

**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİYABET HASTALARINDA  
PSİKOSOSYAL UYUMUN ÖZ BAKIMA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan  
Özlem ÇÖREKÇİ**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Mayıs 2023**



**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİYABET HASTALARINDA  
PSİKOSOSYAL UYUMUN ÖZ BAKIMA ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan  
Özlem ÇÖREKÇİ**

**Tez Danışmanları  
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN  
Doç. Dr. Gamze MUZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Mayıs 2023**

**Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN (1. Danışman) ve Doç. Dr. Gamze MUZ (2. Danışman)** danışmanlığında, **Özlem ÇÖREKÇİ** tarafından hazırlanan “**Diyabet Hastalarında Psikososyal Uyumun Öz Bakıma Etkisi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

02/05/2023

## **JÜRİ**

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Gülyeter ERDOĞAN YÜCE .....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN .....

Üye : Doç. Dr. Ayşegül ÖZCAN .....

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun.....tarih ve.....  
sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.../.../2023

Doç. Dr. Cemal ÇARBOĞA

Enstitü Müdürü

## TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Özlem ÇÖREKÇİ



## TEŞEKKÜR

Başta Mustafa Kemal Atatürk'e...

Lisansüstü eğitimim boyunca, değerli bilgi ve birimkimlerini esirgemeyen, tez aşamasında her türlü desteğini sağlayan çok kıymetli tez danıŐmanım Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN'a,

Bilgi ve tecrübelerini deneyimlediğim, sıcaklığıyla ve beni cesaretlendirmesiyle yüksek lisans tezimi bitirmemde önemli yeri olan değerli ikinci tez danıŐmanım Doç. Dr. Gamze MUZ'a

Bugüne kadar beni yetiŐtiren, sevgiyle büyüten, ahlaki ve merhamet duygusuna sahip bir birey olmam konusunda beni yönlendiren, maddi ve manevi desteklerini bir an olsun esirgemeyen ve her anımda yanımda olan canım Annem'e ve Babam'a

Yüksek lisans tezim boyunca destekleriyle yanımda olan Sevgili niŐanlım Burak GÜRLEVİK'e ve araŐtırmayı kabul eden tüm hastalara,

Sonsuz teŐekkürler...

# DİYABET HASTALARINDA PSİKOSOSYAL UYUMUN ÖZ BAKIMA ETKİSİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Özlem ÇÖREKÇİ

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2023

## ÖZET

Bu araştırma diyabet hastalarında psikososyal uyumun öz bakıma etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kasım 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniklerinde kriterlere uyan 230 diyabetli birey ile yürütülmüştür. Çalışmada veriler Hasta Tanıtım Formu, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Diyabet Öz-Bakım Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Bağımsız Örneklem t Testi, Mann Whitney U Testi, ANOVA testi, Kruskal Wallis testi, Pearson korelasyon analizi ve Basit Doğrusal Regresyon analizi kullanılmıştır. Bireylerin hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği puan ortalaması  $39.32 \pm 18.62$  olarak saptanmış olup, hastalığa psikososyal uyumları orta düzeyde bulunmuştur. Diyabetli bireylerin en çok psikolojik baskı ve sağlık bakımına oryantasyon alanında psikososyal uyum gücünü yaşadığı tespit edilmiştir. Bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puan ortalaması  $87.05 \pm 11.89$  olarak hesaplanmıştır. Hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği toplam puanı ile diyabet öz-bakım ölçeği puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0.193$ ;  $p < 0.05$ ). Diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği toplam puanındaki bir birim artışın diyabet özbakım ölçeği puanında 0.123 birim azalmaya neden olduğu belirlenmiştir. Hastalığa psikososyal uyum öz-bildirim ölçeği alt boyutlarından sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, psikolojik baskı alt boyut puanlarının diyabet öz bakım puanı üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Sonuç olarak diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeyleri arttıkça öz bakım aktivitelerinin de arttığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** *Diyabet, Psikososyal Uyum, Öz Bakım, Hemşirelik*

**Tez Danışmanları:** Dr. Öğretim Üyesi Rabiye ÇIRPAN, Doç. Dr. Gamze MUZ  
**Sayfa Adedi:** 104

# THE EFFECT OF PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT ON SELF-CARE IN DIABETES PATIENTS

(M. Sc. Thesis)

Özlem ÇÖREKÇİ

NEVSEHIR HACI BEKTAS VELI UNIVERSITY  
INSTITUTE OF SCIENCE

May 2023

## ABSTRACT

This research was conducted as a cross-sectional study to determine the effect of psychosocial adjustment on self-care in diabetic patients. The research was conducted with 230 individuals with diabetes mellitus who met the study criteria in the internal medicine and endocrinology outpatient clinics of Niğde Ömer Halisdemir University Training and Research Hospital between November 2022 and January 2023. In order to conduct the study, the approval of the ethics committee, institutional permission and informed consent of the participants were obtained. The data of the study were collected using the patient identification form, the Psychosocial Adjustment to Illness Self-Report Scale (PAIS-SR), and the Diabetes Self-Care Scale (DSCS). For the statistical evaluation of the data, independent sample t test, Mann Whitney U test, ANOVA test, Kruskal Wallis test, Pearson correlation analysis and Simple Linear Regression analysis were used. The psychosocial adjustment to Illness self-report scale mean total score of the individuals was found to be  $39.32 \pm 18.62$ , and their psychosocial adjustment to the disease was found to be moderate. It has been determined that individuals with diabetes have the most psychosocial adjustment difficulties in the area of psychosocial distress and healthcare orientation. The diabetes self-care scale mean score of the individuals was calculated as  $87.05 \pm 11.89$ . A statistically significant negative correlation was found between the scores of the Psychosocial Adjustment to Illness Self-Report Scale and the Diabetes Self-Care Scale ( $r = -0.193$ ;  $p < 0.05$ ). It was determined that one unit increase in the psychosocial adjustment to Illness -self-report scale total score of individuals with diabetes caused a 0.123 unit decrease in the diabetes self-care scale score. It has been determined that the sub-dimensions of the psychosocial adjustment to Illness -self-report scale, healthcare orientation, vocational environment, and psychosocial distress sub-dimensions have an effect on the diabetes self-care score ( $p < 0.05$ ). As a result, it was determined that as the psychosocial adjustment level of individuals with diabetes increased, their self-care activities also increased.

**Keywords :** *Diabetes, Psychosocial Adjustment, Self-care, Nursing*

**Thesis Advisors:** Assoc. Prof. Dr. Rabiye CIRPAN

**Page Number:** 104



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR .....	x
1. BÖLÜM	
GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırma Soruları.....	2
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Diyabet .....	4
2.1.1. Diyabetin Tanımı.....	4
2.1.2. Diyabetin Patofizyolojisi.....	4
2.1.3. Diyabetin Epidemiolojisi.....	4
2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular.....	6
2.1.5. Diyabet Tanı Kriterleri .....	6
2.1.6. Diyabetin Etiyolojik Sınıflandırması .....	7
2.1.6.1. Tip 1 Diyabet.....	7
2.1.6.2. Tip 2 Diyabet.....	7
2.1.6.3. Gestasyonel Diyabet.....	8
2.1.6.4. Diğer Spesifik Diyabet Türleri .....	9
2.1.7. Diyabetin Komplikasyonları .....	9
2.1.7.1. Akut Komplikasyonlar .....	9
2.1.7.1.1. Hipoglisemi .....	9
2.1.7.1.2. Diyabetik Ketoasidoz (DKA).....	10
2.1.7.1.3. Hiperozmolar Hiperglisemik Nonketotik Koma (HHNK).....	11
2.1.7.2. Kronik Komplikasyonları.....	11
2.1.7.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar .....	11

2.1.7.2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	11
2.1.7.2.1.2. Serobrovasküler Hastalıklar .....	12
2.1.7.2.1.3. Periferik Arter Hastalığı.....	12
2.1.7.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar.....	12
2.1.7.2.2.1. Diyabetik Retinopati (DRP).....	12
2.1.7.2.2.2. Diyabetik Nefropati.....	13
2.1.7.2.2.3. Diyabetik Nöropati.....	13
2.1.8. Diyabetin Tedavi İlkeleri .....	14
2.1.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT) .....	14
2.1.8.2. Düzenli Fiziksel Aktivite ve Egzersiz .....	15
2.1.8.3. İlaç Tedavisi (OAD \ İnsülin Tedavisi).....	16
2.1.8.3.1. İnsülin.....	16
2.1.8.3.2. Oral Antidiyabetik İlaçlar (OAD).....	17
2.1.8.4. Bireysel İzlem .....	17
2.1.8.5. Diyabet Eğitimi .....	18
2.2. Psikososyal Uyum.....	19
2.2.1. Psikososyal Uyum Kavramı.....	19
2.3. Diyabet ve Psikososyal Uyum.....	21
2.4. Öz Bakım.....	23
2.5. Diyabet Hastalarında Psikososyal Uyum ve Öz Bakımda Hemşirenin Rolü .....	26
<b>3. BÖLÜM</b>	
<b>MATERYAL VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	29
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri .....	29
3.5. Veri Toplama Araçları .....	30
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1) .....	30
3.5.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) (EK-2).....	30
3.5.3. Diyabet Öz Bakım Ölçeği (EK-3).....	31
3.6. Ön Uygulama .....	31
3.7. Verilerin Toplanması.....	31

3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.9.	Araştırmanın Etik Boyutu .....	32
4. BÖLÜM		
	BULGULAR.....	33
5. BÖLÜM		
	TARTIŞMA .....	52
6. BÖLÜM		
	SONUÇ VE ÖNERİLER .....	59
	KAYNAKLAR .....	61
	EKLER.....	73
EK 1:	Hasta Tanıtım Formu.....	73
Ek 2:	Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği .....	76
Ek 3:	Diyabet Öz-Bakım Ölçeği .....	84
Ek 4:	Etik Kurul İzni .....	86
Ek 5:	Niğde İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	87
Ek 6:	Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	88
Ek 7:	Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Formu Kullanım İzni .....	89
Ek 8:	Diyabet Öz Bakım Ölçeği Formu Kullanım İzni .....	90
	ÖZGEÇMİŞ .....	91

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=230) .....	33
Tablo 4.2.	Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	34
Tablo 4.3.	Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim ve Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanları İle Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı.....	36
Tablo 4.4.	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	37
Tablo 4.5.	Bireylerin Hastalık Özelliklere Göre Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	39
Tablo 4.6.	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7.	Bireylerin Hastalık Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.8.	Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyum -Öz Bildirim Ölçeği Puanları ile Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki .....	50
Tablo 4.9.	Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam Puanının Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanı Üzerine Etkisi .....	50
Tablo 4.10.	Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanı Üzerine Etkisi.....	51

## KISALTMALAR

<b>AADE</b>	: Amerikan Diyabet Eğitmciler Derneği
<b>ADA</b>	: Amerikan Diyabet Birliği
<b>ANA</b>	: American Hemşireler Birliği
<b>BGT</b>	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
<b>BOH</b>	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
<b>DKA</b>	: Diyabetik Ketoasidoz
<b>DM</b>	: Diyabetüs Mellitus
<b>DÖBÖ</b>	: Diyabet Öz Bakım Ölçeği
<b>DRP</b>	: Diyabetik Retinopati
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GDM</b>	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
<b>HHNK</b>	: Hiperozmolar Hiperglisemik Nonketotik Koma
<b>IDF</b>	: International Diabetes Federation
<b>OAD</b>	: Oral Antidiyabetik İlaçlar
<b>OGTT</b>	: Oral Glukoz Tolerans Testi
<b>SMBG</b>	: Self-monitoring of blood glucose (kendi kendine kan şekeri izlemi)
<b>TBT</b>	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
<b>TEMĐ</b>	: Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
<b>PAIS-SR</b>	: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği
<b>DÖBÖ</b>	: Diyabet Öz Bakım Ölçeği

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

Diyabet, insülin salınımında eksiklik veya insülin etkisindeki defektler sonucu ortaya çıkan, dokuların karbonhidrat, yağ ve proteinden yeteri kadar faydalanamadığı, hiperglisemi ile karakterize kronik, geniş spektrumlu bir metabolizma bozukluğudur. Başka bir ifadeyle diyabet kan glikoz seviyesinin yükselmesi ile ilişkili akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıktığı, birden fazla sistemi etkileyen, uzun süreli tıbbi bakım gerektiren, yaşam kalitesi ve süresini etkileyen, ciddi sosyoekonomik yük oluşturan küresel bir sağlık sorunudur [1-3].

Günümüzde diyabet prevalansı yaşam tarzındaki değişimler, beslenme alışkanlıkları, stres, yaşlı nüfusun artması gibi nedenlerle dünya genelinde artış göstermektedir [3-4]. Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation, IDF) verilerine göre son 20 yılda yetişkin bireylerde (20-79 yaş) diyabet prevalansının üç kattan fazla arttığı, 2000 yılında 151 milyon olan diyabetli birey sayısının, 2021 yılında 537 milyona ulaştığı ve prevalansının %10.5 olduğu bildirilmiştir. Bu sayısının 2045 yılında 783 milyona ulaşması beklenmektedir [2]. Ülkemizde 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) çalışmasında erişkin bireylerde diyabet prevalansının %7.2 olduğu, 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında ise bu oranın %13.7'ye ulaştığı bildirilmiştir [5]. IDF 2045 yılında Türkiye'nin dünyada en çok diyabetli bireyin yaşadığı ilk 10 ülkeden biri olacağını tahmin etmektedir [2].

Yaşam boyu tedavi ve bakım gerektiren diyabet psikososyal uyum sorunlarına yol açan kronik bir hastalıktır. Diyabetli bireyler yaşamlarının tüm alanlarında pek çok olumsuz deneyimle yüzleşmektedir [6-7]. Diyabette ortaya çıkan fizyopatolojik değişikliklerle birlikte diyabetli birey fizyolojik, psikolojik, bilişsel ve sosyal boyutta pek çok sorunla karşılaşır. Hastalık süreci, semptomlar, komplikasyonlar ve kullanılan tedavi yöntemlerinin oluşturduğu sorunlar, bireyin başkasına bağımlı olma, vücudunda işlev bozukluğu gelişebileceği ve gelecek kaygısı, beden imajına yönelik korkuları, sosyal izolasyon bireyin bilişsel, ruhsal durumunda ve sosyal yaşamında negatif etkilenmelere yol açar [8-9]. Diyabet hastalarında psikiyatrik belirti ve hastalık görülme oranları yüksek olup, anksiyete bozuklukları ve depresyon en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Diyabet tanısı olan bireylerde gelişen anksiyete ve depresyonun

hastalığa ve tedaviye uyum sorunlarına yol açtığı, hastalığın seyrini olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Ayrıca diyabete bağlı komplikasyon gelişme riskinde artışa, yetersiz öz bakım davranışlarına ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır [10-14].

Öz bakım bireyin sağlığını korumak ve yükseltmek için kendi üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesidir. Sağlık ve iyilik halini devam ettirmek için birey tarafından gerçekleştirilen etkinlikler olan öz bakım, bireysel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilen davranışlardır. Öz bakımda hedef bireyin kendi sağlığına yönelik tüm sorumlulukları üstlenmesini sağlamaktır. Diyabet hastalarında glisemik kontrolün sağlanması ve diyabetle ilişkili komplikasyonların gelişiminin önlenmesi veya azaltılmasında bireyin öz bakım davranışları önemlidir. Başarılı bir diyabet yönetimi için düzenli fiziksel aktivite yapma, tıbbi beslenme tedavisine uyma, kan şekeri ölçümü, ayak bakımı yapma, insülin veya oral antidiyabetik ilaçları uygun kullanma ve sağlık kontrollerine gitme gibi öz bakım davranışlarının benimsemesi gerekir [15-18]. Öz bakımı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Diyabet hastalarında hastalığa psikososyal uyum sorunları yetersiz öz bakım davranışlarına sebep olarak komplikasyon gelişimini hızlandırabilmektedir [18-19].

Kronik hastalıkların hepsine benzer şekilde diyabet yönetimi fizyolojik sorunların yönetimiyle birlikte psikososyal sorunların yönetimini de kapsar. Diyabet tanısı olan bireylerin hastalığa psikososyal uyum sağlamasında, öz bakım davranışlarının geliştirilmesi ve öz bakımlarının iyileştirilmesinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır [20-21]. Diyabet hastalarının öz bakım düzeyi ve hastalığa psikososyal uyumun öz bakıma etkisinin belirlenmesi diyabet tanısı olan bireylere uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yol gösterici olması ve bütüncül hemşirelik bakımına katkı sağlaması açısından önemlidir.

Buradan yola çıkarak planlanan bu çalışma diyabet hastalarında psikososyal uyumun öz bakıma etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### **1.1. Araştırma Soruları;**

1. Diyabet hastalarında hastalığa psikososyal uyum ile öz bakım arasında ilişki var mıdır?

2. Diyabet hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeyleri nedir?
3. Diyabet hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeylerinde sosyodemografik ve hastalık özelliklere göre farklılık var mıdır?
4. Diyabet hastalarının diyabet öz bakım düzeyleri nedir?
5. Diyabet hastalarının öz bakım düzeylerinde sosyodemografik ve hastalık özelliklere göre farklılık var mıdır?
6. Diyabet hastalarında hastalığa psikososyal uyum öz bakımın anlamlı bir yordayıcısı mıdır?





## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Diyabet

##### 2.1.1. Diyabetin Tanımı

Diyabet, insülin salınımında eksiklik veya insülin etkisindeki defektler sonucu ortaya çıkan, dokuların karbonhidrat, yağ ve proteinden yeteri kadar faydalanamadığı, hiperglisemi ile karakterize kronik, geniş spektrumlu bir hastalıktır. Yüksek kan glikoz seviyesi sonucunda meydana gelen çeşitli organ bozuklukları ve dokuların yetmezliği ile ilişkili akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıktığı, uzun süreli tıbbi bakım gerektiren metabolik bozukluktur [1,22].

##### 2.1.2. Diyabetin Patofizyolojisi

İnsülinin hedef dokulardaki etkisinin az olduğu veya hiç olmadığı durumlarda çeşitli patolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Özellikle aterosklerozun artması ve dokunun uzun süreli hasarıyla birlikte retinal, renal, nöral, kardiyovasküler ve periferik vasküler anormallikler gözlenmektedir [23]. Oluşan bu anormalliklerin mikro ve makrovasküler komplikasyonlara sebep olması nedeniyle mortalite ve morbiditede artış gözlenmektedir [24].

##### 2.1.3. Diyabetin Epidemiolojisi

Diyabet Dünyada ve ülkemizde giderek artış gösteren, tüm yaş gruplarını kapsayan, akut ve kronik komplikasyonlar sonucu kalıcı hasara yol açan küresel bir sağlık sorunudur [25]. Bireysel, sosyal ve ekonomik açıdan toplumsal yüke sebep olmaktadır. Oluşan bu yük bireyin yaşam kalitesinin azalmasına, tedavi ve bakım gereksiniminin artmasına, ciddi komplikasyonların oluşmasına, hastaneye yatış oranının yükselmesine ve erken ölüm ile sonuçlanmaktadır. Diyabet, Dünyada son 20 yılda üç kat daha fazla artarak 21. yüzyılda görülen ciddi bir sağlık problemi haline gelmiştir. Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation, IDF) verilerine göre son 20 yılda yetişkin bireylerde (20-79 yaş) diyabet prevalansının üç kattan fazla arttığı, 2000 yılında 151 milyon olan diyabetli birey sayısının, 2021 yılında 537 milyona ulaştığı ve

prevalansının %10.5 olduğu bildirilmiştir. Bu sayısının 2045 yılında 783 milyona ulaşması beklenmektedir [2]. Dünyada halen diyabet tanısı almamış birey sayısının 232 milyon (2 yetişkinden 1'i) olduğu ve bozulmuş glikoz toleransı (IGT) olan birey sayısının 374 milyona (13 yetişkinden 1'i) ulaştığı tespit edilmiştir. Ayrıca diyabet görölme sıklığının kentsel bölgede (%10,8) kırsal bölgeye göre (%7,2) daha fazla oranda görüldüğu belirlenmiştir. Diyabetin dünyada ekonomik etkisi sağlık harcamalarının %10'unu yani 760 milyar doları kapsamaktadır. Oluşan komplikasyonların tedavisi için harcanan miktar sağlık maliyetlerinin %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır. Bu harcamaların 2030 yılında 825 milyar dolar ve 2045 yılında 845 milyar dolar olacağı öngörölmüştür. Dünya genelinde diyabet yılda 4 milyondan fazla ölüme sebep olmaktadır ve prevalansı %11,3 oranındadır. Bu oranın yaklaşık %50'sini genellikle 60 yaş altındaki bireyler oluşturmaktadır. Ölümlerin %87'sini ise özellikle düşük ve orta gelirli ölkeler oluşturmaktadır [26].

Türkiye'de de diyabetli hasta sayısı her geöen gün artmaktadır. IDF verilerine göre Türkiye'de diyabet prevalansının %15.9' luk bir oranla 9 milyon bireye denk geldiği saptanmış olup bu sayının 2045 yılında 13 milyon bireye ulaşacağı ön görölmüştür [2]. IDF verilerine göre Türkiye'de 2019 yılında diyabetle ilgili sağlık harcamalarının yaklaşık 9 milyon dolara denk geldiği bulunmuştur [22]. Ölkemizde yapılan 1998 yılında yapılan TURDEP-1 öalışmasına göre diyabet prevalansın %7,2 ve BGT prevalansı %6,7 oranındadır. Kadınlarda prevalans %8,0 iken erkelerde %6,2 olarak belirlenmiştir. Ölkemizde diyabet prevalansı bölgelere göre farklılık gösterebilmektedir. Kuzey Anadolu bölgesinde prevalans %8,2 olup Doğu Anadolu bölgesinde bu oran %6,2 olarak karşımıza çıkmaktadır. İllere göre bakıldığı zaman ise İstanbul'da görölme sıklığı daha fazladır [27]. Ölkemizde 20 yaş ve üzeri bireylerde 2010 yılında yapılan TURDEP-2 öalışmasında ise diyabet prevalansının artarak %13,7'ye ulaştığı tespit edilmiştir. Kadın ve erkekler arasında, kırsal ve kentsel alanlarda anlamlı bir fark görölmemiş olup Doğu Anadolu bölgesinde görölme sıklığı en fazla olarak belirlenmiştir. İl bazında bakıldığında ise Bursa ve Malatya'da görölme sıklığı daha fazladır. Yapılan bu öalışmalar sonucunda ölkemizde diyabet görölme oranı %90 oranında artış göstermiştir [28].

#### 2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular

Kontrol altına alınmayan kan şekeri yüksekliği akut dönemde diyabetik ketoasidoza veya hiperosmolar hiperglisemik sendromuna neden olmaktadır [29]. Buna bağlı kandaki fazla glikozun atılması için sık idrara çıkma (poliüri), dehidratasyon nedeniyle susuzluk hissi (polidipsi), vücut hücrelerinin enerji kaybetmesiyle oluşan açlık hissi (polifaji), glikozun hücrede enerjiye dönüştürülmemesine bağlı yorgunluk, göz merceğinde ödem durumunda bulanık görme, iştah artışı olmasına rağmen kilo kaybı, kanda keton birikmesi nedeniyle bulantı ve kusma meydana gelmektedir [30].

#### 2.1.5. Diyabet Tanı Kriterleri

Diyabette erken tanı, tedavi aşamasında oldukça önemlidir. DSÖ ve IDF, 2010 yılında ADA tarafından tanımlanan tanı kriterlerini kullanmaktadır [31]. Aynı şekilde ülkemizde de tanımlanan bu tanı kriterleri Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından kullanılmaya devam etmektedir [1].

Tablo 2.1. Diyabet Tanı Kriterleri [1]

	Aşık DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG+BGT	YRG
<b>APG</b> [≥8 st açlıkta]	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
<b>OGTT 2.st PG [75 g glukoz]</b>	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
<b>Rastgele PG</b>	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	-	-	-	-
<b>A1C**</b>	≥%6.5 [≥48mmol/mol]	-	-	-	%5.7-6.4 [39-47 mmol/mol]

\* Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz veya heksokinaz yöntemi ile 'mg/dl' olarak ölçülür. 'Aşık DM' tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken 'İzole BAG', 'İzole BGT' ve 'BAG + BGT' için her iki kriterin bulunması şarttır. \*\*Standardize metodlarla ölçülmelidir.

DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu [impaired fasting glucose], BGT: Bozulmuş glukoz toleransı [impaired glucose tolerance], YRG: Yüksek risk grubu

## 2.1.6. Diyabetin Etiyolojik Sınıflandırması

Tablo 2.2. Diyabetin etiyolojik sınıflaması [2]

Diyabetin Etiyolojik Sınıflaması
<b>Tip 1 Diyabet</b> (Genellikle mutlak insülin noksanlığına sebep olan beta hücre yıkımı vardır) A. İmmün aracılıklı B. İdiyopatik
<b>Tip 2 Diyabet</b> (İnsülin direnci zemininde ilerleyici insülin sekresyon defekti ile karakterizedir)
<b>Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)</b> (Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet formudur)
<b>Diğer Spesifik Diyabet Türleri</b>

### 2.1.6.1. Tip 1 Diyabet

Tip 1 diyabet genellikle 30 yaşından önce başlayan ve pankreas beta hücrelerindeki hasar sonucu ciddi insülin salınım bozuklukları ile görülen otoimmün bir hastalık tipidir. Tip 1 diyabetli bireylerin çoğunluğunda (%90) otoimmün kaynaklı, %10'unda ise non-otoimmün (idyopatik) beta hücre yıkımı vardır [1,32]. Tip 1 diyabet prevalansı ve insidansı giderek artış göstermektedir. Özellikle çocuk ve adölesan bireylerde daha sık görülme olasılığı olmasına rağmen her yaşta insanı etkileyebilmektedir. Her yıl çocuk ve adölesan bireylerde görülme sıklığı artış göstermektedir. Bu artış coğrafi bölgelere göre yıllık %3 oranında bulunmuştur. Görülme sıklığı fazla olan ülkelerde yaş sınırı 12-14 aralığında Tip 1 diyabetli birey sayısı pik yapmaktadır [33]. Tüm diyabetli kişilerin yaklaşık %10'u tip 1 diyabetlidir. IDF 2019 verilerine göre 0-19 yaş aralığında tanı koyulan 1.100.100 birey, 0-14 yaş aralığında ise yaklaşık 700 bin birey olduğu belirtilmiştir. Yıllık olarak bakıldığında 0-14 yaş aralığında yeni tanı koyulan ergen sayısı 98.200, 0-19 yaş aralığında ise 128.900 birey olarak saptanmıştır [22]. IDF 2010-2045 Türkiye raporunda (1000'lerde) 0-14 yaş grubunda bilinen tip 1 diyabet tanı oranı 13.5 iken yeni tanı alan birey oranı 2.2; 0-19 yaş aralığında bilinen tip 1 diyabet tanı oranı 26.0 iken yeni tanı alan birey oranı 2.8 olarak bildirilmiştir [2].

### 2.1.6.2. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet genetik ve fiziksel faktörler sonucu periferik dokularda insülin işlevsizliğine neden olan metabolik ve endokrin bir hastalıktır [34]. Genellikle 30 yaş

sonrası görülen, eskiden “insüline bağımlı olmayan diyabet” ya da “yetişkin başlangıçlı diyabet” adı altında incelenen fakat günümüzde bu adlandırmaların geçerliliğini yitirdiği tip 2 diyabet diğer diyabet türlerine oranla daha sık görülür ve tüm diyabetlilerin %90-95’ini oluşturur. Dünya’da ve Türkiye’de en yaygın görülen küresel bir sağlık problemidir [35].

Fizyopatolojisindeki temel sebepler, insülin direnci, insülin sekresyonundaki azalma ve inkretin hormon yetersizliğidir. Tip 2 diyabet kan şekeri yüksekliğinin erken evrede şiddetinin tespit edilememesi nedeniyle fark edilememektedir [36]. Fiziksel inaktivite, aile öyküsü, yüksek risk grubunda bulunan ırklar (Afrika kökenliler, Latin ırklar gibi), 4 kilogram ve üstü bebek doğuran ve gebelikte diyabet tanısı alan kadınlar, düşük doğum ağırlıkla doğan kişiler, hipertansiyon tanısı olan ( $\geq 140/90$  mmHg) ya da antihipertansif ilaç tedavisi alanlar, HDL-kolesterol  $<35$  mg/dl ve/veya trigliserid  $>250$  mg/dl, polikistik over sendromu, koroner arter hastalığı olanlar, kronik dejeneratif beyin hastalığı olan veya antipsikotik ilaç kullananlar, organ nakli öyküsü olan hastalarda Tip 2 diyabet görülme sıklığı artış göstermektedir [1]. Tip 2 diyabet görülme sıklığının artışında kültürel, ekonomik ve sosyal faaliyetlerdeki hızlı değişim, yaşlı nüfus, işlenmiş gıdaların ve şekerli içeceklerin fazla tüketimi, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, anne karnında beslenmenin kötü olması ve gebelik sırasında hiperglisemiye maruziyetin olması gibi birçok risk faktörleri yer almaktadır. Bu risk faktörleri oluşabilecek mikro ve makrovasküler komplikasyonların artmasında önemli rol oynamaktadır [37].

### **2.1.6.3. Gestasyonel Diyabet**

Gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), gebelik öncesinde diyabet tanısı kesin olarak belirlenmeyen kadınlarda ilk kez gebelikte ortaya çıkan genellikle gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterında görülen karbonhidrat intoleransıdır. Küresel olarak yaygındır ve yaklaşık her on gebelikten birinde görülmektedir [38]. Diğer diyabet türleri gibi gestasyonel diyabet de insülin ihtiyacını karşılamayan yetersiz insülin seviyeleri ile karakterizedir. GDM'de insülin yetersizliğine sebep olan beta hücrelerdeki nedenler tam olarak saptanamamıştır. Ancak üç başlık altında toplanmıştır: otoimmünite, genetik anormallikler ve human plasenta laktojen hormonunun insülin direncine neden olmasıdır. GDM için risk faktörleri arasında ileri yaş, obezite, önceki gebeliklerde GDM varlığı, hamilelik sırasında aşırı kilo alımı, ailede tip 2 diyabet öyküsü, polikistik

over sendromu, öncesinde açıklanamayan perinatal kayıp ya da malforme bebek doğurma öyküsü yer alır. GDM'li annelerin doğurduğu bebeklerin yaşam boyu obezite ve tip 2 diyabet olma riski daha yüksektir [2]. Son yıllarda hem obezite hem de tip 2 diyabet prevalansında küresel bir artış olması sebebiyle doğurganlık çağındaki kadınların birçoğunda gestasyonel diyabet görülme sıklığının arttığı görülmektedir. Doğum sonrasında bu kadınlarda Tip 2 diyabet gelişme riski yüksektir [39]. IDF 2021 10. Atlas verilerine göre Dünya'da canlı doğum yapan kadınların 21.1 milyonunda (%16,7) gebelikte yüksek kan şekeri tespit edilmiştir. Bunun %80,3'ü gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), %10,6'sı gebelik öncesi diyabet ve %9.1'i ilk kez gebelikte ortaya çıkan diyabetin (tip 1 ve tip 2 dahil) neden olduğu saptanmıştır [2]. Türkiye'de ise GDM prevalansı %16.2 olarak bildirilmiştir. GDM olan kadınlarda doğumdan sonraki 5 yılda %50 oranında tip 2 DM ortaya çıktığı belirtilmektedir [40].

#### **2.1.6.4. Diğer Spesifik Diyabet Türleri**

Beta hücre fonksiyonunun genetik defektleri (monojenik defektler (neonatal diyabet, MODY (gençlerde görülen erişkin tip diyabet)), insülin etkisinde genetik defektler, ekzokrin pankreas hastalıkları, ilaç ve kimyasal maddelerle oluşan diyabet, infeksiyonlar, immün ilişkili diyabetin sık olmayan formları, transplantasyonla ilişkili diyabet gibi alt tipleri vardır [2].

#### **2.1.7. Diyabetin Komplikasyonları**

##### **2.1.7.1. Akut Komplikasyonlar**

Diyabetin potansiyel olarak yaşamı tehdit eden ve akut olarak gelişen komplikasyonları yüksek mortalite oranına sahiptir. Komplikasyonlar Hipoglisemi, Diyabetik Ketoasidoz ve Hiperozmolar Hiperglisemik Nonketotik Koma olmak üzere 3 başlık altında ele alınmaktadır.

##### **2.1.7.1.1. Hipoglisemi**

ADA ve Amerikan Endokrin Cemiyeti raporuna göre diyabetik hastalarda hipoglisemi düzeyi <70mg/dl, nondiyabetiklerde ise bu düzey <50 mg/dl olarak kabul edilmektedir. Diyabetik hastalarda gelişmesinin çoğunlukla sebepleri, insülin dozunun veya oral antidiyabetiklerin gereğinden fazla kullanımı, insülin biyoyararlılığında artış, insülin

duyarlılığının artması (kilo kaybı, aşırı fiziksel aktivite), yetersiz beslenme gibi durumlardır [1]. İnsülin kullanan bir hastada yılda birkaç kez hipoglisemi gelişmesi kaçınılmazdır. Kan glukoz seviyesi yüksekliğine alışkan olan bireyin kan glikoz oranındaki ani düşüşe bağlı olarak birçok belirti ve bulgu ortaya çıkmaktadır. Hipoglisemide adrenerjik (nörojenik, otonomik) ve nöroglükopenik belirti ve bulgular ortaya çıkar. Titreme, soğuk terleme, anksiyete, baş dönmesi, baş ağrısı, halsizlik, konfüzyon ve bilinç düzeyinde azalma gibi nöroglükopenik veya adrenerjik semptomlar görülmektedir [41]. Hipoglisemi; hafif, orta ve ağır (ciddi) olarak 3 alt başlıkta görülebilmektedir. Hafif ve orta derecede görülen hipogliseminin tedavisi bireyin kendisi tarafından yapılabilirken ağır hipoglisemi vakaları bilinç kaybı yaşayan bireyin dışarıdan yardım almasına ve parenteral tedavi ihtiyacının artmasına neden olan ciddi bir durumdur. Hipogliseminin tedavisi hastanın bilinç düzeyine göre belirlenmektedir. Eğer bireyin bilinci açık ve yutma güclüğü yok ise oral yoldan şekerli ve glikoz içeren gıdalar verilmelidir. Bilinci kapalı olan bireylerde ise parenteral tedavi (glukagon injeksiyonu, dekstroz infüzyonu) uygulanmalıdır [42].

#### **2.1.7.1.2. Diyabetik Ketoasidoz (DKA)**

DKA, kısa süre içinde tanı ve tedavi gerektiren özellikle tip 1 diyabette daha sık görülen (%20-25) diyabetin önemli komplikasyonlarından biridir. DKA diyabete bağlı tüm ölümlerin %50'sini oluşturur [43]. DKA, mutlak insülin eksikliği ve kontregülatuar (glukagon, büyüme hormonu) hormonlarla ilişkili bir tablodur. Bu hormonal değişiklikler, glikojenoliz ve glukoneogenezden glikoz üretimini arttırarak, hiperglisemi (11 mmol/l (200 mg/dl)), ozmotik diürez, elektrolit kaybı, dehidrasyon, azalmış glomerüler filtrasyon ve hiperosmolarite ile karakterizedir. Aynı zamanda, yağ yıkımının artması sonucu glukoneogenezi kolaylaştıran ve tamponize seviyesinden fazla keton asidi açığa çıkmaktadır. Bu durum akut metabolik asidoza neden olmaktadır [44]. Asidoz ve hiperglisemi sonucu sıcak ve kuru cilt, poliüri, polidipsi, karın ağrısı, bulantı, kusma görülür [45]. İnsülin tedavisindeki hatalar, infeksiyonlar, serebrovasküler olay, miyokard infarktüsü, travma, yanık, karbonhidrat metabolizmasını bozan ilaçlar, yeme bozuklukları DKA'nın risk faktörlerini oluşturmaktadır.

### **2.1.7.1.3. Hiperozmolar Hiperglisemik Nonketotik Koma (HHNK)**

Ağır hipergliseminin (>500mg/dl) ve kan osmolaritesinin arttığı (>320mg/d) mental durum bozukluğu ile seyredabilen keton cisimciklerinin olmadığı bu özelliği ile DKA'dan ayırt edilebilen bir komplikasyondur [46]. Genel olarak 50 yaşın üzerindekielerde görölür. Olguların %25-35'i daha önceden tanı almamış olan tip 2 diyabetli bireylerdir [1]. DKA'da artış gösteren katekolaminle birlikte insülin eksikliği, hızlandırılmış lipoliz ketogeneze yol açarken, HHS'de beta hücre fonksiyonu lipolizi önlemek için yeterli ancak hiperglisemide yetersizdir [45]. Enfeksiyonlar, gastrointestinal hastalıklar, karbonhidrat metabolizmasını bozan endokrin hastalıklar, merkezi sinir sistemi hastalıklar, renal yetmezlik, yaşlı bireylerde bakımsızlık veya uygulama hataları gibi birçok faktör hazırlayıcı faktörlerdir [1].

### **2.1.7.2. Kronik Komplikasyonları**

Kronik komplikasyonlar birçok organ ve sistemi etkilemektedir. Makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar olarak iki ana alt grupta incelenir.

#### **2.1.7.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar**

Merkezi patoloji mekanizmasında önemli yeri olan aterosklerotik süreç makrovasküler komplikasyonlarda önem taşımaktadır [47]. Ateroskleroz sonucu oluşan doku harabiyeti ve trombosit aktivasyonu akut koroner sendrom vakalarının altta yatan nedenlerindedir. Akut koroner sendrom (AKS), geçirilmiş kalp krizi (MI), stabil-kararlı veya sessiz-kararsız angina, SVO, iskemik hasar, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık olarak kabul edilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar diyabet hastalarında sık görölmekte, yüksek oranlarda morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır [48]. Makrovasküler komplikasyonlar bireylerin refahını azaltmakta ve komplikasyonlara bağlı ölümlerin %70'ine sebep olmaktadır [49].

#### **2.1.7.2.1.1. Kardiyovasküler Hastalıklar**

Diyabet tüm dünyada gerçekleşen ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri olup, kardiyovasküler hastalıklar diyabette ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır[48, 50]. Tip 2 diyabeti olan bireylerde, diyabeti olmayan bireylere göre



koroner arter hastalığı gelişme riski 2-4 kat daha fazla olup, bu hastaların yaklaşık %70-80'ni makrovasküler olaylara bağlı hayatını kaybetmektedir ve bu oranın yaklaşık %75'i koroner arter hastalığından kaynaklanmaktadır. Diyabeti olan bireyler kardiyovasküler hastalık risk faktörleri yönünden en az yılda bir kez değerlendirilmelidir. Bu risk faktörleri arasında hipertansiyon, lipid mekanizmasında bozukluk, sigara kullanımı, ailede erken koroner arter hastalığı öyküsü, aşırı kilolu olma ve albüminüri bulunur [1, 48]. Diyabetli bireyde kardiyovasküler korunma için yaşam tarzında değişiklikler, glisemik kontrol, anti-agregan tedavi, kan basıncı kontrolü yapılmalıdır [1].

#### **2.1.7.2.1.2. Serobrovasküler Hastalıklar**

Serebrovasküler hastalıkların risk faktörleri arasında diyabet en sık karşılaşılan faktörler arasında yer almaktadır. Diyabet hastalarında serebrovasküler hastalıklar morbitide ve mortalitenin ana sebeplerindendir. Tip 2 diyabetli hastalarda geçici iskemik ataklar daha sık görülür ve gelecekte gelişebilecek bir SVO habercisi niteliğindedirler [47].

#### **2.1.7.2.1.3. Periferik Arter Hastalığı**

Periferik arter hastalığı (PAH), son yıllarda sıklığı giderek artış gösteren ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Dünyada 30 milyondan fazla insanın periferik arter hastalığından etkilendiği tahmin edilmektedir [51]. Periferik arter hastalığı risk faktörleri, koroner arter hastalığının risk faktörleri ile benzerlik göstermektedir. Bu risk faktörleri arasında diyabet ikinci sırada yer almaktadır. Diyabetli bireylerde periferik arter hastalığı oluşma riski 2 kat daha yüksektir [52]. Klinik bulgular progresif daralmaya bağlı intermitan klaudikasyon, istirahatatta ağrı, ülserasyon ve gangren'dir. 50 yaş üzeri diyabetlilerde ve 50 yaş altı olup PAH için ek risk taşıyan bireylerde [hipertansiyon, sigara kullanımı, dislipidemi] ankle-brakial indeks ile tarama testleri yapılmalıdır [1].

#### **2.1.7.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar**

##### **2.1.7.2.2.1. Diyabetik Retinopati (DRP)**

Diyabetik retinopati, retinadaki çeşitli lezyonlarla birlikte görülen retinada yapı ve fonksiyonel bozukluk, mikrooklüzyon sonucu retinal hipoksi ile karakterize, 20-74 yaş

arasındaki bireylerde ileri evrede körlüğe neden olan nörovasküler bir hastalıktır [53]. DRP, nonproliferatif ve poliferatif olarak ikiye ayrılır. Neovaskülezasyonun görüldüğü proliferatif evrede maküla ödemi, vitröz hemoraji retina dekolmanı meydana gelebilir [54]. HbA1c yüksekliği, yüksek kan basıncı ve kandaki kolesterol düzeyinin yüksek olması diyabetli bireylerde retinopati görülme oranını artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda diyabete bağlı komplikasyonların gelişiminde, risk faktörleri arasında diyabet süresinin en önemli neden olduğu kanıtlanmıştır. Tip 2 diyabetli hastada, diyabet süresinin 5 yıldan az olması diyabetik retinopati görülme oranını düşürmektedir. Diyabet süresi 5-10 yıl arasında oran %27, 10 yıldan fazla diyabetiklerde ise %71-90 oranında diyabetik retinopatiye rastlanmaktadır [55].

#### **2.1.7.2.2.2. Diyabetik Nefropati**

Diyabetik nefropati (Dn), Dünyada ve Ülkemizde son dönem böbrek hastalığının başlıca nedenlerinden biridir. Ayrıca nefropati görülen hastaların yaklaşık %40'a yakını diyabet hastalarından oluşmaktadır. Tip 1 ve tip 2 diyabetin en yaygın mikrovasküler komplikasyonudur [56]. Diyabetik nefropati böbreklerde yapısal ve fonksiyonel bazı değişikliklere neden olmaktadır. Diyabetli hastalarda nefropati gelişimini önlemek veya yavaşlatmak için kan şekeri ve kan basıncının kontrolünün sağlanması gerekmektedir [57,58].

#### **2.1.7.2.2.3. Diyabetik Nöropati**

Diyabetik nöropatinin fizyopatolojisi karmaşık ve komplikedir. Sinir sisteminin otonom ve somatik her iki bileşenini etkilemektedir. Endotel hasarı ve vasküler bozukluk sonucu aksonlarda sinir hasarına neden olmaktadır [59]. Nöronlarda meydana gelen kapiller membran hasarı sonucu motor, duyuşal ya da otonom sinir liflerinde veya vücutta herhangi bir ekstremitede görülebilen bir komplikasyondur. Nöropati, hasara bağlı olarak üst ve alt ekstremiteleri, gözler, kalp, mide ve bağırsaklar gibi birçok organı etkileyebilmektedir [2]. Diyabetli tüm bireylerin %60'ına yakınında nöropati gelişmekte olup, nöropati yaşam boyu %15'e varan bir veya daha fazla alt ekstremitte amputasyon riskini beraberinde getirmektedir [60]. Nöropati semptomları arasında ataksik yürüyüş, charcot ayağı, kas güçsüzlüğü, ağrı varlığı, idrar retansiyonu, hormonal dengesizlik, seksüel bozukluk, ortostatik hipotansiyon veya aritmi görülür. Tip 2 diyabetli bireylerde tanı koyulduktan itibaren her yıl en az bir kez tarama yaptırmalıdır [1].

### 2.1.8. Diyabetin Tedavi İlkeleri

Diyabet tedavisinin hedefleri;

- Diyabetli bireyin öz yönetimini sağlamak,
- Besin alımının kan şekeri düzeyi ve metabolik kontrol üzerindeki etkileri tanımlamak,
- Diyabetin belirti ve bulgularını bilmek,
- Akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıkmasını, gelişmesini önlemek veya gelişen komplikasyonların bakım ve tedavisini yapabilmek,
- Diyabetlinin yaşam kalitesini artırmaktır [30].

Diyabet tedavi ve izlemi için aşağıdaki temel öğelerin koordinasyonu ile etkili ve başarılı bir diyabet yönetimi sağlanmaktadır.

1. Tıbbi beslenme tedavisi
2. Düzenli egzersiz programı
3. İlaç tedavisi (Oral Antidiyabetik Tedavi (OAD), İnsülin)
4. Bireysel kan şekeri izlemi
5. Diyabet eğitimi

#### 2.1.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)

TBT, diyabetin önlenmesinde, mevcut olan diyabetin tedavisinde ve diyabetle ilişkili komplikasyon gelişiminin önlenmesinde ve tedavisinde etkilidir. Diyabet yönetiminde yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel hareketlilik ve medikal tedavi önemli yer almaktadır. ADA' ya göre diyabetli bireylere göre "herkese uyan tek tip model yeme alışkanlığı" olmadığı belirtilmiştir [61,62]. Bundan dolayı ADA diyabet diyeti kavramını, tıbbi beslenme tedavisi olarak değiştirmiştir. ADA özellikle diyabet yönetiminde beslenme tedavisinin bütüncü rolünün önemine dikkat çekmiştir. Tıbbi Beslenme Tedavisi'nin (TBT) tip 2 ve tip 1 diyabetin önlenmesinde ekonomik açıdan en uygun yöntem olduğu kanıtlanmıştır [63].

Tıbbi beslenme tedavisinde amaç; kan şekeri düzeyini optimal sınırdan tutabilmek, komplikasyon gelişmesini önlemek, dolaşım sistemi hastalıklarından korunmak için kan basıncı kontrolünü sağlamak, bireye özgü beslenme tedavisini oluşturmaktır [64, 65]. Diyabet hastalarında karbonhidrat, protein ve yağ oranlarıyla birlikte bireye özgü diyetin planlanması ve bireyin yaşam tarzı değişikliklerine bakılarak en uygun beslenme programının yapılması şarttır. Kişinin kültürel ve etnik yapısı, gelenekleri ve maddi durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Bireye yapılan beslenme programı sürecinde bireyin kararları doğrultusunda planlama yapılmalıdır [66]. Yetişkin diyabetli bireyde metabolik durumu ve besin tercihi göz önüne alınarak, bireye özgü verilen beslenme tedavisi ile tip 2 diyabetlilerde HbA1C düzeylerinde %1-2 oranında azalma sağlanmıştır [67,68].

TBT ile diyabet yönetiminde ve komplikasyonların önlenmesinde optimal glisemik kontrol, kardiyovasküler hastalık riskini azaltacak lipid profili, kan basıncı ve vücut ağırlığında bireyselleşmiş hedefleri sağlamak önemlidir [69].

Sağlık hizmeti sağlayıcısı bireyin öz yönetiminde eğitim ve tedavi planlamasında hastayla iş birliği sağlamalıdır. Bu nedenle sağlık bakım ekibinin diyabet beslenme tedavisinde ve uygulamanın desteklenmesinde önemli görev ve sorumlulukları vardır [61].

### **2.1.8.2. Düzenli Fiziksel Aktivite ve Egzersiz**

Avrupa Fiziksel Aktivite Rehberi'ne göre Fiziksel aktivite bireyin enerji tüketiminin günlük dinlenme düzeyinden fazla kas dokusunun kasılması ile oluşan bazal metabolizmanın ötesinde enerji harcanmasına yol açan aktivitelerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, iş yaşamı, ulaşım, ev ortamı veya serbest zamanlarımızda yaptığımız kas kasılmasını gerektiren bütün hareketleri içermektedir [70]. Fiziksel aktivite tanımı ile fiziksel aktivitenin alt kategorisinde yer alan "egzersiz" kavramı karıştırılmamalıdır. Egzersiz kavramı ise vücut zindeliğinin (fitness) bir veya daha fazla bileşenin geliştirilmesi amacıyla planlı ve programlı olarak yapılan, yapılandırılmış, tekrar eden ve fiziksel sağlığın bir ya da daha fazla bileşenini iyileştirmeyi ya da korumayı amaçlayan düzenli aktiviteleri içermektedir. Diabetes Mellitus'ta risk faktörleri arasında fiziksel inaktivite bulunmaktadır. Fiziksel inaktivite hem diyabetin oluşmasında hem de ilerleyip komplikasyon gelişmesinde rol

oyunmaktadır. Fiziksel aktivite azlığı mortalite ve morbiditede artışa neden olan, kronik hastalıkların gelişmesine sebep olan çok önemli risk faktörüdür. Dünya ve Türkiye verileri bize insanların hareketliliği açısından iç açıcı sonuçlar sunmamaktadır. Dünya geneline bakıldığında, erişkinlerin dörtte birinin, 11-17 yaş aralığındaki adölesanların dörtte üçünün yaptıkları fiziksel aktivite düzeyi, DSÖ'nün önerdiği fiziksel aktivite süresinin altındadır [71]. Ulusal Hanehalkı Araştırması sonucunda (beş bölge 18 yaş üstü 481 bireyde) ise bireylerin %20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99'unun yetersiz fiziksel hareketlilik olduğu bulunmuştur [72]. Kan şekerinin düzenlenmesinde insülin tedavisi, tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz önemli bileşenlerdir. Egzersiz, kan şekeri düzeyinin dengede tutulmasına yardımcı olur. Egzersiz yapan diyabetlilerde HbA1c seviyesinde %0,7 düşme ve ileri dönemde ortaya çıkan komplikasyonlarda belirgin olarak azalma görülmüştür [73]. Egzersiz önerilirken kişilerin fiziksel aktivite açısından herhangi bir kontrendikasyonu olup olmadığı araştırılmalıdır. Kişiye yönelik egzersiz planı yapılmalıdır [67]. Diyabetik bireylerin, diyabetik olmayan bireylere göre daha az egzersiz yapmaya meyilli oldukları da bilinmektedir [74]. Diyabet hastaları sağlık profesyonelleri tarafından diyabet ve diyabette egzersiz hakkında bilgilendirilmeli ve egzersiz yapmaya teşvik edilmelidir [75].

### **2.1.8.3. İlaç Tedavisi (OAD \ İnsülin Tedavisi)**

#### **2.1.8.3.1. İnsülin**

İnsülin pankreasın beta hücrelerinden salgılanmaktadır. İnsülin, Tip 1 diyabetli bireylerde replasman tedavisi olarak kullanılırken Tip 2 diyabette ise bozulmuş insülin sekresyonunun düzeltilmesi ve kan glukozu kontrolünün sağlanması için kullanılmaktadır.

İnsülinin etki mekanizması glukozun hücre içine geçisini sağlamak, glikojenolizi önlemek ve vücutta insülin duyarlılığını artırmak, yağ ve proteinlerin yıkımını engellemektir [76].

Etki profillerine göre çok hızlı etkili, hızlı etkili, kısa etkili, orta etkili, uzun etkili ve çok uzun etkili insülinler bulunmaktadır. İnsülin tedavisi prandiyal ve/veya bazal insülin gereksinimini karşılayacak şekilde planlanır. Kısa, hızlı, çok hızlı etkili insülinler

prandiyal insülin ihtiyacını karşılamak için, orta etkili, uzun etkili ve çok uzun etkili olanlar ise bazal insülin ihtiyacı için kullanılır [1].

İnsülinin tipi ve özellikleri, uygulanan dozu, enjeksiyon yeri, insülin yapılan bölgenin kan akımı, fiziksel aktivite, ortam sıcaklığı, pankreas fonksiyonları, insülin reseptör hasarının var olup olmaması ve genetik farklılıklar insülin tedavisinde önemli faktörlerdir [76].

#### **2.1.8.3.2. Oral Antidiyabetik İlaçlar (OAD)**

1920 yılından sonra birçok bitkisel alkaloid maddeleri keşfedilmiştir. Ancak bulunan maddelerin yan etkileri göz önünde bulundurarak diyabet tedavisinde tercih edilmemiştir. 1955 yılında bulunan sulfonilüre benzeri madde diyabet tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar olarak kullanılmaya başlanmıştır. Oral antidiyabetik ilaçlar tip 1 diyabet olmayan ayrıca kan glukoz düzeyi beslenme ve egzersiz ile kontrol altına alınamayan diyabet hastalarında reçete edilmektedir. Antidiyabetik ajanları seçerken; bireyde kan glikoz düzeyini sağlamadaki rolü, yan etkileri, gelişebilecek komplikasyonları zaltması veya önlenmesi ve maliyeti dikkate alınarak tedavi planlaması yapılır [77]. Oral antidiyabetik ilaçlar Tip 2 diyabet tedavisinde sıklıkla reçetelendirilmektedir. Oral antidiyabetik ilaçlar insülin ile birlikte de kullanılabilir. Oral antidiyabetik ilaçlar etki mekanizmalarına göre; insülin salgılatıcı (sekretogoglar), insülin duyarlılaştırıcı (sensitizer), insülinomimetik (inkretin-bazlı) ilaçlar, alfa glukozidaz inhibitörleri (AGİ) ve sodyum glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri (SGLT2-İ; glukoretikler; gliflozinler) olarak beş gruba ayrılır [78].

#### **2.1.8.4. Bireysel İzlem**

1970 yılından itibaren teknolojik gelişmelerle birlikte laboratuvar testlerine ilave olarak diyabetli hastaların kendi kendine kan şekeri takibini kolayca, hızlı ve güvenilir bir şekilde yapabilmesi “diyabetlinin kendi kendisini izlemesi “(self-monitoring of blood glucose) (SMBG)” tanımını ortaya çıkarmıştır. Kronik hastalıkların kontrolünün sağlanması ve tedavi sürecinde etkin olunmasında temel koşul; “bireysel yönetim (self management)” doğrultusunda hasta merkezli ve hastanın bakımını üstlenmesini gerektiren bir yaşam tarzı edinmesi olarak görülmektedir. Diyabet hastaları için bireysel yönetim; hastanın ilaç tedavisini bilme, başlatma ve sürdürme becerisi, tıbbi beslenme

tedavisi ve egzersiz programlarına uyumu öz bakımın sağlanmasında etkilidir [79]. Ayrıca insülin kullanan bireylerde gelişebilecek ani kan glukoz değişimlerinin önlenmesinde bireysel izlem önemli yer almaktadır. Bireysel izlem sağlık profesyonelleri açısından bireyin tıbbi tedavi ve bakımının en üst düzeye çıkarılmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca diyabete bağlı ölümlerin en önemli nedeni olan kronik komplikasyonların, kan şekeri kontrolünün sağlanmasıyla uzun dönemde azaldığı görülmüştür [80].

#### **2.1.8.5. Diyabet Eğitimi**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre diyabet eğitimi diyabet tedavisinde ve diyabetli bireyin toplumla bütünleşmesinde hayati önem taşımaktadır. Diyabet eğitimi; hastanın öz bakım gücünün artması, hastalığın etkin yönetimi ile gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, bakım maliyetinin en aza indirilmesi ve hastanın gelişen yeni teknolojileri kullanabilir olmasını sağlamak amacıyla sürekli bilgi ve deneyim aktarımını içeren eğitim faaliyetleridir [81].

Diyabetli bireyler yaşam kalitesinin artırılması, komplikasyonların önlenmesi ve metabolik kontrolün sağlanmasında için etkili ve sürekli bir bakım desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Sürekli bakımın sağlanmasında diyabetli bireylerin eğitimi çok önemli bir yer almaktadır. Eğitim, diyabetli birey ve ailesi için bakımı kolaylaştıran, sürekliliği sağlayan bilgi, tutum ve becerilerinin tamamını içermelidir. Eğitimin temel hedefi bireyin diyabete uyumunu sağlamak, metabolik-biyokimyasal kontrolü dengede tutmak, ideal vücut kilosuna ulaşmak ve bireye uygun egzersiz programı oluşturmaktır. Ayrıca eğitim hedefleri diyabetin neden olduğu komplikasyonları önlemek veya en aza indirmek ve mortaliteyi azaltmaktır [82]. ABD'de diyabet için bir yılda 174 milyar dolar harcanmaktadır. Bu para ABD sağlık harcamasının yaklaşık %9'unu oluşturmaktadır. Yapılan hesaplara göre 2025 yılında dünyadaki sağlık harcamalarının %13'ü diyabet için yapılacaktır [83]. Anksiyete, depresyon ve diyabet distressi gibi psikolojik sorunlar ile diyabetin kötü kontrolü arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu tür psikolojik problemleri olan bireylerde metabolik kontrol parametreleri daha kötüdür. Bu nedenle diyabet eğitim programları hastalığın emosyonel boyutunada hitap etmelidir [84].

### **2.1.8.5.1. Eğitimde diyabet hemşiresinin rolü**

İlk kez 1914 yılında Elliott Joslin diyabet eğitimi ve tedavisinde hemşirenin rolünün önemini vurgulamıştır. Diyabet hemşiresinin American Association of Diabetes Educator (AADE) tarafından yapılan görev tanımı şöyledir; “Diyabet hemşiresi; diyabet bakım ve eğitim gereksinimlerini belirlemek, hemşirelik tanılarını geliştirmek, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulamak ve değerlendirmek için diyabetli bireyler ve aileleriyle çalışır. Hemşireler hastaların eğitim ihtiyacının belirlenmesinde ve diyabetlerini kontrol etme becerisi kazandırmada önemli rol oynamaktadırlar. Hemşire, diyabet eğitimcisi olarak; esnek ve bireye özel bir yaklaşım benimsemeli, verdiği eğitim ile tedavide olumlu değişiklik sağlanıp sağlanmadığını gözlemlemelidir. Diyabet eğitimi alan bireyler diyabet kontrollerini sağlamada daha başarılıdır. Bu eğitim diyabetli bireylerin özelliklerine, eğitimin amacına ve eğitim yöntemine göre belirlenmelidir [84,85]. Diyabet bakımında yer alan diyabet hemşiresi, diyabet öz yönetimi ve bakımı hakkında tıbbi ve teknolojik gelişmeleri araştırarak bireye-ailesine aktarabilmelidir. Hemşire bireyi bütüncül olarak değerlendirmeli gerekli hemşirelik bakımını planlamalı ve uygulamalı ve verilen eğitimin değerlendirmesini bireyden almalıdır [86]. İnsülin kullanımının yaygınlaşmasından sonra, insülin uygulamasının ve karbonhidrat sayımının öğretilmesinde diyabet hemşireliğinin önemi daha belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Son yıllarda tip 2 diyabet tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar ve insülin kullanımının yanısıra farklı tedavi seçenekleri tercih edilmeye başlanmıştır. Bu tedavi modellerinin nasıl uygulanacağını hastaya anlatılmasında en büyük sorumluluk diyabet hemşiresine aittir. Diyabet hemşiresi hastaya tedavi protokolünün nasıl uygulanması gerektiğini anlatmakla birlikte diyabet hakkında bireyin bilmesi gereken bütün bilgileri ve yeni gelişmeleri de aktarmalıdır [84].

## **2.2. Psikososyal Uyum**

### **2.2.1. Psikososyal Uyum Kavramı**

Biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlanan insan, iç ve dış etkenlerle etkileşim sonucu varoluş ve kimlik krizi yaşamaktadır. İnsanın süregelen değişimlere adaptasyon ve bütüncül sağlığını kontrol altında tutması için homeostazisi (dengeyi) sağlaması gerekmektedir. Homeostazis kavramını bireyin kriz yaşantısını ile bağlantılı bulan ilk kuramcı Caplan'dır. Caplan'a göre insan organizması fizyolojik ve psikolojik çevre ile



homeostatik bir denge sağlamak zorundadır. Caplan'ın kuramsal yaklaşımında kriz varlığı yaşamı tehdit edici, bireyin olaya verdiği duygusal tepki olarak açıklamıştır. Uyum dış etkenlerdeki değişiklikleri ve var olan problemi etkin bir şekilde baş etmeyi içermektedir. Bu durumun sağlanamaması halinde bireyde uyum bozuklukları görülmektedir [87]. Rol değişimleri, fizyolojik bozukluklar ve hastalıkla baş etme, optimal fonksiyonları sürdürme uyum kavramının önemini açığa çıkarmaktadır. Uyum kavramı, ingilizcede adaptation ve adjustment olarak kullanılmaktadır. Ayrıca “kabul, başa çıkma, psikososyal iyileşme, benimseme” ifadeleri eş anlamlıları yerine geçmektedir [88]. Roy'a göre insan; dış çevre ile sürekli etkileşim halinde olan biyopsikososyal bir sistemdir. Uyarana verilen pozitif tepkiler”uyum” negatif tepkiler “uyumsuzluk” olarak sınıflandırılır. Roy'a göre sağlık ise; kişi değişen ortamda sürekli gelişim ve adaptasyon gösteren bir varlıktır. Değişiklikler karşısında uyum ile psikososyal bütünlüğünü koruması durumudur [89,90]. Bu durumun sağlanamaması halinde hastalıklar ve hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Hastalık; iyilik halinin geçici olarak bozulmasını, vücudun işlevselliğinin ve bütünlüğünün bozularak kalıcı hasarlara neden olmasını kapsayan bir durumdur. Hastalık hali bireyin optimal dengesini bozarak fiziksel, ruhsal, duygusal, psikososyal ve çevresel alanları kapsayan varoluş krizi olarak tanımlanmaktadır. Özellikle fiziksel hastalıklar birey için yaşamı tehdit edici bir unsurdur. Fiziksel hastalığın süresi, şiddeti, organ hasarı, bireyin hastalığa yüklediği anlam ve önemi hastalığın seyrinde önemli etkenlerdir [91]. Kronik hastalığı olan hastalarda tedavi ve bakım süreci bütüncül olarak el alınmalıdır. Bireyin ve ailenin bilişsel, duygusal, sosyal ve fiziksel alanları hastalığa psikososyal uyumda önemli yer almaktadır. Hasta; hastalık nedeniyle mesleki ve sosyal aktivitelerde, cinsel etkinliklerinde, günlük yaşam gereksinimleri karşılama yaşam tarzı değişikliği yapmak mecburiyetindedir. Hasta bireyde; anksiyete, depresyon, kızgınlık, öfke, gerinlik, bağımlılık ve hipokondriyazis (hastalık hastalığı) gibi psikopatolojik değişimler görülmektedir. Bütün fiziksel hastalıklarda patofizyoloji, intrapsişik süreç ve psikososyal çevre arasında sürekli bir etkileşim bulunmaktadır [87]. Hasta bireyin; fiziksel hastalıklara uyum güçlüğü, vücuttaki hasarın varlığı, işlevselliğin az oluşu [hareket, duyuşsal ya da bilişsel kısıtlılık], belirti ve bulguların ciddiyeti, hastalığın seyri, beden imajı değişikliği, tıbbi tedavi ve bakım olanakların yetersiz oluşu kronik hastalığa psikososyal uyumu ciddi anlamda zorlaştırmaktadır [92]. Psikososyal uyum, bireyin sağlık algısı, cinsel yaşamı, aile ve sosyal ilişkilerini kapsayan, biyolojik

ve psikolojik boyutları olan bir süreçtir. Bu süreçte birey, karşılaşılan değişimi kabul etmeli, doğru davranışlar göstermeli veya etkili baş etme yöntemlerini kullanarak psikolojik uyumunu sağlamalıdır [8]. Hastalığa psikososyal uyum kişinin uyum sağlama yeteneği, başa çıkma kaynaklarını seferber etme becerisine bağlıdır [93]. Psikososyal uyum bireyin aile ve sosyal yaşamını, kendi sağlık bakımına uyumunu ve psikolojik sağlığını kapsayan bütüncül bir kavramdır. Hastalığa psikososyal uyum, hastalık ve tedavi boyutlarının tamamını, mevcut fiziksel hastalığın gidişatını olumlu veya olumsuz yönde şekillendirmektedir. Psikososyal uyumu etkileyen faktörler arasında stresörler (fiziksel, psikososyal ve duygusal) bireyi zorlayıcı ajanlar arasında ilk sıradadır. Stresörlerin tipi, etki süresi, aniden başlaması ve etki gücü uyum zorluklarına neden olmaktadır. İkinci sırada ise bireyin sosyo-demografik özellikleri, kültürel düzeyi, genetik ve fiziksel yapısı gücü, psikososyal uyaranlara gösterdiği tepki, hastalığı algılama biçimi, kişiliği, başa çıkma yeteneği, öz bakım gücü, geçmiş yaşantısı, sosyal çevre ilişkisi psikososyal uyumu etkileyen etkenleri kapsamaktadır [94]. Psikososyal uyum teşhis ve tedavi için hastaneye yatma, yatış süresinin uzaması, hastalığın seyrinin kötüye gitmesi, tedavi olanaklarının yetersizliği ve öz bakım kaybı ile ilgili değişimlere bağlıdır [21]. Bireyin psikososyal uyumunun sağlanmasında kendisinin ve ailesinin ihtiyaçları doğrultusunda planlama yapılmalıdır.

### **2.3. Diyabet ve Psikososyal Uyum**

Diabetes mellitus metabolik bir hastalık olmasının yanı sıra bireyin tüm yaşam alanlarını etkileyen psikolojik ve psikososyal boyutları olan komplike ve zorlu bir durumdur. Diyabet; uzun süre tedavive bakım gerektiren, komplikasyon gelişimi gibi uyum bozukluklarının en sık eşlik ettiği hastalıklardandır. Psikopatolojik boyutlar diyabetin şiddetini, seyrini, ortaya çıkışını ve tedaviye yanıtını etkilemektedir. Diyabet bireylerde fiziksel, ruhsal, duygusal, cinsellik ve sosyal ilişkilerde negatif etkilenmelere neden olmaktadır. Kan şekerinin düzenlenmesinde tıbbi tedaviye ek olarak bireyin psikososyal düzeyleri önemli faktör olarak ele alınmalıdır. Emosyonel tepkiler, uyum güçlükleri ve depresyon özellikle diyabetli bireylerde sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında yer almaktadır [85]. Metabolik değerlerdeki ani değişimlerde diyabetik hastalarda ruhsal ve bilişsel işlevlerde olumsuz etkilenmelerin olduğu kanıtlanmıştır. Diyabet hastalarında en çok depresyon ve anksiyete görülmele birlikte stres, yeme bozukluğu davranışları, bilişsel işlevsizlik ve psikotik belirtiler diyabeti olmayanlara

bireylere oranla daha sık görülmektedir [95]. Genel popülasyona oranla diyabetli kişilerde psikopatolojik durum görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir. Psikolojik zorlanmalar bireyin öz bakım eksikliği ve yetersiz metabolik kontrol ile bağlantı bulunmuştur. Bu yüzden sağlık çıktılarının kötü olması var olan bir döngüsel devamlılığın kanıtıdır [96]. Eren ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada majör depresif bozukluğun kan şekeri kontrolü kötü olan grupta kan şekeri kontrolü iyi olan gruba göre daha sık görüldüğü tespit edilmiştir [97]. Diyabet yönetiminin komplike oluşu ve diyabetin bireylerde kalıcı hasara yol açması nedeniyle bireylerde psikolojik bozuklukların görülmesi hasta birey açısından stresör olarak algılanmaktadır [98].

Diyabete bağlı gelişen komplikasyonlar ve tedaviye uyum güçlüğü bireylerde ruhsal bozukluklara en başta depresyon ve anksiyete semptomlarında artışa sebep olmaktadır. Depresyon bireyin hastalığa uyumunda, yaşam kalitesinde, tedavi seyrinde, morbidite ve mortalitede artışında risk faktörleri arasındadır. Depresyon diyabetin bakım ve tedavisinde bireyin uyumunu engelleyerek yetersiz öz bakım, iye kapanma, tedavi ve diyeti reddetme gibi davranış bozukluklarına yol açmaktadır. Komplikasyon gelişimi (retinopati, nöropati varlığı) ve cinsel aktivite bozukluğu mevcut olan bireyde depresyon görülme oranı yüksektir [19]. Hasalarda görülen anksiyete ve korkunun sebebi ağrı varlığına, bireyin acı çekmesine, hastalık süresine ve sürecine, işlevselliğın azalmasına, çalışma performansının azalmasına, toplum içinde damgalanma düşüncesine, beden imajında değişim olacağı korkusuna bağlıdır. Anksiyete düzeyi, hastalığı algılama düzeyine göre farklılık göstermektedir. Düşük düzeyde yaşanan anksiyete öğrenme ve eyleme geçmede, tedavi ekibinin önerilerine uymada tetikleyici bir rol oynamaktadır. Stres bireylerde kan glukagon ve glukoz düzeyi, kortizol, büyüme hormonu gibi hormonal dengesizliklere yol açmaktadır.

Stres kan glukoz düzeyini doğrudan ve dolaylı olarak iki şekilde etkilemektedir:

1. Nöroendokrin ve hormonal düzeyde kan şekeri seviyesini bozabilir,
2. Strese bağlı olarak emosyonel gerginlik tedavi uyumu ve izlemi aksatır. Bu durum ise bireyde tedaviyi kabullenmeme, sosyal izolasyon, beslenme ve egzersiz gibi davranışlarda aksaklıklar, inkar, psikopatolojik savunmalar hastalığın uyumunu güçleştirir [100].

Tedaviye rağmen kan glukoz düzeyi düzenlenemeyen kişide stres ve kaygı önemli bir faktördür. Bu tabloda insülinin dozu artırılmadan önce bireyin psikiyatrik değerlendirmesini yapmak gereklidir. Psikososyal uyum ile diyabet kontrolünün etkin bir şekilde sağlanması ilişkili olarak bulunmuş, psikososyal uyumunla diyabetin tipi ve tedavi şeklindeki ilişkili olduğu bildirilmiştir [99].

#### **2.4. Öz Bakım**

Öz bakım, bireylerin sağlıklı yaşamı sürdürmesinde veya geliştirmesinde gerekli sağlık faaliyetleri başlatma, devam ettirme ve uygulamaları gerçekleştirmesidir. Bu faaliyetlerin geliştirilmesinde bireyin bilişsel, duyuşsal, psikomotor, emosyonel ve sosyal ilişkileri gibi faktörler önemli yer almaktadır. Öz Bakım Modeli, ilk defa Dorethea Elizabeth Orem tarafından 1956 yılında oluşturulmuştur. Öz bakım teorisine göre birey, yaşamını, sağlık ve iyilik halini sürdürmek amacıyla deneyimleyerek öğrendiği davranışlar ile gereksinimlerini tanıma ve karşılama gücüne sahiptir. Orem'e göre insan "öz bakım ajanı" olarak tanımlanmaktadır. Birey sağlık durumunda olan değişimle, yaşam ve iyilik halinin devamlılığını sağlamada ya da desteklemede başka kişilere tamamen veya kısmen bağımlı hale gelmektedir. Bu durumda birey "öz bakım ajanı" olma durumundan 'bakımın alıcısı' durumuna geçmektedir. Öz bakım yetersizliği teorisi, devam eden bakım gereksinimlerinin karşılanmasında yer alan sınırlamaları ve bireyin veya bakmakla yükümlü olunan kişinin sağlığı, refahı üzerindeki etkilerini tanımlar. Öz bakım eksikliği birey günlük öz bakım faaliyetlerini yerine getiremediği zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Hemşirelik sistemleri teorisi ise, hemşirelerin öz bakımını yapamayan bireye özgü hastalık bilgisi ve deneyimleriyle bireye yardım etmesi, aile ve arkadaşlarına nasıl yardım edeceklerini öğretmesidir. Öz bakım teorisi, öz bakım eksikliği teorisi ve hemşirelik sistemleri teorisi olmak üzere üç ayrı teorinin birleşiminden oluşmaktadır. İlk ve ana bileşen olan Hemşirelik Sistemleri Teorisi; öz bakım ve öz bakım eksikliği teorisini kapsamakta ve hemşirelerin öz bakımını yapamayan bireye ve yakınlarına ihtiyaçları doğrultusunda alınması gereken önlemleri açıklamaktadır. Öz bakım hem kavram hem de teori olarak insanın kendisi veya ailesi ile birebir ilgilenmesini ifade etmektedir [15, 101].

Orem'e göre hemşirelik; hastanın gereksiniminin belirlenmesi ve belirlenen gereksinimin nasıl karşılanacağına hemşireler tarafından bilimsel bilgi doğrultusunda

karar verilen hizmet şeklidir. Bu aşamada, hemşire hastanın detaylı anamnezini alarak hemşirelik bakımı için veri toplamalıdır. Hemşire veri toplama esnasında hastanın hastalık algısı, bakış açısı, beklenen sağlık çıktısı, bireyin öz-bakım gücü, öz-bakım yeteneği gibi birçok konuyu ele almalıdır. Birinci aşama bireye verilecek olan hemşirelik bakımın planlamasıdır. İkinci aşama planlanan bakımın uygulanacağı kısımdır. Üçüncü aşama ise, hastanın öz-bakımını mümkün olduğunca artırma, öz-bakım yeteneklerini destekleme, koruma, geliştirme ve ortaya çıkabilecek yeni engellemelerin önüne geçilmesidir [15]. DSÖ'nün tanımına göre ise; hastalıkların üstesinden gelebilme, hastalıkları engelleme, hastalıklar ortaya çıkmadan iyilik halini sürdürebilme ve sağlığı iyileştirme kabiliyeti “öz bakım” olarak tanımlanır. DSÖ' nün tanımına göre öz bakım, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığını iyileştirmek, hastalıkları önlemek, hastalıkları sınırlandırmak ve sağlığa kavuşturmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetleri ifade eder. Bu faaliyetler, sağlık profesyonelleri ve hasta/hasta yakınları tarafından ortaklaşa bir çaba ile iş birliği içinde sürdürülmelidir [102].

Sağlığı geliştirme ve hastalıktan korunmada, birey tarafından yapılması gereken bütün öz bakım eylemleri öz bakım gereksinimlerinin tümüdür. Öz bakım gereksinimleri; evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri olarak üç boyutta incelenmektedir. Evrensel öz bakım gereksinimleri bireyin günlük yaşam aktivitelerinden oluşan yeterli hava, su, besin alımının sürdürülmesi, boşaltım işlevinin sağlanması, aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanması, yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi, bireyin yaşamı, işlevselliği, iyilik durumuna yönelik risklerin önlenmesi ile ilgili temel istek ve gereksinimleridir. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri kişinin büyüme ve gelişme aşamalarındaki gereksinimlerdir. Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri ise hastalığa bağlı ortaya çıkan yeni gereksinimler nedeniyle karşılanamayan evrensel ve gelişimsel öz bakım gereksinimleridir [103]. Özbakım gereksinimleri; ‘sağlık okuryazarlığı’, ‘özfarkındalık’, ‘orta şiddette fiziksel aktivite’, ‘sağlıklı beslenme’, ‘riskten kaçınma ve riski azaltma’, ‘sağlık bilgisi’, ‘ürünlerin, hizmetlerin ve ilaçların akılcı ve sorumlu kullanımı’ gibi birçok alanı kapsamaktadır [104]. Bireyin öz bakım gereksinimini etkileyen faktörler olarak; yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, yaşam şekli, sağlık bakım sistemi, ailesel ve sosyokültürel özellikler, kaynakların bulunabilirliği, çevresel durum olmak

üzere on faktörden oluşmaktadır [105]. Etkili kontrol ile yönetimi sağlanan, ömür boyu bakım ve takip gerektiren diyabet; diyet, egzersiz, kan glukoz takibi ve ilaç yönetimi gibi öz bakım davranışlarını kapsayan komplike ve kronik bir hastalıktır. Kronik hastalıklarda öz bakımın yeterli düzeyde sağlanması hastaneye yatışın ve tedavi maliyetinin azalmasında, yaşam kalitesinin artmasında ve hayatta kalım süresinin uzamasında önemli basamakları oluşturmaktadır. İnsanlar kendi bakımlarını yapabilmek için yeterli kişisel, çevresel, sosyoekonomik güce sahip olmalıdır. Yeterli gücün olması bireyde öz bakım yeterliliğini artırmaktadır [106]. Diyabetli hastalarda, kan glukoz seviyesinin kontrol altına alınmasında bireyin öz-bakım aktiviteleri önemli role sahiptir. De Weerd ve arkadaşları diyabette öz bakımı; kan şekerinin kendi kendine izlenmesi (SMBG), beslenmenin günlük ihtiyaçlara göre değişmesi, insülin dozunun ihtiyaca göre ayarlanması ve düzenli egzersiz yapmanın bir bileşimi olarak tanımlamışlardır. Herschbach ve ark. göre ise öz bakım, yalnızca bu etkinlikleri tamamlamayı değil, aynı zamanda aralarındaki ilişkileri de göz önünde bulundurmaya ve gerektiğinde günlük planda uygun değişiklikleri uygulamaya da kapsamaktadır. Rubin ve ark. öz bakımı gerçekleştirmek için hasta kişinin fiziksel beceriler, bilişsel işlevler ve psikolojik faktörlerin öz bakımı nasıl etkilediğine dair bir farkındalığa ihtiyaç duyduğunu iddia etmektedir. Hernandez, Paterson ve Thorne'nın ayrı ayrı yaptığı çalışmalarda ise diyabet öz bakımında gelişmenin kişinin kendi vücudunu, hastalığını ve yaşam tarzını tanımasının bir sonucu olduğunu belirtmişlerdir. Diyabetli hastanın bakımının yaklaşık %90'ından fazlası bireyin kendisi tarafından karşılanmaktadır. Bireyin öz-bakım sorumluluğunu yerine getirerek, hastalığı ile ilgili yeterli bilgi, beceri kazanarak hastalığının yönetimini üstlenmesi gerektiği vurgulanmıştır [107].

Ek olarak, daha aktif ve etkin kendi kendine bakımın genellikle daha iyi metabolik kontrol, daha yüksek yaşam kalitesi ve daha düşük tedavi maliyetleri ile sonuçlandığı belirtilmektedir [108]. Öz bakıma bağlılığın her zaman iyi bir metabolik kontrole sahip olmayı sağlamadığı, ancak öz bakım ihmalinin zayıf metabolik kontrole neden olduğu bulunmuştur [109].

Diyabet yönetimi ve kontrolünde diyabetli bireyin etkin öz yönetimi daha iyi metabolik kontrolün sağlanmasında, komplikasyon oluşumunun veya ilerlemesinin önüne geçilmesinde, yaşam kalitesinin artmasında önemlidir. Diyabet yönetimi; tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, kendi kendine izlem, medikal tedavi (oral

antidiyabetik/insülin) ve eğitim alt başlıklarından oluşmaktadır. Gelişen teknoloji ile diyabetin komplikasyonları ve kalıcı hasarları önlenmekte fakat öz-bakımı yönetimi komplike olmaktadır. Diyabetle birlikte kalp hastalığı, retinopati veya depresyon gibi hastalıkların görülmesi nedeniyle öz-bakım daha zor başarılan bir durum olabilmektedir. Bu durum, diyet kısıtlaması ve birçok ilacın bir arada kullanılmasının yanı sıra hastayı diğer hastalıklarıyla uğraşmak zorunda bırakabilir [103]. Öz bakımla ilgili karar verme karmaşık bir süreçtir. Öz bakıma karar vermenin doğasının daha iyi anlaşılması, sağlık profesyonellerinin hastalarına öz bakımı nasıl daha iyi öğrenecekleri ve öz bakımın nasıl başarısız olduğu ve bunu nasıl geliştireceklerini anlamalarına yardımcı olmaları gerekir [110].

Diyabetli bireye özgü tedavi ve bakım gereksiniminin olması eğitilmiş diyabet hemşirelerin önemini açığa çıkarmıştır. American Association of Diabetes Educator (AADE)

'in yaptığı diyabet hemşiresi tanımına göre; bireyin bakım ve tedavisi için gereksinim duyduğu ihtiyaçları planlayan, tanımlayan, hemşirelik bakım kararlarını veren, uygulayan ve değerlendiren, takip eden, birey ve ailesi ile sürekli etkileşim halinde olan uzman sağlık profesyoneli. Bu hemşirelik girişimleri kapsamında diyabetli bireyin öz bakım becerilerinin geliştirilmesinde, eğitici, rehberlik ve danışmanlık rolleri kullanarak bireyin öz yönetimi ve bakımında etkin olarak yer alacaklardır [111].

## **2.5. Diyabet Hastalarında Psikososyal Uyum ve Öz Bakımda Hemşirenin Rolü**

Günümüzde diyabet görülme sıklığı ve yarattığı komplikasyonlar nedeniyle dünyada ve ülkemizde küresel bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Diabetes mellitus endokrin sisteme ait bir hastalık olmakla beraber bireyin yaşam alanlarını etkileyen psikolojik ve psikososyal boyutları kapsayan komplike bir durumdur. Diyabet; uzun süre kontrol gücü, komplikasyon gelişimi gibi uyum bozukluklarının en sık eşlik ettiği hastalıklardandır. Diyabet yönetiminde “bütüncül bakım” ve “interdisipliner ekip yaklaşımı” oldukça önemlidir. Bu nedenle bireye özgü hasta merkezli ve o bütünü anlamaya odaklanan holistik bakım anlayışı savunulmaktadır. Bütüncül bakım sürecinde diyabetliler psikososyal açıdan bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Diyabet bireylerde fiziksel, ruhsal, duygusal, cinsel ve sosyal ilişkilerde negatif etkilenmelere neden olmaktadır. Kan şekerinin düzenlenmesinde tıbbi tedaviye ek olarak bireyin

psikososyal düzeyleri önemli faktör olarak ele alınmalıdır. Emosyonel tepkiler, uyum güçlükleri ve depresyon özellikle diyabetli bireylerde sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında yer almaktadır [100]. Bireylerde psikososyal uyum sorunları yaşanabileceği gibi, hastalığa psikososyal uyum sağlanamaması yetersiz bakım davranışlarına neden olmaktadır. Diyabet yaşam boyu tedavi ve bakım gerektirdiği için hastaların diyabet yönetiminde tedaviye uyumu ve bireysel davranışları oldukça önemlidir [103]. Diyabetli bireyin eğitimi ve bakımında sağlık profesyonelleri arasında en etkili ve önemli meslek grubu hemşirelerdir. Hemşire; rehber, danışman, eğitici, karar verici, yönetici, araştırmacı ve bakım verici rollerini kullanan, hastalığın seyrinde, yönetilmesinde birçok görev ve sorumlulukları olan sağlık profesyonelidir. Diyabet eğitiminde hemşirelerin amacı; rehberlik ve danışmanlık rollerini kullanarak diyabetli bireylere ve ailelerine diyabetin etkin yönetilmesi hakkında temel bilgilerin aktarılması ve bakım becerilerinin kazandırılmasıdır. Diyabet hastalarında hastalığa psikososyal uyum düzeyinin bilinmesi, hastalığın etkin yönetiminin sağlanarak, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesinde hemşireye yol gösterici olacaktır [96,112]. ANA' ya göre diyabet hemşiresinin görev tanımı 'diyabetlinin diyabet bakımını ve eğitimini değerlendirerek hemşirelik tanımlarını belirlemek, uygun girişimleri planlamak, uygulamak ve değerlendirmek amacıyla bireyi, aileyi ve toplumu kapsar' olarak ifade etmektedir [23]. Avrupa Hemşireler Derneği'nin tanımında ise diyabet hemşiresi 'eğitici, danışman, yönetici, araştırmacı, iletişim ve değişim rollerine sahip olan, ileri düzeyde bilgi ve beceriye sahip klinik hemşiredir [113].

Diyabet tanılı bireye ve bireyin ailesine hastalığın seyrinin etkin yönetilmesi için sağlık profesyonelleri tarafından diyabetin oluşum sebebini, tedavi yöntemlerini, kan şekeri takibini, beslenme ve egzersizin önemini, ani kan glukoz değişimlerini bilme ve farketme, insülin ve ilaç kullanımı gibi birçok konuda destek sağlanmalıdır. Diyabetli birey ve ailesinin eğitiminde ilk sırada onların neler bildiğini tespit etmek yer almaktadır. Bu tespit sayesinde doğru olmayan bilgilerin doğrulanması, doğru olan bilgilerin tekrarı, yeni bilgilerin öğrenilmesinin farkındalığı ve bireyin kendi bakımına katılması sağlanır [20]. Diyabet bakımı %98 oranında öz bakım davranışlarından oluşmaktadır. Bu nedenle birey kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında bilgiye ve pozitif tutumlara gereksinim duymaktadır. Diyabet eğitimi, glisemik kontrolün optimal düzeyde tutulması, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi veya



en aza indirilmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması, iyilik halinin geliştirilmesi, hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin güçlendirilmesi, öz bakım davranışlarının kazandırılması, bireyin hastalığa uyumunun sağlanmasına destek olan bir süreçtir. Hemşireler, diyabet hastalarının ve ailelerinin psikososyal uyum sürecinde en önemli destek sunucularıdır. Hemşirelerin diyabetli bireyin eğitiminde, tedavisinde, izleminde ve bireye öz-bakım davranışlarını kazandırmada önemli sorumlulukları bulunmaktadır [114].



## 3. BÖLÜM

### MATERYAL VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, diyabet hastalarında psikososyal uyumun öz bakıma etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniklerinde yapılmıştır. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin iç hastalıkları ve endokrinoloji poliklinikleri hafta içi her gün 08.30-16.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Her poliklinikte 1 uzman doktor ve 1 tıbbi sekreter ile hasta kabulü yapılmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniklerine diyabet tanısıyla başvuran ve takip edilen hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise Kasım 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniklerine diyabet tanısıyla başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 230 birey oluşturmuştur. Veri toplama aşamasından sonra örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek için araştırmanın verilerinden yola çıkılarak G. Power-3.1.9.2 programıyla çalışmanın gücü hesaplanmıştır. Çalışmada hastalığa psikososyal uyum öz bildirim ölçeği toplam puanı ve diyabet öz bakım ölçeği puanı arasındaki ilişki %95 güven (1- $\alpha$ ) ve  $p=-0.193$  etki büyüklüğü ile çalışmanın gücü %84 olarak bulunmuştur.

#### 3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
- ✓ En az 6 aydır Tip II diyabet tanısı olan,
- ✓ Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,

- ✓ Anket sorularını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu (EK-1), Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (EK-2) ve Diyabet Öz-Bakım Ölçeği (EK-3), kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)**

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan formda hastaların demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, hastalık süresi, ailede diyabet varlığı, ek kronik hastalık varlığı vb) içeren toplam 28 soru yer almaktadır.

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

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), hastalığa psikososyal uyumu ölçen 46 madde ve 7 alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Bu alt boyutlar; sağlık bakımına oryantasyon, mesleki/iş çevresi, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskıdır. 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'nin alt boyutları ve bu alt boyutlardan alınabilecek maksimum puanlar sırasıyla; sağlık bakımına oryantasyon (24), meslek/iş çevresi (18), aile çevresi (24), cinsel ilişkiler (18), geniş aile ilişkileri (15), sosyal çevre (18) ve psikolojik baskı (21)'dir. Ölçeğin tamamından elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasındadır. Ölçekten alınan düşük puanlar "iyi psikososyal uyum", yüksek puanlar ise "kötü psikososyal uyum" anlamına gelmektedir. Ölçekten alınan puan 35'in altında ise iyi psikososyal uyum, 35-51 arasındaki puanlar orta derecede iyi psikososyal uyum, 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyum şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Adaylar [94] tarafından yapılmış olup, ölçeğin geneli için Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin geneli için Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak hesaplanmıştır

### **3.5.3. Diyabet Öz Bakım Ölçeği (EK-3)**

Ölçek, Lee ve Fisher tarafından 2005 yılında tip 2 diyabetli hastaların öz bakım aktivitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2008 yılında Karakurt ve Kaşıkçı tarafından yapılmıştır. Diyabet Öz Bakım Ölçeği (DÖBÖ) 4'lü likert tipi bir ölçek olup 35 maddeden oluşmaktadır. Orijinalinde 6'lü likert tipi olan ölçeğin Türkçe formu uzmanların görüşü ve Lee ve Fisher'in önerileri doğrultusunda 4'lü likert tipine dönüştürülmüştür. 4'lü likert tipine göre ölçeğin kabul edilebilir minimum puanı 92 puan olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 140 olup ölçekten alınan puan arttıkça hastaların öz bakım aktiviteleri gerçekleştirmeleri de olumlu yönde artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.81 bulunmuştur [103]. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.73 olarak belirlenmiştir.

### **3.6. Ön Uygulama**

Hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniklerine diyabet tanısıyla başvuran 10 bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket sorularında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri Kasım 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından gerekli eğitimlerin verildiği sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinden oluşan anketörler tarafından toplanmıştır. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç hastalıkları ve endokrinoloji polikliniklerine diyabet tanısıyla başvuran hastalara anketörler tarafından araştırmanın amacı açıklanmış, hastaların sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Hasta Tanıtım Formu (EK-1), Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (EK-2) ve Diyabet Öz Bakım Ölçeği (EK-3) hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile sakin ve sessiz bir ortamda doldurulmuştur. Formların cevaplanma süresi ortalama 25-30 dakika sürmüştür.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler R (R version 4.2.1 (2022-06-23)) programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama  $\pm$  standart sapma, ortanca (minimum-maksimum) değerleri olarak verilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk Testi, Kolmogorov-Smirnov Testi, çarpıklık ve basıklık değerleri ile incelenmiştir. İkili gruplarda normal dağılım gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t testi, normal dağılım göstermeyen puanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılım gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen puanların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda gruplar arası fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırmalar Dunn-Bonferroni testi ile yapılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Hastalığa psikososyal uyumun diyabet öz bakımına etkisi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlamadan önce Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı (Karar No: 2019/10-09, Sayı: 5070) (EK-4) ve Niğde İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-5) araştırmanın yapılabilmesi için yazılı kurum izni alınarak çalışmaya başlanmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanmış, sözel ve yazılı onamları (EK-6) alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanımı için yazarlardan e-posta aracılığı ile gerekli izinler alınmıştır (EK-7).

## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Diyabet hastalarında psikososyal uyumun öz bakıma etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=230)

Tanıtıcı özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	168	73,0
Erkek	62	27,0
<b>Yaş grupları</b>		
44 yaş ve altı	24	10,5
45-64 yaş	122	53,0
65 yaş ve üzeri	84	36,5
<b>Yaş ortalaması [X±SS]</b>		59,04 ± 11,57
<b>Medeni durum</b>		
Evli	185	80,4
Bekar	45	19,6
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	51	22,2
Okuryazar	10	4,3
İlkokul	112	48,7
Ortaokul	13	5,7
Lise	23	10
Üniversite	21	9,1
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	24	10,4
Hayır	206	89,6
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	148	64,3
Emekli	56	24,3
Memur	8	3,6
İşçi	9	3,9
Çiftçi	6	2,6
Diğer [Esnaf:1, Öğrenci:2]	3	1,3
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	191	83,0
Yok	39	17,0
<b>Gelir durumu</b>		
İyi	22	9,6
Orta	163	70,9
Kötü	45	19,5
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl	128	55,7
İlçe	20	8,7
Kasaba	18	7,8
Köy	64	27,8

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)

<b>Tanıtıcı özellikler</b>		
<b>Yaşadığı kişiler</b>	<b>n=230</b>	<b>%</b>
Yalnız	19	8,3
Eşi	94	40,9
Eşi ve çocukları	98	42,6
Çocukları	12	5,2
Diğer [Anne-Baba:4, Kardeş:2, Torun:1]	7	3,0
<b>Sigara içme durumu</b>		
İçiyor	35	15,2
Hiç içmemiş	179	77,8
Bırakmış	16	7,0
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	7	3,0
Hiç kullanmamış	218	94,8
Bırakmış	5	2,2
<b>TOPLAM</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre bireylerin %73,0’ü kadın, %53,0’ü 45-64 yaş aralığında, %80,4’ü evli, %48,7’si ilköğretim mezunu, %89,6’sı herhangi bir işte çalışmamakta, %64,3’ü ev hanımı, %83,0’ünün sosyal güvencesi bulunmakta, %70,9’unun gelir durumu orta, %55,7’si il merkezinde yaşamakta, %42,6’sı eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Bireylerin %77,8’inin sigarayı, %94,8’inin alkolü hiç kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Hastalık özellikleri</b>		
<b>Tanı Süresi</b>	<b>n=230</b>	<b>%</b>
4 yıl ve altı	53	23,0
5-10 yıl	78	33,9
11 yıl ve üzeri	99	43,1
<b>Diyabet dışında başka kronik hastalık varlığı</b>		
Var	170	73,9
Yok	60	26,1
<b>Diyabet tedavi şekli</b>		
OAD	138	60,0
İnsülin	23	10,0
OAD ve İnsülin	61	26,5
Diğer	8	3,5
<b>Tedaviye uyum durumu</b>		
İyi	129	56,1
Orta	75	32,6
Kötü	26	11,3
<b>Diyete uyum durumu</b>		
Uyan	123	53,5
Uymayan	39	17,0
Kısmen uyan	68	29,5

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (devam)

<b>Diyabet hastalığı nedeniyle sağlık kontrollerine gitme sıklığı</b>		
Ayda 1	29	12,6
2 Ayda 1	12	5,2
3 Ayda 1	79	34,3
6 Ayda 1	35	15,2
Yılda 1	19	8,4
Düzenli Kontrole Gitmiyorum	56	24,3
<b>Egzersiz yapma durumu</b>		
Yapan	73	31,7
Yapmayan	99	43,1
Ara sıra yapan	58	25,2
<b>Evde kan şekeri ölçümü yapma durumu</b>		
Yapan	180	78,3
Yapmayan	50	21,7
<b>Diyabetle ilgili bilgi alma durumu</b>		
Alan	138	60,0
Almayan	92	40,0
<b>Ailede diyabet öyküsü</b>		
Var	157	68,3
Yok	73	31,7
<b>Diyabet hastalığı nedeniyle hastaneye yatma durumu</b>		
Yatan	50	21,7
Yatmayan	180	78,3
<b>Diyabete bağlı kronik komplikasyon gelişme durumu</b>		
Olan	64	27,8
Olmayan	166	72,2
<b>Diyabete bağlı gelişen komplikasyonlar*</b>		
Retinopati	43	18,7
Nefropati	21	9,1
Kardiyovasküler sistem hastalığı	10	4,3
Diyabetik ayak	8	3,5
Diğer [Nöropati:6, SVH:2]	8	3,5
<b>TOPLAM</b>		
	230	100,0

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2'de sunulmaktadır. Bireylerin %43.1'inin diyabet tanı süresinin 11 yıl ve üzerinde olduğu, %73.9'unun diyabet dışında kronik hastalığının bulunduğu, %60.0'minin tedavi şekli olarak OAD kullandığı belirlenmiştir. Bireylerin %56.1'inin tedaviye uyumunu iyi olarak ifade ettiği, %34.3'ünün 3 ayda bir sağlık kontrolüne gittiği, %53.5'inin diyetine uyduğu, %43.1'inin egzersiz yapmadığı, %78.3'ünün evde kan şekeri ölçümü yaptığı, %60.0'minin diyabet eğitimi aldığı, %68.3'ünün ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %78.3'ünün diyabet hastalığı nedeniyle hastaneye yatmadığı, %72.2'sinde diyabet bağlı kronik komplikasyon gelişmediği ve bireylerin %18.7'sinde retinopati geliştiği saptanmıştır.



Tablo 4.3. Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim ve Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanları İle Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı

Ölçekler	Ortalama ± SS	Ortanca (min.- maks.)
<b>Diyabet Öz Bakım Ölçeği</b>	<b>87.05 ± 11.89</b>	<b>87 (50 - 115)</b>
<b>Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği</b>		
Sağlık bakımına uyum	6.66 ± 4.22	6 (0 - 22)
Mesleki çevre	5.80 ± 3.67	5 (0 - 17)
Aile çevresi	4.67 ± 4.58	3 (0 - 18)
Cinsel ilişkiler	5.14 ± 5.31	4 (0 - 18)
Geniş aile ilişkileri	2.62 ± 3.24	1 (0 - 13)
Sosyal çevre	5.33 ± 5.73	3 (0 - 18)
Psikolojik baskı	9.91 ± 2.00	10 (4 - 18)
Toplam puan	39.32 ± 18.62	36 (12 - 106)
<b>Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İyi uyum (<35 puan)	110	47.8
Orta uyum (35-51 puan)	70	30.4
Kötü Uyum (>51 puan)	50	21.7

Tablo 4.3’de bireylerin hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ve diyabet öz bakım ölçeği puanları ile hastalığa psikososyal uyum düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puan ortalaması 87.05±11.89 olarak hesaplanmıştır. Bireylerin hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği alt boyut puan ortalamaları sağlık bakımına uyum 6.66±4.22, mesleki çevre 5.80±3.67, aile çevresi 4.67±4.58, cinsel ilişkiler 5.14±5.31, geniş aile ilişkileri 2.62±3.24, sosyal çevre 5.33±5.73, psikolojik alan 9.91±2.00 ve ölçek toplam puan ortalaması 39.32±18.62 olarak belirlenmiştir. Bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde %47.8’inin uyum düzeyinin iyi, %30.4’ünün uyum düzeyinin orta ve %21.7’sinin uyum düzeyinin kötü olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>				
<b>Cinsiyet</b>	<b>Diyabet Öz Bakım Ölçeği</b>		<b>Test İstatistiği</b>	<b>P</b>
Kadın	Ortalama ± SS	87.20 ± 11.92	t= 0.315	0.753
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (55.00 - 115.00)		
Erkek	Ortalama ± SS	86.65 ± 11.91		
	Ortanca (Min - Maks)	85.50 (50.00 - 111.00)		
<b>Yaş grupları</b>				
44 yaş ve altı	Ortalama + SS	89.33 ± 13.98	F= 0.642	0.527
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (57.00 - 115.00)		
45-64 yaş	Ortalama + SS	87.16 ± 12.29		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 115.00)		
65 yaş ve üzeri	Ortalama + SS	86.24 ± 10.66		
	Ortanca (Min - Maks)	86.00 (57.00 - 109.00)		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	Ortalama ± SS	87.10 ± 12.07	t= 0.130	0.896
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 115.00)		
Bekar	Ortalama ± SS	86.84 ± 11.26		
	Ortanca (Min - Maks)	85.00 (61.00 - 111.00)		
<b>Eğitim durumu</b>				
Okuryazar değil	Ortalama + SS	86.98 ± 10.86	$\chi^2 = 8.615$	0.125
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (57.00 - 110.00)		
Okuryazar	Ortalama + SS	86.20 ± 12.39		
	Ortanca (Min - Maks)	81.00 (69.00 - 109.00)		
İlkokul mezunu	Ortalama + SS	85.19 ± 12.23		
	Ortanca (Min - Maks)	85.50 (50.00 - 115.00)		
Ortaokul mezunu	Ortalama + SS	93.62 ± 11.57		
	Ortanca (Min - Maks)	91.00 (77.00 - 115.00)		
Lise mezunu	Ortalama + SS	89.48 ± 10.27		
	Ortanca (Min - Maks)	90.00 (70.00 - 104.00)		
Üniversite mezunu	Ortalama + SS	90.86 ± 12.61		
	Ortanca (Min - Maks)	93.00 (67.00 - 111.00)		
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışan	Ortalama ± SS	86.54 ± 12.29	t= 2361.5	0.721
	Ortanca (Min - Maks)	86.00 (67.00 - 111.00)		
Çalışmayan	Ortalama ± SS	87.11 ± 11.87		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 115.00)		
<b>Meslek</b>				
Emekli	Ortalama + SS	88.57 ± 12.36	F=0.699	0.498
	Ortanca (Min - Maks)	89.5 (50 - 111)		
Diğer	Ortalama + SS	85.62 ± 11.22		
	Ortanca (Min - Maks)	83.5 (67 - 111)		
Ev hanımı	Ortalama + SS	86.73 ± 11.85		
	Ortanca (Min - Maks)	87 (55 - 115)		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	Ortalama ± SS	87.74 ± 12.24	t= 1.963	0.051
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 115.00)		
Yok	Ortalama ± SS	83.67 ± 9.44		
	Ortanca (Min - Maks)	85.00 (55.00 - 101.00)		

Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Tanıtıcı Özellikler	Diyabet Öz Bakım Ölçeği	Test İstatistiği	P	
<b>Gelir durumu</b>				
İyi	Ortalama + SS	90.05 ± 9.44	F= 2.610	0.076
	Ortanca (Min - Maks)	88.50 (74.00 - 111.00)		
Orta	Ortalama + SS	87.56 ± 11.82		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 115.00)		
Kötü	Ortalama + SS	83.76 ± 12.74		
	Ortanca (Min - Maks)	85.00 (55.00 - 111.00)		
<b>Yaşadığı yer</b>				
İl	Ortalama + SS	88.57 ± 12.67	F=2.608	0.052
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (50.00 - 115.00)		
İlçe	Ortalama + SS	89.00 ± 10.43		
	Ortanca (Min - Maks)	89.00 (72.00 - 111.00)		
Kasaba	Ortalama + SS	85.67 ± 9.08		
	Ortanca (Min - Maks)	84.50 (72.00 - 111.00)		
Köy	Ortalama + SS	83.80 ± 10.86		
	Ortanca (Min - Maks)	85.00 (55.00 - 103.00)		
<b>Yaşadığı kişiler</b>				
Yalnız	Ortalama + SS	87.21 ± 13.25	$\chi^2 = 1.445$	0.836
	Ortanca (Min - Maks)	85.00 (61.00 - 111.00)		
Eş ile	Ortalama + SS	87.07 ± 11.73		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (59.00 - 115.00)		
Diğer (Anne. Baba. Kardeş. Torun)	Ortalama + SS	91.43 ± 12.77		
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (79.00 - 110.00)		
Eşi ve çocukları ile	Ortalama + SS	87.03 ± 12.17		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 115.00)		
Çocukları ile	Ortalama + SS	84.25 ± 8.82		
	Ortanca (Min - Maks)	84.00 (69.00 - 101.00)		

t: Bağımsız Örnekler t Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi; U: Mann Whitney U Testi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.4'de bireylerin tanıtıcı özelliklere göre diyabet öz bakım ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların. 44 yaş ve altındaki bireylerin. evlilerin. üniversite mezunlarının. herhangi bir işte çalışmayanların. sosyal güvencesi olanların ve gelir durumu iyi düzeyde olan bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puanlarının yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bireylerin yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişiler ile diyabet öz bakım ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.5. Bireylerin Hastalık Özelliklere Göre Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Diyabet süresi	Diyabet Öz Bakım Ölçeği	Test İstatistiği	P	
4 yıl ve altı	Ortalama + SS	85.11 ± 11.79	F= 1.864 0.158  t= 2.159 <b>0.032</b>  U= 5279 0.687  F= 0.419 0.660  U= 5584 <b>0.009</b>  U= 6540.5 <b>0.007</b>  F= 2.166 0.059   χ <sup>2</sup> = 36.715 <b>&lt;0.001</b>	
	Ortanca (Min - Maks)	85.00 (55.00 - 107.00)		
5-10 yıl	Ortalama + SS	86.26 ± 11.42		
	Ortanca (Min - Maks)	86.00 (57.00 - 115.00)		
11 yıl ve üzeri	Ortalama + SS	88.72 ± 12.20		
	Ortanca (Min - Maks)	89.00 (50.00 - 115.00)		
<b>Ailede diyabet öyküsü</b>				
Var	Ortalama ± SS	88.20 ± 12.14		
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (50.00 - 115.00)		
Yok	Ortalama ± SS	84.59 ± 11.02		
	Ortanca (Min - Maks)	85.00 (61.00 - 111.00)		
<b>Başka kronik hastalık varlığı</b>				
Var	Ortalama ± SS	87.21 ± 11.90		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (55.00 - 115.00)		
Yok	Ortalama ± SS	86.60 ± 11.96		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 115.00)		
<b>Tedaviye uyum durumu</b>				
İyi	Ortalama + SS	86.95 ± 10.00		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (64.00 - 111.00)		
Orta	Ortalama + SS	86.44 ± 13.98		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (55.00 - 115.00)		
Kötü	Ortalama + SS	89.35 ± 14.07		
	Ortanca (Min - Maks)	89.50 (50.00 - 111.00)		
<b>Diyabet nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumu</b>				
Yatan	Ortalama ± SS	91.20 ± 11.55		
	Ortanca (Min - Maks)	89.00 (61.00 - 115.00)		
Yatmayan	Ortalama ± SS	85.90 ± 11.76		
	Ortanca (Min - Maks)	86.00 (50.00 - 115.00)		
<b>Diyabet bağlı kronik komplikasyon gelişme durumu</b>				
Olan	Ortalama ± SS	90.47 ± 11.82		
	Ortanca (Min - Maks)	89.50 (61.00 - 115.00)		
Olmayan	Ortalama ± SS	85.73 ± 11.69		
	Ortanca (Min - Maks)	86.00 (50.00 - 115.00)		
<b>Diyabet nedeniyle sağlık kontrollerine gitme sıklığı</b>				
Ayda 1	Ortalama + SS	90.69 ± 11.74		
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (61.00 - 115.00)		
2 ayda 1	Ortalama + SS	90.83 ± 10.97		
	Ortanca (Min - Maks)	89.00 (76.00 - 111.00)		
3 ayda 1	Ortalama + SS	88.67 ± 11.17		
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (61.00 - 115.00)		
6 ayda 1	Ortalama + SS	84.17 ± 11.05		
	Ortanca (Min - Maks)	84.00 (57.00 - 107.00)		
Yılda 1	Ortalama + SS	85.53 ± 9.20		
	Ortanca (Min - Maks)	83.00 (67.00 - 103.00)		
Düzenli kontrole gitmiyorum	Ortalama + SS	84.39 ± 13.68		
	Ortanca (Min - Maks)	87.00 (50.00 - 111.00)		
<b>Diyete uyum durumu</b>				
Uyan	Ortalama + SS	91.20 ± 10.20		
	Ortanca (Min - Maks)	90.00 (64.00 - 115.00) a		
Uymayan	Ortalama + SS	79.31 ± 13.60		
	Ortanca (Min - Maks)	81.00 (50.00 - 111.00) b		
Kısmen uyan	Ortalama + SS	84.00 ± 10.64		
	Ortanca (Min - Maks)	81.00 (57.00 - 109.00) b		

t: Bağımsız Örnekler t Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi; U: Mann Whitney U Testi; χ<sup>2</sup>: Kruskal Wallis Testi; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.5. Bireylerin Hastalık Özelliklere Göre Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Hastalık Özellikleri	Diyabet Öz Bakım Ölçeği	Test İstatistiği	P	
<b>Egzersiz yapma durumu</b>				
Yapan	Ortalama + SS	92.64 ± 11.06	$\chi^2= 25.249$	
	Ortanca (Min - Maks)	92.00 (69.00 - 115.00) a		
Yapmayan	Ortalama + SS	83.20 ± 11.68		
	Ortanca (Min - Maks)	83.00 (50.00 - 106.00) b		
Ara ara yapan	Ortalama + SS	86.59 ± 10.63		
	Ortanca (Min - Maks)	87.50 (59.00 - 111.00) b		
<b>Evde kan şekeri ölçümü yapma durumu</b>				
Yapan	Ortalama ± SS	88.32 ± 12.08	t= 3.118	
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (50.00 - 115.00)		
Yapmayan	Ortalama ± SS	82.50 ± 10.02		
	Ortanca (Min - Maks)	81.00 (57.00 - 111.00)		
<b>Diyabetle ilgili bilgi alma durumu</b>				
Alan	Ortalama ± SS	88.46 ± 11.03		U= 7273.5
	Ortanca (Min - Maks)	88.00 (57.00 - 115.00)		
Almayan	Ortalama ± SS	84.93 ± 12.84		
	Ortanca (Min - Maks)	85.50 (50.00 - 115.00)		

t: Bağımsız Örnekler t Testi; F: Tek Yönlü Varyans Analizi; U: Mann Whitney U Testi;  $\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.5'te bireylerin hastalık özelliklere göre diyabet öz bakım ölçeği puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Aile diyabet öyküsü olan bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puanlarının ailede diyabet öyküsü olmayanlara göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Diyabet nedeniyle daha önce hastaneye yatan bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puanlarının hastaneye yatmayanlara göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Diyabet nedeniyle kronik komplikasyon gelişen bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Diyetine uyan bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Düzenli egzersiz yaptığını belirten bireylerin diyabet öz bakım ölçeği puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Evde kan şekeri ölçümü yapan bireylerin yapmayanlara göre diyabet öz bakım ölçeği puanlarının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Bireylerin diyabet süresi, başka kronik hastalık varlığı, tedaviye uyum durumu, diyabet nedeniyle sağlık kontrollerine gitme sıklığı ve diyabetle ilgili bilgi alma durumu ile diyabet öz bakım ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.6. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği							Toplam Med (Min-Max)
		Sağlık bakımına oryantasyon Med (Min-Max)	Mesleki çevre Med (Min-Max)	Aile çevresi Med (Min-Max)	Cinsel ilişkiler Med (Min-Max)	Geniş aile ilişkileri Med (Min-Max)	Sosyal çevre Med (Min-Max)	Psikolojik baskı Med (Min-Max)	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	168	6.00 (0.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	4.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-18.00)	2.00 (0.00-12.00)	4.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-15.00)	37.50 (14.00-106.0)
Erkek	62	5.00 (0.00-22.00)	4.50 (0.00-13.00)	1.00 (0.00-18.00)	1.50 (0.00-16.00)	0.00 (0.00-13.00)	1.50 (0.00-18.00)	9.00 (7.00-18.00)	28.00 (12.00-94.00)
Test		5964.500 <sup>2</sup>	5721.000 <sup>2</sup>	7183.500 <sup>2</sup>	4864.500 <sup>2</sup>	6427.500 <sup>2</sup>	6056.500 <sup>2</sup>	5539.000 <sup>2</sup>	6621.500
<b>P</b>		0.090	0.251	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.028</b>	<b>0.005</b>	0.053	0.452	<b>0.002</b>
<b>Yaş grupları</b>									
44 yaş ve altı	24	6.50 (3.00-17.00)	5.00 (0.00-15.00)	2.00 (0.00-11.00)	0.00 (0.00-11.00) <sup>a</sup>	1.50 (0.00-10.00)	0.00 (0.00-14.00) <sup>a</sup>	10.00 (7.00-15.00) <sup>a</sup>	29.00 (14.00-66.00)
45-64 yaş	122	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (1.00-14.00)	3.00 (0.00-18.00)	3.00 (0.00-16.00) <sup>b</sup>	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	10.00 (4.00-18.00) <sup>a</sup>	34.00 (14.00-96.00)
65 yaş ve üzeri	84	5.50 (0.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	4.00 (0.00-18.00)	8.00 (0.00-18.00) <sup>c</sup>	1.50 (0.00-12.00)	6.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	9.00 (5.00-15.00) <sup>b</sup>	38.00 (12.00-106.0)
Test		1.257 <sup>4</sup>	0.338 <sup>4</sup>	1.363 <sup>4</sup>	18.120 <sup>4</sup>	0.307 <sup>4</sup>	10.730 <sup>4</sup>	10.624 <sup>4</sup>	3.008 <sup>4</sup>
<b>P</b>		0.533	0.844	0.506	<b>&lt;0.001</b>	0.858	<b>0.005</b>	<b>0.005</b>	0.222
<b>Medeni durum</b>									
Evli	185	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-18.00)	35.00 (12.00-106.0)
Bekar	45	7.00 (0.00-19.00)	7.00 (1.00-15.00)	3.00 (0.00-17.00)	0.00 (0.00-14.00)	3.00 (0.00-12.00)	6.00 (0.00-18.00)	9.00 (5.00-15.00)	36.00 (14.00-96.00)
Test		3585.500 <sup>2</sup>	3483.500 <sup>2</sup>	3601.000 <sup>2</sup>	1069.000 <sup>2</sup>	3296.000 <sup>2</sup>	3547.000 <sup>2</sup>	4860.000 <sup>2</sup>	4139.000 <sup>2</sup>
<b>P</b>		0.148	0.089	0.158	0.135	<b>0.025</b>	0.116	0.076	0.954
<b>Çalışma durumu</b>									
Çalışan	24	5.00 (0.00-13.00)	4.00 (0.00-12.00)	0.50 (0.00-10.00)	0.00 (0.00-14.00)	0.00 (0.00-11.00)	0.00 (0.00-15.00)	10.00 (7.00-15.00)	26.00 (12.00-62.00)
Çalışmayan	206	6.00 (0.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-18.00)	2.00 (0.00-13.00)	4.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-18.00)	36.50 (14.00-106.0)
Test		2078.5 <sup>2</sup>	1857.5 <sup>2</sup>	1317.5 <sup>2</sup>	1418 <sup>2</sup>	1791 <sup>2</sup>	1613.5 <sup>2</sup>	2776 <sup>2</sup>	1507.5 <sup>2</sup>
<b>P</b>		0.201	<b>0.046</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.024</b>	<b>0.022</b>	<b>0.004</b>	0.316	<b>0.002</b>

1 Bağımsız Örnekler t Testi; 2Mann Whitney U Testi; 3Tek Yönlü Varyans Analizi; 4Kruskal Wallis Testi; a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Tablo 4.6. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler	n	Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği							Toplam Med (Min-Max)
		Sağlık bakımına oryantasyon Med (Min-Max)	Mesleki çevre Med (Min-Max)	Aile çevresi Med (Min-Max)	Cinsel ilişkiler Med (Min-Max)	Geniş aile ilişkileri Med (Min-Max)	Sosyal çevre Med (Min-Max)	Psikolojik baskı Med (Min-Max)	
<b>Eğitim Durumu</b>									
Okuryazar Değil	51	6.00 (0.00-21.00)	5.00 (0.00-14.00)	5.00 (0.00-15.00) <sup>a</sup>	5.00 (0.00-15.00) <sup>abc</sup>	2.00 (0.00-11.00)	8.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	9.00 (5.00-14.00)	42.00 (17.00-97.00) <sup>a</sup>
Okuryazar	10	8.50 (4.00-21.00)	6.50 (5.00-13.00)	8.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	10.50 (0.00-14.00) <sup>a</sup>	3.50 (0.00-12.00)	10.00 (0.00-17.00) <sup>ab</sup>	9.50 (7.00-12.00)	54.00 (23.00-96.00) <sup>a</sup>
İlkokul Mezunu	112	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (1.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00) <sup>ab</sup>	5.00 (0.00-18.00) <sup>ab</sup>	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00) <sup>bc</sup>	10.00 (4.00-18.00)	36.00 (12.00-106.0) <sup>ab</sup>
Ortaokul Mezunu	13	5.00 (0.00-9.00)	7.00 (1.00-12.00)	4.00 (0.00-13.00) <sup>ab</sup>	1.00 (0.00-5.00) <sup>bc</sup>	1.00 (0.00-9.00)	1.00 (0.00-16.00) <sup>abc</sup>	9.00 (8.00-13.00)	33.00 (20.00-62.00) <sup>ab</sup>
Lise Mezunu	23	5.00 (1.00-15.00)	5.00 (0.00-12.00)	0.00 (0.00-9.00) <sup>c</sup>	4.00 (0.00-14.00) <sup>abc</sup>	0.00 (0.00-10.00)	0.00 (0.00-18.00) <sup>c</sup>	10.00 (7.00-14.00)	28.00 (14.00-70.00) <sup>b</sup>
Üniversite Mezunu	21	5.00 (0.00-17.00)	6.00 (0.00-15.00)	2.00 (0.00-11.00) <sup>bc</sup>	0.00 (0.00-12.00) <sup>c</sup>	1.00 (0.00-7.00)	0.00 (0.00-8.00) <sup>c</sup>	10.00 (8.00-15.00)	27.00 (16.00-66.00) <sup>b</sup>
Test		8.027 <sup>4</sup>	5.033 <sup>4</sup>	20.605 <sup>4</sup>	14.55 <sup>4</sup>	10.924 <sup>4</sup>	27.619 <sup>4</sup>	1.902 <sup>4</sup>	19.025 <sup>4</sup>
<b>P</b>		0.155	0.412	<b>0.001</b>	<b>0.012</b>	0.053	<b>&lt;0.001</b>	0.862	<b>0.002</b>
<b>Meslek</b>									
Ev Hanımı	148	6.00 (0.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	4.50 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	6.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	2.00 (0.00-12.00) <sup>b</sup>	5.50 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	9.00 (4.00-15.00)	38.00 (14.00-106.0) <sup>b</sup>
Emekli	56	5.00 (1.00-22.00)	5.00 (0.00-13.00)	1.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	3.00 (0.00-16.00) <sup>ab</sup>	0.00 (0.00-13.00) <sup>a</sup>	1.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	10.00 (8.00-15.00)	30.00 (13.00-94.00) <sup>a</sup>
Diğer	26	6.50 (0.00-17.00)	4.50 (0.00-15.00)	1.00 (0.00-11.00) <sup>a</sup>	0.00 (0.00-12.00) <sup>a</sup>	0.00 (0.00-11.00) <sup>ab</sup>	0.50 (0.0015.0-0) <sup>a</sup>	10.00 (7.00-18.00)	27.00 (12.00-66.00) <sup>a</sup>
Test		4.280 <sup>4</sup>	2.038 <sup>4</sup>	22.917 <sup>4</sup>	11.466 <sup>4</sup>	7.492 <sup>4</sup>	15.778 <sup>4</sup>	1.257 <sup>4</sup>	14.773 <sup>4</sup>
<b>P</b>		0.118	0.361	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.003</b>	<b>0.024</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.533	<b>0.001</b>
<b>Sosyal güvence</b>									
Var	191	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	4.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-18.00)	34.00 (12.00-106.0)
Yok	39	7.00 (3.00-17.00)	5.00 (1.00-15.00)	7.00 (0.00-16.00)	3.50 (0.00-15.00)	3.00 (0.00-12.00)	10.00 (0.00-18.00)	10.00 (7.00-13.00)	45.00 (14.00-81.00)
Test		2912.500 <sup>2</sup>	3660.500 <sup>2</sup>	2617.000 <sup>2</sup>	2975.500 <sup>2</sup>	3041.000 <sup>2</sup>	2308.500 <sup>2</sup>	3891.000 <sup>2</sup>	2624.500 <sup>2</sup>
<b>P</b>		<b>0.031</b>	0.866	<b>0.003</b>	0.654	0.062	<b>&lt;0.001</b>	0.655	<b>0.004</b>

1Bağımsız Örnekler t Testi; 2Mann Whitney U Testi; 3Tek Yönlü Varyans Analizi; 4Kruskal Wallis Testi; a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Tablo 4.6. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması(devam)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği									
Özellikler	n	Sağlık bakımına oryantasyon Med (Min-Max)	Mesleki çevre Med (Min-Max)	Aile çevresi Med (Min-Max)	Cinsel ilişkiler Med (Min-Max)	Geniş aile ilişkileri Med (Min-Max)	Sosyal çevre Med (Min-Max)	Psikolojik baskı Med (Min-Max)	Toplam Med (Min-Max)
<b>Gelir durumu</b>									
İyi	22	4.50 (1.00-13.00) <sup>a</sup>	2.50 (0.00-14.00) <sup>a</sup>	2.00 (0.00-11.00) <sup>a</sup>	5.00 (0.00-14.00)	0.00 (0.00-7.00) <sup>a</sup>	0.00 (0.00-12.00) <sup>a</sup>	10.00 (8.00-14.00)	26.50 (13.00-70.00) <sup>a</sup>
Orta	163	6.00 (0.00-22.00) <sup>a</sup>	5.00 (0.00-15.00) <sup>b</sup>	3.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	4.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-12.00) <sup>a</sup>	3.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	10.00 (4.00-15.00)	35.00 (12.00-97.00) <sup>a</sup>
Kötü	45	7.00 (0.00-22.00) <sup>b</sup>	6.00 (1.00-17.00) <sup>b</sup>	5.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	4.00 (0.00-14.00)	3.00 (0.00-13.00) <sup>b</sup>	7.00 (0.00-18.00) <sup>c</sup>	9.00 (6.00-18.00)	47.00 (14.00-106.0) <sup>b</sup>
Test		12.900 <sup>4</sup>	11.171 <sup>4</sup>	13.195 <sup>4</sup>	0.241 <sup>4</sup>	9.798 <sup>4</sup>	20.509 <sup>4</sup>	1.307 <sup>4</sup>	16.417 <sup>4</sup>
<b>P</b>		<b>0.002</b>	<b>0.004</b>	<b>0.001</b>	0.886	<b>0.008</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.520	<b>&lt;0.001</b>
<b>Yaşadığı yer</b>									
İl	128	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-15.00)	2.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	0.50 (0.00-16.00) <sup>a</sup>	1.00 (0.00-13.00) <sup>a</sup>	3.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	10.00 (4.00-15.00)	33.00 (13.00-94.00) <sup>a</sup>
İlçe	20	6.00 (1.00-14.00)	7.00 (0.00-14.00)	2.50 (0.00-15.00) <sup>ab</sup>	8.00 (0.00-13.00) <sup>ab</sup>	3.00 (0.00-11.00) <sup>ab</sup>	3.00 (0.00-18.00) <sup>ab</sup>	10.00 (5.00-13.00)	37.50 (14.00-87.00) <sup>ab</sup>
Kasaba	18	5.00 (2.00-13.00)	5.00 (1.00-14.00)	4.50 (0.00-12.00) <sup>ab</sup>	0.00 (0.00-7.00) <sup>c</sup>	1.00 (0.00-11.00) <sup>ab</sup>	0.50 (0.00-18.00) <sup>ab</sup>	9.00 (7.00-15.00)	30.00 (12.00-62.00) <sup>a</sup>
Köy	64	6.50 (0.00-22.00)	5.00 (1.00-17.00)	5.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	8.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	3.00 (0.00-12.00) <sup>b</sup>	7.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	9.50 (5.00-18.00)	43.00 (14.00-106.0) <sup>b</sup>
Test		4.574 <sup>4</sup>	1.044 <sup>4</sup>	10.287 <sup>4</sup>	26.334 <sup>4</sup>	12.980 <sup>4</sup>	12.094 <sup>4</sup>	5.599 <sup>4</sup>	14.740 <sup>4</sup>
<b>P</b>		0.206	0.791	<b>0.016</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.005</b>	<b>0.007</b>	0.133	<b>0.002</b>
<b>Yaşadığı kişiler</b>									
Yalnız	19	6.00 (0.00-19.00)	5.00 (1.00-13.00)	3.00 (0.00-15.00)	6.00 (0.00-14.00)	2.00 (0.00-11.00)	6.00 (0.00-17.00)	9.00 (5.00-15.00)	37.00 (14.00-96.00)
Eşi	94	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	6.00 (0.00-18.00)	1.50 (0.00-11.00)	4.00 (0.00-18.00)	9.00 (6.00-18.00)	36.00 (13.00-106.0)
Eşi ve çocukları	98	5.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-14.00)	3.00 (0.00-18.00)	3.00 (0.00-16.00)	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-15.00)	35.00 (12.00-94.00)
Çocukları	12	8.00 (0.00-13.00)	7.00 (2.00-12.00)	2.50 (1.00-16.00)	0.00 (0.00-10.00)	2.50 (0.00-10.00)	5.50 (0.00-18.00)	9.50 (5.00-12.00)	38.00 (20.00-61.00)
Diğer	7	8.00 (3.00-17.00)	8.00 (2.00-15.00)	5.00 (0.00-11.00)	0.00 (0.00-0.00)	2.00 (0.00-11.00)	1.00 (0.00-11.00)	10.00 (9.00-13.00)	36.00 (14.00-66.00)
Test		5.479 <sup>4</sup>	4.582 <sup>4</sup>	2.71 <sup>4</sup>	5.781 <sup>4</sup>	3.948 <sup>4</sup>	1.383 <sup>4</sup>	4.69 <sup>4</sup>	0.372 <sup>4</sup>
<b>P</b>		0.242	0.333	0.607	0.216	0.413	0.847	0.321	0.985



Tablo 4.6'da bireylerin tanıtıcı özelliklere göre hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde kadınların hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği aile çevre, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri alt boyut ve ölçek toplam puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

65 yaş ve üzerinde olan bireylerin cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı olarak diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Bekar olan bireylerin geniş aile ilişkileri alt boyut puanlarının evli olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Herhangi bir işte çalışmayan bireylerin mesleki çevre, aile çevre, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre alt boyut ve ölçek toplam puanlarının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Okuryazar olan bireylerin aile çevresi alt boyut puanlarının lise ve üniversite mezunu grubundan, cinsel ilişkileri alt boyut puanların ortaokul ve üniversite mezunu grubundan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Lise ve üniversite mezunlarının sosyal çevre alt boyut ve ölçek toplam puanlarının okuryazar değil ve okuryazar grubundan istatistiksel anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Ev hanımı olan bireylerin aile çevresi, sosyal çevre alt boyut ve ölçek toplam puanlarının diğer gruplardan, geniş aile ilişkileri alt boyut puanının emekli grubundan istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, sosyal çevre alt boyut ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Gelir durumu kötü olan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre alt boyut ve ölçek toplam puanlarının istatistiksel anlamlı olarak

yüksek olduğu, gelir durumu iyi olan bireylerin mesleki çevre alt boyut puanının istatistiksel anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Köyde yaşayanların aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre alt boyut puanlarının il merkezinde yaşayanlardan, cinsel ilişkiler alt boyut ve ölçek toplam puanının kasaba ve il merkezinde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ )



Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	N	Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği							Toplam Med (Min-Max)
		Sağlık bakımına oryantasyon Med (Min-Max)	Mesleki çevre Med (Min-Max)	Aile çevresi Med (Min-Max)	Cinsel ilişkiler Med (Min-Max)	Geniş aile ilişkileri Med (Min-Max)	Sosyal çevre Med (Min-Max)	Psikolojik baskı Med (Min-Max)	
<b>Diyabet Süresi</b>									
4 yıl ve altı	53	6.00 (0.00-21.00)	5.00 (0.00-12.00)	2.00 (0.00-17.00)	0.00 (0.00-12.00) <sup>a</sup>	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (7.00-15.00)	34.00 (13.00-97.00)
5-10 yıl	78	6.00 (0.00-15.00)	5.00 (1.00-15.00)	3.00 (0.00-14.00)	4.50 (0.00-15.00) <sup>b</sup>	1.00 (0.00-11.00)	2.00 (0.00-18.00)	9.00 (5.00-18.00)	33.00 (12.00-70.00)
11 yıl ve üzeri	99	6.00 (0.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	4.00 (0.00-18.00)	6.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	2.00 (0.00-12.00)	5.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-15.00)	38.00 (15.00-106.0)
Test		0.420 <sup>4</sup>	4.126 <sup>4</sup>	3.294 <sup>4</sup>	11.815 <sup>4</sup>	2.280 <sup>4</sup>	4.117 <sup>4</sup>	5.984 <sup>4</sup>	4.369 <sup>4</sup>
<b>P</b>		0.811	0.127	0.193	<b>0.003</b>	0.32	0.128	0.050	0.113
<b>Ailede diyabet öyküsü</b>									
Var	157	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-14.00)	3.00 (0.00-18.00)	3.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-12.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (5.00-15.00)	34.00 (13.00-94.00)
Yok	73	7.00 (1.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	4.00 (0.00-18.00)	6.50 (0.00-15.00)	1.00 (0.00-13.00)	5.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-18.00)	38.00 (12.00-106.0)
Test		4551.000 <sup>2</sup>	5432.500 <sup>2</sup>	5356.500 <sup>2</sup>	3529.000 <sup>2</sup>	5162.000 <sup>2</sup>	5272.500 <sup>2</sup>	5754.000 <sup>2</sup>	4815.000 <sup>2</sup>
<b>P</b>		<b>0.012</b>	0.525	0.424	0.051	0.210	0.319	0.960	0.051
<b>Başka kronik hastalık varlığı</b>									
Var	170	6.00 (0.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	4.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-18.00)	2.00 (0.00-12.00)	4.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-15.00)	38.00 (14.00-106.0)
Yok	60	6.00 (0.00-22.00)	4.00 (0.00-12.00)	2.00 (0.00-18.00)	0.00 (0.00-16.00)	1.00 (0.00-13.00)	1.50 (0.00-18.00)	10.00 (5.00-18.00)	28.00 (12.00-94.00)
Test		5369 <sup>2</sup>	6535 <sup>2</sup>	6286 <sup>2</sup>	4906 <sup>2</sup>	5734.5 <sup>2</sup>	5950.5 <sup>2</sup>	4828.5 <sup>2</sup>	6583 <sup>2</sup>
<b>P</b>		0.543	<b>0.001</b>	<b>0.007</b>	<b>0.002</b>	0.138	0.050	0.533	<b>0.001</b>
<b>Tedaviye uyum durumu</b>									
İyi	129	5.00 (0.00-21.00) <sup>a</sup>	4.00 (0.00-14.00) <sup>a</sup>	2.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	0.00 (0.00-15.00) <sup>a</sup>	1.00 (0.00-11.00)	3.00 (0.00-18.00) <sup>a</sup>	10.00 (4.00-15.00)	30.00 (12.00-97.00) <sup>a</sup>
Orta	75	6.00 (0.00-20.00) <sup>b</sup>	7.00 (0.00-15.00) <sup>b</sup>	4.00 (0.00-16.00) <sup>b</sup>	5.00 (0.00-14.00) <sup>a</sup>	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00) <sup>ab</sup>	9.00 (5.00-18.00)	37.00 (14.00-81.00) <sup>b</sup>
Kötü	26	8.00 (3.00-22.00) <sup>b</sup>	10.00 (1.00-17.00) <sup>c</sup>	7.00 (0.00-18.00) <sup>c</sup>	12.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	3.00 (0.00-12.00)	7.00 (0.00-18.00) <sup>b</sup>	10.00 (6.00-14.00)	52.50 (31.00-106.0) <sup>c</sup>
Test		11.701 <sup>4</sup>	38.737 <sup>4</sup>	18.074 <sup>4</sup>	25.407 <sup>4</sup>	2.042 <sup>4</sup>	10.720 <sup>4</sup>	1.213 <sup>4</sup>	31.809 <sup>4</sup>
<b>P</b>		<b>0.003</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.360	<b>0.005</b>	0.545	<b>&lt;0.001</b>

1Bağımsız Örnekler t Testi; 2Mann Whitney U Testi; 3Tek Yönlü Varyans Analizi; 4Kruskal Wallis Testi; a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği									
Özellikler	N	Sağlık bakımına oryantasyon Med (Min-Max)	Mesleki çevre Med (Min-Max)	Aile çevresi Med (Min-Max)	Cinsel ilişkiler Med (Min-Max)	Geniş aile ilişkileri Med (Min-Max)	Sosyal çevre Med (Min-Max)	Psikolojik baskı Med (Min-Max)	Toplam Med (Min-Max)
<b>Diyabet nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumu</b>									
Yatan	50	5.00 (0.00-14.00)	6.00 (0.00-15.00)	3.50 (0.00-15.00)	5.00 (0.00-14.00)	1.00 (0.00-11.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (7.00-15.00)	36.00 (14.00-87.00)
Yatmayan	180	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	4.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-13.00)	3.50 (0.00-18.00)	9.00 (4.00-18.00)	35.50 (12.00-106.0)
Test		4220.5 <sup>2</sup>	5147.5 <sup>2</sup>	5096.5 <sup>2</sup>	3075 <sup>2</sup>	4574.5 <sup>2</sup>	4280 <sup>2</sup>	5101.5 <sup>2</sup>	4699 <sup>2</sup>
<b>P</b>		0.501	0.119	0.150	0.988	0.854	0.590	0.141	0.633
<b>Diyabete bağlı kronik komplikasyon gelişme durumu</b>									
Olan	64	6.00 (0.00-19.00)	8.00 (2.00-15.00)	6.00 (0.00-16.00)	8.00 (0.00-18.00)	3.00 (0.00-12.00)	6.50 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-15.00)	44.00 (14.00-96.00)
Olmayan	166	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-17.00)	2.00 (0.00-18.00)	4.00 (0.00-16.00)	1.00 (0.00-13.00)	2.00 (0.00-18.00)	9.00 (5.00-18.00)	32.50 (12.00-106.0)
Test		6067 <sup>2</sup>	7795.5 <sup>2</sup>	7289.5 <sup>2</sup>	4338.5 <sup>2</sup>	6824 <sup>2</sup>	6880.5 <sup>2</sup>	5576 <sup>2</sup>	7497 <sup>2</sup>
<b>P</b>		0.094	<0.001	<0.001	0.036	0.001	<0.001	0.553	<0.001
<b>Diyabet nedeniyle sağlık kontrollerine gitme sıklığı</b>									
Ayda 1 kez	29	5.00 (1.00-20.00)	6.00 (1.00-12.00)	5.00 (0.00-17.00)	2.00 (0.00-14.00)	2.00 (0.00-13.00)	4.00 (0.00-17.00)	10.00 (7.00-15.00)	38.00 (14.00-87.00)
2 ayda 1 kez	12	8.00 (0.00-17.00)	8.00 (1.00-14.00)	6.50 (0.00-15.00)	11.00 (0.00-14.00)	3.00 (0.00-7.00)	4.00 (1.00-17.00)	9.50 (5.00-13.00)	46.00 (23.00-80.00)
3 ayda 1 kez	79	5.00 (0.00-21.00)	6.00 (1.00-14.00)	3.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-12.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-18.00)	36.00 (14.00-96.00)
6 ayda 1 kez	35	6.00 (0.00-22.00)	4.00 (1.00-17.00)	2.00 (0.00-18.00)	1.50 (0.00-14.00)	1.00 (0.00-11.00)	3.00 (0.00-18.00)	9.00 (6.00-12.00)	30.00 (14.00-106.0)
Yılda 1 kez	19	6.00 (1.00-13.00)	6.00 (2.00-10.00)	2.00 (0.00-8.00)	0.00 (0.00-12.00)	1.00 (0.00-10.00)	1.00 (0.00-16.00)	10.00 (7.00-14.00)	34.00 (17.00-74.00)
Düzenli kontrole gitmiyorum	56	6.00 (0.00-22.00)	4.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-16.00)	1.00 (0.00-12.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (5.00-15.00)	33.00 (12.00-97.00)
Test		3.406 <sup>4</sup>	7.899 <sup>4</sup>	9.930 <sup>4</sup>	4.862 <sup>4</sup>	3.794 <sup>4</sup>	2.592 <sup>4</sup>	3.741 <sup>4</sup>	6.765 <sup>4</sup>
<b>P</b>		0.638	0.162	0.077	0.433	0.579	0.763	0.587	0.239

1Bağımsız Örnekler t Testi; 2Mann Whitney U Testi; 3Tek Yönlü Varyans Analizi; 4Kruskal Wallis Testi; a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalık Özelliklere Göre Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

		Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği							
Özellikler	N	Sağlık bakımına oryantasyon Med (Min-Max)	Mesleki çevre Med (Min-Max)	Aile çevresi Med (Min-Max)	Cinsel ilişkiler Med (Min-Max)	Geniş aile ilişkileri Med (Min-Max)	Sosyal çevre Med (Min-Max)	Psikolojik baskı Med (Min-Max)	Toplam Med (Min-Max)
<b>Diyete uyum durumu</b>									
Uyan	123	5.00 (0.00-21.00) <sup>a</sup>	6.00 (0.00-14.00)	3.00 (0.00-17.00)	5.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-12.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (5.00-15.00)	34.00 (12.00-97.00)
Uymayan	39	8.00 (2.00-22.00) <sup>b</sup>	5.00 (1.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-16.00)	3.00 (0.00-13.00)	4.00 (0.00-18.00)	9.00 (5.00-18.00)	40.00 (13.00-106.0)
Kısmen uyan	68	7.00 (0.00-21.00) <sup>b</sup>	5.00 (0.00-15.00)	4.00 (0.00-18.00)	4.00 (0.00-14.00)	2.00 (0.00-12.00)	4.00 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-15.00)	36.00 (16.00-96.00)
Test		25.5 <sup>4</sup>	2.432 <sup>4</sup>	2.444 <sup>4</sup>	0.403 <sup>4</sup>	3.782 <sup>4</sup>	1.362 <sup>4</sup>	0.109 <sup>4</sup>	2.832 <sup>4</sup>
P		<0.001	0.296	0.295	0.818	0.151	0.506	0.947	0.243
<b>Egzersiz yapma durumu</b>									
Yapan	73	5.00 (0.00-21.00)	6.00 (1.00-14.00)	2.00 (0.00-16.00)	0.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-11.00)	3.00 (0.00-18.00)	10.00 (5.00-15.00)	36.00 (13.00-97.00)
Yapmayan	99	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (1.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-16.00)	1.00 (0.00-13.00)	4.00 (0.00-18.00)	9.00 (4.00-14.00)	34.00 (14.00-106.0)
Ara sıra yapan	58	6.00 (0.00-17.00)	5.00 (0.00-15.00)	3.00 (0.00-17.00)	5.00 (0.00-14.00)	3.00 (0.00-12.00)	3.50 (0.00-18.00)	10.00 (6.00-18.00)	38.00 (12.00-87.00)
Test		3.405 <sup>4</sup>	3.056 <sup>4</sup>	0.494 <sup>4</sup>	3.264 <sup>4</sup>	3.237 <sup>4</sup>	1.589 <sup>4</sup>	0.175 <sup>4</sup>	2.237 <sup>4</sup>
P		0.182	0.217	0.781	0.196	0.198	0.452	0.916	0.327
<b>Evde kan şekeri ölçümü yapma durumu</b>									
Yapan	180	6.00 (0.00-22.00)	6.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-16.00)	2.00 (0.00-12.00)	3.50 (0.00-18.00)	10.00 (5.00-18.00)	36.00 (12.00-106.0)
Yapmayan	50	7.00 (1.00-21.00)	4.50 (0.00-12.00)	3.00 (0.00-14.00)	0.00 (0.00-18.00)	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00)	9.50 (4.00-15.00)	33.00 (17.00-97.00)
Test		4017.500 <sup>2</sup>	5256.000 <sup>2</sup>	4956.500 <sup>2</sup>	3592.000 <sup>2</sup>	4603.000 <sup>2</sup>	4535.000 <sup>2</sup>	4369.500 <sup>2</sup>	4800.500 <sup>2</sup>
P		0.245	0.068	0.270	0.196	0.798	0.932	0.750	0.471
<b>Diyabetle ilgili bilgi alma durumu</b>									
Alan	138	6.00 (0.00-21.00)	6.00 (0.00-15.00)	3.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	2.00 (0.00-12.00)	3.50 (0.00-18.00)	10.00 (4.00-18.00)	36.00 (12.00-97.00)
Almayan	92	6.00 (0.00-22.00)	5.00 (0.00-17.00)	3.00 (0.00-18.00)	5.00 (0.00-16.00)	1.00 (0.00-13.00)	3.00 (0.00-18.00)	9.00 (5.00-15.00)	35.50 (13.00-106.0)
Test		6245 <sup>2</sup>	6851.5 <sup>2</sup>	6485 <sup>2</sup>	4292 <sup>2</sup>	6723 <sup>2</sup>	6264.5 <sup>2</sup>	7322.5 <sup>2</sup>	6377 <sup>2</sup>
P		0.835	0.307	0.781	0.398	0.432	0.864	<b>0.045</b>	0.954

1Bağımsız Örnekler t Testi; 2Mann Whitney U Testi; 3Tek Yönlü Varyans Analizi; 4Kruskal Wallis Testi; a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Tablo 4.7’de bireylerin hastalık özelliklere göre hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin diyabet tanı süresine göre hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde tanı süresi 4 yıl ve altında olan grubun cinsel ilişkiler alt boyut puanının diğer gruplardan daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Ailede diyabet öyküsü olan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanlarının istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Diyabet dışında başka kronik hastalığı olan bireylerin mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler alt boyut ve ölçek toplam puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Tedaviye uyumu iyi olan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi alt boyut ve ölçek toplam puanlarının diğer gruplardan, cinsel ilişkiler ve sosyal çevre alt boyut puanlarının tedavi uyumu kötü olan bireylerden istatistiksel anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Diyabet nedeniyle kronik komplikasyon gelişen bireylerin mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre alt boyut ve ölçek toplam puanlarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Diyete uyumu iyi olan bireylerin sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p <0.001$ ).

Diyabetle ilgili bilgi alan bireylerin psikolojik baskı alt boyut puanının istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Bireylerin diyabet nedeniyle daha önce hastaneye yatma durumu, diyabet nedeniyle sağlık kontrollerine gitme sıklığı, egzersiz yapma, evde kan şekeri ölçümü yapma durumu ile hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.8. Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyum -Öz Bildirim Ölçeği Puanları ile Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Hastalığa Psikososyal Uyum -Öz Bildirim Ölçeği	Diyabet Öz Bakım Ölçeği	
	r	p
<b>Toplam Puan</b>	-0.193	<b>0.003</b>
Sağlık bakımına oryantasyon	-0.412	<b>&lt;0.001</b>
Mesleki çevre	0.135	<b>0.041</b>
Aile çevresi	-0.177	<b>0.007</b>
Cinsel ilişkiler	-0.025	0.726
Geniş aile ilişkileri	-0.164	<b>0.013</b>
Sosyal çevre	-0.149	<b>0.024</b>
Psikolojik baskı	0.019	0.773

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Bireylerin hastalığa psikososyal uyum -öz bildirim ölçeği puanları ile diyabet öz bakım ölçeği puanı arasındaki ilişki Tablo 4.8’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde diyabet öz bakım ölçeği puanı ile hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği toplam puanı ( $r=-0.193$ ;  $p=0.003$ ), aile çevresi ( $r=-0.177$ ;  $p=0.007$ ), geniş aile ilişkileri ( $r=-0.164$ ;  $p=0.013$ ) ve sosyal çevre ( $r=-0.149$ ;  $p=0.024$ ) alt boyut puanları arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde, sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı ile negatif yönlü orta düzeyde ( $r=-0.412$ ;  $p<0.001$ ), mesleki çevre alt boyut puanı ile pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ( $r=0.135$ ;  $p=0.041$ ) anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam Puanının Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanı Üzerine Etkisi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	r1	r2	VIF
Sabit	91.9 (88.344 - 95.456)	1.805		50.925	<b>&lt;0.001</b>			
Psikososyal Uyum Ölçeği	-0.123 (-0.205 - -0.042)	0.041	-0.193	-2.971	<b>0.003</b>	-0.193	-0.193	1

F=8.828.  $p=0.003$ .  $R^2=3.7\%$ . Düzeltilmiş  $R^2=3.3\%$ .  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı.  $\beta^1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı.  $r^1$ : Zero-order korelasyon.  $r^2$ : Partial korelasyon

Psikososyal uyum ölçeği genel puanının öz bakım ölçeği genel puanı üzerine etkisinin incelenmesinde lineer regresyon analizi kullanılmıştır ve model anlamlı bulunmuştur ( $F=8.828$ ;  $p=0.003$ ). Hastalığa psikososyal uyum-öz bildirim ölçeği toplam puanı bir birim arttığında diyabet özbakım ölçeği puanı 0.123 birim azalmaktadır ( $p=0.003$ ).

Tablo 4.10. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Diyabet Öz Bakım Ölçeği Puanı Üzerine Etkisi

	$\beta_0$ (%95 CI)	S. Hata	$\beta_1$	t	p	r1	r2	VIF
Sabit	82.242 (74.19 -90.294)	4.081		20.150	<0.001			
Sağlık bakımına oyantasyon	-1.41 (-1.821 - -1)	0.208	-0.508	-6.782	<0.001	-0.434	-0.445	1.496
Mesleki çevre	1.142 (0.661 - 1.623)	0.244	0.354	4.685	<0.001	0.173	0.325	1.518
Aile çevresi	-0.215 (-0.711 - 0.282)	0.252	-0.083	-0.853	0.394	-0.146	-0.062	2.528
Cinsel ilişkiler	0.184 (-0.12 - 0.488)	0.154	0.082	1.196	0.233	-0.025	0.087	1.254
Geniş aile ilişkileri	-0.023 (-0.621 - 0.575)	0.303	-0.006	-0.076	0.940	-0.156	-0.006	1.726
Sosyal çevre	-0.15 (-0.45 - 0.151)	0.152	-0.073	-0.983	0.327	-0.112	-0.072	1.462
Psikolojik baskı	0.844 (0.093 - 1.595)	0.381	0.140	2.216	0.028	0.009	0.160	1.071

F=11.498.  $p<0.001$ .  $R^2=0.302$ . Düzeltilmiş  $R^2=0.276$ .  $\beta_0$ : Standartlaştırılmamış beta katsayısı.  $\beta_1$ : Standartlaştırılmış beta katsayısı.  $r^1$ : Zero-order korelasyon.  $r^2$ : Partial korelasyon

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim ölçeği alt boyut puanlarının diyabet öz bakım ölçeği puanı üzerine etkisinin incelenmesinde basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır ve model anlamlı bulunmuştur (F=11.498;  $p<0.001$ ). Sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı bir birim arttığında diyabet öz bakım ölçeği puanı 1.41 birim azalmaktadır ( $p<0.001$ ). Mesleki çevre alt boyut puanı bir birim arttığında diyabet öz bakım ölçeği puanı 1.142 birim artmaktadır ( $p<0.001$ ). Psikolojik baskı alt boyut puanı bir birim arttığında diyabet öz bakım ölçeği puanı 0.844 birim artmaktadır ( $p=0.028$ ). Diğer alt boyut puanlarının diyabet öz bakım ölçeği puanı üzerinde bir etkisi bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Diyabet ve beraberinde getirdiği tedavi yöntemleri, komplikasyonlar, beden imajında değişiklik gibi faktörler bireyin uyum kapasitesini değiştiren stresörlerdendir. Stres kan şekeri seviyesini doğrudan nöroendokrin ve hormonal yollarla bozabildiği gibi dolaylı olarak diyabet hastalarında tedaviye uyumsuzluk, yetersiz öz bakım ve sosyal izolasyon gibi uyumsuz davranışlara yol açabilir [21, 115].

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 psikososyal uyum şeklinde değerlendirilmektedir [19]. Çalışmamızda diyabetli bireylerin PAIS-SR ölçeği toplam puanı ortalaması  $39.32 \pm 18.62$  olarak belirlenmiş olup bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Yıldız'ın tip II diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada PAIS-SR ölçeği toplam puan ortalaması  $39.90 \pm 13.94$  olarak saptanmıştır [116]. Zengin ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetli bireylerde PAIS-SR ölçeği toplam puan ortalamasının  $36.73 \pm 2.109$  olduğu tespit edilmiştir [117]. Türten Kaymaz ve Akdemir'in diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada PAIS-SR ölçeği toplam puan ortalamasının  $45 \pm 19.1$  olduğu ve bireylerin hastalığa orta derecede uyum gösterdiği bildirilmiştir [19]. Gündüz'ün tip II diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada PAIS-SR ölçeği toplam puan ortalamasının  $48.20 \pm 23.91$  olduğu tespit edilmiştir [87]. Kes ve Gökdoğan'ın tip II diyabetli bireylerle yaptıkları çalışmada PAIS-SR ölçeği toplam puan ortalamasının  $67.78 \pm 14.73$  olduğu ve hastaların psikososyal uyumlarının kötü düzeyde olduğu bildirilmiştir [118]. Çalışma sonucumuz ve tip II diyabetli bireylerle yapılan diğer çalışma sonuçları değerlendirildiğinde diyabetli bireylerin çoğunluğunun hastalığa psikososyal uyumunun orta düzeyde olduğu görülmüştür. Diyabetli bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeylerinin bilinmesi, psikososyal uyum düzeyini arttırmak için hastalara yapılacak eğitim, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinde hemşirelere yol gösterici olacaktır.

Çalışmamızda bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeylerinin %47.8'inde iyi, %30.4'ünün orta ve %21.7'sinin kötü olduğu saptanmıştır. Yıldız'ın çalışmasında bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeyleri %33.8'inin iyi, %49.4'ünün orta ve

%16.9'unun kötü olduğu belirtilmiştir [116]. Zengin ve arkadaşlarının çalışmasında bireylerin hastalığa psikososyal uyum düzeylerinin %54.8'inin iyi, %16,1'inin orta ve %29'unun kötü düzeyinde olduğu tespit edilmiştir [117]. Türten Kaymaz ve Akdemir'in çalışmasında bireylerin psikososyal uyum düzeylerinin %34.4'ünün iyi uyum, %29.5'inin orta uyum, %36.1'inin kötü uyum düzeyinde olduğu bildirilmiştir [19].

Çalışmamızda hastaların en fazla psikolojik baskı ( $9.91 \pm 2.00$ ), sağlık bakımına oryantasyon ( $6.66 \pm 4.22$ ) ve mesleki çevre ( $5.80 \pm 3.67$ ) alanlarına psikososyal uyum güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Türten&Kaymaz ve Akdemir'in çalışmasında hastalığa psikososyal uyumun en çok etkilendiği alanlar sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, cinsel yaşam ve psikolojik baskı alanları olarak bildirilmiştir [19]. Kes ve Gökdoğan'ın çalışmasında psikososyal uyumun en çok etkilendiği alanlar sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi ve psikolojik baskı alanları olarak saptanmıştır [118]. Çalışmamızda en iyi psikososyal uyumun sağlandığı alan ise geniş aile ilişkileri ( $2.62 \pm 3.24$ ) olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde diyabetli bireylerle yapılan diğer çalışmalarda da çalışma bulgumuzu destekler şekilde en iyi psikososyal uyum sağlanan alanın geniş aile ilişkileri olduğu saptanmıştır [19, 87, 116]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda en iyi psikososyal uyum sağlanan alanın geniş aile ilişkileri olmasının Türk aile yapısı ve akrabalık ilişkilerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların PAIS-SR ölçeği toplam puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu yani kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının erkekler göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Yıldız'ın çalışmasında da çalışma bulgumuza benzer şekilde kadınların hastalığa psikososyal uyumları erkeklerden daha kötü bulunmuştur [116]. Kalp yetersizliği hastalarında yapılan çalışmalarda da kadınların hastalığa psikososyal uyumlarının erkeklere göre daha kötü olduğu saptanmıştır [119-120]. Literatürde cinsiyet ile hastalığa psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır [19, 118]. Çalışma sonucumuz doğrultusunda kadınlara atfedilmiş olan toplumsal cinsiyet rollerinin hastalığa psikososyal uyumlarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda lise ve üniversite mezunlarının PAIS-SR ölçeği toplam puanının okuryazar değil/okuryazar olanlara göre daha düşük olduğu, hastalığa psikososyal uyumlarının okuryazar değil/okuryazar olanlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Türten Kaymaz ve Akdemir'in çalışmasında eğitim durumunun hastalığa psikososyal uyum sağlanmasında önemli olduğu, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının da arttığı tespit edilmiştir [19]. Kalp yetmezliği hastalarında yapılan bir çalışmada okuryazar/ilkokul mezunu olan hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip olan hastalara göre daha kötü olduğu saptanmıştır [120]. Yıldız'ın çalışmasında okuryazar olmayanların hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir [116]. Toğluk ve Çuhadar'ın KOAH hastalarında, Akın ve Durna'nın kalp yetersizliği hastalarında yaptıkları çalışmalarda da eğitim seviyesi düşük olan hastalarda hastalığa psikososyal uyumun olumsuz etkilendiği, eğitim düzeyi yükseldikçe psikososyal uyumun da arttığı belirtilmiştir [121-122]. Araştırmadan elde edilen bulgu yapılan diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uyumlu bulunmuştur. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin hastalıkla ilgili farkındalıklarının, bilgilerinin arttığı ve bu durumda hastalığa psikososyal uyumlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda ev hanımlarının PAIS-SR ölçeği toplam puanının daha yüksek yani hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Emeklilerin ev hanımlarına göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Türten Kaymaz ve Akdemir'in çalışmasında emeklilerin ev hanımlarına göre hastalığa psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir [19]. Çam ve arkadaşlarının meme kanserli bireylerle yaptıkları çalışmada emeklilerin aile çevresi uyum düzeylerinin memur ve ev hanımı olan bireylere göre daha iyi olduğu bildirilmiştir [123]. Ev hanımlarında evin düzenini sürdürebilme çabasının stres oluşturduğu ve hastalığa psikososyal uyumlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gelir durumu kötü olanların bireylerin PAIS-SR ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu yani hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Çam ve arkadaşlarının çalışmasında gelir durumunun hastalığa psikososyal uyumu etkileyen önemli bir etken olduğu bildirilmiştir [123]. Literatürde gelir durumu ile hastalığa psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalarda yer almaktadır [19, 116-117].

Çalışmamızda köyde yaşayan bireylerin kasaba ve il merkezinde yaşayan bireylere göre PAIS-SR ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu, hastalığa psikososyal

uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Zengin'in çalışmasında hastaların yaşadığı yer ile psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir [117]. KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada da yaşanan yer ile hastalığa psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir [124]. Çalışma sonucumuza göre köyde yaşayan bireylerin il merkezinde yaşayan bireylere göre sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu yaşaması hastalığa psikososyal uyumlarını olumsuz yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda diyabet dışında başka kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının diyabet dışında başka kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Yıldız'ın çalışmasında diyabet dışında başka kronik hastalığı olma durumu ile hastalığa psikososyal uyum arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [116]. Kalp yetersizliği olan bireylerle yapılan bir çalışmada eşlik eden başka kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir [119]. Diyabete eşlik eden başka kronik hastalık varlığı, bireyin tedavi ve bakım yükünü arttırdığı, diyabetin seyrini etkileyebildiği ve bireyin yaşam tarzında ek değişiklikler yapma gereksinimi ortaya çıkardığı için hastalığa psikososyal uyumunu olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda tedavi uyumu kötü olan bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Çelik'in KOAH hastalarında yaptığı çalışmada ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların, düzenli kullanan hastalara göre hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir [124]. Tedavi uyumu kötü olan bireylerde hastalığa psikososyal uyumunda kötü olması beklenilen bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda diyabet nedeniyle kronik komplikasyon gelişen bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Talaz'ın diyabetik ayak gelişen ve gelişmeyen hastalarda yaptığı çalışmada diyabetik ayak gelişen hastaların hastalığa psikososyal uyumlarının diyabetik ayak gelişmeyenlere göre daha kötü olduğu belirlenmiştir [125]. Diyabetli bireylerde psikososyal uyum sorunları yetersiz öz bakım davranışlarına, glisemik kontrolün sağlanamamasına ve kronik komplikasyon gelişme riskinin artmasına yol açabilir. Çalışmamızda sonucumuzda bu literatür bilgisini doğrular şekildedir.

Çalışmamızda diyabetli bireylerin DÖBÖ puan ortalamasının  $87.05 \pm 11.89$  olduğu saptanmıştır. Ölçekten minimum 92 puan alan hastaların öz bakımlarının kabul edilebilir düzeyde olduğu belirtilmektedir. Buna göre çalışmamızda diyabetli hastaların öz bakım puan ortalamasının kabul edilebilir düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Gerçek'in tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada DÖBÖ puan ortalaması  $80.32 \pm 12.46$  olarak belirlenmiş olup hastaların öz bakım puan ortalamalarının düşük olduğu bildirilmiştir [126]. Durak ve Yılmaz'ın tip 2 diyabetli bireylerle yapmış oldukları çalışmada DÖBÖ puan ortalaması  $88.03 \pm 14.77$ , Neşe ve arkadaşlarının çalışmasında DÖBÖ puan ortalamasının  $81,15 \pm 14,07$ , Gökdeniz ve Akgün Şahin'in çalışmasında ise DÖBÖ puan ortalaması  $76.6 \pm 15.5$  olarak tespit edilmiştir [127-129]. Çalışma sonuçları çalışma bulgumuza benzerdir. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak İlhan ve arkadaşlarının tip 2 diyabetli bireylerle yapmış oldukları çalışmada DÖBÖ puan ortalamasını  $93.85 \pm 12.02$ , diyabetik retinopatisi olan bireylerle yapılan bir çalışmada DÖBÖ puanı ortalaması  $94.20 \pm 23.7$  olarak belirlenmiş olup hastaların öz bakımlarının kabul edilebilir düzeyde olduğu bildirilmiştir [130-131]. Çalışmalar arasındaki farklılıkların; öz bakım davranışlarının bireylerin yaşı, sosyo-kültürel özellikleri, mevcut sağlık durumu, yaşam tarzı gibi birçok faktörden etkilenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ailede diyabet öyküsü olan bireylerin DÖBÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Çalışma sonucumuz doğrultusunda ailesinde diyabet öyküsü olan bireylerde hastalık ve hastalık yönetim sürecine dahil olmanın diyabette öz bakım davranışlarıyla ilgili farkındalık oluşturduğu ve diyabette öz bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Literatürde diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda çalışma bulgumuzdan farklı olarak ailede diyabet öyküsü olma durumu ile DÖBÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır [128, 132]. Çalışmalar arasındaki farkın bireylerin sosyo-kültürel özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda diyabet nedeniyle daha önce hastaneye yatan bireylerin DÖBÖ puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Gerçek'in çalışmasında diyabet nedeniyle daha önce hastanede yatma durumu ile DÖBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [129].

Çalışmamızda bireylerin %27.8'inde diyabete bağlı kronik komplikasyon geliştiği belirlenmiştir. Diyabet nedeniyle kronik komplikasyon gelişen bireylerin DÖBÖ puanlarının kronik komplikasyon gelişmeyen bireylerden daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Zeren'in çalışmasında diyabet nedeniyle herhangi bir komplikasyon gelişmeyen bireylerin DÖBÖ puanının yüksek olduğu bulunmuştur [132]. Neşe ve arkadaşlarının çalışmasında diyabete bağlı komplikasyon varlığı ile DÖBÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir [128]. Biltekin'in diyabetik retinopatisi olan bireylerle yaptığı çalışmada retinopati dışında başka bir kronik komplikasyon bulunma durumu ile DÖBÖ puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [131]. Tip II diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada komplikasyon gelişmeyen bireylerde öz bakım davranışlarının daha iyi saptanmıştır [133]. Çalışma bulgumuz doğrultusunda diyabet nedeniyle kronik komplikasyon gelişen bireylerde gelişen bu komplikasyonların ilerleyebileceği endişesinin öz bakım davranışlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Diyabet tanısı olan bireylerde uygun diyet, düzenli fiziksel aktivite, kan şekeri ölçümü yapma gibi öz bakım davranışları kan glikoz seviyesinin kontrol altına alınmasında önemlidir [17]. Çalışmamızda diyetine uyan, düzenli fiziksel egzersiz yapan, evde kan şekeri ölçümü yapan bireylerin DÖBÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Zeren'in çalışmasında diyet tedavisine uyan, kan şekeri takibi yapan bireylerin DÖBÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [132]. Neşe ve arkadaşlarının çalışmasında düzenli egzersiz yapan bireylerin DÖBÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada diyet uyma durumu ile DÖBÖ puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [128]. İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında egzersiz yapan hastaların DÖBÖ puanlarının daha yüksek olduğu, egzersiz yapma durumunun diyabet öz bakımı ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir [130].

Çalışmamızda PAIS-SR ölçeği toplam puanı ile diyabet öz bakım ölçeği puanı arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, PAIS-SR ölçeği toplam puanı bir birim arttığında diyabet özbakım ölçeği puanının 0,123 birim azaldığı saptanmıştır. Çalışma sonucumuza göre diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum düzeyi arttıkça, diyabet öz bakımının da arttığı belirlenmiştir. Baba Sarı ve Özdelikara'nın kalp

yetersizliği hastalarında psikososyal uyum ve öz bakım davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada PAIS-SR ölçeği toplam puanı ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir [119].

Çalışmamızda PAIS-SR ölçeği sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı ile diyabet öz bakım ölçeği puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı bir birim arttığında diyabet öz bakım ölçeği puanının 1,41 birim azaldığı belirlenmiştir. Sağlık bakımına uyum alt boyutu bireylerin hastalık hakkında bilgi sahibi olma ve hastalığa uyumunu ölçmektedir. Çalışma sonucumuzda bireylerin sağlık bakımına oryantasyonu yani hastalığa uyumu artıkça, diyabet öz bakım davranışlarının da bu durumdan olumlu yönde etkilendiği ve arttığı tespit edilmiştir. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Baba Sarı ve Özdelikara'nın kalp yetersizliği hastalarında yaptıkları çalışmada PAIS-SR ölçeği sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu ile öz bakım davranışları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, bireylerin sağlık bakımına oryantasyonu artıkça öz bakım davranışlarının da arttığı bildirilmiştir [119]. Diyabetli bireylerde hastalıkla ilgili bilgi verilmesi, eğitim ve danışmanlık yapılması, hastalığa uyumun sağlanması ve özbakım düzeyinin artırılmasında önemlidir.

Çalışmamızda PAIS-SR ölçeği mesleki çevre alt boyut puanı ile diyabet öz bakım ölçeği puanı arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve mesleki çevre alt boyut puanı bir birim arttığında diyabet öz bakım ölçeği puanı 1,142 birim arttığı saptanmıştır. Bu sonucun araştırma kapsamına alınan bireylerin sadece %10.4'ünün çalışıyor olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Baba Sarı ve Özdelikara'nın çalışmasında PAIS-SR ölçeği sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu dışındaki alt boyutlar ile öz bakım davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir [119].

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyabet hastalarında psikososyal uyumun öz bakıma etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan araştırmamızın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Bireylerin PAIS-SR ölçeği toplam puanı ortalaması  $39,32 \pm 18,62$  olarak belirlenmiş olup hastalığa psikososyal uyumlarının orta düzeyde olduğu,
- Bireylerin PAIS-SR ölçeği alt boyutlarından aldığı puanlar incelendiğinde en fazla psikolojik baskı ( $9.91 \pm 2.00$ ), sağlık bakımına oryantasyon ( $6.66 \pm 4.22$ ) ve mesleki çevre ( $5.80 \pm 3.67$ ) alanlarına psikososyal uyum gücünü yaşadığı, en iyi psikososyal uyumun sağlandığı alanın ise geniş aile ilişkileri ( $2.62 \pm 3.24$ ) olduğu,
- Bireylerin %47.8'inin hastalığa psikososyal uyum düzeyinin iyi, %30.4'ünün uyum düzeyinin orta ve %21.7'sinin uyum düzeyinin kötü olduğu,
- Kadınların, herhangi bir işte çalışmayanların, okuryazar değil/okuryazar olanların, ev hanımlarının, sosyal güvencesi olmayanların, gelir durumu kötü olanların, köyde yaşayanların PAIS-SR ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu, hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu,
- Diyabet dışında başka kronik hastalığı olanların, tedavi uyumu kötü olanların, diyabet nedeniyle kronik komplikasyon gelişenlerin PAIS-SR ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu, hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu,
- Bireylerin DÖBÖ puan ortalamasının  $87.05 \pm 11.89$  olduğu ve bireylerin öz bakım puan ortalamasının kabul edilebilir düzeyin altında olduğu,
- Ailede diyabet öyküsü olanların, diyabet nedeniyle daha önce hastaneye yatanların, diyabet nedeniyle kronik komplikasyon gelişenlerin, diyetle uyumu iyi olanların, egzersiz yapanların, evde kan şekeri ölçümü yapanların diyabet öz bakım ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu,



- PAIS-SR ölçeği toplam puanı ile DÖBÖ puanı arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, PAIS-SR ölçeği toplam puanı bir birim arttığında diyabet özbakım ölçeği puanının 0,123 birim azaldığı,
- PAIS-SR ölçeği sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı ile DÖBÖ puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı bir birim arttığında diyabet öz bakım ölçeği puanının 1,41 birim azaldığı
- PAIS-SR ölçeği aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre alt boyut puanları ile DÖBÖ puanı arasında negatif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, ancak doğrusal regresyon analizinde bu alt boyutların diyabet öz bakım ölçeği puanı üzerinde bir etkisi olmadığı,
- PAIS-SR ölçeği mesleki çevre alt boyut puanı ile DÖBÖ puanı arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, mesleki çevre alt boyut puanı bir birim arttığında diyabet öz bakım ölçeği puanının 1,142 birim arttığı saptanmıştır.

Öneriler;

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Diyabet tanısı olan bireylerin hastalığa psikososyal uyum ve öz bakım davranışlarının değerlendirilerek, psikososyal uyumu ve öz bakımı olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Diyabetli bireylerin psikososyal uyum ve öz bakım düzeyini arttırmak için hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık yapılması, yapılan bu eğitimlerin psikososyal uyumu ve öz bakımı olumsuz etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak yapılması,
- Diyabet eğitim programlarının psikososyal uyum ve öz bakımı kapsayacak şekilde düzenlenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED). “Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu: Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu”. *TEMED Yayınları*, İstanbul, 2022, (Çevrimiçi yayın).
2. International Diabetes Federation Diabetes Atlas. “IDF Diabetes Atlas”. 10Th 2021.
3. Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, A.B., Bozdemir, N., Aşilar, R. H. “Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı”. *Turkish J of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 479-491, 2020.
4. Mirzaei, M., Rahmaninan, M., Mirzaei, M., Nadjarzadeh, A., Dehghani Tafti, A. A. “Epidemiology of diabetes mellitus, pre-diabetes, undiagnosed and uncontrolled diabetes in Central Iran: results from Yazd health study”. *BMC public health*, 20, 1-9, 2020.
5. Satman, I., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Tuomilehto, J. “Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults”. *European Journal of Epi*, 28, 169-180, 2013.
6. Young-Hyman, D., de Groot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J. S., Hood, K., & Peyrot, M. “Erratum psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the american diabetes association”. *Diabetes Care*, 39: 2126–2140, 2016.
7. Bhat, N. A., Muliayala, K. P., Kumar, S. “Psychological aspects of diabetes”. *Diabetes*, 2020.
8. Bahar, A., Tanrıverdi, D. “Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet: bir gözden geçirme”. *Yeni Symposium*, 55(2), s. 13-18, İstanbul 2017.
9. Küçük, L. “Psychological aspects of diabetes”. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31, 52-56, 2015.
10. Sayın, S., Sayın, S., Bursalı, B., İpek, HB “Tip 2 diyabet hastalarında anksiyete ve depresyon riski taşıyan faktörler”. *Çukurova Tıp Dergisi*, 44 (2), 479-485, 2019.

11. apoğlu, İ. ., Yıldırım, A., Aşılar, R. H., ayköylü, A. “Diyabete eşlik eden ruhsal sorunlar ve diyabet yönetimi”. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1), 67-74, 2019.
12. Berry, E., Lockhart, S., Davies, M., Lindsay, J. R., Dempster, M. “Diabetes distress: understanding the hidden struggles of living with diabetes and exploring intervention strategies”. *Postgraduate medical journal*, 91(1075), 278-283, 2015.
13. Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., Commissariat, P. V. “Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice”. *American Psychologist*, 71(7), 539-552, 2016.
14. McCoy, M. A., Theeke, L. A. “A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus”. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 468-477, 2019.
15. Denyes, M. J., Orem, D. E., Bekel, G. “Self-care: A foundational science”. *Nursing science quarterly*, 14(1), 48-54, 2001.
16. Weinger, K., Beverly, E. A., Smaldone, A. “Diabetes self-care and the older adult”. *Western journal of nursing research*, 36(9), 1272-1298, 2014.
17. İstek, N., Karakurt, P. (2018). “Global bir sağlık sorunu: Tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi”. 3. *Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi*, 26-29 Mayıs, s. 179-182, Adana, 2016.
18. Karakurt, P., Aşılar, R. H., Yıldırım, A. “Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi”. *ADÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*, 14(1), 1-9, 2013.
19. Kaymaz, T. T., Akdemir, N. “Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum”. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 61-67, 2016.
20. Yanmış, S. “Diyabeti olan bireylerde hastalığa psikososyal uyumda hemşirenin rolü”. *ISAS2018-Kış-2. Uluslararası Bilimsel alışmalarda Yenilikçi Yaklaşımlar Sempozyumu*, Samsun 2018.
21. Özdemir, Ü., Taşçı, S. “Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım”. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi*, 1(1), 57-72, 2013.

22. International Diabetes Federation, "IDF Diabetes Atlas", 9th ed. Brussels. *International Diabetes Federation*, Belgium, 2019.
23. American Diabetes Association. Diabetes and employment, *Diabetes care*. 35(1), 94-98, 2012.
24. Ohiagu, F.O., Chikezie, P. C., Chikezie. C. M. "Pathophysiology of diabetes mellitus complications: Metabolic events and control". *Biomedical Research and Therapy*, 8(3), 4243-4257, 2021.
25. Türkiye Diyabet Vakfı. 2010-2020 ulusal diyabet stratejisi sonuç dökümanı, Türk Diyabet Vakfı, İstanbul, 2010.
26. Sun, H., Saedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B.B., Magliano, D.J. "IDF diabetes atlas: global regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045" . *Diabetes research and clinical practice*. 183. 109-119, 2022.
27. Satman, I., Yılmaz T., Şengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., TURDEP Group. "Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP)". *Diabetes care*. 25(9), 1551-1556, 2002.
28. Satman, İ., Grubu, T.I.Ç., *Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması-II (TURDEP-II) sonuçları*, 2011.
29. Ta, S. "Diagnosis and classification of diabetes mellitus". *Diabetes care*, 37(1). 81-90, 2014.
30. Lal, B. S. "Diabetes: causes. symptoms and treatments". *Public health environment and social issues in India*. 1, 2016.
31. American Diabetes Association. "Standards of medical care in diabetes-2010". *Diabetes care*, 33(1), 11-14, 2010.
32. TÜRKDİAB, *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*, 2021.
33. Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B.J., Lernmark. Å., "Type 1 diabetes mellitus". *Nature reviews Disease primers*. 3(1), 1-17, 2017.

34. Durruty, P., Sanzana, M., Sanhueza, L. "Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus". In *Type 2 Diabetes-From Pathophysiology to Modern Management*. Intech Open, 2019.
35. Goyal, A., Gupta, Y., Tandon, N. "Overt diabetes in pregnancy". *Diabetes Therapy*, 13(4), 589-600, 2022.
36. American Diabetes Association. "2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2021 ». *Diabetes care*, 44(1). 15-33, 2021.
37. World Health Organization. *Classification of diabetes mellitus*, 2019.
38. Coustan, D. R., "Gestational diabetes mellitus". *Clinical chemistry*, 59(9), 1310-1321, 2013.
39. Metzger, B. E., Buchanan, T. A., Coustan, D. R., De Leiva, A., Dunger, D. B., Hadden, D. R., Zoupas, C., "Summary and recommendations of the fifth international workshop-conference on gestational diabetes mellitus". *Diabetes care*, 30 (2), 251-260, 2007.
40. Kim, C., Newton, K. M., Knopp, R. H. "Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review". *Diabetes care*, 25(10), 1862-1868, 2002.
41. Diyabetik Hasta ve Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Uygulama Kılavuzu, 2011.
42. Çelik, S., Olgun, N. "Yoğun bakımda hipoglisemi ve hiperglisemi". *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 57-64, 2016.
43. Umpierrez, G., Korytkowski, M., "Diabetic emergencies-ketoacidosis, hyperglycaemic hyperosmolar state and hypoglycaemia". *Nature Reviews Endocrinology*, 12(4), 222-232, 2016.
44. Wolfsdorf, J., Glaser, N., Sperling, M.A., "Diabetic ketoacidosis in infants, children, and adolescents: a consensus statement from the American Diabetes Association". *Diabetes care*, 29(5), 1150-1159, 2006.
45. Schnure, J.J., Leahy, J.L. "Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state", *Critical Care Secrets*, 359–368. (eds. Parsons. P. E. & Wiener-Kronish. J. P. Mosby.), 2013.

46. Doğan, N., Arabacı, M., “Hiperosmolar hiperglisemik durum: vaka sunumu”, *TAHEV Dergisi*. 2013.
47. Fowler, M.J. “Microvascular and macrovascular complications of diabetes”. *Clinical diabetes*, 26(2), 77-82, 2008.
48. American Diabetes Association. “10. Microvascular complications and foot care”. *Diabetes care*, 40(1), 88-98, 2017.
49. Wharam, J.F., Lu, C. Y., Zhang, F., Callahan, M., Xu, X., Wallace, J., Newhouse, J.P. “High-deductible insurance and delay in care for the macrovascular complications of diabetes”. *Annals of internal medicine*, 169(12), 845-854, 2018.
50. American Diabetes Association. “Diyabette tibbi bakım standartları-2022”, *Diyabet Bakımı*, 45 (1), 113-124, 2022.
51. Karabay, Ö., Karaçelik, M., Yılık, L., Tekin, N., İriz, A. B., Kumdereli, S., Çalkavur, T. “İskemik periferik arter hastalığı: bir tarama çalışması”. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3), 450-457, 2012.
52. Şatiroğlu, Ö. “The relationship between peripheral artery disease prevalence and atherosclerotic risk factors”. *Selcuk Medical Journal*, 27(4), 213-218, 2011.
53. Rosenberger, D. C., Blechschmidt, V., Timmerman, H., Wolff, A., Treede, R. D. “Challenges of neuropathic pain: focus on diabetic neuropathy”. *Journal of Neural Transmission*, 127(4), 589-624, 2020.
54. Önmez, A. Diabetes mellitus'ta mikrovasküler komplikasyonların yönetimi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 117-119, 2017.
55. İnan, S. “Diabetik retinopati ve etiyopatogenezi”. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2), 207-217. 2014.
56. Mollaoğlu, M. “Diyabetik nefropatide hasta yönetimi” *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5(1-2), 12-16, 2008.
57. Kim. Y. J., Kim. T. G. “The effects of type 2 diabetes mellitus on the corneal endothelium and central corneal thickness”, *Scientific Reports*, 11(1), 1-8, 2021.
58. Bertoluci, M. C., Pimazoni-Netto, A., Pires, A. C., Pesaro, A. E., Schaan, B. D., Caramelli, B., Dos Santos, R. D. “Diabetes and cardiovascular disease: from

- evidence to clinical practice–position statement 2014 of Brazilian Diabetes Society”. *Diabetology & metabolic syndrome*, 6(1), 1-18, 2014.
59. Smith, A.G., Singleton, J. R. “Diabetic neuropathy”. *Continuum: lifelong learning in neurology*, 18(1), 60-84, 2012.
  60. İşleyen, F. Semih, B. “Adıyaman ilindeki diyabetik çocukların epidemiyolojik özellikleri”, *Güncel Pediatri*. 17(1), 1-16, 2019.
  61. Evert, A.B., Boucher J.L., Cypress M., Dunbar S.A., Franz M.J., Mayer-Davis, E. J., Yancy Jr. W.S., “Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes”. *Diabetes care*. 36(11), 3821-3842, 2013.
  62. American Diabetes Association. “Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association”. *Diabetes care*, 30(1), 48-65, 2007.
  63. Morris, S.F., Wylie-Rosett, J. “Medical nutrition therapy: a key to diabetes management and prevention”. *Clinical diabetes*, 28(1), 12-18, 2010.
  64. Tümer, G., Çolak, R. “Tip 2 diabetes mellitusda tıbbi beslenme tedavisi”. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(1), 12-15, 2012.
  65. Sonne, D.P., Hemmingsen, B., “Comment on American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2017”. *Diabetes Care*, 40 (1): 1-135, 2017; *Diabetes care*, 40(7), 92-93, 2017.
  66. Franz, M.J., “Medical nutrition therapy for diabetes: what are the unanswered questions?”. *Nutritional health: strategies for disease prevention*, 167-193, 2001.
  67. Erten, A., “Tip 2 diyabet hastalarının diyabetin komplikasyonları ile ilgili bilgi düzeyleri ve glisemik kontrolle ilişkisi”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi*, Edirne 2022.
  68. Knowler, W.C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., Spandorfer, J. M. “Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin”, *N Engl J Med*, 346, 393-403, 2002.
  69. Franz, M. J., Powers, M. A., Leontos, C., Holzmeister, L. A., Kulkarni, K., Monk, A., Gradwell, E. “The evidence for medical nutrition therapy for type 1 and type 2

- diabetes in adults”. *Journal of the American Dietetic Association*, 110 (12), 1852-1889, 2010.
70. Malkoç, M., “Egzersiz ve Diyabet Yönetimi”. *Türk Diyabet Yıllığı*, 2019-2020. 77.
71. Organization WH. “Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world”. *World Health Organization*, Geneva 2018
72. Sağlık Bakanlığı. “Türkiye beslenme ve sağlık araştırması (TBSA): beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu”. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2019, Yayın No: 931.
73. Jenkins, D.W., Jenks, A., Exercise and diabetes: a narrative review. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*, 56(5), 968-974, 2017.
74. Mu, L., Cohen, A. J., Mukamal, K. J., “Resistance and aerobic exercise among adults with diabetes in the US”. *Diabetes Care*, 37(8), 175-176, 2014.
75. Wake, A. D., “Protective effects of physical activity against health risks associated with type 1 diabetes: Health benefits outweigh the risks”. *World Journal of Diabetes*, 13(3), 161-173, 2022.
76. El-Sayed, N.A., Aleppo, G., Aroda, V.R., Bannuru, R.R., Brown, F.M., Bruemmer, D., Gabbay, R.A., “9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in diabetes-2023”, *Diabetes Care*, 46(1), 140-157, 2023.
77. Çubuk, G., İnce, S. “Oral antidiyabetik ilaçlar”, *Kocatepe Vet J*, 8(1): 95-102, 2015.
78. Ayvaz, G., Kan, E., Ayvaz, G. “Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar tip 2 diabetes mellitus tedavisi”. *Diyabet ve Obezite*, 14(1), 1-7, 2010.
79. da Rocha Fernandes, J., Ogurtsova, K., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Seuring, T., Zhang, P., Makaroff, L. E. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 117, 48-54, 2016.



80. Çelik, S., İdiz, C., Bağdemir, E., Purisa, S., Dinççağ, N., Satman, İ. “Diyabetlilerde kendi kendine kan şekeri izlemi ile HbA1c ve diyabet komplikasyonlarının karşılaştırılması”. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46(2), 118-124, 2018.
81. Sivrikaya, S. K., “Tip 2 diyabetes mellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına, iyilik hallerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisi”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Erzurum, 2006.
82. Funnell, M.M., Brown. T, L., Childs, B. P., Haas, L. B., Hoseney, G. M., Jensen, B., Weiss, M.A., “National standards for diabetes self-management education. *Diabetes care*, 34(1), 89-96, 2011.
83. Balan, V., Ruppert, K., Demetris, A. J., Ledneva, T., Duquesnoy, R. J., Detre, K. M., Wiesner, R. H. “Long-term outcome of human leukocyte antigen mismatching in liver transplantation: results of the National institute of diabetes and digestive and kidney diseases liver transplantation database, *Hepatology*. 48(3), 878-888, 2008.
84. Bayrak, G., Çolak, R. “Diyabet tedavisinde hasta eğitimi”. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(1), 7-11, 2012.
85. American Association of Diabetes Educators. “Role of the diabetes educator in inpatient diabetes management”. *The Diabetes Educator*, 44(1), 57-62, 2018.
86. Sivrikaya, S.K., Ergün, S. “Diyabet eğitimi ve hemşirenin rolü”. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2). 25-36, 2018.
87. Karabulutlu, E. Y., Gündüz, F. “Tip II Diyabetes Mellituslu hastalarda hastalık algısı: psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2), 106-115, 2016.
88. Londono, Y., McMillan, D. E. “Psychosocial adaptation: an evolutionary concept analysis exploring a common multidisciplinary language”. *Journal of advanced nursing*, 71(11), 2504-2519, 2015.
89. Akdemir, N., Birol, L. “İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı”, *Sistem Ofset*, İzmir, 2005.

90. Vicdan, A.K., Karabacak, B.G. "Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 255-259, 2014.
91. Kaçmaz, N. "Fiziksel hastalığa uyum gücünü yaşayan hastalarda konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemsireliği modeli geliştirme çabaları", *İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi*, İstanbul, 2003.
92. Livneh, H. "Psychosocial adaptation to chronic illness and disability", *Rehabilitation Counseling Bülteni*, 44: 151-156, 2001.
93. Landis, B.J. "Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness". *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 217-231, 1996.
94. Adaylar, M., "Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz - bakım yönelimleri", *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İstanbul 1995.
95. Bahar, A., Sertbaş, G., Sönmez, A. "Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 18-26, 2006.
96. Whittmore, R., Melkus, G.D.E., Grey, M. "Metabolic control, self- management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes". *Journal of clinical nursing*, 14(2), 195-203, 2005.
97. Eren, İ., Erdi, Ö., Özcankaya, R. "Tip II diabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 184-191, 2003.
98. Weinger, K., Lee, J. "Psychosocial and psychiatric challenges of diabetes mellitus". *Nursing Clinics*, 41(4), 667-680, 2006.
99. Davis, W. K., Hess, G.E., Van Harrison, R., Hiss, R.G. "Psychosocial adjustment to and control of diabetes mellitus: differences by disease type and treatment". *Health Psychology*, 6(1), 1-9, 1987.
100. İmamoğlu, Ş., "Diabetes mellitus". *Deomed Medikal Yayıncılık*, İstanbul, 2006.
101. Orem. D.E., "Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications". (7. Edition). s. 99-135, USA Dennis CM Mosby-Year Book, 2001.

102. World Health Organization. “Self-care in the context of primary health care”, WHO Regional Office for South-East Asia, 2009, (No. SEA-HSD-320).
103. Karakurt, P. “Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Erzurum, 2008.
104. Örum M.H., “Özbakım ve önemi”. Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar. 2019.
105. Kalkan, N., Karadağ, M. “Hastalığımla barışıyorum, hastalığımla yaşıyorum: periferik arter hastalığında öz bakım eksikliği hemşirelik teorisi doğrultusunda hazırlanan bir algoritma eğitim kitapçığı”. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(29), 196-206, 2021.
106. Sousa, V.D., Zauszniewski, J.A. “Toward a theory of diabetes self-care management”. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 61-67, 2005.
107. Sigurðardóttir Á.K., “Self-care in diabetes: model of factors affecting selfcare”. *J Clin Nurs*, 14(3):301-14, 2005.
108. DAFNE Study Group. “Training in flexible. intensive insulin management to enable dietary freedom in people with type 1 diabetes: dose adjustment for normal eating (DAFNE) randomised controlled trial”. *Bmj*. 325(7367). 746-757, 2002.
109. Toljamo, M., Hentinen, M. “Adherence to self- care and glycaemic control among people with insulin- dependent diabetes mellitus”. *Journal of advanced nursing*, 34(6), 780-786, 2001.
110. Riegel, B., Carlson, B. “Facilitators and barriers to heart failure self-care”. *Patient education and counseling*, 46(4), 287-295, 2002.
111. Mumcu, C. D., İnkaya, B.V. “Web tabanlı eğitim ile diyabet öz bakım yönetimi”. *Acta Medica Nicomedia*, 3(2), 88-91, 2020.
112. Türten, T., “Diyabetli bireylerde psikososyal uyumun belirlenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2011.
113. Hood, G. A., Llahana, S. V. “A meeting report from the Federation of European Nurses in Diabetes (FEND)”, *13th Annual Conference, Hotel Cavalieri Rome, Italy*, 2008.

114. Erdoğan S., “Diyabet hemşireliği temel bilgiler”. Savaş Ciltevi, İstanbul 2002.
115. Çelik, S., Kelleci, M. K., Avcı, Dilek, Temel, E., “Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları”. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 23(2), 105-115, 2015.
116. Yıldız, E. “The relationship between self-efficacy and psychosocial adjustment of individuals with Type 2 diabetes”. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(1), 32-41, 2021.
117. Zengin, O., Fırat, E., Acar, B. “Bazı sosyo-demografik özellikler açısından diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri üzerine bir araştırma, A research on psychosocial adjustment levels of individuals with Diabetes in terms of some sociodemographic features”. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(3), 73-80, 2017.
118. Kes, D., Gökdoğan, F., “Relationship between medication adherence and psychosocial adjustment in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study”. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(3), 116-122, 2020.
119. Baba, E., Özdelikara, A., “Psychosocial adjustment and self-care behaviors of heart failure patients”. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(31), 85-90, 2022.
120. Ülkü, S.T., Ünsar, S., “Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumlarının belirlenmesi”. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 13(32), 159-166, 2022.
121. Toğluk, S., Çuhadar, D., “The effect of death anxiety on psychosocial adjustment in individual with chronic obstructive pulmonary disease”. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(3), 358, 2021.
122. Durna Z., Akın S., “Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu”. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):1-8, 2006.
123. Çam, O., Saka, Ş., Gümüş, A.B., “Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi”. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2), 73-81, 2009.
124. Çelik, S. “Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOA) psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2018.

125. Talaz, A. “Diyabetik ayak gelişen ve gelişmeyen hastalarda kan şekeri kontrolünün ve psikososyal uyumun değerlendirilmesi”, *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2007.
126. Gerçek, A. “Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme ve öz-bakım durumlarının belirlenmesi”, *Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzincan 2017.
127. Durak, E., Yılmaz, M., “Tip 2 Diyabetes Mellitus tanımlı bireylerin beslenme okuryazarlığı ile öz-etkililik ve diyabet öz bakım aktiviteleri ilişkisi”. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 57-63, 2022.
128. Neşe, A., Bakır, E., Bağlama, S. S., Karasu, F. “Tip 2 Diyabet hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin diyabet öz bakımı üzerine etkisi: klinik tabanlı bir çalışma”. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 112-119, 2021.
129. Gökdeniz, D., Akgün Şahin, Z. “Evaluation of knowledge levels about diabetes foot care and self-care activities in diabetic individuals”. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 21(1), 65-74, 2022.
130. İlhan, N., Telli, S., Temel, B., Aştı, T. “Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 Diabetes in Turkey”. *Primary care diabetes*, 15(1), 74-79, 2021.
131. Biltekin, S., “Diyabetik retinopatisi olan hastalarda özbakımın değerlendirilmesi”, *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Nevşehir, 2021.
132. Zeren, F.G. “Diyabetes mellituslu bireylerin aile desteği ile öz bakım düzeyleri arasındaki ilişki”. *Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Konya, 2021.
133. Wu, S. F. V., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge- Baggett, L. M., Chang, P.J. “Self- efficacy, outcome expectations and self- care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan”. *Journal of clinical nursing*, 16(11), 250-257, 2007.

## EKLER

### EK 1: Hasta Tanıtım Formu

- 1) Cinsiyetiniz  
1) Kadın                      2) Erkek
- 2) Yaşınız: .....
- 3) Medeni Durumunuz:  
1) Evli                      2) Bekar                      3) Dul
- 4) Eğitim Durumunuz:  
1. Okuryazar değil    2. Okuryazar                      3. İlkokul  
4. Ortaokul                      5. Lise                      6. Üniversite
- 5) Çalışıyor musunuz?  
1. Evet                      2. Hayır
- 6) Mesleğiniz:  
1) Memur                      2) İşçi                      3) Çiftçi                      4) Emekli                      5) Esnaf                      6) Ev Hanımı
- 7) Sosyal güvenceniz var mı?  
1. Evet                      2. Hayır
- 8) Size göre gelir durumunuz nasıl?  
1. Çok iyi                      2. İyi                      3. Orta                      4. Kötü                      5. Çok kötü
- 9) Nerede yaşıyorsunuz?  
1. İl merkezinde                      2. İlçe                      3. Kasaba                      4. Köy                      5. Diğer
- 10) Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?  
1. Yalnız yaşıyor                      2. Eşi                      3. Anne-Baba  
4. Eşi ve çocukları                      5. Diğer (ise belirtiniz).....
- 11) Sigara kullanıyor musunuz?  
1. ( ) Evet  
2. ( ) Hayır kullanmıyorum  
3. ( ) Bıraktım
- 12) Alkol kullanıyor musunuz?  
1. ( ) Evet  
2. ( ) Hayır  
3. ( ) Bıraktım
- 13) Ne kadar süredir diyabet hastalığınız var? (Belirtiniz).....

- 14) Ailenizde diyabet hastası var mı?  
1. Evet (ise yakınlık derecesini belirtiniz).....  
2. Hayır
- 15) Başka bir kronik hastalığınız var mı?  
1. Var  
2. Yok  
3. Var ise (belirtiniz):.....
- 16) Diyabet tedavi şeklinizi belirtiniz?  
1. Oral Anti Diyabetik (OAD) 2. İnsülin tedavisi  
3.OAD ve insülin tedavisi 4. Diğer
- 17) Şu anki diyabet tedavinize uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?  
1. İyi 2. Orta 3. Kötü
- 18) Diyabet hastalığınız nedeniyle daha önce hastaneye yattınız mı?  
1. Evet (ise kaç kez yattınız).....  
2. Hayır
- 19) Kan şekeriniz çok yükseldiği (hiperglisemi/ ketatik koma) için hastaneye başvuru yaptınız mı?  
a) Evet (ise kaç kez.....) b) Hayır
- 20) Kan şekeriniz çok düştüğü (hioglisemi koması) için hastaneye başvuru yaptınız mı?  
a) Evet (ise kaç kez.....) b) Hayır
- 21) Diyabete bağlı herhangi bir kronik komplikasyon gelişti mi?  
a) Evet b) Hayır
- 22) Cevabınız evet ise diyabete bağlı hangi kronik komplikasyon gelişti? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
a) Retinopati  
b) Nefropati  
c) Nöropati  
d) Ayak yarası  
e) Kardiyovasküler Hastalık (Kalp Hasarı)  
f) Serebrovasküler Hastalık (Beyin Hasarı)  
g) Diğer(ise açıklayınız.....)
- 23) Diyabet hastalığınız için sağlık kontrollerine ne sıklıkta gidersiniz?  
1. Ayda 1 2. 2 ayda 1 3. 3 ayda 1  
4. 6 ayda 1 5. Yılda 1 6. Düzenli kontrole gitmiyorum
- 24) Diyabete yönelik diyetinize uyuyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 25) Egzersiz yapıyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır c) Ara sıra yapıyorum

26) Kendiniz kan şekeri kontrolü yapıyor musunuz?

- a) Evet (ise ölçüm yeri ve ölçüm sıklığını belirtiniz.....)  
b) Hayır

27) Diyabet hastalığı bakımı ve tedavisi konusunda daha önce bilgi aldınız mı?

1. Evet (Bilgiyi kimden aldığınızı belirtiniz.....)  
2. Hayır

28- AKŞ..... HbA1c.....Boy.....Kilo.....





## Ek 2: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

(PAIS-SR)

### BÖLÜM-I

- (1) Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar:
  - a. Sağlığım ile çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
  - b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
  - c. Genellikle sağlığım ile 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. Hastalığım ile 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 ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
  - c. Hastalığımın bakım ve koruması için yaptığım uygun birçok 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 haline 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 kanıya 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 olanını 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) Sizin gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edenini 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 vb. yapmanızı engelledi mi?
- a. Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- c. Bazı ciddi sorunlar var.
- d. Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

- (2) Şu an mesleğiniz/çalıŐmalarınız/ev ilerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?
- Kötü durumda.
  - Pek iyi değil.
  - Yeterli.
  - Çok iyi.
- (3) Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?
- 3 gün ve daha az.
  - Bir hafta.
  - İki hafta.
  - İki haftadan daha çok.
- (4) Şu an iŐiniz/okulunuz/çalıŐmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?
- Şu an hiç önemli değil.
  - Oldukça az bir öneme sahip.
  - Eskiye göre biraz önemini yitirdi.
  - Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi.
- (5) Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/iŐleriniz vb. ile ilgili amalarınızda bir değişiklik oldu mu?
- Amalarım değişmez.
  - Amalarımda çok az bir değişme oldu.
  - Amalarım önemli ölçüde deđiŐti.
  - Amalarımı tamamen deđiŐtirdim.
- (6) Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız. komŐularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlediniz mi?
- Sorunlarda büyük artış var.
  - Sorunlarda orta derecede bir artış var.
  - Sorunlarda az ölçüde bir artış var.
  - Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

### BÖLÜM-III

- (1) Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kiŐiyle) olan iliŐkilerinizi nasıl tanımlarsınız?
- İyi.
  - Fena değil.
  - Kötü.
  - Çok kötü.
- (2) YaŐamınızdaki evrenizdeki diğer insanlarla olan iliŐkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız? (ocuklar. akrabalar vb.)
- Çok kötü.
  - Kötü.
  - Fena değil.
  - İyi.

- (3) Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?
- Bir engelleme olmadı.
  - Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir.
  - Orta derecede bazı problemler var. bazıları hallolunacak gibi değil.
  - Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.
- (4) Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?
- Ailem. bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı.
  - Ailem. bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi. ama bazı konuları halledemediler.
  - Ailem genelde yardımcı oldu. yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı.
  - Bu konuda bir sorun yok.
- (5) Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?
- İletişimde bir azalma yok.
  - Çok az ölçüde bir azalma oldu.
  - İletişimde bir azalma oldu. onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.
  - İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.
- (6) Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar. komşular. aile vb.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz. böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?
- Yardıma gerçekten ihtiyacım var. ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
  - Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.
  - Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
  - Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum. olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.
- (7) Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?
- Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok.
  - Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
  - Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
  - Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
- (8) Sizin gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?
- Önemli ölçüde maddi sıkıntıları var.
  - Orta derecede maddi problemlerim var.
  - Çok az maddi problemim var.
  - 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) Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla 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) Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla 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 bağılırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir. hastalığınız 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) Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız 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?
- Katılımım çok az ya da hiç yok.
  - Katılımım önemli ölçüde azaldı.
  - Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi.
  - Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.
- (3) Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları. küçük seyahatler. piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?
- İlgim tıpkı eskisi gibi.
  - Eskisine göre biraz daha az.
  - Eskisine göre önemli ölçüde düşük.
  - İlgim çok az ya da bir ilgim kalmadı.
- (4) Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?
- Katılımım çok az ya da şu anda hiç katılımım yok.
  - Katılımım önemli ölçüde azaldı.
  - Katılımım biraz azaldı.
  - Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.
- (5) Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (Sosyal kulüpler. dini faaliyetler. sinema)
- İlgim tıpkı eskisi gibi.
  - Eskisine göre biraz daha az.
  - Eskisine göre önemli ölçüde az.
  - İlgim çok az ya da bir ilgim kalmadı.
- (6) Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl. arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?
- Katılımım çok az ya da yok.
  - Katılımım önemli ölçüde azaldı.
  - Katılımım biraz azaldı.
  - Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

## BÖLÜM VII

- (1) Son zamanlarda korku. gerginlik. sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?
- Olmadı.
  - Çok az.
  - Oldukça fazla.
  - Aşırı derecede.
- (2) Son zamanlarda kendinizi üzgün. sıkıntılı. ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?
- Olmadı.
  - Çok az.
  - Oldukça fazla.
  - Aşırı derecede.

- (3) Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?
- Olmadı.
  - Çok az.
  - Oldukça fazla.
  - Aşırı derecede.
- (4) Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?
- Olmadı.
  - Çok az.
  - Oldukça fazla.
  - Aşırı derecede.
- (5) Son zamanlarda hastalığınızla ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?
- Olmadı.
  - Çok az.
  - Oldukça fazla.
  - Aşırı derecede.
- (6) Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?
- Olmadı.
  - Çok az.
  - Oldukça fazla.
  - Aşırı derecede.
- (7) Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?
- Olmadı.
  - Çok az.
  - Oldukça fazla.
  - Aşırı derecede.



### Ek 3: Diyabet Öz-Bakım Ölçeği

Açıklama: Aşağıdaki ifadeler diyabetlilerin kendi bakımları için yaptıkları bazı davranışları tanımlamaktadır. Lütfen sizden de diyabet bakımınızla ilgili olarak neler yaptığınızı anlatmanız için birkaç dakikanızı ayırmanızı istiyoruz. Lütfen, düşüncenizi en iyi ifade eden seçeneği daire içine alın. Toplam 35 ifade yer almaktadır. **Size uymayan ifadeleri atlayabilirsiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur.**

İfadeler	Hiç bir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her zaman
1.Yemeklerimi her gün aynı saatte yerim.	( )	( )	( )	( )
2.Araöğünlerimi her zaman yerim.	( )	( )	( )	( )
3.Lokantalarda yemeğimi yediğim zaman diyetime bağlı kalırım.	( )	( )	( )	( )
4.Davetlere (misafirlige. gezmeye. günlere vb.) gittiğim zaman diyetime bağlı kalırım.	( )	( )	( )	( )
5.Çevremdeki insanlar diyabetli olduğumu bilmedikleri zaman da. diyetime bağlı kalırım.	( )	( )	( )	( )
6.Aşırı yemem.	( )	( )	( )	( )
7.Düzenli olarak egzersiz yaparım.	( )	( )	( )	( )
8.Egzersiz yapmak istemediğimde bile yapmam gereken egzersizimi yaparım.	( )	( )	( )	( )
9.Yeterince egzersiz yaparım.	( )	( )	( )	( )
10.Kan şekeri ölçerim.	( )	( )	( )	( )
11.Kan şekeri ölçüm sonuçlarımın kayıtlarını alırım.	( )	( )	( )	( )
12.Diyabet haplarımı önerildiği şekilde alırım.	( )	( )	( )	( )
13.İnsülin iğnelerimi önerildiği şekilde yaparım.	( )	( )	( )	( )
14.İnsülin dozumu kan şekeri ölçüm sonuçlarıma göre ayarlarım.	( )	( )	( )	( )
15.Dışarıda /Evden uzakta iken yanımda kesme şeker bulundururum.	( )	( )	( )	( )
16.Kan şekeri düştüğü zaman kesme şeker alırım.	( )	( )	( )	( )
17. Düzenli olarak doktoruma giderim	( )	( )	( )	( )
18. Kan şekeri çok yükseldiği zaman doktoruma danışırım	( )	( )	( )	( )
19. Kan şekeri çok düştüğü zaman doktoruma danışırım.	( )	( )	( )	( )
20. Düzenli olarak ayaklarımı kontrol ederim.	( )	( )	( )	( )
21. Dışarıda/Evin dışında mutlaka ayakkabı giyerim.	( )	( )	( )	( )
22. Gün boyunca evde her zaman terlik/ev ayakkabısı giyerim.	( )	( )	( )	( )
23. Daima çorap giyerim.	( )	( )	( )	( )
24. Ayak tırnaklarımı düz ve kısa tutarım.	( )	( )	( )	( )

<b>25.</b> Düzenli olarak (en az haftada bir veya daha fazla) banyo yaparım.	( )	( )	( )	( )
<b>26.</b> Dişlerimi her gün fırçalarım.	( )	( )	( )	( )
<b>27.</b> Diyabet kartı taşıyorum.	( )	( )	( )	( )
<b>28.</b> Başka diyabetli kişilerle kendilerine nasıl baktıkları konusunda konuşurum.	( )	( )	( )	( )
<b>29.</b> Komplikasyonların nasıl önlenebileceği konusunda hemşire, doktor ve diğer sağlık bakımı sunanlara/ uzmanlarına danışırım.	( )	( )	( )	( )
<b>30.</b> Diyabetle ilgili kitapçık, broşür gibi dokümanlar verildiğinde okurum.	( )	( )	( )	( )
<b>31.</b> Diyabetle ilgili bilgilere ulaşmak için kütüphaneye giderim.	( )	( )	( )	( )
<b>32.</b> Bir diyabet destek grubuna katılıyorum.	( )	( )	( )	( )
<b>33.</b> Bir diyabet dergisine aboneyim	( )	( )	( )	( )
<b>34.</b> Diyabetle ilgili bilgiler edinmek için internette araştırma yaparım	( )	( )	( )	( )
<b>35.</b> Komplikasyonları önlemek için öğrendiğim şeyleri kullanırım.	( )	( )	( )	( )

#### **Ek 4: Etik Kurul Izni**



**Ek 5: Niğde İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi**



## Ek 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışma: Diyabet Hastalarında Psikososyal Uyumun Öz Bakıma Etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Çalışma öncesinde anket formlarını doldurmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bilgiler anket formu ile toplanacaktır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak tamamen kişinin kendi isteğine bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Elde edilen veriler bilimsel amaçlı olup toplu olarak değerlendirilecektir ve gönüllülerin bireysel veriler gizli tutulacaktır. Çalışma sonuçları etkin, yeterli ve kaliteli sağlık hizmet sunumu için veri oluşturacaktır. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız bulunmaktadır.

Teşekkür Ediyorum.

Özlem ÇÖREKÇİ

Yüksek Lisans Öğrencisi- Hemşire

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Sorumlu Araştırmacı: Özlem Çörekçi

**Ek 7: Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği Formu Kullanım İzni**



## Ek 8: Diyabet Öz Bakım Ölçeği Formu Kullanım İzni

