kestirebilmek için 0.05 yanılma düzeyi ve %90 güç ile çalışmaya alınması gereken kişi sayısı 122 olarak belirlenmiştir.

### **3.4.Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak (16, 26, 54, 70, 72, 83, 84, 86) geliştirilmiş olan "Hasta Tanıtım Formu", "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği" (PAIS-SR) ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.4.1.Hasta Tanıtım Formu (EK 1)**

Hasta tanıtım formu, "Sosyo-Demografik Özellikler", "Tedaviye İlişkin Özellikler" ve "Diyabet Yönetimi ile İlgili Özellikler" olmak üzere üç bölümde yer alan bağımsız değişkenleri içeren toplam 27 sorudan oluşmaktadır. İlk bölüm olan "Sosyo-demografik Özellikler" kısmında hastanın yaşı, cinsiyeti, tedavi durumu, medeni durum, öğrenim durumu, mesleği, gelir durumu ve birlikte yaşadığı kişilere ilişkin sorular yer almaktadır. "Tedaviye İlişkin Özellikler" in sorgulandığı ikinci bölümde diyabet süresi, diyabet tedavi yöntemi, oral antidiyabetik ve insülin kullanım yılları, akut veya kronik komplikasyon gelişme durumu ve süresi ile diyabet dışında var olan hastalıkları ile ilgili sorular yer almaktadır. Son bölümde ise "Diyabet Yönetimi İle İlgili Bilgiler" için kontrole gelme sıklığı, diyet ve egzersiz yapma durumu, kendi kendine kan glikoz izlemi ve HbA1c seviyesine ilişkin sorular yer almaktadır.

#### **3.4.2.Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) (EK 2)**

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-Report (PAIS-SR), Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçek 7 psikososyal uyum alanında 46 soruyu içermektedir. Psikososyal uyum alanları;“Sağlık Bakımına Oryantasyon” (Bölüm 1), “Mesleki Çevre” (Bölüm 2), “Aile Çevresi” (Bölüm 3), “Cinsel Yaşam” (Bölüm 4), “Geniş Aile İlişkileri” (Bölüm 5), “Sosyal Çevre” (Bölüm 6) ve “Psikolojik Baskı” (Bölüm 7) dir. Birinci bölüm 8, ikinci bölüm 6, üçüncü bölüm sekiz, dördüncü bölüm altı, beşinci bölüm 5, altıncı bölüm 6, yedinci

bölüm 7 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru için uyum seviyesini 0 ile 3 arasında belirleyen 4 ifade yer almaktadır. Soruya verilen olumlu ifade '0' puan ile olumsuz ifade ise '3' puan ile puanlandırılmaktadır. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi psikososyal uyum, 35-51 arasındaki puanlar orta derecede psikososyal uyum, 51'in üstündeki puanlar kötü uyum şeklinde değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Adaylar tarafından 1995 yılında yapılmıştır (2). Talaz tarafından 2007 yılında diyabetik hastalarda güvenirlik çalışmasında PAIS-SR' nin cronbach alfa değeri 0.87 olarak bulunmuştur (70).

### **3.4.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 3)**

Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilen, Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında Türkçe'ye uyarlanan ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren 12 kısa maddeden oluşan bir ölçektir (23). Aile ve özel insan terimlerini ayırt etmek için çalışma Eker ve diğ. tarafından 2001 yılında yenilenmiştir. Aile; eş, çocuk, kardeşler ve ebeveynler olarak, özel insan; aile ve arkadaş dışındaki kişiler ( flört, nişanlı, doktor, hemşire ) olarak tanımlanmıştır. Ölçek birden yediye kadar sıralanan bir puanlama sistemine sahiptir. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içermektedir. Bunlar; aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaş( 6,7,9,12. maddeler) ve özel insan (1,2,5,10. maddeler) dir. Ölçekte ters ifade yoktur. Ölçek “Tamamen katılıyorum”, “Çoğunlukla katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum”, “Çoğunlukla katılmıyorum” ve “Hiç katılmıyorum” şıklarından oluşur. Her alt ölçekte dört maddenin puanlanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte ve bütün alt ölçeklerin puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan desteğin yüksek olduğunu, puanın düşük olması da desteğin algılanmadığını veya destekten yoksun oluşu göstermektedir. Eker ve diğ. (23), ÇBASDÖ'nin toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89 olarak, alt boyut Cronbach alfa kat sayılarını da aile için 0.85, arkadaş için 0.88 ve özel insan için 0.92 olarak bulmuşlardır.

#### **3.4.4. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması**

Veri toplama formunun ön uygulaması anlaşılmayan, eksik bölümlerinin saptanması, düzeltilmesi ve araştırma sürecinin değerlendirilmesi amacıyla Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi endokrin polikliniğine 17.01- 07.02.2011 tarihleri arasında gelen 9 hastaya uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan formda değişiklik yapılmadığı için ön uygulama yapılan hastalar araştırma örnekleme dahil edilmiştir.

#### **3.4.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması**

Veri toplama formunun uygulaması araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek 14.02.2011-09.05.2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Görüşme yeri olarak poliklinik hastaları için polikliniğin toplantı odası, yatan hastalar için hasta odaları kullanılmıştır. Araştırmacı haftanın iki günü uygulamaya çıkmıştır. Görüşmeler yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Günde ortalama 4 hasta ile görüşülmüştür.

#### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlarından (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca) yararlanılmıştır. İki grup arası karşılaştırmalar parametrik test varsayımlarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi ile sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. İki'den fazla grup arası farklılıkların araştırılmasında parametrik test varsayımlarının sağlanması durumunda tek yönlü varyans analizi kullanılmış, farklılığı yaratan grubu bulabilmek için Tukey HSD ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır. Parametrik test koşullarının sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis Testi kullanılmış, ikili karşılaştırmalar ise Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkiye ise normal dağılmadığı için Spearman Korelasyon Katsayısı ile bakılmıştır. Gruplar arasında nitelik değişkenler bakımından farklılık olup olmadığına ki kare testi ile bakılmıştır (6, 25). Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, tedavi durumu, öğrenim durumu, mesleği, gelir

durumu, diyabet süresidir. Bağımlı değişkenleri hastalığa psikosoyal uyum durumu, psikosoyal uyum alanları ile algılanan sosyal destek düzeyidir.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dekanlığı Senato Etik Komisyonuna başvurulmuş ve 14 Aralık 2010 tarihli MSE /2010-1210 karar numaralı etik komisyon onayı alınmıştır (Bkz. Ek 4.1).

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi (Bkz. Ek 4.2), diyabetli bireylerden yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 4.3). Araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlardan yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 4.4).

## 4.BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamındaki diyabetli bireylerin tanıtıcı özelliklerine, diyabet yönetimine ilişkin özelliklerine, psikososyal uyum durumuna, algıladıkları psikososyal destek düzeyine ve psikososyal uyum durumu ile etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

### 4.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1. Diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye, hastalık yönetimine ilişkin özellikleri (n=122)**

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
35-44	14	11.5
45-54	29	23.8
55-64	49	40.2
65≤	30	24.5
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	78	63.9
Erkek	44	36.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	105	86.1
Bekar	17	13.9
<b>Öğrenim Durumu</b>		
İlkokul	75	61.5
Ortaokul	12	9.8
Lise	20	16.4
Yüksekokul	15	12.3
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	58	47.5
Emekli	47	38.5
Memur-işçi	10	8.3
Serbest Meslek	7	5.7
<b>Gelir Durumu</b>		
İyi	14	11.5
Orta	64	52.4
Kötü	44	36.1
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>		
Eş ile	98	80.3
Çocukların yanında	16	13.1
Yalnız	8	6.6

**Tablo 4.1. (Devamı). Diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye, hastalık yönetimine ilişkin özellikleri (n=122)**

Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Diyabet Süresi</b>		
1-5 yıl	23	18.9
6-10 yıl	25	20.5
11-15 yıl	33	27
16 yıl ve üzeri	41	33.6
<b>Diyabet Tedavi Şekli</b>		
İnsülin	35	28.7
İnsülin+OAD	87	71.3
<b>OAD Kullanım Yılı (n=88)</b>		
1-5 yıl	16	13.1
6-10 yıl	21	17.2
11-15 yıl	26	21.3
16 yıl ve üzeri	25	20.5
<b>İnsülin Kullanım yılı</b>		
1-5 yıl	67	54.9
6-10 yıl	37	30.3
11-15 yıl	11	9
16 yıl ve üzeri	7	5.7
<b>Hastaneye Yatma Durumu</b>		
Hiç	40	32.8
1-2 kez	66	54.1
3 kez ve üzeri	16	13.1
<b>Hiperglisemi</b>		
Yaşamayan	100	82
Yaşayan	22	18
<b>Hipoglisemi</b>		
Yaşamayan	81	66.4
Yaşayan	41	33.6
<b>Kronik Komplikasyonlar* (n=86)</b>		
Retinopati	35	28.7
Nöropati	36	29.5
Nefropati	8	6.6
Ayak yarası	7	5.7
<b>Diğer Hastalıklar* (n=95)</b>		
HT**	79	64.8
HL***	36	29.5
Kalp Hastalığı	21	17.2
Diğer****	23	18.9

\* Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\* HT: Hipertansiyon,

\*\*\* HL: Hiperlipidemi

\*\*\*\* Guatr, gastrit v.b.

**Tablo 4.1. (Devamı). Diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye, hastalık yönetimine ilişkin özellikleri (n=122)**

<b>Diyabet Yönetimine İlişkin Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kontrol Sıklığı</b>		
1-3 ay	37	32.3
4 ay-1 yıl	46	37.7
1 yıl üzeri	39	32.0
<b>Eğitim Alma Durumu</b>		
Eğitim Alan	105	86.0
Eğitim Almayan	17	14.0
<b>Hastalıkla İlgili Eğitim Aldığı Kişiler</b>		
Hemşire	26	70.5
Diyetisyen	13	59.8
Doktor	5	13.9
Hemşire+Diyetisyen	48	48.4
Doktor+Hemşire	11	9.8
Doktor+Diyetisyen	1	9.8
Doktor+Hemşire+Diyetisyen	11	9.0
<b>Diyete Dikkat Etme</b>		
Evet	58	47.5
Hayır	64	52.5
<b>Egzersiz Yapma</b>		
Evet	35	28.7
Hayır	87	71.3
<b>Evde Kan Şekeri Kontrolü</b>		
Evet	112	91.8
Hayır	10	8.2
<b>HbA1c</b>		
Ortalama		%9.8
Minimum		%5.9
Maksimum		%18

\*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Tabloya bakıldığında, hastaların %40.2'sinin 55-64 yaş grubunda, %63.9'unun kadın, %86.1'inin evli, %61.5'inin ilkokul mezunu, %80.3'ünün eşi ile birlikte yaşamakta, %47.5'inin ev hanımı ve %38.5'inin emekli olduğu görülmektedir. Ayrıca, bireylerin %52.4'ü gelir durumunu orta düzey olarak değerlendirmektedir.

Tablo 4.1' de araştırmaya katılan bireylerin hastalıklarına ve tedaviye ilişkin özellikleri de yer almaktadır. Hastaların %33.6'sının diyabet süresinin 16 yıl ve üzeri olduğu, %71.3'ünün insüline ek olarak oral antidiyabetik ilaç kullandığı, %21.3'ünün oral antidiyabetik ilacı 11-15 yıl kullandığı, %54.9'unun insülin tedavisini 1-5 yıldır aldığı görülmektedir. Hastaların %32.8'inin hiç hastaneye yatmadığı, %54.1'inin 1-2 kez hastaneye yattığı görülmektedir. Hastaların diyabetin akut komplikasyonlarından olan hiperglisemi yaşama oranı %18 iken hipoglisemi yaşama oranı %33.6'dır. Hastaların %29.5'inde nöropati, %28.7'sinde retinopati, %6.6'sında nefropati geliştiği belirlenmiştir. Diğer hastalığı olanların oranı %77.9' dur. Bu hastalıklardan %64.8'i hipertansiyon, %29.5'i hiperlipidemi, %17.2'si kalp hastalığıdır. Belirtilen hastalıkların dışında ek bir hastalığı olanların oranı %18.9'dur. Tabloda belirtilmemekle birlikte ek hastalığı olan hastalardan %4.9'unun guatr, %2.4'ünün gastrit tanısı vardır.

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların kullandığı ilaç gruplarının dağılımı şu şekilde belirlenmiştir; %97.6'sı antihipertansif, %47.5' i statin grubu, %32.9'u antitrombotik (antiplatelet ve antikoagölan), %20.7'si antiaritmik, %15.8' i diüretik, %9.7' si koroner vazodilatör, %8.5'i hipotiroidizm ilacı, %6.1'i antiepileptik, %4.8' i antiiskemik, %4.8'i antidepresan, %4.8'i bronkodilatör, %2.4'ü H2 reseptör antagonistidir. (Hastalar birden fazla ilaç kullandığı için n katlanmıştır).

Tablo 4.1'de bireylerin diyabet yönetimine ilişkin bilgilerine bakıldığında hastaların %37.7'sinin kontrole gitme sıklığının 4 ay-1 yıl olduğu görülmektedir. Hastaların %13.9'u hastalıkla ilgili eğitim almamıştır. Eğitim alanların %70.5'inin hemşireden, %59.8'inin diyetisyenden, %13.9'unun doktordan ve %9'unun her üçünden eğitim aldığı görülmektedir. Hastaların %47.5'i diyetine dikkat ettiğini, %28.7'si düzenli egzersiz yaptığını ve %91.8'i evde kan şekeri kontrolü yaptığını belirtmiştir. Hastaların ortalama HbA1c değeri %9.8 olup en düşük değer %5.9 ve en yüksek değer %18'dir.

#### 4.2. Psikososyal Uyuma İlişkin Bulgular

**Tablo 4.2. Diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği alt puan ve toplam puan ortalamaları**

<b>PAIS-SR Alt Boyutları</b>	<b>Min.-Max.</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>
Sağlık Bakımına Oryantasyon	0-24	10±4
Mesleki Çevre	0-18	6± 3.7
Aile Çevresi	0-24	5± 4.5
Cinsel Yaşam	0-18	7± 5
Geniş Aile İlişkileri	0-15	2± 2.9
Sosyal Çevre	0-18	5.5± 5.1
Psikolojik baskı	0-21	6± 3.7
<b>PAIS-SR Toplam</b>	0-138	45± 19.1

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları tablo 4.2'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların PAIS-SR puan ortalamasının (45) orta düzeyde olduğu, alt uyum alanlarına bakıldığında sağlık bakımına oryantasyon ortalamasının 10, mesleki çevre ortalamasının 6, aile çevresi ortalamasının 5, cinsel yaşam ortalamasının 7, geniş aile ilişkileri ortalamasının 2, sosyal çevre ortalamasının 5.5 ve psikolojik baskı ortalamasının 6 olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.3. Diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri**

<b>Psikososyal Uyum Düzeyi (PAIS-SR)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İyi Uyum (<35 Puan)	42	34.4
Orta Uyum (35-51 Puan)	36	29.5
Kötü Uyum (>51 Puan)	44	36.1

Tablo 4.3'te diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeyleri görülmektedir. Tabloya göre hastaların %34.4'ünün iyi uyum, %29.5'inin orta uyum ve %36.1'inin kötü uyum sağladığı görülmektedir.

**Tablo 4.4.Diyabetli bireylerin cinsiyete göre PAIS-SR puan dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Cinsiyet		İstatistiksel Analiz
	Kadın (n=78)	Erkek (n=44)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{x}=10.33$ SS $\pm 3.81$	$\bar{x}=9.36$ SS $\pm 4.53$	t= 1.258 p= 0.211
Mesleki Çevre	$\bar{x}=6.41$ SS $\pm 4.07$	$\bar{x}=5.5$ SS $\pm 3.18$	t= 1.214 p= 0.227
Aile Çevresi	Ortanca=6 Min.=0 Max.=20	Ortanca=6 Min.=0 Max.=20	z= -1.086 p= 0.278
Cinsel Yaşam	Ortanca=8 Min.=0 Max.=18	Ortanca=6 Min.=0 Max.=15	z= -1.225 p= 0.221
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=2 Min.=0 Max.=12	Ortanca=1,5 Min.=0 Max.=15	z= -0.109 p= 0.913
Sosyal Çevre	Ortanca=6 Min.=0 Max.=17	Ortanca=5 Min.=0 Max.=18	z= -0.432 p= 0.666
Psikolojik Baskı	$\bar{x}=7.15$ SS $\pm 3.73$	$\bar{x}=5.3$ SS $\pm 3.51$	t= 1.258 <b>p= 0.010</b>
PAIS-SR Toplam	$\bar{x}=46.2$ SS $\pm 19.2$	$\bar{x}=41$ SS $\pm 18.8$	t= 1.454 p= 0.149

Tablo 4.4'te diyabetli bireylerin cinsiyete göre PAIS-SR alt boyut ve toplam ölçek puanları görülmektedir. Tabloya göre kadınların toplam PAIS-SR puan ortalamaları ( $\bar{x}=46.2\pm 19.2$ ) erkeklerin toplam PAIS-SR puan ortalamalarına ( $\bar{x}=41\pm 18.8$ ) göre daha yüksektir. Ancak aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Alt boyutlara bakıldığında kadınların psikolojik baskı alt boyutu puanının ( $\bar{x}=7.15\pm 3.73$ ) erkeklerin puanına ( $\bar{x}=5.3\pm 3.51$ ) göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t= 1.258, p= 0.010).

**Tablo 4.5. Diyabetli bireylerin medeni duruma göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR alt Boyutları	Medeni Durum				z	p
	Evli (n=105)		Bekar (n=17)			
	Ortanca	Min. Max.	Ortanca	Min. Max.		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9	0 20	12	6 21	-2.473	<b>0.013</b>
Mesleki Çevre	6	0 18	7	0 16	-1.409	0.159
Aile Çevresi	5	0 20	7	0 20	-1.134	0.257
Cinsel Yaşam	7	0 18	2	2 2	-1.313	0.189
Geniş Aile İlişkileri	2	0 12	1	0 15	-0.163	0.871
Sosyal Çevre	6	0 18	5	0 14	-0.591	0.554
Psikolojik Baskı	6	0 15	7	1 15	-0.248	0.603
PAIS-SR Toplam	42	5 95	47	8 94	-0.026	0.979

Tablo 4.5'te diyabetli bireylerin medeni duruma göre PAIS-SR alt boyut puan ortancaları görülmektedir. Medeni duruma göre PAIS-SR toplam puan ortancaları arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır. Sağlık bakımına oryantasyon alt boyutlar incelendiğinde bekar hastaların (ortanca=12) evli hastalara (ortanca=9) göre sağlık bakımına oryantasyonları daha kötüdür ( $z=0.026$ ,  $p=0.013$ ).

**Tablo 4.6. Diyabetli bireylerin öğrenim durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Öğrenim Durumu				X <sup>2</sup>	p
	İlkokul (n=63)	Ortaokul (n=10)	Lise (n=19)	Üniversite (n=14)		
	Ortanca Min. Maks.	Ortanca Min. Maks.	Ortanca Min. Maks.	Ortanca Min. Maks.		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	11 2 21	9 0 16	9 2 15	7 1 13	9.486	<b>0.023</b>
Mesleki Çevre	7 0 18	7 1 13	5 1 11	3 0 9	12.221	<b>0.007‡</b>
Aile Çevresi	6 0 20	6.5 0 13	4.5 0 11	2 0 14	6.317	0.097
Cinsel Yaşam	9 0 18	7 5 12	6 0 15	4 0 15	7.681	0.053
Geniş Aile İlişkileri	2 0 15	2.5 0 5	1.5 0 10	0 0 9	6.145	0.105
Sosyal Çevre	6 0 17	5 0 12	6 0 18	1 0 12	9.863	<b>0.020‡</b>
Psikolojik Baskı	7 0 15	6.5 1 12	5 1 15	4 0 10	10.163	<b>0.017‡</b>
PAIS-SR Toplam	51 5 95	45.5 17 70	39.5 18 73	23 8 80	17.475	<b>0.001‡<sup>§</sup></b>

\*p<0.05 (İlkokul ve Ortaokul)

‡p<0.05 (İlkokul ve Üniversite)

Tablo 4.6'da diyabetli bireylerin öğrenim durumuna göre PAIS-SR toplam puan ortancaları görülmektedir. Tabloya göre ilkokul mezunlarının PAIS-SR toplam puan ortancası (ortanca=51) ortaokul mezunlarının (ortanca=45.5), lise mezunlarının (ortanca=39.5) ve üniversite mezunlarının (ortanca=23) PAIS-SR toplam puan ortancalarından yüksektir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ( $X^2=17.475$ ,  $p=0.001$ ). Alt boyutlar incelendiğinde öğrenim durumu azaldıkça sağlık bakımına oryantasyon ( $p=0.023$ ), mesleki çevre ( $p=0.007$ ), sosyal çevre ( $p=0.020$ ) ve psikolojik baskı ( $p=0.017$ ) alanlarında PAIS-SR ortanca değerlerinin anlamlı oranda

arttığı görülmektedir. Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gruplar ikili karşılaştırıldığında aile çevresi, sosyal çevre, psikolojik baskı alanları arası farkın ilkokul mezunları ve üniversite mezunlarından, toplam PAIS-SR puan farkının ise ilkokul ve üniversite ile lise ve üniversite mezunlarından kaynaklandığı bulunmuştur (4 grup için 6 tane ikili karşılaştırma yapılacağından kullanılacak  $\alpha$  değeri 0.05 değil 0.008 (0.05/6) olarak alınmıştır) ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.7. Diyabetli bireylerin meslek durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Meslek				X <sup>2</sup>	p
	Ev Hanımı (n=58)	Emekli (n=47)	Memur İşçi (n=10)	Serbest Meslek (n=7)		
	Ortanca Min. Max.	Ortanca Min. Max.	Ortanca Min. Max.	Ortanca Min. Max.		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.5 3 19	9 0 21	11 1 16	10 6 20	3.034	0.386
Mesleki Çevre	6.5 0 18	5 0 16	5 1 11	3 0 11	3.084	0.379
Aile Çevresi	6 0 20	5 0 20	6.5 0 14	5 0 11	1.969	0.579
Cinsel Yaşam	9 0 18	6 0 15	5.5 0 13	3 0 13	5.508	0.138
Geniş Aile İlişkileri	2 0 12	2 0 15	0.5 0 9	1 0 3	4.920	0.178
Sosyal Çevre	6 0 17	5 0 18	4 0 16	1 0 6	6.365	0.095
Psikolojik Baskı	7 0 15	4 0 14	7 3 15	8 4 12	12.83	<b>0.005*</b>
PAIS-SR Toplam	49.5 18 95	40 5 94	45 20 80	37 12 52	8.006	<b>0.046</b>

\*p<0.05 (Evhanımı ve Emekli)

Tablo 4.7'de diyabetli bireylerin meslek durumuna göre PAIS-SR toplam ve alt boyut puan ortancaları görülmektedir. Tabloya göre ev hanımlarının toplam PAIS-SR puan ortancası (ortanca=49.5) emekli ve çalışan bireylere göre yüksek olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.046). PAIS-SR alt boyutlarından psikolojik baskı alanına uyumda gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p=0.005). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gruplar ikili karşılaştırıldığında gruplar arası farkın ev hanımları ile emeklilerin PAIS-SR

puan ortancasından kaynaklandığı bulunmuştur (4 grup için 6 tane ikili karşılaştırma yapılacağından kullanılacak  $\alpha$  değeri 0.05 değil 0.008 (0.05/6) olarak alınmıştır). ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.8. Diyabetli bireylerin gelir durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Gelir Durumu			X <sup>2</sup>	p
	İyi (n=14) Ortanca Min. Max.	Orta (n=64) Ortanca Min. Max.	Kötü (n=44) Ortanca Min. Max.		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8.5 5 20	9 1 16	11 0 21	7.037	<b>0.030</b> ‡
Mesleki Çevre	5 0 11	5.5 0 18	7 0 16	2.320	0.314
Aile Çevresi	3.5 0 9	5 0 14	7 0 20	8.561	<b>0.014</b> †
Cinsel Yaşam	5 0 15	8 0 18	6.5 0 15	2.018	0.365
Geniş Aile İlişkileri	1 0 4	2 0 12	2 0 15	2.261	0.323
Sosyal Çevre	4.5 0 14	5.5 0 18	6 0 16	0.644	0.725
Psikolojik Baskı	4,5 0 14	6 0 13	8 1 15	9.585	<b>0.008</b> ‡
PAIS-SR Toplam	38 8 69	43.5 5 80	47 12 95	4.201	0.122

†p&lt;0.05 (İyi ve Kötü)

‡p&lt;0.05 (Orta ve Kötü)

Tablo 4.8'de diyabetli bireylerin gelir durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Toplam PAIS-SR puan ortancası gruplar arası farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.122). PAIS-SR alt boyutlarına bakıldığında sağlık bakımına oryantasyon (p=0.030), aile çevresi (p=0.014) ve psikolojik baskı (p=0.008) alanlarından alınan puan ortancasında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gruplar ikili karşılaştırıldığında aile çevresi alanına uyumda gruplar arası farkın gelir durumunu kötü olarak tanımlayanlar ile gelir durumunu iyi olarak tanımlayanların PAIS-SR puan ortancasından kaynaklandığı, sağlık bakımına

oryantasyon ve psikolojik baskı alanına uyumda gruplar arası farkın gelir durumunu kötü olarak tanımlayanlar ile gelir durumunu orta olarak tanımlayanların PAIS-SR puan ortancasından kaynaklandığı bulunmuştur (3 grup için 3 tane ikili karşılaştırma yapılacağından kullanılacak  $\alpha$  değeri 0.05 değil 0.016 (0.05/3) olarak alınmıştır) ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.9. Diyabetli bireylerin birlikte yaşadıkları kişilere göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Birlikte Yaşadığı Kişiler			x <sup>2</sup>	p
	Eş (n=98) Ortanca Min. Max.	Çocukları (n=16) Ortanca Min. Max.	Yalnız (n=8) Ortanca Min. Max.		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9 0 20	12.5 6 21	12.5 6 16	9.038	<b>0.011</b>
Mesleki Çevre	5.5 0 18	6.5 0 16	7.5 5 15	2.921	0.232
Aile Çevresi	5 0 20	7.5 0 20	7 0 14	1.967	0.374
Cinsel Yaşam	7 0 18	13 5 15	2 2 2	3.955	0.138
Geniş Aile İlişkileri	2 0 12	2 0 15	1 0 11	0.805	0.669
Sosyal Çevre	5 0 18	8 0 17	8 0 14	0.959	0.619
Psikolojik Baskı	6 0 15	7.5 2 15	5.5 1 13	2.682	0.262
PAIS-SR	42 5	57.5 8	48.5 19	1.496	0.473
Toplam	95	94	63		

Tablo 4.9'da diyabetli bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Toplam PAIS-SR puan ortancası gruplar arası farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.473). Alt boyutlar incelendiğinde eşi ile birlikte yaşayanların (ortanca=42) sağlık bakımına oryantasyon PAIS-SR puan ortancası çocukları ile birlikte yaşayanlara (ortanca=57.5) göre daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.011).

**Tablo 4.10. Diyabetli bireylerde hiperglisemi gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Hiperglisemi Gelişen (n=22)	Hiperglisemi Gelişmeyen (n=100)	İstatistiksel Analiz
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{x}=9.95$ SS±3.70	$\bar{x}=9.99$ SS±4.19	t= -0.037 p= 0.971
Mesleki Çevre	$\bar{x}=7.45$ SS±5.8	$\bar{x}=5.80$ SS±3.70	t= 1.876 p= 0.063
Aile Çevresi	$\bar{x}=7.40$ SS±5.85	$\bar{x}=5.85$ SS±4.62	t= 1.396 p= 0.165
Cinsel Yaşam	Ortanca=6 Min.=2 Max.=15	Ortanca=7 Min.=0 Max.=18	z=-0.086 p=0.931
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=3 Min.=0 Max.=11	Ortanca=1 Min.=0 Max.=15	z= -1.832 p=0.067
Sosyal Çevre	$\bar{x}=8.31$ SS±5.65	$\bar{x}=5.65$ SS±5.02	t= 2.248 <b>p= 0.026</b>
Psikolojik Baskı	$\bar{x}=7.27$ SS±3.38	$\bar{x}=6.33$ SS±3.81	t= 1.069 p= 0.287
PAIS-SR Toplam	$\bar{x}=50.9$ SS±16.9	$\bar{x}=43.07$ SS±19.47	t= 1.575 p= 0.118

Tablo 4.10'da diyabetli bireylerin hiperglisemi gelişme durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortalamaları ve ortancaları görülmektedir. Hiperglisemi gelişme durumu ile toplam PAIS-SR puan ortalaması arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.118). Alt boyutlara bakıldığında sosyal çevre uyumunun hiperglisemi gelişen bireylerde gelişmeyenlere göre kötü olduğu görülmektedir. Hiperglisemi gelişme durumu ile sosyal çevre uyum puanı ortalaması arasındaki fark anlamlıdır (p=0.026).

**Tablo 4.11. Hiperglisemi geçirme sıklığına göre PAIS-SR toplam ve alt boyut uyumları**

	<b>PAIS-SR Alt Boyutları</b>							
<b>Hiperglisemi Geçirme Sayısı</b>	Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel Yaşam	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR Toplam
<b>r</b>	0.219	0.232	0.116	0.042	-0.075	0.565*	0.208	0.305
<b>p</b>	0.327	0.298	0.606	0.873	0.740	0.006	0.354	0.167

Tablo 4.11'de bireylerin hiperglisemi geçirme sıklığı ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalama ve ortancası arasındaki ilişki incelendiğinde hiperglisemi geçirme sayısı arttıkça sosyal çevre PAIS-SR puan ortancasının pozitif yönde arttığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.12. Diyabetli bireylerde hipoglisemi gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Hipoglisemi Gelişen (n=41)	Hipoglisemi Gelişmeyen (n=81)	İstatistiksel analiz
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{x}=10.04$ SS±3.68	$\bar{x}=9.95$ SS±4.31	t= 0.124 p= 0.901
Mesleki Çevre	$\bar{x}=7.07$ SS±4.32	$\bar{x}=5.60$ SS±3.40	t= 2.051 <b>p= 0.042</b>
Aile Çevresi	$\bar{x}=6.90$ SS±4.18	$\bar{x}=5.74$ SS±5.00	t= 1.277 p= 0.204
Cinsel Yaşam	$\bar{x}=7.75$ SS±4.60	$\bar{x}=8.15$ SS±5.33	t=-0.389 p=0.698
Geniş Aile İlişkileri	$\bar{x}=3.02$ SS±2.76	$\bar{x}=2.28$ SS±3.03	t= 1.310 p=0.193
Sosyal Çevre	$\bar{x}=6.97$ SS±4.75	$\bar{x}=5.70$ SS±5.28	t= 1.299 p= 0.197
Psikolojik Baskı	$\bar{x}=6.82$ SS±3.68	$\bar{x}=6.33$ SS±3.78	t= 0.689 p= 0.492
PAIS-SR Toplam	$\bar{x}=47.65$ SS±17.93	$\bar{x}=42.66$ SS±19.66	t= 1.363 p= 0.175

Tablo 4.12'de diyabetli bireylerin hipoglisemi gelişme durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortalamaları ve ortancaları görülmektedir. Hipoglisemi gelişme durumu ile toplam PAIS-SR puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.175). Alt boyutlara bakıldığında mesleki çevre uyumunun hipoglisemi gelişen bireylerde gelişmeyenlere göre kötü olduğu görülmektedir (p=0.042).

**Tablo 4.13. Hipoglisemi geçirme sıklığına göre PAIS-SR alt boyut ve toplam uyumları**

Hipoglisemi Geçirme Sayısı	PAIS-SR Alt Boyutları							
	Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel Yaşam	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR Toplam
<b>r</b>	0.021	0.174	0.154	0.027	0.171	0.107	0.239	0.219
<b>p</b>	0.895	0.278	0.366	0.875	0.285	0.506	0.133	0.168

Tablo 4.13'te bireylerin hipoglisemi geçirme sıklığı ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalama ve ortancası arasındaki ilişki incelendiğinde hipoglisemi geçirme sayısı ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalama ve ortancası arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

Tablolaştırılmamakla beraber diyabet dışında kronik hastalığı olan bireylerin cinsel yaşam alanına uyumları başka hastalığı olmayan bireylere göre kötüdür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.021$ ). Kronik hastalıklardan hipertansiyonu olan bireylerin cinsel yaşam alanına uyumları hipertansiyonu olmayan bireylere kötüdür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.004$ ). Kronik kalp hastalığı olan bireylerin ise sosyal çevre alanına uyumları kalp hastalığı olmayan bireylere göre kötüdür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.041$ ).

**Tablo 4.14. Diyabetli bireylerde kontrol sıklığına göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Kontrol Sıklığı			İstatistiksel Analiz
	1-3 ay (n=37)	4-12 ay (n=46)	12< ay (n=39)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{X}=9.16$ SS±4.32	$\bar{X}=9.47$ SS±3.66	$\bar{X}=11.35$ SS±4.11	F=3.421 p=0.036†
Mesleki Çevre	$\bar{X}=5.89$ SS±3.38	$\bar{X}=5.30$ SS±3.57	$\bar{X}=7.23$ SS±4.18	F=2.902 p=0.059
Aile Çevresi	$\bar{X}=6.18$ SS±4.35	$\bar{X}=4.67$ SS±4.01	$\bar{X}=7.79$ SS±5.44	F=4.827 p=0.010‡
Cinsel Yaşam	Ortanca=7 Min.=0 Max.=18	Ortanca=7 Min.=0 Max.=17	Ortanca=8,5 Min.=0 Max.=15	X <sup>2</sup> =2.202 p= 0.332
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=2 Min.=0 Max.=10	Ortanca=1 Min.=0 Max.=12	Ortanca=2 Min.=0 Max.=15	X <sup>2</sup> =3.355 p= 0.187
Sosyal Çevre	$\bar{X}=6.05$ SS±4.71	$\bar{X}=5.32$ SS±5.42	$\bar{X}=7.15$ SS±5.08	F=1.356 p=0.262
Psikolojik Baskı	$\bar{X}=6.43$ SS±3.82	$\bar{X}=5.67$ SS±3.58	$\bar{X}=7.53$ SS±3.69	F=2.696 p=0.072
PAIS-SR Toplam	$\bar{X}=43.1$ SS±17.4	$\bar{X}=39.1$ SS±18.1	$\bar{X}=51.6$ SS±20.08	F=4.856 p=0.009‡

\*p<0,05 (1-3 ay ve 4-12 ay)

†p<0,05 (1-3 ay ve >12 ay)

‡p<0,05 (4-12 ay ve >12 ay)

Tablo 4.14'te diyabetli bireylerin kontrole gelme sıklığına göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortalama ve ortancaları görülmektedir. Toplam PAIS-SR puan ortancası gruplar arası farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.009). PAIS-SR alt boyutlarına bakıldığında aile çevresi (p=0.010) ve sağlık bakımına oryantasyon (p=0.036) alanları puan ortalaması gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Tukey HSD testi kullanılarak gruplar ikili karşılaştırıldığında sağlık bakımına oryantasyonda gruplar arası farkın 1-3 ay ve >12 ay sıklıkla kontrole gelenlerden, aile çevresine uyum ve toplam PAIS-SR uyumunda gruplar arası farkın 4-12 ay ve >12 ay kontrole gelenlerden kaynaklandığı görülmektedir.

**Tablo 4.15. Diyabetli bireylerde eğitim alma durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

<b>PAIS-SR Alt Boyutları</b>	<b>Eğitim Alan (n=105)</b>	<b>Eğitim Almayan (n=17)</b>	<b>İstatistiksel Analiz</b>
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Ortanca=10 Min.=0 Max.=20	Ortanca=12 Min.=4 Max.=21	z=-1.349 p=0.177
Mesleki Çevre	Ortanca=6 Min.=0 Max.=18	Ortanca=4 Min.=0 Max.=15	z=-0.597 p=0.550
Aile Çevresi	Ortanca=5 Min.=0 Max.=20	Ortanca=6 Min.=0 Max.=20	z=-0.641 p=0.521
Cinsel Yaşam	Ortanca=7 Min.=0 Max.=18	Ortanca=11 Min.=0 Max.=15	z=-1.223 p=0.221
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=1 Min.=0 Max.=11	Ortanca=2 Min.=0 Max.=15	z=-0.480 p=0.631
Sosyal Çevre	Ortanca=6 Min.=0 Max.=18	Ortanca=5 Min.=0 Max.=15	z=-0.201 p=0.841
Psikolojik Baskı	Ortanca=6 Min.=0 Max.=15	Ortanca=8 Min.=3 Max.=14	z=-1.622 p=0.105
PAIS-SR Toplam	Ortanca=42 Min.=5 Max.=95	Ortanca=47 Min.=18 Max.=94	z=-0.902 p=0.367

Tablo 4.15'de diyabetli bireylerin eğitim alma ve eğitim almama durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Eğitim alma durumu ile toplam PAIS-SR puan ortalaması arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.367).

**Tablo 4.16. Diyabetli bireylerin eğitim aldığı kişilere göre PAIS-SR puanı dağılımı**

PAIS-SR Alt Boyutları	Doktordan Eğitim	Doktordan Eğitim	İstatistiksel Analiz	Hemşireden Eğitim	Hemşireden Eğitim	İstatistiksel Analiz	Diyetisyenden Eğitim	Diyetisyenden Eğitim	İstatistiksel Analiz
	Alan (n=17)	Almayan (n=105)		Alan (n=86)	Almayan (n=36)		Alan (n=73)	Almayan (n=49)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Ortanca=8 Min.=0 Max.=16	Ortanca=11 Min.=2 Max.=21	z=-1.939 p=0.053	$\bar{x}$ =9.66 SS±3.76	$\bar{x}$ =10.75 SS±4.76	t=-1.341 p=0.182	$\bar{x}$ =9.57 SS±4.06	$\bar{x}$ =10.59 SS±4.11	t=-1.348 p=0.180
Mesleki Çevre	Ortanca=4 Min.=0 Max.=18	Ortanca=6 Min.=0 Max.=16	z=-1.283 p=0.199	Ortanca=5 Min.=0 Max.=16	Ortanca=6.5 Min.=0 Max.=18	z=-0.377 p=0.706	$\bar{x}$ =5.57 SS±3.39	$\bar{x}$ =6.87 SS±4.21	t=-1.883 p=0.062
Aile Çevresi	Ortanca=4 Min.=0 Max.=20	Ortanca=6 Min.=0 Max.=20	z=-0.708 p=0.479	Ortanca=5 Min.=0 Max.=18	Ortanca=7 Min.=0 Max.=20	z=-1.484 p=0.138	$\bar{x}$ =5.31 SS±4.42	$\bar{x}$ =7.34 SS±5.02	t=-2.354 <b>p=0.020</b>
Cinsel Yaşam	Ortanca=6 Min.=0 Max.=14	Ortanca=8 Min.=0 Max.=18	z=-1.571 p=0.116	Ortanca=7 Min.=0 Max.=18	Ortanca=10 Min.=0 Max.=15	z=-1.106 p=0.269	Ortanca=7 Min.=0 Max.=18	Ortanca=8 Min.=0 Max.=18	z=-1.101 p=0.271
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=2 Min.=0 Max.=11	Ortanca=2 Min.=0 Max.=15	z=-0.582 p=0.561	Ortanca=1 Min.=0 Max.=11	Ortanca=2.5 Min.=0 Max.=15	z=-1.662 p=0.097	Ortanca=1 Min.=0 Max.=9	Ortanca=2 Min.=0 Max.=15	z=-2.144 <b>p=0.032</b>
Sosyal Çevre	Ortanca=2 Min.=0 Max.=10	Ortanca=6 Min.=0 Max.=18	z=-2.10 <b>p=0.036</b>	Ortanca=6 Min.=0 Max.=18	Ortanca=5 Min.=0 Max.=15	z=-0.141 p=0.888	$\bar{x}$ =5.39 SS±5.13	$\bar{x}$ =7.22 SS±4.95	t=-1.953 p=0.053
Psikolojik Baskı	Ortanca=6 Min.=1 Max.=15	Ortanca=7 Min.=0 Max.=15	z=-0.665 p=0.506	$\bar{x}$ =6.25 SS±3.64	$\bar{x}$ =7.08 SS±3.96	t=-1.114 p=0.268	$\bar{x}$ =6 SS±3.63	$\bar{x}$ =7.24 SS±3.82	t=-1.816 p=0.072
PAIS-SR Toplam	Ortanca=34 Min.=12 Max.=73	Ortanca=45 Min.=5 Max.=95	z=-1.583 p=0.114	$\bar{x}$ =42.51 SS±18.35	$\bar{x}$ =48.72 SS±20.59	t=-1.643 p=0.103	$\bar{x}$ =40.68 SS±18.79	$\bar{x}$ =49.79 SS±18.60	t=-2.636 <b>p=0.010</b>

Tablo 4.16'da diyabetli bireylerin doktordan, hemşireden ve diyetisyenden eğitim alma durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Doktordan eğitim alma durumu ile toplam PAIS-SR puan ortalaması arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p=0.114$ ). Alt boyutlara bakıldığında sosyal çevre uyumunun doktordan eğitim almayan bireylerde doktordan eğitim alanlara göre kötü olduğu görülmektedir. Hiperglisemi gelişme durumu ile sosyal çevre uyum puanı ortalaması arasındaki ilişki anlamlıdır ( $p=0.036$ ).

Diyabetli bireylerin hemşireden eğitim alma durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Hemşireden eğitim alma durumu ile alt boyut puanları ve toplam PAIS-SR puan ortalaması arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p=0.103$ ).

Diyabetli bireylerin diyetisyenden eğitim alma durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Diyetisyenden eğitim alma durumu ile toplam PAIS-SR puan ortalaması arasında anlamlı ilişki vardır ( $p=0.010$ ). Alt boyutlara bakıldığında aile çevresine ve geniş aile ilişkilerine uyumun diyetisyenden eğitim alan bireylerde diyetisyenden eğitim almayanlara göre iyi olduğu görülmektedir. Diyetisyenden eğitim alma ile aile çevresi ( $p=0.020$ ) ve geniş aile ilişkilerine ( $p=0.032$ ) uyum arasındaki ilişki anlamlıdır.

**Tablo 4.17. Diyabetli bireylerde diyet uyuma göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Diyet		İstatistiksel Analiz
	Uyan (n=58)	Uymayan (n=64)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{X}=8.70$ SS±4.12	$\bar{X}=11.14$ SS±3.74	t=-3.401 <b>p=0.00</b>
Mesleki Çevre	Ortanca=5 Min.=0 Max.= 18	Ortanca=6 Min.=0 Max.=16	z=-0.414 p=0.679
Aile Çevresi	Ortanca=6 Min.=0 Max.=20	Ortanca=6 Min.=0 Max.=20	z=-0.884 p=0.376
Cinsel Yaşam	Ortanca=6.56 Min.=0 Max.=15	Ortanca=8 Min.=0 Max.=18	z=-0.771 p=0.441
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=1 Min.=0 Max.=11	Ortanca=2 Min.=0 Max.=15	z=-1.651 p=0.099
Sosyal Çevre	Ortanca=4.5 Min.=0 Max.=18	Ortanca=6 Min.=0 Max.=16	z=-0.376 p=0.707
Psikolojik Baskı	$\bar{X}=5.27$ SS±3.71	$\bar{X}=7.60$ SS±3.43	t=-3.417 <b>p=0.001</b>
PAIS-SR Toplam	$\bar{X}=40.5$ SS±20.2	$\bar{X}=47.8$ SS±17.6	t=-2.129 <b>p=0.001</b>

Tablo 4.17'de diyabetli bireylerin diyet uyumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Diyete uymayanların toplam PAIS-SR puan ortalaması ( $\bar{x}=47.8$ ) diyete uyanların toplam PAIS-SR puan ortalamasından ( $\bar{x}=40.5$ ) yüksektir ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001). Alt boyutlar incelendiğinde diyete uymayanların sağlık bakımına oryantasyon ( $\bar{x}=11.14$ ) ve psikolojik baskı ( $\bar{x}=7.60$ ) PAIS-SR puan ortalaması, diyete uyanların sağlık bakımına oryantasyon ( $\bar{x}=8.70$ ) ve psikolojik baskı ( $\bar{x}=5.27$ ) PAIS-SR puan ortalamasından yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.000, p=0.001).

**Tablo 4.18.Diyabetli bireylerde egzersiz yapma durumuna göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Egzersiz		İstatistiksel Analiz
	Uyan (n=35)	Uymayan (n=87)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{x}=8.71$ SS±4.17	$\bar{x}=10.71$ SS±3.85	t=-3.215 <b>p=0.02</b>
Mesleki Çevre	$\bar{x}=4.28$ SS±3.21	$\bar{x}=6.82$ SS±3.76	t=-3.509 <b>p=0.001</b>
Aile Çevresi	Ortanca=4 Min.=0 Max.=14	Ortanca=6 Min.=0 Max.=20	z=-2.487 <b>p=0.013</b>
Cinsel Yaşam	Ortanca=6 Min.=0 Max.=15	Ortanca=8 Min.=0 Max.=18	z=-0.857 p=0.392
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=2 Min.=0 Max.=12	Ortanca=1 Min.=0 Max.=15	z=-0.052 p=0.958
Sosyal Çevre	Ortanca=5 Min.=0 Max.=18	Ortanca=6 Min.=0 Max.=17	z=-1,138 p=0.255
Psikolojik Baskı	$\bar{x}=5.91$ SS±4.06	$\bar{x}=6.73$ SS±3.60	t=-3.417 <b>p=0.001</b>
PAIS-SR Toplam	$\bar{x}=37.8$ SS±20.6	$\bar{x}=46.9$ SS±18	t=-2.429 <b>p=0.017</b>

Tablo 4.18'de diyabetli bireylerin egzersiz yapma durumuna göre alt boyut ve toplam PAIS-SR puan ortancaları görülmektedir. Egzersiz yapmayan bireylerin toplam PAIS-SR puan ortalaması ( $\bar{x}=46.9$ ) egzersiz yapan bireylerin toplam PAIS-SR puan ortalamasından ( $\bar{x}=37.8$ ) yüksektir ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.017). Alt boyutlar incelendiğinde egzersiz yapmayan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon ( $\bar{x}=10.71$ ), mesleki çevre ( $\bar{x}=6.82$ ), aile çevresi (ortanca=6) ve psikolojik baskı ( $\bar{x}=6.73$ ) PAIS-SR puan ortalaması, egzersiz yapan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon ( $\bar{x}=8.71$ ), mesleki çevre ( $\bar{x}=4.28$ ), aile çevresi (ortanca=4) ve psikolojik baskı ( $\bar{x}=5.91$ ) PAIS-SR puan ortalamaları/ortancasından yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.02, p=0.001, p=0.013,p=0.001).

**Tablo 4.19. Diyabetli bireylerde HbA1c seviyesine göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları**

HbA1c ortalama	PAIS-SR Alt Boyutları							
	Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel Yaşam	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR Toplam
<b>r</b>	0.167	0.228*	0.012	0.000	-0.020	0.205*	0.298*	0.213*
<b>p</b>	0.069	0.012	0.894	1.0	0.826	0.025	0.001	0.019

Tablo 4.19'da bireylerin HbA1c değeri ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde HbA1c değeri arttıkça PAIS-SR alt boyutlarından mesleki çevre, sosyal çevre ve psikolojik baskı alanları ile toplam puan ortalaması arasında artan pozitif ilişki olduğu bulunmuştur.

### 4.3. Algılanan Sosyal Desteğe İlişkin Bulgular

**Tablo 4.20. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile, arkadaş, özel kişi ve toplam puanları**

		İstatistiksel Analiz	
		X	SS
ÇBASDÖ	Aile	24.93	4.25
	Arkadaş	19.48	7.32
	Özel Kişi	14.95	8.58
	Toplam	59.37	15.48

Tablo 4.20'de bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları aile, arkadaş, özel kişi ve toplam puanları görülmektedir. Sosyal destek en çok aileden ( $\bar{x}=24.93$ ) algılanmaktadır. Bunu arkadaş ( $\bar{x}=19.48$ ) ve özel kişi ( $\bar{x}=14.95$ ) desteği izlemektedir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması ise 59.37'dir.

**Tablo 4.21. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı ile PAIS-SR uyum puanı arasındaki ilişki**

		PAIS-SR Alt Boyutları							
		Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Cinsel Yaşam	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	PAIS-SR Toplam
ÇBASDÖ	r	-0.279*	-0.115	-0.238*	-0.070	-0.358*	-0.273*	-0.194*	-0.297*
	p	0.002	0.205	0.008	0.476	0.000	0.002	0.033	0.001

Tablo 4.21'de bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde ÇBASDÖ puanı arttıkça PAIS-SR alt boyutlarından sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alanları ile toplam puan ortalaması arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir. İlişkinin anlamını belirlemek için yapılan korelasyon analizlerinde bağımlı değişkendeki çok az bir değişimin bağımsız değişkenle açıklandığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.22. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile, arkadaş, özel kişi puanı ile PAIS-SR uyum puanı arasındaki ilişki**

PAIS-SR Alt Boyutları	ÇBASDÖ		
	Aile puanı	Arkadaş puanı	Özel kişi puanı
Sağlık Bakımına Oryantasyon	r= -0.244* p= 0.007	r= -0.219* p= 0.015	r= -0.201* p= 0.026
Mesleki Çevre	r= -0.238* p= 0.008	r= -0.107 p= 0.239	r= -0.023 p= 0.804
Aile Çevresi	r= -0.435* p= 0.000	r= -0.191* p= 0.035	r= -0.059 p= 0.518
Cinsel Yaşam	r= -0.100 p= 0.309	r= -0.069 p= 0.482	r= -0.017 p= 0.860
Geniş Aile İlişkileri	r= -0.182* p= 0.045	r= -0.324* p= 0.000	r= -0.256* p= 0.004
Sosyal Çevre	r= -0.180* p= 0.047	r= -0.296* p= 0.001	r= -0.150 p= 0.098
Psikolojik Baskı	r= -0.247* p= 0.006	r= -0.154 p= 0.091	r= -0.079 p= 0.388
PAIS-SR Toplam	r= -0.347* p= 0.000	r= -0.278* p= 0.002	r= -0.137 p= 0.133

Tablo 4.22'de bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile, arkadaş ve özel kişi puanı ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir. ÇBASDÖ aile puanı arttıkça PAIS-SR alt boyutlarından sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alanları ile toplam puan ortalaması arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Arkadaş puanı ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde ÇBASDÖ arkadaş puanı arttıkça PAIS-SR alt boyutlarından sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre alanları ile toplam puan ortalaması arasında negatif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Özel kişi puanı ile PAIS-SR alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde ise ÇBASDÖ özel kişi puanı arttıkça PAIS-SR alt boyutlarından sağlık bakımına oryantasyon ve geniş aile ilişkileri alanları arasında negatif ilişki

olduğu bulunmuştur. PAIS-SR toplam puan ortalaması ile özel kişi puanı arasında ilişki olmadığı görülmektedir.

## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda diyabetli bireylerin %40.2'sinin 55-64 yaş grubunda olduğu ve kadın oranının %63.9 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Benzer şekilde diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda diyabetli bireylerin büyük kısmının 50 yaş üzeri ve bayan hastalardan oluştuğu görülmektedir (5, 10, 15, 21, 41, 78).

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde %61.5'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada diyabetli bireylerin %68.6'sının ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (15). Ülkemizde diyabetli bireylerle yapılan pek çok çalışma bulgumuzu desteklemektedir (10, 33, 45, 70, 78). Carmen ve diğ. (2008)'nin (12) ve Jordan D. N. ve Jordan J. (2010)'nin yaptığı (38) çalışmalarda ise diyabetli bireylerin ortalama öğrenim süresi yaklaşık 12 yıl olarak bulunmuştur. Bulgularımız diyabetli bireylerin eğitim süresi açısından yurtiçi literatürle uyuşmakta iken yurtdışı literatürle uyuşmamaktadır. Farkın Türkiye'deki diyabetli bireylerin yaş grubunun sosyo-kültürel özelliklerinden ve ülkemiz ile diğer ülkelerin zorunlu eğitim sürelerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda diyabetli bireylerin %38.5'inin emekli ve %47.5'inin ev hanımı olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Coşansu (2009)'nun çalışmasında (15) bireylerin %40.5'i emekli ve Us (2007)'un çalışmasında (78) bireylerin %60'ı ev hanımıdır. Yapılan diğer çalışmalarda da emekli ve ev hanımlarının oranının yüksek olduğu görülmektedir (8, 45, 70, 79). Lee ve diğ. (2006)'nin Çin toplumundaki tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı bir çalışmada emeklilerin oranının %16.2 ve ev hanımlarının oranının %29.7 olduğu görülürken (47), Coffey ve diğ. (2009)'nin diyabete bağlı alt ekstremitte amputasyonu geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada %92.1'inin emekli oldukları veya sağlık durumuna bağlı çalışamadıkları belirlenmiştir (14). Literatürde diyabetli bireylerin çalışma durumuna göre farklı sonuçlar yer almaktadır.

Bireylerin gelir durumu incelendiğinde %52.5'i gelir durumunu orta, %36.1'i ise kötü olarak tanımlamıştır (Tablo 4.1). Yapılan bir çok çalışmada diyabetli bireyler gelir düzeyini kötü, çoğunlukla da orta olarak tanımlamışlardır (12, 15, 32, 41, 47, 82). Diyabetli bireylerin ileri yaş ve çalışmayan bireylerden oluştuğu göz önüne alındığında gelir seviyelerinin düşük çıkması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda diyabetli bireylerin %80.3'ü eşleri ile yaşarken %6.6'sı yalnız

yaşamaktadır (Tablo 4.1). Kumcağız ve diğ. (2009) ile Göz ve diğ. (2005)'nin çalışmaları, çalışmamız ile benzerlik gösterirken (33, 45), literatürde yalnız yaşayan bireylerin oranının daha yüksek olduğu çalışmalar da vardır (5, 14, 15, 32).

Çalışmaya katılan bireylerin %33.6'sının diyabet süresinin 16 yıl ve üzeri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Çalışmamız literatürle karşılaştırıldığında çalışmaya katılan bireylerin diyabet sürelerinin büyük oranda 9 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir (12, 13, 45, 47, 53, 78, 82). Sonucumuz bireylerin diyabet yılı açısından literatürle benzerdir.

Diyabet uzun dönem zararlarıyla bir çok komplikasyona yol açmaktadır. Çalışmamızda, bireylerin %70.4'ünde diyabete bağlı en az bir kronik komplikasyon varlığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bireylerin %29.5'inde nöropati, %28.7'sinde retinopati, %6.6'sında nefropati ve %5.7'sinde ayak yarası vardır (Tablo 4.1). Wen ve diğ. (2004)'nin tip 2 diyabetli 138 hastayla yaptığı çalışmada hastalarda diyabete bağlı en az 1.9 komplikasyon olduğu görülmüştür (82). Herpertz ve diğ. (2009)'nin tip 1 ve tip 2 diyabetlilerde psikososyal stres ve sosyal destek ilişkisini incelediği araştırmasında kronik komplikasyon varlığı %45.6 olarak bulunmuştur. Hastaların %24.1'inde nöropati, %25.6'sında retinopati, %12'sinde nefropati ve % 24.4'ünde ayak yarası olduğu belirlenmiştir (34). Nakahara ve diğ. (2006)'nin psikososyal faktörlerin glisemik kontrole etkisinin araştırıldığı çalışmada diyabetli bireylerde nöropati görülme sıklığı %39.8, retinopati görülme sıklığı %39.5 ve nefropati görülme sıklığı %34 olarak bulunmuştur (53). Çalışmamızda nöropati ve retinopati komplikasyonlarının görülme sıklığı Herpertz ve diğ. (2009)'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir (34). Nefropati ve ayak yarası görülme sıklığı çalışmamızda literatüre oranla düşüktür (34, 53).

Diyabette kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon sık görülen kronik komplikasyonlardır (15, 26, 79). Çalışmamızda diyabetli bireylerin %64.8'inde hipertansiyon, %29.5'inde hiperlipidemi ve %17.2'sinde kardiyovasküler hastalık bulunmaktadır (Tablo 4.1). Coşansu (2009)'nun çalışmasında hipertansiyon oranı %59.6 ve kardiyovasküler hastalık oranı %14.9 bulunmuştur (15). Erol (2009)'un çalışmasında hipertansiyon oranı %62.3 ve kardiyovasküler hastalık oranı %16.2 bulunmuştur (26). Her üç çalışmada Türk toplumunda yapılmıştır ve bulgular birbirini destekler niteliktedir. Herpertz ve diğ. (2009)'nin yaptığı çalışmada

hipertansiyon görülme oranı % 25.4 ve kardiyovasküler hastalık görülme oranı %16.1'dir. Herpertz ve diğ. (2002)'nin tip 1 ve tip 2 diyabetli bireyler ile yaptığı çalışmada hipertansiyonu olan birey sayısı çalışmamıza göre önemli oranda düşüktür. HbA1c değerinin %7.5 mg/dl'nin üstünde olması mikrovasküler ve makrovasküler hastalık gelişmesinde etkindir. Çalışmamıza katılan bireylerin HbA1c değerinin ortalama %9.8 mg/dl olması diyabete bağlı komplikasyon varlığını somut bir şekilde açıklamaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin kontrole geliş sıklığının belirgin oranda değişiklik göstermediği görülmüştür. Bireylerin %32.3'ü 1-3 ayda kontrole gelmekte, %37.7'si 4 ay-1 yıl arasında kontrole gelmekte ve %32'si 1 yılı aşkın sürede kontrole gelmektedir (Tablo 4.1). Talaz (2007)'in diyabetik ayak gelişen ve gelişmeyen bireylerin psikososyal uyumuna baktığı çalışmada bireylerin toplamda %65.5'inin 1-3 ayda kontrole geldiği görülmüştür (70). Talaz (2007)'in çalışmasında yer alan bireylerin demografik özellikleri ile çalışmamıza katılan bireylerin demografik özelliklerinin benzerlik göstermesine karşın çalışma sonucu Talaz (2007)'in çalışması ile benzerlik göstermemektedir (70). Erol (2009)'un çalışmasında ise kontrole gelme sıklığı 1 yılı aşkın olan hasta oranı %11.9'dur (26). Çalışmamız literatür ile karşılaştırıldığında 1-3 ayda kontrole gelen birey sayısının diğer çalışmalara göre az olduğu görülmüştür. Düzenli kontrole gelmekte ulaşım etken olabilir. Talaz (2009)'ün çalışması bir askeri hastanede yapılmıştır ve askeri hastaneden yararlanan kronik hastalığı olan hasta grubunun çok değişmeyeceği düşünülmektedir (70). Çalışmamızın yapıldığı hastaneye ise yakın illerden gelen hasta sayısı fazladır. Bireylerin ulaşım sorunu nedeniyle kontrollerini aksatabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda diyabetli bireylerin %86.1'inin diyabete yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Hastaların %70.5'i hemşireden, %59.8'i diyetisyenden ve %13.9'u doktordan eğitim almıştır. Her üç meslek grubundan eğitim alanların oranı ise %9'dur. Nakahara ve diğ. (2006)'nin yaptığı çalışmada diyabete ilişkin eğitim alan bireylerin oranı %85.6 olup çalışmamızla uyumaktadır (53). Ünlüsoy (2009)'ün çalışmasında 'tanı konulduğunda bir kez eğitim aldım' diyenlerin oranı kan şekeri izlemi yapan grupta %74.8 ve kan şekeri izlemi yapmayan grupta %25.2'dir (79). Talaz (2007)'in yaptığı çalışmada eğitime katılan bireylerin oranı %28.5'tir (70). Erol (2009)'un çalışmasında bireylerin %88.7'sinin doktordan, %63.8'inin hemşireden

eğitim aldığı belirlenmiştir (26). Sonuçların farklı çıkmasının nedenin çalışmaların yapıldığı kurumların işleyişinden kaynaklandığı düşünülmektedir (70). Çalışmamızın yapıldığı hastanede her hafta salı günü diyabet eğitim hemşiresi tarafından, perşembe günü diyetisyen tarafından eğitimler düzenlenmektedir. Hem yeni tanı alan bireyler hem de önceden tanı almış olan ama kontrollerinde diyabet bakımlarını aksattıkları görülen bireyler mevcut toplantılara yönlendirilmektedir. Eğitim alan birey sayısının diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının sebebinin kurumdaki düzenli eğitim uygulaması ve hastaların eğitime yönlendirilmeleri olduğu düşünülmektedir.

Diyabetin iyi yönetiminde diyete uymak, egzersiz yapmak ve düzenli kan şekeri takibi yapmak önemlidir. Çalışmamızda bireylerin %52.5'inin diyetine dikkat etmediği, %71.3'ünün düzenli egzersiz yapmadığı ve %8.2'sinin kan şekeri izlemi yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Nakahara ve diğer. (2006)'nin yaptığı çalışmada bireylerin %80.5'inin diyete uyduğu, %54.3'ünün egzersiz yaptığı ve %14.5'inin kan şekeri izlemi yaptığı görülmektedir (53). Whittemore ve diğer. (2005)'nin yaptığı çalışmada hastaların %40'ının egzersiz yapmadığı belirlenmiştir (83). Talaz (2007)'in yaptığı çalışmada bireylerin %74.5'inin egzersiz yapmadığı, %35'inin kan şekeri izlemi yapmadığı belirlenmiştir (70). Badur (2009)'un yaptığı çalışmada bireylerin %52.5'inin diyete uymadığı, %72'sinin egzersiz yapmadığı ve %67'sinin kan şekeri izlemi yapmadığı saptanmıştır (10). Erol (2009)'un diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada hastaların %39.7'sinin egzersiz yapmadığı belirtilmiştir (26). Çalışmamızda hastaların çoğunun diyetisyenden eğitim almalarına rağmen diyet uyumlarının kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Diyete uymama, yemek kültürünün değiştirilmesi zor bir alışkanlık olmasından kaynaklanabileceği gibi diyetisyen eğitiminin bir kez verilmesi, hastayla düzenli iletişim kurulmaması ve ekip işbirliğinin gerçekleşmemesinden de kaynaklanabilir. Ayrıca, diyabetli bireylerin diyetlerine uygun yemek hazırlanmayıp tüm aile bireyleri için hazırlanan yemeğin yenmesi de diyete uymamakta başka bir etkidir. Diyabetli bireylerin uygulamakta en çok zorlandığı bir konu da egzersizdir (8, 9, 10). Çalışmamıza katılan bireylerin %71.3' egzersiz yapmamakta ve bulgular literatür ile uyumaktadır (Tablo 4.1). Çalışmaya katılan bireylerin büyük kısmının kan şekeri takibini aksatmaması tüm bireylerin insülin kullanmasından ve kan şekeri ölüm cihazlarının ücretsiz verilmesinden kaynaklanabilir.

Diyabet kontrolünün en objektif göstergesi HbA1c değeridir. HbA1c değerinin %4-6 olması gerekmektedir. HbA1c değeri %6 değerinin üzerine çıkmaya başladığında makrovasküler, %7.5 değerinin üzerine çıkmaya başladığında mikrovasküler komplikasyonlar görülmektedir (85). Çalışmamıza katılan bireylerin HbA1c ortalamaları %9.8'dir (Tablo 4.1). Yapılan çalışmalarda da HbA1c değerinin %7.5'ten yüksek olduğu belirlenmiştir (8, 12, 74, 80). Bulgumuz literatür ile uyumludur.

## **5.2.Diyabetli Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Tartışılması**

Hastalığa psikososyal uyum; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, ev-aile ilişkileri, cinsel yaşam, geniş aile ilişkisi, sosyal çevre ve psikososyal baskı alanlarını kapsamaktadır (2). Birey sağlığını tehdit eden bir durumla karşılaştığında organizmayı korumak için değişiklikler yaparak yeni duruma uyum sağlamaya çalışır. Diyabet organizmayı tehdit ederek bireyin yaşamının bir çok alanında sorunlara yol açmakta ve uyum gerektirmektedir. Çalışmamızda diyabetli bireylerin hastalığa orta derecede uyum gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.2). Diyabetli bireyler en çok sağlık bakımına oryantasyonda güçlük çekmektedir. Cinsel yaşam, mesleki çevre ve psikolojik baskı alanlarına uyum güçlük yaşanan diğer alanlardır. Diyabet tedavisinin diyet değişikliği ve egzersiz yapmayı, değişik kombinasyonlarda oral ilaç kullanmayı, insülin uygulamak ve kan şekeri ölçmek gibi invaziv girişimleri gerektirmesi bireylerin sağlık bakımına oryantasyonunda güçlük yaşamasında etken olduğu düşünülmektedir. Kontrol altına alınamayan şeker zamanla damar yapısı ve sinir iletimi üzerinde hasara yol açmaktadır. Damar yapısının ve sinir iletiminin bozulması, vajinal kuruluk kadınlarda vajinal enfeksiyonlara, cinsel isteksizliğe; erkeklerde impotansa neden olmaktadır (27, 61, 62). Diyabetli bireylerin cinsel yaşam alanına uyumlarının kötü olmasının sebebinin diyabet komplikasyonları sonucu yaşadıkları cinsel sorunlara bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, araştırmaya katılan bireylerin yaş aralığında 55-64 olması da cinsel sorunların artmasında etken olarak değerlendirilebilir (27).

Çalışmaya katılan ev kadınlarının oranı %47.5'tir ve meslek yaşamı alanına ev işlerinde yaşadıkları güçlükleri göz önüne alarak cevap vermişlerdir. Çalışmamızda çalışan bireylerin oranının düşük olmasına rağmen meslek yaşamına

uyumun kötü olmasının ev hanımlarının etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, diyabetin iş performansını etkilediği, iş bulmakta engel teşkil ettiği bilinmektedir (47, 72).

Adams (2001)'in sedef hastaları ile yaptığı çalışmada da en çok etkilenen alanlar psikososyal baskı, meslek yaşamı ve sosyal çevredir (1). Kaçmaz (2003)'ün kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada en çok etkilenen alanların meslek yaşamı ve sosyal çevre olduğu belirlenmiştir (39). Akın (2003)'ün kalp hastalarının uyumunu belirlemek için yaptığı çalışmada en çok etkilenen alanların psikolojik baskı, meslek yaşamı ve sağlık bakımına oryantasyon olduğu görülmüştür (4). Öyke (2008)'nin Behçet hastaları ile yaptığı çalışmada en çok etkilenen alan sağlık bakımına oryantasyon alanıdır (54). Mauro (2010)'nun internal kardiyak defibrilatör takılan hastalarla yaptığı izlem çalışmasında en çok etkilenen alanlar olan cinsel yaşam alanına uyum zamanla kötüleşmiş, sosyal yaşama uyum zamanla iyileşmiştir. Psikososyal baskı alanına uyumda zamanla bir değişim olmadığı görülmüştür (50). Literatürde KOAH'lı ve görme kaybı yaşayan hasta grupları ile yapılan çalışmalarda da uyum güçlüğünün yaşandığı alanlar benzer olup diyabetiklerle yapılan çalışmalarda başta cinsel yaşam olmak üzere, geniş aile ilişkileri dışındaki tüm alanlarda uyumun azaldığı görülmektedir (37, 70, 84, 86). Çalışmamızdaki bulgular literatürle uyuşmaktadır.

Çalışmamızda en iyi uyumun görüldüğü alan geniş aile ilişkileridir (Tablo 4.2). Yapılan bir çok çalışmada da en iyi uyumun görüldüğü alan geniş aile ilişkileridir (4, 39, 54, 70). Ramirez (2003)'ün larenks kanserli hastalarla yaptığı çalışmada aile çevresine uyum en çok etkilenen alandır (59). Yine kansere bağlı radyasyon tedavisi gören bireylerle yapılan bir başka çalışmada aile ilişkileri ve geniş aile ilişkileri en çok etkilenen alandır (51). Ülkemizde yapılan araştırmalarda geniş aile ilişkileri ve aile ilişkileri alanlarının yabancı literatüre göre iyi olması Türk aile yapısında akraba bağlarının güçlü oluşu, yardımlaşmaya ve hasta ziyaretine verilen önemle açıklanabilir.

Genel olarak diyabetli bireylerin hastalığa %34.4 iyi uyum, %29.5 orta uyum ve %36.1 kötü uyum sağladığı görülmektedir (Tablo 4.3). Aydın (2005)'ün insülin kullanan tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin %37.1'inin iyi uyum,

%37.1'inin orta uyum ve %21.8'inin kötü uyum gösterdiği görülmektedir (8). Çalışmamızın sonucu Aydın (2005)'in çalışması ile benzerdir.

Çalışmamızda kadınların toplam uyum puanlarının erkeklerden yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 4.4). Ancak, psikososyal baskı alanında kadınlar erkeklerden daha çok güçlük yaşamaktadır (Tablo 4.4). Willoughby (2000)'in diyabetli kadın hastalarla yaptığı çalışmasında kadınların en çok psikososyal baskı alanında uyum puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (84). Literatürde de cinsiyet ve psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (1, 39, 54, 86). Ancak, kadınların psikososyal sorunları erkeklere göre daha çok yaşadığı bilinmektedir (24, 47). Kadınların psikososyal baskı alanına uyumlarının erkeklere göre kötü olmasının nedeni eğitim seviyelerinin düşük olması, ev hanımı olmaları sonucu gelirlerinin olmaması sonucu yaşadıkları stresin fazla olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda medeni durumun toplam uyumu etkilemediği ancak sağlık bakımına oryantasyonda bekar bireylerin uyumunun evli bireylere göre anlamlı oranda kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Yuet (2002)'in çalışmasında bekar bireylerin psikososyal uyumlarının evli bireylere göre daha kötü olduğu bulunmuştur (86). Akın (2006)'ın kalp yetersizliği olan bireylerle yaptığı çalışmada evli hastalarda cinsel yaşam alanına ve bekar hastalarda aile çevresi alanına uyumun kötü olduğu belirlenmiştir (4). Bekar bireylerin yalnız yaşaması sonucu öz-bakımlarına yeterince özen göstermemelerinin sonucu etkilediği düşünülmektedir (74). Yapılan diğer çalışmalarda medeni durumun psikososyal uyumu etkilemediği bulunmuştur (1,16, 39, 54).

Çalışmamızda yaşın psikososyal uyumu etkilemediği bulunmuştur (Ek tablo 1). Yaşın etkisinin bulunmamasının Tip 2 diyabetin genç popülasyondan çok orta ve ileri yaş grubunda ortaya çıkması ve çalışmadaki genç yaştaki hasta sayısının etkisinin az olması olduğu düşünülmektedir. Literatürde de yaşın psikososyal uyumunda etkili olmadığının belirlendiği çalışmalar vardır (16, 39, 54). Diğer yandan Yuet (2002)'in KOAH'lı bireylerle yaptığı çalışmada yaşlı bireylerde hastalığa psikososyal uyumun daha kötü olduğu belirlenmiştir (86). Mazanec (2011)'in radyoterapi gören bireylerin uyumunu incelediği çalışmasında ileri yaştaki bireylerin uyumlarının genç yaştakilere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (51).

Literatürde yaşın psikososyal uyuma etkisi ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Farklı sonuçlar bulunmasının nedeninin hastalığın yaşa göre yarattığı sorunların farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Hastalığın yaşla birlikte komplikasyonlarda artışa neden olması veya beden imajını bozan bir durumun genç yaşta daha fazla etki yaratması çalışma sonuçlarının farklı olmasının temel nedeni olabilir.

Çalışmamız bireylerin hastalığa psikososyal uyum sağlamasında eğitim durumunun önemli olduğunu göstermiştir (Tablo 4.6). Uyum puanlarına bakıldığında eğitim durumu arttıkça uyumun arttığı görülmektedir. Sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, sosyal çevre, psikolojik baskı ve toplam uyumda ilkökul mezunlarının uyumları üniversite mezunlarına göre kötüdür. İlkokul mezunu bireyleri diğer demografik özellikleri ile birlikte incelediğimizde bu bireylerin aynı zamanda düşük gelir seviyesine sahip olduğu ve diyet, egzersiz uyumlarının kötü olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının sağlık bakımına oryantasyon alanına uyumlarının düşük olmasının bireylerin öz-bakımlarına dikkat etmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu noktada da öğrenim seviyesi düşük olan bireylerin gelir durumlarının da düşük olmasının önemli payı olduğu düşünülmektedir. Yuet (2002)'in KOAH' lı bireylerle yaptığı çalışmada da düşük eğitim seviyesinin kötü uyuma neden olduğu belirlenmiştir (86). Akın (2006)'ın kalp hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim seviyesi düşük olan bireylerin aile ilişkileri ve toplam uyum alanlarının etkilendiği belirlenmiştir (4). Kaçmaz (2003)'ün kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi düşük olanların hastalığa psikososyal uyumlarının düşük olduğu görülsede istatistiksel bir fark bulunmamıştır (39). Öyke (2008)'nin Behçet hastaları ile yaptığı çalışmada öğrenim durumunun mesleki çevre uyumuna etki ettiği görülmektedir (54). Çam (2009)'ün meme kanserli bireylerin psikososyal uyumunu belirlemek için yaptığı çalışmada lise/üniversite mezunu bireylerin sosyal çevreye uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (16). Sonucumuz literatürle uyumlu olmakla birlikte etkilenen psikososyal uyum alt alan sayısı çalışmamızda daha fazladır.

Çalışma durumuna göre psikososyal uyum incelendiğinde emeklilerin psikolojik baskı alanı ile toplam uyum alanında ev hanımlarına göre uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Öyke (2008)'nin Behçet hastalarının

psikososyal uyumlarını incelediği çalışmasında çalışan bireylerin mesleki çevre, aile çevresi ve toplam uyumlarının çalışmayan bireylere göre iyi olduğu bulunmuştur (54). Çam (2009)'ın meme kanserli bireylerle yaptığı çalışmada emekli bireylerin aile çevresine uyumlarının memur ve ev hanımı olan bireylere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (16). Ramirez (2003)'in çalışmasında larenks ameliyatı sonrası işe dönmek zorunda kalan hastaların psikososyal uyumlarının işe dönmek zorunda kalmayan hastalara göre kötü olduğu belirlenmiştir (59). Çalışmamız emekli bireylerin aile çevresine uyumu ve toplam psikososyal uyumu açısından literatürle benzerlik göstermektedir. Emekli bireyler yaş itibarıyla aile, çocukların geleceği, meslek yaşamı gibi konularda bir çok aşamayı geride bıraktığı için daha az kaygı yaşamaktadırlar. Öte yandan ev hanımı olmak hiçbir zaman bitmeyen bir iştir. Bireyin yaşı ilerlemiş olsa da, hastalığın getirdiği birtakım sorunları yaşıyor olsa da ev hanımı olan bireyden beklenen evin düzenini aynı şekilde sürdürebilmesidir. Evdeki bu düzeni sürdürme çabasının ev hanımı olan diyabetli bireyde stres yaratması ile psikososyal baskı alanında uyumun kötü olduğu düşünülmektedir.

Öne çıkan bir diğer bulgu gelir düzeyinin psikososyal uyumda etkisi olduğudur (Tablo 4.8). Gelir durumu iyi olan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi ve psikolojik baskı alanlarına uyumları gelir durumu kötü/orta olan bireylere göre daha iyidir. Yapılan çalışmalarda da gelir durumunun psikososyal uyum alt alanlarını etkilediği bilinmektedir (16, 54, 55). Daha çok emekli ve ev hanımları sağlık bakımları için gerekli koşulları sağlayamayacaktır. Evin geçiminin yeterince sağlanamaması aile ilişkilerini yıpratılmakta, bu durum da bireyi strese ve sıkıntıya sokabilmektedir. Gelir düzeyi düşük bireylerin daha çok duygusal baş etme yöntemini kullanmalarının da bireylerin psikososyal baskı alanına uyumlarının kötü olmasına neden olduğu düşünülebilir (12, 45).

Çalışmamızda çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin (geniş aile) sağlık bakımına oryantasyon alanına uyumlarının kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9). Çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin aynı zamanda eğitim seviyeleri düşük ve maddi durumları kötüdür. Öte yandan çocukları ile birlikte yaşayan bireyler diyet, ilaç tedavisi gibi konularda kendilerine çok fazla müdahale edildiğini belirtmektedir (72). Sağlık çalışanları ve aile bireylerinin fazla kontrolcü oluşu zamanla hasta bireylerin üzerinde baskı yaratmakta ve uyumlarının bozulmasına neden olmaktadır.

Geniş ailede yaşayan bireyler daha çok aile bireyinin müdahalesine maruz kalabilmektedir. Çocukların, anne/babaya müdahale etmeleri, uyarılarda ve kısıtlamalarda bulunmaları rol çatışmalarına neden olabilmekte ve diyabetli bireylerin uyumları daha kötü olabilmektedir.

Çalışmamızda diyabet yılının hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği saptanmıştır (Ek tablo 2). Kaçmaz (2003) ve Öyke (2008)'nin çalışmalarında da hastalık süresinin uyumu etkilemediği belirlenmiştir (39, 54). Ponzio (2006)'nun İtalyan bireylerle yaptığı çalışmada diyabet süresi kısa olan bireylerin diyabet öz-yönetimine uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Öte yandan Whitemore (2005)'un çalışmasında ise diyabet yılı ilerledikçe diyabetin öz-yönetim davranışlarının günlük yaşama daha iyi entegre edildiği ve uyum sağlandığı belirlenmiştir. Demirtaş (2009)'ın çalışmasında kabullenme aşamasında olan bireylerin tanı sürelerinin en az 10 yıl olduğu belirlenmiştir (20). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarına bakılan çalışmada hastalık süresi bir ay olan bireylerin psikolojik baskı düzeyleri yüksek bulunmuştur (16). İnternal kardiyak defibrilatör takılan hastaların toplam uyum puanlarının 1. hafta, 2. ay ve uzun dönemde değişimine bakıldığında işlem üzerinden geçen zamanla birlikte uyumun arttığı görülmektedir (50). Elizabeth Kübler Ross'un kanserde psikolojik süreçler üzerine yaptığı çalışma kronik hastalıklar için de geçerli olmaktadır. Kronik hastalıklarda gösterilen psikolojik tepkiler şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme/uyum aşamalarıdır. Kabullenme ve uyum en son aşama olup kabullenme aşamasına gelmek zaman gerektirir. Literatürde farklı sonuçlar bulunsa da uyumun tanının ilk aşamasında kötü olduğunu, tanı süresi arttıkça kabullenme ve uyum davranışlarının görüldüğünü destekler nitelikte çalışmalar çoğunluktadır. Çalışmamız Kaçmaz ve Öyke' nin çalışmalarıyla benzer niteliktedir (39, 54). İstatistiksel farkın olmamasının hastalıkların uzun dönemi kapsayan ve akut olarak ortaya çıkmayan yavaş gelişen nitelikte olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tedavi şekillerine göre psikososyal uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Ek Tablo 3). İnsülin kullanmanın tedaviye uyumu etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (17, 26, 34, 47). Çalışmamızda tedavi şekli insülin ve oral antidiyabetik kullananlar ile sadece insülin kullananlar şeklinde

gruplandırılmıştır. Her iki grupta insülin kullanımı olmasından dolayı aradaki farkın anlamsız çıktığı düşünülmektedir.

Komplikasyonların ortaya çıkması hastalığa uyumu zorlaştırmakta anksiyeteye neden olmaktadır (34, 47, 78). Çalışmamızda retinopati, nefropati, nöropati gibi komplikasyonların ortaya çıkması sonucu psikososyal uyum alanlarından sağlık bakımına oryantasyonun komplikasyon varlığı olmayanlara göre kötü olduğu görülmektedir (Ek Tablo 4, 5 ve 6). Nefropatisi olan bireylerde mesleki çevre, nöropatisi olan bireylerde cinsel yaşam alanlarında da uyumun kötü olduğu belirlenmiştir. Komplikasyonların ortaya çıkması hastalığın kötü kontrolünün göstergesidir. Bireylerin öz-bakım davranışlarını yerine getirmedikleri için sağlık bakımına oryantasyonları kötü olabileceği gibi, komplikasyonlar nedeniyle öz-bakımlarını gerçekleştirmekte güçlük çekmeleri sonucu sağlık bakımına oryantasyonlarının kötüleştiği düşünülebilir. Öte yandan cinsel yaşama uyumlarının kötü olması erektil disfonksiyondan nöropatinin sorumlu olmasından kaynaklanmaktadır. Talaz' ın (2007) çalışmasında diyabetik ayak gelişmeyen tip 2 diyabetli bireylerin retinopati ve nöropati komplikasyonları varlığında sağlık bakımına oryantasyon, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve toplam uyumlarının komplikasyon gelişmeyen bireylere göre kötü olduğu belirlenmiştir (70). Hastalık nedeniyle görünüm değişikliği olan Behçet hastalarının psikolojik baskı alanına uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir (54). Yuet (2002)'in çalışmasında KOAH'a bağlı yorgunluğun ortaya çıkması psikososyal uyumu kötüleştirmektedir (86). Demirtaş (2009)'ın çalışmasında bir hasta komplikasyonlardan dolayı yaşadığı sosyal güçlüğü şu şekilde ifade etmiştir: " *Bütün gün evdeyim, şeker gözlerimi bozdu. Kulağымda duymuyor. Eve hapis oldum. Evde ölsem kimsenin haberi olmayacak, iki oğlum var onlara muhtaç oldum.*" (20). Literatürde de görüldüğü gibi hastalıkla mücadele eden bireylerde komplikasyonların ortaya çıkması hastalığa uyumlarını daha çok zorlaştırmaktadır.

Çalışmamızda hiperglisemi gelişen bireylerin sosyal çevreye uyumları gelişmeyen bireylere göre kötü iken hipoglisemi gelişen bireylerin meslek yaşamına uyumları hipoglisemi gelişmeyen bireylere göre kötüdür (Tablo 4.10, Tablo 4.12). Hiperglisemi geçirme sıklığının artması sosyal çevreye uyumu kötüleşmektedir (Tablo 11). Hipoglisemi geçirme sıklığı ise uyum düzeyini etkilememektedir (Tablo

4.13). Talaz'ın (2007) çalışmasında diyabetik ayak gelişmeyen bireylerde hiperglisemi geçirenlerin mesleki çevre, aile çevresi ve toplam uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir. Hipoglisemi geçirmeyen bireylerde ise sosyal çevre uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir (70). Diyabette akut komplikasyonların gelişmesi bireylerde anksiyete ve strese yol açmaktadır (34). Geçirilen akut komplikasyona göre de bireylerin sosyal ve mesleki hayatları etkilenmektedir.

Ayrıca, çalışmamızda diyabet dışında kronik hastalığı olan bireylerin cinsel yaşam alanına uyumlarının başka hastalığı olmayan bireylere göre kötü olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklardan hipertansiyonu olan bireylerin cinsel yaşam alanına uyumları hipertansiyonu olmayan bireylere göre, kronik kalp hastalığı olan bireylerin ise sosyal çevre alanına uyumları kalp hastalığı olmayan bireylere göre daha kötüdür. Talaz (2007)'ın çalışmasında hipertansiyonu olan bireylerle hipertansiyonu olmayan bireylerin uyumu arasında fark bulunmazken, kronik kalp hastalığı olan bireylerin, kronik kalp hastalığı olmayan bireylere göre cinsel yaşam alanına uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir (70). Akın (2006)'ın kalp hastaları ile yaptığı çalışmada en çok etkilenen alanların sosyal çevre, meslek yaşamı ve psikososyal baskı alanı olduğu belirlenmiştir (4). Bulgularımız literatürle uyumludur.

Çalışmamızda kontrol sıklığı ile psikososyal uyum arasındaki farka bakıldığında 1-3 ay sıklıkla kontrole gelen bireylerin 1 yıl üzeri sıklıkla kontrole gelen bireylere göre sağlık bakımına oryantasyon uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). Kontrol sıklığı 4-12 ay olan bireylerin, kontrol sıklığı 1 yıl üzeri olan bireylere göre aile çevresi ve toplam uyumları daha iyidir. Badur (2009)'un yaptığı çalışmada kontrollerine düzenli gelen diyabetli bireylerin tedaviye uyumlarının iyi olduğu belirlenmiştir (10). Talaz'ın (2009) çalışmasında kontrol sıklığı ile diyabete psikososyal uyum arasında anlamlı fark bulunmamıştır (70). Bireylerin kontrollerine düzenli gelmesi hastalığın izlemine sağlayarak diyabet kontrolünün sağlanmasında ve komplikasyonların erken teşhisinde önemlidir. Bireylerin de hastalıklarının seyrini somut verilerle görmelerini ve tedavileri için işbirliği yapmalarını sağlayacağı düşünülmektedir. Bireylerin düzenli kontrole gelmeleri hastalığa uyumda önemli etkiye sahiptir.

Diyabetik hasta eğitimi, diyabetik hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığının daha iyi kontrolüyle oluşabilecek yan etkilerinden korunmak,

tedavi giderlerini azaltmak, tedavi hatalarını azaltmak ve hastanın yeni teknolojiyi kullanabilir olmasını sağlamak amacıyla bilgi ve deneyimini arttırmak için sürdürülen bilgi ve deneyim aktarım çabalarının tümünü kapsamaktadır (85). Çalışmamızda hastalık ile ilgili eğitim alan diyabetli bireylerin psikososyal uyum puanları eğitim almayan bireylere göre iyi bulunsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.15). Kaçmaz'ın (2003) çalışmasında hastalığı hakkında bilgisi olmayan bireylerin psikososyal uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir (39). Talaz'ın (2008) çalışmasında ise diyabetik ayak gelişmeyen bireylerde hastalığı hakkında bilgi almayan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon ve cinsel yaşam hariç tüm alanlarda uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir (70). Yapılan çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda da eğitimin önemi görülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin eğitim aldıkları sağlık personeline göre uyumlarına bakıldığında doktordan eğitim alan bireylerin sosyal çevre uyumunun iyi olduğu (Tablo 4.16), hemşireden eğitim alan bireylerin anlamlı bir fark olmasa da tüm alanlara uyumlarının hemşireden eğitim almayan bireylere göre iyi olduğu (Tablo 4.16), diyetisyenden eğitim alan bireylerin aile çevresi, geniş aile çevresi ve toplam uyumlarının iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16). Çalışmada sadece doktordan, sadece hemşireden, sadece diyetisyenden eğitim alan gruplar ayrı ayrı analiz edilmemiştir. Hemşire tüm gruplarda yer almaktadır. Bu açıdan hemşirenin eğitimde yer almasının psikososyal uyumda önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Diyabette öz-bakım davranışlarının yerine getirilmesi hastalığa psikososyal uyumun güçlü bir göstergesidir. Çalışmamızda diyeteye uymayan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon, psikolojik baskı ve toplam uyumlarının kötü olduğu görülmektedir (Tablo 4.17). Egzersiz yapmayan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile ilişkileri, psikolojik baskı ve toplam uyumlarının egzersiz yapan bireylere göre kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.18). Talaz'ın (2007) çalışmasında diyabetik ayak gelişmeyen grupta egzersiz yapmayan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, sosyal çevre, psikolojik baskı alanlarına ve toplam uyumlarının kötü olduğu belirlenmiştir. Öz-bakım davranışlarının ihmal edilmesi stres yaratmaktadır (70). Stres ise diyabete uyumda önemli bir engeldir (81).

Çalışmamızda kan şekerinin takibinin uyumda etkili bir faktör olmadığı görülmüştür (Ek tablo 8). Bulgumuz literatür ile uyumludur (70).

Çalışmamızda HbA1c değerinin artmasıyla PAIS-SR alt boyutlarından mesleki çevre, sosyal çevre ve psikolojik baskı alanlarına uyumun kötü olduğu görülmüştür (Tablo 4.19). HbA1c diyabet kontrolünün objektif bir göstergesidir. HbA1c' nin yüksek seyretmesi kontrolsüz bir diyabet anlamına gelmektedir. Artmış HbA1c değeri aynı zamanda komplikasyon varlığının göstergesidir. Diyabet kontrolü sağlayamayan ve komplikasyon gelişmiş bireylerde de meslek yaşamı, sosyal çevre ve psikolojik baskı alanlarına uyumun bozulduğu düşünülmektedir.

### **5.3. Diyabetli Bireylerde Sosyal Desteğe İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamıza katılan diyabetli bireylerin sosyal destek algısına baktığımızda sosyal destek algılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadın, ilkokul mezunu, ev hanımı, orta gelire sahip, geniş ailede yaşayan, akut ya da kronik komplikasyon gelişmemiş, yaşı 45-54 yaş aralığında olan bireylerin sosyal destek algıları yüksektir. Ayrıca, diyabet yönetimine ilişkin özelliklere baktığımızda diyabete yönelik eğitim alan, kan şekeri ölçümünü düzenli yapan, HbA1c seviyesi düşük olan bireylerinde sosyal destek algıları yükseltir. Göz ve diğ.(2005)'nin yaptığı çalışmada emekli, erkek, eğitim seviyesi yüksek, yalnız yaşayan bireylerin sosyal destek algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir (33). Diğer yandan Toljama ve diğ. (2001)'nin çalışmasında ileri yaştaki bireylerin sosyal destek algısının yüksek olduğu bulunmuştur (74). Diyabetli bireylerin özelliklerine ve algıladıkları sosyal destek düzeyine yönelik literatürde farklı sonuçlar görülmektedir (33, 71, 74). Fukunishi ve diğ. (1998)'nin yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin yeterli bir şekilde sosyal destekten yararlandıkları zaman algıladıkları sosyal desteğin HbA1c değerinin düşmesinde yararlı olduğu belirlenmiştir (29).

Diyabetli bireyler en çok desteği aileden almaktadır. Diyabetli bireylerin aileden sonra destek aldıkları kişiler sırasıyla arkadaşları ve özel kişilerdir (Tablo 4.20). Herpetz ve diğ. (2002)'nin çalışmasında diyabetli bireylerin destek aldıkları grupların öncelikle aile bireyleri olduğu, ikinci sırada destek aldıkları kişilerin ise aile doktorları oldukları belirlenmiştir (34). Tan (2005)'in çalışmasında bireylerin en çok desteği aileden aldıkları, sonraki sırada ise hemşire ve arkadaşların geldiği belirlenmiştir.

Hastalığa psikososyal uyumda sosyal destek varlığı önemli bir etkidir. Çalışmamızda sosyal destek sahibi bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.21). Psikososyal uyum alt alanlarına bakıldığında cinsel yaşam dışındaki tüm alanlara uyumda sosyal desteğin etkili olduğu görülmektedir. Öyke (2008)'nin çalışmasında sosyal desteğin mesleki çevre, aile çevresi ve geniş aile ilişkilerine uyumda etkili olduğu görülmektedir (54). Akimato ve diğ. (2004)'nin yaptığı eğitim sonrası izlem çalışmasında eğitim etkinliğini değerlendirmek için HbA1c değeri kriter olarak alınmıştır (5). Eğitim sonrası düşüş gösteren HbA1c değerinin sosyal desteği olmayan bireylerde tekrar yükseldiği belirlenmiştir. Sosyal destek sahibi olmak sağlık bakımına oryantasyon açısından önem taşımaktadır. Literatürdeki çalışmalarda da sosyal desteğin hastalığa uyumda etkili olduğunu göstermiştir (39, 54, 84, 86). Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Diyabetli bireylerin aile ve arkadaş desteğinin olması hastalığa toplam psikososyal uyumda etkilidir (Tablo 4.22).

Sosyal destek kaynaklarından olan aile desteği ile psikososyal uyuma baktığımızda aile desteğinin, diyabetli bireylerde hastalığa toplam psikososyal uyum ve cinsel yaşam dışındaki tüm alt uyum alanlarında etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.22). Aileden destek gören diyabetli bireylerin uyumlarının en iyi olduğu psikososyal uyum alanları ise sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi ve psikolojik baskı alanlarıdır. Toljama ve diğ. (2001)'nin çalışmasında aile desteği olan bireylerin öz-bakım davranışlarına uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (74). Wen ve diğ. (2004)'nin yaptığı çalışmada da diyabetli bireylerin diyet uyumlarına güçlüğü belirlendiği çalışmada diyabetli bireyler rahatsızlık konusu olarak "kendilerinin yiyemedikleri ve içemediklerini besinleri çevrelerindeki bireylerin yemesi" olarak ifade etmişlerdir. Aile işlevi ile diyet puanı arasında bir ilişki bulunmuştur (82). Kang ve diğ. (2010)'nin yaptığı, ailelerin eğitime dahil edildiği çalışmada ise diyabetli bireylerin aile desteğini olumlu algıladığı belirlenmiştir (40). Aynı çalışmada eğitim alan ailelerin, diyabetli bireylerin diyet ve egzersiz gibi öz-bakım aktivitelerini desteklediği belirlenmiştir (40). Öz-yönetim etkinliği bireyselliği ifade eden bir terim olsa da ailenin diyabetli bireyin uyumunu kolaylaştıracak şekilde diyabete uygun diyet hazırlaması, egzersiz için teşvik etmesi, kişisel bakımını

sağlamada yardımcı olması gibi nedenlerle aile öz-yönetimde olumlu yönde pekiştirecek ve kontrol mekanizması olmaktadır. Ayrıca, ailenin diyabetli bireyi psikolojik yönden olumlu desteklemesi hastalığı kabullenmesinde ve daha iyi yönetmesine yardımcı olmaktadır. Aile desteğinin psikososyal uyum alanından özellikle sağlık bakımına oryantasyona uyumdaki etkisi çalışmamızda literatür ile desteklenmiştir.

Çalışmamızda arkadaş desteği alan diyabetli bireylerin hastalığa toplam psikososyal uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.22). Arkadaş desteğinin en etkili olduğu psikososyal uyum alanları sağlık bakımına oryantasyon, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre uyum alanlarıdır. Özel kişi desteği ise sağlık bakımına oryantasyon ve geniş aile ilişkilerine uyumda etkili bulunmuştur (Tablo 4.22). Diyabetli bireylerin, tüm sosyal destek kaynakları sağlık bakımına oryantasyonda etkilidir. Araştırma sonuçlarına göre bireylerin sosyal desteğe sahip olmaları diyabet yönetiminin etkinliği için önemlidir.

## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

#### 6.1.1. Diyabetli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Diyabetli bireylerin %40.2'sinin 55-64 yaş grubunda, büyük kısmının evli, yarıdan fazlasının kadın, ilkokul mezunu, gelir durumunun orta ve yarıya yakınının ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin %33.6'sının diyabet süresinin 16 yıl ve üzeri olduğu, %21.5'inin oral antidiyabetik ilacı 11-15 yıl kullandığı, yarısından fazlasının insülin tedavisini 1-5 yıldır aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Diyabetli bireylerin hiperglisemi yaşama oranının %18, hipoglisemi yaşama oranının %33.6 olduğu; kronik komplikasyonların en sık görülenlerinin nöropati ve retinopati olduğu, nefropati gelişen birey sayısının çok az olduğu belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin çoğunda (%77.9) diyabet dışında sırasıyla hipertansiyon (%64.8), hiperlipidemi (%29.5), kalp hastalığı (%17.2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Diyabetli bireylerin %37.7'sinin kontrole gitme sıklığının 4ay-1 yıl olduğu görülmektedir. Hastaların büyük kısmının diyabetle ilgili eğitim aldığı; eğitim alanların çoğunun hemşireden, yarıdan fazlasının diyetisyenden, az bir kısmının doktordan ve her üçünden eğitim aldığı görülmektedir. Diyabetli bireylerin yarıya yakını diyetine dikkat ettiğini, 1/3'lük bir kısmı düzenli egzersiz yaptığını, tamama yakını ise evde kan şekeri kontrolü yaptığını belirtmiştir (Tablo 4.1).
- Diyabetli bireylerin ortalama HbA1c değerinin %9.8 olup en düşük değer %5.9 ve en yüksek değer %18 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

### 6.1.2. Psikososyal Uyuma İlişkin Sonuçlar

- Diyabetli bireylerin PAIS-SR puan ortalamasının orta düzeyde olduğu, alt boyutlardan sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, cinsel yaşam ve psikolojik baskı alanlarına uyumun kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2)
- Diyabetli bireylerin hastalığa %34.4'ünün iyi uyum, %29.5'inin orta uyum ve %36.1'inin kötü uyum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Toplam psikososyal uyumun öğrenim seviyesi düşük (Tablo 4.6), ev hanımı (Tablo 4.7), sağlık kontrollerine gelme sıklığı 1 yılı aşan (Tablo 4.14), diyeteye uymayan (Tablo 4.17), egzersiz yapmayan (Tablo 4.18) bireylerde kötü olduğu belirlenmiştir.
- Sağlık bakımına oryantasyonun; bekar (Tablo 4.5), öğrenim seviyesi düşük (Tablo 4.6), gelir durumu kötü (Tablo 4.8), geniş ailede yaşayan (Tablo 4.9), sağlık kontrollerine gelme sıklığı 1 yılı aşan (Tablo 4.14), diyeteye uymayan (Tablo 4.17), egzersiz yapmayan (Tablo 4.18) bireylerde kötü olduğu belirlenmiştir.
- Mesleki çevreye uyumun; öğrenim seviyesi düşük (Tablo 4.6), hipoglisemi yaşayan (Tablo 4.12), egzersiz yapmayan (Tablo 4.18) bireylerde kötü olduğu belirlenmiştir.
- Aile çevresine uyumun; gelir durumu kötü (Tablo 4.8), sağlık kontrollerine gelme sıklığı 1 yılı aşan (Tablo 4.14), egzersiz yapmayan (Tablo 4.18) bireylerde kötü olduğu belirlenmiştir.
- Cinsel yaşama uyumun diyabet dışında başka kronik hastalığı olan bireylerde kötü olduğu belirlenmiştir.
- Sosyal çevreye uyumun öğrenim seviyesi düşük (Tablo 4.6), hiperglisemi yaşayan (Tablo 4.10) bireylerde kötü olduğu belirlenmiştir.

- Psikolojik baskının kadınlarda (Tablo 4.4), öğrenim seviyesi düşük (Tablo 4.6), ev hanımı (Tablo 4.7), gelir durumu kötü (Tablo 4.8), diyeteye uymayan (Tablo 4.17), egzersiz yapmayan (Tablo 4.18) bireylerde kötü olduğu belirlenmiştir.
- Diyabetli bireylerin HbA1c değeri yükseldikçe mesleki çevre, sosyal çevre, psikolojik baskı ve toplam uyumları azalmaktadır (Tablo 4.19)
- Diyabetli bireylerin yaşının, diyabet yılının, insüline ek olarak oral anti diyabetik kullanmanın psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir (Ek tablo 1, Ek tablo 2, Ek tablo 3).
- Retinopati, nefropati, nöropati ve ayak yarası gelişen diyabetli bireylerin psikososyal uyum puanlarının, gelişmeyen bireylere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Ek tablo 4, Ek tablo 5, Ek tablo 6, Ek tablo 7).

### **6.1.3. Algılanan Sosyal Desteğe İlişkin Sonuçlar**

- Diyabetli bireylerin sırasıyla en çok aileden, ikinci olarak arkadaşlardan ve son olarak özel kişilerden sosyal destek gördükleri belirlenmiştir (Tablo 4.20).
- Diyabetli bireylerin sosyal destekleri arttıkça toplam psikososyal uyumları ve sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik baskı alanlarına uyumları artmaktadır (Tablo 4.21).
- Aileden sosyal destek gören bireylerin toplam psikososyal uyumları ve sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik baskı alanlarına uyumları iyidir (Tablo 4.22).
- Özel kişi sosyal destek gören bireylerin toplam psikososyal uyumları ve sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre alanlarına uyumları iyidir (Tablo 4.22).

- Arkadaştan sosyal destek gören bireylerin sağlık bakımına oryantasyon ve geniş aile ilişkileri alanlarına uyumları iyidir (Tablo 4.22).

## 6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirenin diyabetli bireyi psikososyal uyum açısından değerlendirmesi, psikososyal uyum yönünden risk altında olan bireylerin izlemine daha sık yapması ve kontrollerine düzenli gelmelerini sağlaması,
- Psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin ve etkilenen psikososyal uyum alanının her birey için farklılık gösterdiği bilinerek hemşirenin, hemşirelik rolleri gereğince diyabetli bireylerin ihtiyaçlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetinde bulunması,
- Diyabet eğitim programlarında diyet ve düzenli egzersizin öneminin vurgulanması, hastanın biyopsikososyal yönden ele alınması ve eğitim programlarının psikososyal uyumu kapsayacak şekilde düzenlenmesi,
- Sosyal desteğe sahip bireylerin psikososyal uyumlarının iyi olduğu bilindiğinden, diyabetli bireylerin sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, sosyal destek kaynaklarının diyabetli bireyin hastalığa uyumunda destekleyici faktör olmasının sağlanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Adams, T., Glenn, S.ve Byatt, K. (2001). The Psychosocial Adjustment of People With Chronic Plaque Psoriasis. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 5:129-132.
2. Adaylar, M. (1995). *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-bakım Yönelimleri. Doktora Tezi.* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
3. Akdemir, N., Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı.* Ankara: Sistem Ofset.
4. Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-8.
5. Akimoto, M., Fukunishi, I., Kanno, K., Oagai, Y., Horikawa, N., Yamazaki, T. ve Morokuma, Y. (2004). Psychosocial Predictors of Relapse Among Diabetes Patients:A 2-Year Follow-Up After Inpatient Diabetes Education. *Psychosomatics*, 45, 343–349.
6. Alpar, R. (2001). Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
7. Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
8. Aydın, B. (2005). *İnsülin Kullanan Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Stres Faktörlerinin Kan Şekeri Regülasyonu Üzerine Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.
9. Baban, M. (2010). *Obez Ve Diyabetik Yetişkinlerin Beslenme Bilgi Düzeyleri, Beslenme Alışkanlıkları, Diyet Ve Diyabetik Ürünleri Algılama Düzeylerinin Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

10. Badur, F. (2009). *Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
11. Buzlu, S. (2002). Bölüm 17: Diyabete Psikososyal Uyum. Erdoğan, S. (Ed.). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul: Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş. 2002:195-202.
12. Carmen, D., Watkins, D., Rowell, K. ve Hooten, E. (2008). Coping Styles, Well-Being, and Self-Care Behaviors Among African Americans with Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 34: 501.
13. Chantelau, E., Schiffers, T., Schütze, J. ve Hansen, B. (1997). Effect of Patient-Selected Intensive Insulin Therapy On Quality of Life. *Patient Education and Counseling*, 30, 167-173.
14. Coffey, L., Gallagher, P., Horgan, O., Desmond, D. ve Maclachlan, M. (2009). Psychosocial Adjustment to Diabetes-Related Lower Limb Amputation. *Diabetic Medicine*, 26, 1063–1067.
15. Coşansu, G. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Öz-bakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilimsel-Sosyal Faktörler*. Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
16. Çam, O., Saka, Ş., Gümüş, A.B. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 73-81.
17. Çeliker, T. (2007). *60 Yaş ve Üstü Geriatrik Hastalarda Tip II Diabetes Mellitus ve Depresyon İlişkisi*. Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
18. Daniel, Cukor, D., Cohen, S.D., Peterson, R.A. ve Kimmel, P.L. (2007). Psychosocial Aspects of Chronic Disease ESRD as a Paradigmatic Illness. *Journal of American Society Nephrology*, 18, 3042–3055.
19. Data from the 2011 National Diabetes Fact Sheet. Total prevalence of diabetes. (26.02.2011). <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics>.

20. Demirtaş, A., Akbayrak, N. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi. *Anatolia Journal of Clinical Investigation*, 3(1), 10-18.
21. Desmond, D. M. (2007). Coping, Affective Distress, And Psychosocial Adjustment Among People With Traumatic Upper Limb Amputations. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 15– 21.
22. Durna, Z. Bölüm 2. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. Erdoğan, S. (Ed.). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş. 2002:11-18.
23. Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
24. Enzlin, P., Mathieu, C., Demyttenaere, K. (2002). Gender Differences in The Psychosocial Adjustment To Type 1 Diabetes Mellitus: An Explorative Study. *Patient Education And Counseling*, 48, 139-145.
25. Erol, H. (2010). SPSS Paket Programı ile İstatistiksel Veri Analizi, Nobel Kitabevi, Adana.
26. Erol, Ö. (2009). *İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu Ve Öz-Etkililik*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
27. Esposito, K., Maiorino, MI., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., Giugliano, D. (2010). Determinants of Female Sexual Dysfunction in Type 2 Diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22, 179-84.
28. Evans, M.L., Sharplin, P., Owens, D.R., Chamberlain, G.H., Longman, A.J. ve Mcewan, P. (2010). Insulin Usage in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in UK Clinical Practice: A Retrospective Cohort-Based Analysis Using The THIN Database. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 10(4), 178-182.

29. Fukunishi, I., Horikawa, N., Yamazaki, T., Shirasaka, K., Kanno, K. ve Akimoto, M. (1998). Perception and Utilization of Social Support in Diabetic Control. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 41, 207–211.
30. Glasgow, E. R., Toobert, D. J. ve Gillette, C.(2001). Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*. 14, 1, 33-41.
31. Global Burden: Prevalence and Projections, 2010 and 2030. (08.04.2009). <http://www.idf.org/diabetesatlas/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance>
32. Gökdoğan, F., Akıncı, F. (2001). Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algulamaları İle Uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1), 10-17.
33. Göz, F., Karaöz, F., Göz, M., Ekiz, S. ve Çetin, İ. (2005). Effects of the Diabetic Patients' Perceived Social Support on Their Quality-of-Life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353–1360.
34. Herpertz, S., Kramer-Paust, R., Paust, R., Schleppinghoff, B.S., Best, F., Bierwirth, R. ve diğerleri. (2002). Association Between Psychosocial Stress and Psychosocial Support in Diabetic Patients. *International Congress Series*, 1241, 51–58.
35. Inzucchi, S. (2009). Diabetes Mellitus El Kitabı (I.Ş. Demiriz I.Ş. ve B. Demiriz, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. (2004).
36. Jacobs-Lawson, J. M., Schumacher, M. M., Hughes, T. ve Arnold, S. (2010). Gender Differences in Psychosocial Responses to Lung Cancer. *Gender Medicine*, 7 (2), 137-148.
37. Jangra, D., Ganesh, A., Austin L., Sutherland, J. ve Levin A. (2007). Psychosocial Adjustment to Visual Loss in Patients with Retinitis Pigmentosa. *Ophthalmic Genetics*, 28, 25–30.

38. Jordan, D. N., Jordan, J. (2010). Self-Care Behaviors of Filipino-American Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 24, 250–258.
39. Kaçmaz, N. (2003). *Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çabası*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
40. Kang, C.M., Chang, S.C., Chen, P.L., Liu, P.F., Liu, W.C., Chang, C.C. ve Chang, W.Y. (2010). Comparison of Family Partnership Intervention Care vs. Conventional Care in Adult Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes in A Community Hospital: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1363–1373.
41. Kartal, A., Çağırğan, G., Tıgılı, H., Güngör, Y., Karakuş, N., Gelen, M. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutumları ve Tutumu Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(3):223-230.
42. Kimmel P., Peterson R., Weihs K., Simmens S., Alleyne S., Cruz I. ve Veis J. (1998). Psychosocial Factors, Behavioral Compliance and Survival in Urban Hemodialysis Patient. *Kidney International*, 54, 245-254.
43. Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 71, 52-58.
44. Korkmaz, T., Tel, H. (2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 79-86.
45. Kumcağız, H., Özenoğlu, A., Aydın, Avcı, İ. ve Uğurlu, S. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stresle Başetme. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 122-129.
46. Landis, B.J. (1996). Uncertainty, Spiritual Well-Being and Psychosocial Adjustment to Chronic Illness. *Mental Health Nursing*, 17, 217-231.

47. Lee, S., Chiu, A., Tsang, A., Chow, C.C. ve 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.
48. Llorente, D. M., Malphurs, J. E. (2007). *Psychiatric Disorders and Diabetes Mellitus*. Informa U. K. Ltd., England.
49. Lustman, P., Clouse, R. Y. (2005). Depression in Diabetic Patients the Relationship Between Mood and Glycemic Control. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 19, 113– 122.
50. Mauro, A.M.P. (2010). Long-Term Follow-Up Study of Uncertainty and Psychosocial Adjustment Among Implantable Cardioverter Defibrillator Recipients. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1080–1088.
51. Mazanec, S. N., Daly, B.J., Douglas, S. ve Musil, C. (2011). Predictors of Psychosocial Adjustment During the Postradiation Treatment Transition. *Western Journal of Nursing Research*, 33(4), 540-559.
52. Mete, E.H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek3), 3-18.
53. Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H. ve Kuboki, T. (2006). Prospective Study on Influence of Psychosocial Factors on Glycemic Control in Japanese Patients with Type 2 Diabetes. *Psychosomatics*, 47, 240-246.
54. Öyke, N. (2008). *Behçet Hastaları Hastalığa Psikososyal Uyum*. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
55. Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-68.
56. Özcan, Ş. Bölüm 5. İnsülin Tedavisinin Yönetimi. Erdoğan, S. (Ed.). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş. 2002, 39-48.

57. Özgüven, H. D., Tuncer, E.T. (1997). Uyum Bozukluğu. *Kriz Dergisi*, 5 (2), 87-94.
58. Peyrot, M., Rubin R. R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440.
59. Ramı´Rez, M. J. F., Ferriol, E.E., Domenech, F.G., Llatas, M. C., Suarez-Varela, M. M. ve Martinez, R.L. (2003). Psychosocial Adjustment in Patients Surgically Treated for Laryngeal Cancer. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 129(1), 92-97.
60. Ridder, D.N., Geenen, R., Kuijter, R., Middendorp, H. (2008). Psychological Adjustment of Chronic Disease. *Lancet*, 372, 246-255.
61. Romeo, J.H., Seftel, A.D., Madhun, Z.T., Aron, D.C. (2000). Sexual Function in Men With Diabetes Type 2. *Journal of Urology*, **163**, 788–791.
62. Rutherford, D., Collier, A. (2005). Sexual Dysfunction in Women With Diabetes Mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 21, 4, 189-192.
63. 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.
64. Skeyler, S. (2007). Diyabet Atlası (H. Kapuz, çev.) 2007. Tenedoks Yayınları, 3. Baskı, İstanbul.
65. Skovlund, S. E., Peyrot, M. (2005). The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program:A New Approach to Improving Outcomes of Diabetes Care. *Diabetes Spectrum*, 18, 3, 136-142.
66. Song, M., Lipman, T. H. (2008). Concept Analysis: Self-Monitoring in Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1700–1710.
67. Spinale, J., Cohen, S.D., Khetpal, P., Peterson, R.A., Clougherty, B., Puchalski, C.M., Patel, S.S. ve Kimmel, P.L. (2008). Spirituality, Social

- Support, and Survival in Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of American Society Nephrology*, 3, 1620–1627.
68. Stratton, I.M, Adler, A.I., Neil, H.A.W, ,Matthews, D.R., Manley, S.E., Cull, C.A. ve diğeri. (2000). Association of Glycaemia With Macrovascular and Microvascular Complications of Type 2 Diabetes (UKPDS 35): Prospective Observational Study. *British Medical Journal*, 321, 405–412.
69. Şahin, S. (2007). *Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut–Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
70. Talaz, A. (2007). *Diyabetik Ayak Gelişen ve Gelişmeyen Hastalarda Kan Şekeri Kontrolünün ve Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
71. Tan, M., Karabulutlu, M., Okanlı, A. ve Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 33-39.
72. Taşkın, M. Y. (2006). *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler*. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
73. Thong, M.S., Kaptein, A.A., Krediet, R.T., Boeschoten, E.W. ve Dekker ,F.W. (2007). Social Support Predicts Survival in Dialysis Patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 845–850.
74. Toljama, M., Hentinen, M. (2001). Adherence to Self- Care and Social Support. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 618-627.
75. Turhan, H. (2007). *Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü, İstanbul.

76. Türkiye Diyabet Kontrol Programı Gözden Geçirme Toplantısı (15-20 şubat 2010). (Erişim tarihi: 01.09.2010). <http://www.saglik.gov.tr>.
77. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2008). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2008. İstanbul: Müka Matbaa.
78. Us, S. (2007). *Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Anksiyete Depresyon Oranı, Seviyesi, Etki Eden Hastalık Özellikleri ve Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılıkları*. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
79. Ünlüsoy, F. (2009). *Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekeri İzlemenin Yaşam Kalitesi Ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
80. Weinger, K., Jacobson, A. M. (2001). Psychosocial and Quality of Life Correlates of Glycemic Control During Intensive Treatment of Type 1 Diabetes. *Patient Education and Counseling*, 42, 121-131.
81. Weinger, K., Lee, J. (2006). Psychosocial and Psychiatric Challenges of Diabetes Mellitus. *Nursing Clinics of North America*, 41, 667-680.
82. Wen, L. K., Parchman, M. L., Shepherd, M. D. (2004) . Family Support and Diet Barriers Among Older Hispanic Adults With Type 2 Diabetes. *Family Medicine*, 36(6), 423-430.
83. Whittemore, R., Melkus, G.D. ve Grey, M. (2005). Metabolic Control, Self-Management and Psychosocial Adjustment in Women With Type 2 Diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 195-203.
84. Willoughby, D. F., Kee, C. ve Demi, A. (2000). Women's Psychosocial Adjustment to Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1422-1430.
85. Yılmaz, C., Yılmaz, M.T. ve İmamoğlu Ş. (2000). Diabetes Mellitus 2000. İstanbul: Gri Tasarım.

86. Yuet, L. M., Alexander, M. ve Chun, C.J. (2002). Coping and Adjustment in Chinese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 383–395.

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1987 yılında Ankara' da doğmuştur. İlköğretim ve liseyi Ankara' da tamamlamıştır. 2009 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan mezun olan araştırmacı, aynı yıl Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans programına başlamıştır. şubat-Ağustos 2010 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde servis hemşiresi olarak çalışmıştır. Eylül 2010' da Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda 'Öğretim Elemanı Yetiştirme Programı' kapsamında araştırma görevlisi olarak başlayan araştırmacı Nisan 2011'den itibaren Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

## EKLER

### **EK 1: HASTA TANITIM FORMU**

#### **A) Sosyo-demografik Özellikler**

Adı-soyadı:

**1-Yaş:**

**2-Tedavi Durumu:**

a)Yatarak tedavi görüyor      b)Ayaktan tedavi görüyor

**3-Cinsiyeti:**

a) Kadın                      b)Erkek

**4-Medeni Durumu:**

a)Evli              b)Bekar              c)Dul-Boşanmış-Ayrı yaşıyor

**5-Öğrenim Durumu:**

a)İlkokul   b)Ortaokul   c)Lise   d)Yüksekokul

**6-Meslek:**

a)Ev Hanımı   b)Emekli   c)Memur-işçi   d)Serbest meslek   e) İşsiz

**7- Gelir Durumunuz:**

A) Geliri giderinden fazla   b) Geliri giderine denk   c) Geliri giderinden az   d) Geliri yok

**8- Birlikte yaşadığı kişiler:**

a) Eş ile   b) Çocuklarının yanında   c)Yalnız

#### **B) Tedaviye İlişkin Özellikler**

**9-Diyabet Süresi:**

a)1-5 yıl      b)6-10 yıl      c)11-15      d)16 ve üzeri

**10-Diyabet tedaviniz:**

a)İnsülin   b)OAD+insülin

**11- Oral anti-diyabetik tedaviyi kaç yıldır kullanıyorsunuz?**

a)1-5 yıl      b)6-10 yıl      c)11-15      d)16 ve üzeri

**12- İnsülin tedavisini kaç yıldır kullanıyorsunuz**

a) 1-5 yıl      b)6-10 yıl      c)11-15      d)16 ve üzeri

**13-Diyabet nedeni ile kaç kez hastaneye yattınız?**

a) Hiç      b) 1-2      c)3 ve üzeri

**14-Hiperglisemik ve/veya ketotik koma geçirdiniz mi?**

a)Evet Kaç kez(....)

b)Hayır

**15-Hipoglisemi koması geçirdiniz mi?**

a)Evet Kaç kez (....)

b)Hayır

**16-Diabetik retinopati var mı?**

a)Var Kaç yıldır (....)

b)Yok

**17-Diabetik nefropati var mı?**

a)Var Kaç yıldır (....)

b)Yok

**18-Diabetik nöropati var mı?**

a)Var Kaç yıldır (....)

b)Yok

**19-Ayak yarası var mı?**

a)Var Kaç yıldır (....)

b)Yok

**20-Diyabet hastalığı dışında sürekli ilaç kullanmanızı gerektirecek bir hastalığınız var mı?**

a) Evet Açıklayınız.....

b)Hayır

**21-Diyabet tedavisine yönelik aldığınız ilaçlar dışında kullandığınız diğer ilaçlar nelerdir?**

1.

3.

5.

2.

4.

**C) Diyabet Yönetimi İle İlgili Bilgiler**

**22- Ne kadar sıklıkla kontrole geliyorsunuz?**

a)1-3 ay b)4ay-1 yıl c) 1yıl üzeri

**23- Hastalığınız ile ilgili eğitimi kimden aldınız?**

a) Doktor b) Hemşire c) Diyetisyen d) Eğitim almadım

**24- Diyetinize dikkat ediyor musunuz?**

a) Evet b)Hayır

**25-Egzersiz yapıyor musunuz?**

a) Evet b)Hayır

**26-Kendiniz kan şekeri kontrolü yapıyor musunuz?**

a) Evet b)Hayır

**27-HbA1c seviyesi:**

## **EK 2: HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM - ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)**

**AÇIKLAMA:** Elinizdeki bu form şu anda sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın etkilerinin, evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtı bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığımız, bir ailenizin olmayışı ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

**II. BÖLÜMDE:** Çalışma performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev kadınıysanız ev işleri, komşularla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

Bu formu yanıtlarken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınıza emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa lütfen sorunuz.

### **BÖLÜM-I**

**(1) Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar:**

- a. Sağlığımı çok ilgiliiyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim,
- b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim,
- c. Genellikle sağlığımı ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor,
- d. Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

**(2) Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyin.**

- a. Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum,
- b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum yada yorgun veya meşgul oluyorum,
- c. Hastalığımla ilgili bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var,
- d. Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

**(3) Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?**

- a. Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar,
- b. Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var,
- c. Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil,
- d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

**(4) Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?**

- a. Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum,
- b. Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar,
- c. Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi,
- d. Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

**(5) Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.**

- a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım,
- b. Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum,
- c. Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim,
- d. Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

**(6) Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.**

- a. Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar,

- b. Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor,
- c. Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum,
- d. Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detaylarıyla açıkladılar.

**(7) Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.**

- a. Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi,
- b. Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor,
- c. Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar,
- d. Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

**(8) Sizininki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade eden seçiniz.**

- a. Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum,
- b. Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil,
- c. Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var,
- d. Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

## **BÖLÜM-II**

**(1) Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi v.b. yapmanızı engelledi mi?**

- a. Mesleğimi v.b. uygulamamla ilgili bir sorun yok,
- b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler,
- c. Bazı ciddi sorunlar var,
- d. Hastalığım mesleğimi v.b. uygulamamı tamamen engelliyor.

**(2) Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?**

- a. Kötü durumda,
- b. Pek iyi değil,
- c. Yeterli,
- d. Çok iyi.

**(3) Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?**

- a. 3 gün ve daha az,
- b. Bir hafta,
- c. İki hafta,
- d. İki haftadan daha çok.

**(4) Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız v.b. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?**

- a. Şu an hiç önemli değil,
- b. Oldukça az bir öneme sahip,
- c. Eskiye göre biraz önemini yitirdi,
- d. Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi.

**(5) Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz v.b. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?**

- a. Amaçlarım değişmez,
- b. Amaçlarımda çok az bir değişme oldu,
- c. Amaçlarım önemli ölçüde değişti,
- d. Amaçlarımı tamamen değiştirdim.

**(6) Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlediniz mi?**

- a. Sorunlarda büyük artış var,
- b. Sorunlarda orta derecede bir artış var,
- c. Sorunlarda az ölçüde bir artış var,
- d. Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

### **BÖLÜM-III**

**(1) Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?**

- a. İyi,
- b. Fena değil,
- c. Kötü,
- d. Çok kötü.

**(2) Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız? (Çocuklar, akrabalar v.b.)**

- a. Çok kötü,
- b. Kötü,
- c. Fena değil,
- d. İyi.

**(3) Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?**

- a. Bir engelleme olmadı,
- b. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir,

- c. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil,
- d. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

**(4) Hastalığımız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarımızda yaşadığımız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?**

- a. Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı,
- b. Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler,
- c. Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı,
- d. Bu konuda bir sorun yok.

**(5) Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?**

- a. İletişimde bir azalma yok,
- b. Çok az ölçüde bir azalma oldu,
- c. İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum,
- d. İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

**(6) Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile v.b.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?**

- a. Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum,
- b. Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil,
- c. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum,
- d. Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

**(7) Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?**

- a. Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok,
- b. Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var,
- c. Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var,
- d. Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.

**(8) Sizin gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığımız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?**

- a. Önemli ölçüde maddi sıkıntılarımda var,
- b. Orta derecede maddi problemlerim var,
- c. Çok az maddi problemim var,
- d. Para ile ilgili bir problemim yok.

## BÖLÜM – IV

**(1) Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?**

- a. İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı,
- b. Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı,
- c. Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı,
- d. Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

**(2) Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?**

- a. Hastalandığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum,
- b. Cinsel istekte belirgin bir azalma var,
- c. Cinsel istekte hafif bir azalma var,
- d. Cinsel istekte hiçbir bir azalma yok.

**(3) Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?**

- a. Cinsel aktivitede bir azalma yok,
- b. Cinsel aktivitelere çok az ölçüde bir azalma var,
- c. Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var,
- d. Cinsel aktiviteler tamamen durdu.

**(4) Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?**

- a. Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu,
- b. Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var,
- c. Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var,
- d. Cinsel tatminde bir değişiklik yok.

**(5) Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi? Geldiyse hangi ölçüde?**

- a. Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok,
- b. Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var,
- c. Önemli cinsel problemlerim var,
- d. Cinsellikten tamamen koptum.

**(6) Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?**

- a. Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var,
- b. Bu konuda yoğun farklılıklar var,
- c. Bazı farklılıklar var,
- d. Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok.

## BÖLÜM – V

**(1) Hastalığımız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarımızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?**

- a. Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu,
- b. Görüşmeler biraz azaldı,
- c. Görüşmeler belirgin olarak azaldı,
- d. Hastalık süresince hiç görüşmedik.

**(2) Hastalığımız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarımızla yakınlaşma isteğiniz - onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?**

- a. Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu,
- b. Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı,
- c. İlgim bir parça azaldı,
- d. İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı.

**(3) İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?**

- a. Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar,
- b. Yeterince yardımcı oluyorlar,
- c. Yardım ediyorlar ama yeterince değil,
- d. Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar ya da hiç yardım etmiyorlar.

**(4) Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılıdır. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığımız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?**

- a. Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu,
- b. Bağılılığım önemli ölçüde azaldı,
- c. Bağılılığım biraz azaldı,
- d. Bağılılığım yoktu veya çok azdı, bu bağılılık hastalıktan hiç etkilenmedi.

**(5) Genel olarak şu anda bu insanlarla aranınız nasıl?**

- a. İyi,
- b. Fena değil,
- c. Kötü,
- d. Çok kötü.

## BÖLÜM – VI

**(1) Hastalığımız öncesine göre boş zaman uğraşlarımız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?**

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi,
- b. Eskisine göre biraz daha az,
- c. Eskisine göre önemli ölçüde az,
- d. Hemen hiç ilgim kalmadı.

**(2) Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?**

- a. Katılımım çok az ya da hiç yok,
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı,
- c. Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi,
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

**(3) Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler v.b.) ilgi duyuyor musunuz?**

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi,
- b. Eskisine göre biraz daha az,
- c. Eskisine göre önemli ölçüde düşük,
- d. İlgim çok az ya da bir ilgim kalmadı.

**(4) Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?**

- a. Katılımım çok az yada şu anda hiç katılımım yok,
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı,
- c. Katılımım biraz azaldı,
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

**(5) Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (Sosyal klüpler, dini faaliyetler, sinema)**

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi,
- b. Eskisine göre biraz daha az,
- c. Eskisine göre önemli ölçüde az,
- d. İlgim çok az ya da bir ilgim kalmadı.

**(6) Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?**

- a. Katılımım çok az ya da yok,
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı,
- c. Katılımım biraz azaldı,
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

## **BÖLÜM VII**

**(1) Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?**

- a. Olmadı,
- b. Çok az,
- c. Oldukça fazla,
- d. Aşırı derecede.

**(2) Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?**

- a. Olmadı,
- b. Çok az,

- c. Oldukça fazla,
- d. Aşırı derecede.

**(3) Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?**

- a. Olmadı,
- b. Çok az,
- c. Oldukça fazla,
- d. Aşırı derecede.

**(4) Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığımız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığımız oldu mu?**

- a. Olmadı,
- b. Çok az,
- c. Oldukça fazla,
- d. Aşırı derecede.

**(5) Son zamanlarda hastalığımızla ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?**

- a. Olmadı,
- b. Çok az,
- c. Oldukça fazla,
- d. Aşırı derecede.

**(6) Son zamanlarda kendinizi aşağıladığımız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?**

- a. Olmadı,
- b. Çok az,
- c. Oldukça fazla,
- d. Aşırı derecede.

**(7) Son zamanlarda hastalığımızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?**

- a. Olmadı,
- b. Çok az,
- c. Oldukça fazla,
- d. Aşırı derecede.

### EK 3: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve beraberinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

**1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan beni gerçekten rahatlatan bir insan var**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**8. Sorularımı ailemle konuşabilirim**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet


**11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

**EK 4.1: SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI SENATO ETİK KOMİSYON KARARI**



**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**YÖNETİM KURULU KARARLARI**

17.12.2010


Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
14 Aralık 2010	23	MSE /2010-1210

**Karar:**

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı yüksek lisans öğrencisi **Tuğçe Türter**'in tez konusu okundu, incelendi.

Adı geçen öğrencinin, "H.Ü. Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili Maddesi gereğince "Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyumun Belirlenmesi" konulu tezi üzerinde çalışmaya başlaması, Anabilim Dalı Akademik Kurulu'nun ve Anabilim Dalı Başkanlığı'nın teklifi üzerine uygun görüldü.

**ASLI GİBİDİR**





**Fısun TORUN**  
H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Enstitü Sekreteri

Prof. Dr. Hakan ORER  
Müdür

Prof.Dr. Hakan ORER (Müdür)	Prof.Dr. Ergun KARAAĞAOĞLU
Prof.Dr. İlken KOCADERELİ (Müdür Y.)	Prof.Dr. Selma GÖRGÜLÜ
Prof.Dr. Erhan PALASKA (Müdür Y.)	Prof.Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

## EK 4.2: ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUM İZİN YAZISI

15.12.2010  
8-3755

 **T.C**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği** 

Sayı :B.30.2:ANK.0.H1.00.00 774-7010 10 Aralık 2010 **Ankara**

Konu :

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü**  
**Başkanlığına**

İlgi: 12.11.2010 tarih ve 946 sayılı yazınız.

Bölümünüz Yüksek Lisans öğrencisi Tuğçe TÜRTEN'in "Diyabetli Bireylerde Hastalığı Psikososyal Uyumun Belirlenmesi " konulu tezinin uygulamasını, Hastanemizde yapabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygularım ile rica ederim.

**Prof.Dr. İbrahim AŞIK**  
**Başhekim**

*Henkeliç Başhekimine*

Santral:0(312) 310 33 33 - 0 (312) 310 34 12 Faks: 0(312) 310 63 71 06100 – Sıhhiye/ANKARA  
E-Posta : bashekimlik1@medicine.ankara.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 06100 Sıhhiye / Ankara  
Telefon: (0 312) 310 33 33 - 0 (312) 310 34 12 Faks: (0 312) 310 63 71 E-posta: bashekimlik1@medicine.ankara.edu.tr

### **EK 4.3: AYDINLATILMIŞ YAZILI ONAM FORMU**

#### **AYDINLATILMIŞ ( BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU**

##### **Araştırmacının Açıklaması:**

“Diyabetli Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyumlarının Belirlenmesi” adlı bu araştırma ile insülin kullanan Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının belirlenmesi, hastalığın iyi yönetiminin sağlanarak, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde hemşirelerin çalışmalarına yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak 'Hasta Tanıtım Formu' na ve hastalar tarafından doldurulacak olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)' ile 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle formları boş bırakmadan doldurmanızı ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmanın Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar ile Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören hastalar ile yapılması planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir.

Katkılarınız için teşekkürler ederim.

**Katılımcının Beyanı:**

Sayın Araştırmacı Tuğçe Türten tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı bildirilerek, yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Yapılan ön bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam adı geçen araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırmacının büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Tuğçe Türten'e aşağıdaki telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı:****Adı- Soyadı:****Adres:****Telefon:****İmza:****Katılımcı ile görüşen araştırmacı:****Adı- Soyadı:**

Tuğçe Türten

**Adres:**

Düzce Üniversitesi

Sağlık Yüksek Okulu

Hemşirelik Bölümü

Konuralp/Düzce

**Telefon:**

0541-942-92-29

**İmza**

**EK 4.4: ÖLÇEK İZİN YAZILARI**

✉ **Mahmure AYGÜN** mahmure.aygun@gmail.com Kime: bana

[ayrıntılar](#) 01 11 2010

↩ Yanıtla ▼

SAYIN TUĞÇE TÜRTEN

1995 yılında Doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini yüksek lisans tezinizde kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Gecikme için özür dilerim. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Saygılarımla...

Yard. Doç. Dr. Mahmure Aygün  
T.C.

İstanbul Bilim Üniversitesi  
Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu

★ **haluk.arkar@ege.edu.tr** Kime: bana

[ayrıntılar](#) 22 10 2010

↩ Yanıtla ▼

> Sayın Tuğçe TÜRTEN,

'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Doç. Dr. Haluk Arkar

**EK 5: EK TABLOLAR****Ek Tablo 1. Diyabetli bireylerin yaşlara göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	35-44 (n=14)	45-54 (n=29)	55-64 (n=49)	65-74 (n=30)	X	p
	Ortanca Min. Maks.	Ortanca Min. Maks.	Ortanca Min. Maks.	Ortanca Min. Maks.		
Sağlık Bakımına Oryantasyon	11.5 5 16	9 1 19	10 4 20	10.5 0 21	1.717	0.633
Mesleki Çevre	5.5 0 18	7 0 13	6 0 12	5.5 0 16	0.481	0.923
Aile Çevresi	7 1 11	6 0 20	5 0 17	5.5 0 20	1.068	0.785
Cinsel Yaşam	5 0 10	5 0 15	9 0 18	8.5 0 15	7.886	0.866
Geniş Aile İlişkileri	2 0 12	1 0 10	1 0 11	2.5 0 15	0.730	0.866
Sosyal Çevre	6 0 15	5 0 16	5 0 18	8 0 17	4.650	0.199
Psikolojik Baskı	8 3 11	8 1 15	6 0 15	4 0 14	6.211	0.102
<b>PAIS-SR Toplam</b>	45 19 66	47 12 95	42 8 82	45 5 94	0.088	0.993

**Ek Tablo 2. Diyabetli bireylerin diyabet süresine göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Diyabet Süresi				İstatistiksel Analiz
	1-5 yıl (n=23)	6-10 yıl (n=25)	11-15 yıl (n=33)	16 yıl≤ (n=41)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{x}=10.17$ SS±4.35	$\bar{x}=9.60$ SS±4.25	$\bar{x}=9.93$ SS±4.19	$\bar{x}=10.14$ SS±3.91	F=0.110 p=0.954
Mesleki Çevre	$\bar{x}=5.86$ SS ±3.57	$\bar{x}=6.48$ SS±5.08	$\bar{x}=6.75$ SS±3.45	$\bar{x}=5.46$ SS±3.21	F=0.828 p=0.481
Aile Çevresi	$\bar{x}=6.43$ SS±5.30	$\bar{x}=5.60$ SS±4.07	$\bar{x}=7.12$ SS±5.45	$\bar{x}=5.48$ SS±4.22	F=0.857 p=0.465
Cinsel Yaşam	$\bar{x}=6.84$ SS±5.01	$\bar{x}=7.47$ SS±3.98	$\bar{x}=8.64$ SS±5.41	$\bar{x}=8.42$ SS±5.45	F=0.646 p=0.587
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=1 Min.=0 Max.=15	Ortanca=1 Min.=0 Max.=11	Ortanca=2 Min.=0 Max.=10	Ortanca=2 Min.=0 Max.=15	$\chi^2=3.838$ p=0.279
Sosyal Çevre	Ortanca=6 Min.=0 Max.=18	Ortanca=5 Min.=0 Max.=16	Ortanca=5 Min.=0 Max.=15	Ortanca=6 Min.=0 Max.=17	$\chi^2=0.063$ p=0.996
Psikolojik Baskı	$\bar{x}=6.95$ SS±3.24	$\bar{x}=6.56$ SS±4.41	$\bar{x}=7.36$ SS±4.22	$\bar{x}=5.51$ SS±2.99	$\chi^2=4.455$ p=0.216
PAIS-SR Toplam	$\bar{x}=44.21$ SS±17.39	$\bar{x}=42.48$ SS±19.78	$\bar{x}=48.30$ SS±21.81	$\bar{x}=42.36$ SS±17.62	F=0.688 p=0.561

**Ek Tablo 3. Diyabetli bireylerin tedavi şekline göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Tedavi Şekli		İstatistiksel Analiz
	İnsülin (n=35)	OAD + İnsülin (n=87)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	$\bar{x}=10.14$ SS±4.72	$\bar{x}=9.91$ SS±3.84	t= 0.271 p=0.787
Mesleki Çevre	X=6.94 SS±4.03	$\bar{x}=5.75$ SS±3.64	t= 1.573 p=0.118
Aile Çevresi	$\bar{x}=7.22$ SS±4.95	$\bar{x}=5.68$ SS±4.63	t= 1.626 p=0.107
Cinsel Yaşam	Ortanca=7 Min.= 0 Max.=15	Ortanca=7 Min.= 0 Max.=18	z= -0.190 p= 0.846
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=7 Min.= 0 Max.=15	Ortanca=7 Min.= 0 Max.=15	z= -0.692 p= 0.489
Sosyal Çevre	Ortanca=1 Min.= 0 Max.=15	Ortanca=2 Min.= 0 Max.=12	z= -1.164 p= 0.244
Psikolojik Baskı	$\bar{x}=6.71$ SS±4,95	$\bar{x}=6.41$ SS±3.58	t= 0.399 p=0.690
PAIS-SR Toplam	$\bar{x}=46.9$ SS±19.8	$\bar{x}=43.3$ SS±18.8	t=0.939 p=0.35

**Ek Tablo 4. Diyabetli bireylerde retinopati gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Retinopati			
	Var (n=35)		Yok (n=87)	
	Ortanca	Minimum Maksimum	Ortanca	Minimum Maksimum
Sağlık Bakımına Oryantasyon	12	5 21	9	0 16
Mesleki Çevre	8	0 18	5	0 12
Aile Çevresi	7	0 20	5	0 20
Cinsel Yaşam	8	0 18	7	0 17
Geniş Aile İlişkileri	3	0 15	1	0 12
Sosyal Çevre	8	0 15	5	0 18
Psikolojik baskı	8	0 15	5	0 15
<b>PAIS-SR Toplam</b>	<b>55</b>	<b>8 95</b>	<b>40</b>	<b>5 82</b>

**Ek Tablo 5. Diyabetli bireylerde nefropati gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR alt Boyutları	Nefropati			
	Var (n=8)		Yok (n=114)	
	Ortanca	Minimum Maksimum	Ortanca	Minimum Maksimum
Sağlık Bakımına Oryantasyon	11	0 19	10	1 21
Mesleki Çevre	9	1 13	6	0 18
Aile Çevresi	5.5	2 20	6	0 20
Cinsel Yaşam	7	0 15	7	0 18
Geniş Aile İlişkileri	1	0 8	2	0 15
Sosyal Çevre	7.5	0 15	5.5	0 18
Psikolojik baskı	6.5	1 12	6	0 15
<b>PAIS-SR Toplam</b>	48.5	18 95	43.5	5 94

**Ek Tablo 6. Diyabetli bireylerde nöropati gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR alt Boyutları	Nöropati			
	Var (n=36)		Yok (n=86)	
	Ortanca	Minimum Maksimum	Ortanca	Minimum Maksimum
Sağlık Bakımına Oryantasyon	12	0 20	9	1 21
Mesleki Çevre	7.5	0 18	5	0 13
Aile Çevresi	8	1 20	4.5	0 20
Cinsel Yaşam	12	3 18	6	0 15
Geniş Aile İlişkileri	3	0 11	1	0 15
Sosyal Çevre	8.5	0 18	5	0 17
Psikolojik baskı	7.5	1 14	5.5	0 15
<b>PAIS-SR Toplam</b>	<b>58</b>	<b>18 95</b>	<b>39.5</b>	<b>5 94</b>

**Ek Tablo 7. Diyabetli bireylerde ayak yarası gelişme durumuna göre PAIS-SR puanı dağılımları**

PAIS-SR alt Boyutları	Ayak Yarası			
	Var (n=7)		Yok (n=115)	
	Ortanca	Minimum Maksimum	Ortanca	Minimum Maksimum
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7	2 21	10	0 20
Mesleki Çevre	9	1 11	6	0 18
Aile Çevresi	5	0 20	6	0 20
Cinsel Yaşam	1.5	0 15	7	0 18
Geniş Aile İlişkileri	4	0 15	2	0 12
Sosyal Çevre	6	0 15	5	0 18
Psikolojik baskı	8	0 15	6	0 15
<b>PAIS-SR Toplam</b>	47	5 94	45	8 95

**Ek Tablo 8. Diyabetli bireylerde kan şekeri ölçümü yapma durumuna göre PAIS-SR uyum puanı dağılımları**

PAIS-SR Alt Boyutları	Kan Şekeri Ölçümü		İstatistiksel Analiz
	Yapan (n=112)	Yapmayan (n=10)	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	Ortanca=10 Min.=0 Max.=20	Ortanca=12.5 Min.=6 Max.=21	z=-1.760 p=0.078
Mesleki Çevre	Ortanca=6 Min.=0 Max.=18	Ortanca=7 Min.=2 Max.=11	z=-1.053 p=0.292
Aile Çevresi	Ortanca=5.5 Min.=0 Max.=20	Ortanca=8 Min.=1 Max.=20	z=-1.058 p=0.290
Cinsel Yaşam	Ortanca=7 Min.=0 Max.=18	Ortanca=6 Min.=0 Max.=15	z=-0.454 p=0.650
Geniş Aile İlişkileri	Ortanca=2 Min.=0 Max.=12	Ortanca=1.5 Min.=0 Max.=15	z=-0.253 p=0.800
Sosyal Çevre	Ortanca=5 Min.=0 Max.=18	Ortanca=7 Min.=0 Max.=13	z=-0.648 p=0.517
Psikolojik Baskı	Ortanca=6 Min.=0 Max.=15	Ortanca=7 Min.=0 Max.=14	z=-0.984 p=0.325
PAIS-SR Toplam	Ortanca=43.5 Min.=5 Max.=95	Ortanca=45 Min.=18 Max.=94	z=-1.821 p=0.069