

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TİP 2 DİYABET HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ,
HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ, HASTALIK
ALGISI, STRESLE BAŞA ÇIKMA VE DEPRESYON**

Asena İrem AKIN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK SAĞLIK PSİKOLOJİSİ PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Dr. Çağla GÜLOL**

İSTANBUL, Haziran 2013

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABET HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ,
HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ, HASTALIK
ALGISI, STRESLE BAŞA ÇIKMA VE DEPRESYON**

Asena İrem AKIN
(102005031)

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK SAĞLIK PSİKOLOJİSİ PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :

Tezin Savunulduğu Tarih :

Tez Danışmanı : Dr. Çağla GÜLOL

Diğer Jüri Üyeleri : Doç.Dr. Özlem Sertel BERK

Yrd.Doç.Dr. Ahmet TOSUN

İSTANBUL, Temmuz 2013

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda bana danışmanlık yapan ve yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini paylaőan, beni motive ederek her zaman bana destek olan sevgili hocam Dr. Çağla Gll baőtla olmak üzere,

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini ve yardımı esirgemeyen değerli hocalarıma,

Çalıőmamın istatistik analizlerindeki katkıları için Yrd. Doç. Dr. Özlem Sertel Berk ve Yrd. Doç. Dr. Banu Cingöz'e,

Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniği alıőanlarına,

Gösterdikleri anlayıő ve verdikleri destek için Novafertil Tüp Bebek Merkezi'ndeki bütün iş arkadaőlarıma,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince desteğinden dolayı TÜBİTAK'a

Hayatımın büyük bir bölümünde olduğu gibi, yüksek lisans eğitim sresinde de desteğini ve sabrını esirgemeyen canım arkadaőım Merve Sezgn ve Aslıhan Kayıhan'a,

Tezimin tüm aşamalarında sabır ve anlayıőları ile desteklerini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen annem, babam ve kardeőime

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
SUMMARY.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	x
BÖLÜM 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER	
2.1. DİYABET	
2.1.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi.....	4
2.1.2. Diyabetin Sınıflandırılması.....	5
2.1.2.1. Tip 1 Diyabet	
2.1.2.2. Tip 2 Diyabet	
2.1.2.3. Gestasyonel Diyabet (GDM)	
2.1.3. Diyabetin Epidemiyolojisi.....	6
2.2. DİYABETİN KOMPLİKASYONLARI	
2.2.1. Akut Metabolik Komplikasyonlar.....	8
2.2.1.1. Hipoglisemi	
2.2.1.2. Laktik Asidoz Koması	
2.2.1.3. Diyabetik Ketoasidoz	
2.2.1.4. Hiperosmolar Nonketotik Koma	
2.2.2. Kronik Komplikasyonlar.....	9
2.2.2.1. Diyabetik Nefropati	
2.2.2.2. Diyabetik Retinopati	
2.2.2.3. Diyabetik Nöropati	
2.2.2.4. Diyabetik Ayak	

2.3. TİP 2 DİYABET	
2.3.1. Tip 2 Diyabetin Tanımı ve Sıklığı.....	13
2.3.2. Tip 2 Diyabetin Tedavisi.....	14
2.3.2.1. Diyabet Eğitimi	
2.3.2.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyet Tedavisi)	
2.3.2.3. Egzersiz	
2.3.2.4. İlaç Tedavisi	
2.3.2.5. İnsülin Tedavisi	
2.4. HASTALIK ALGISI	
2.4.1. Hastalık Algısına Dair Genel Bilgiler.....	19
2.5. YAŞAM KALİTESİ	
2.5.1. Yaşam Kalitesine Dair Genel Bilgiler.....	21
2.6. STRES	
2.6.1. Strese Dair Genel Bilgiler.....	23
2.6.2. Stresle Baş Etme.....	24
2.6.3. Tip 2 Diyabet ve Stresle Baş Etme.....	26
2.7. DEPRESYON	
2.7.1. Diyabet ve Depresyon.....	27

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	31
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	31
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	36
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	36
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	36

BÖLÜM 4. BULGULAR.....37

BÖLÜM 5. TARTIŞMA.....52

BÖLÜM 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....62

KAYNAKLAR.....65

EKLER.....74

ÖZGEÇMİŞ.....94

ÖZET

TİP 2 DİYABET HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ, HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ, HASTALIK ALGISI, STRESLE BAŞA ÇIKMA VE DEPRESYON

Bu çalışma, Tip 2 diyabet tanısı almış kişilerde yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı ve stresle başa çıkma yöntemlerinin depresif duygudurumu nasıl yordadığını saptamak amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden, araştırmaya alınma kriterlerine uygun olarak seçilmiş 162 Tip 2 diyabet hastası oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)", "Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği (HBDÖ)", "Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)" ve "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis H-Testi, Mann Whitney U-Testi, Pearson Korelasyon ve Regresyon Analizi uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre, "Fiziksel Fonksiyon", "Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları", "Mental Sağlık", "Hastalığı Anlayabilme", "Sonuçlar", "Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi" ve "Çaresiz/Suçlayıcı Yaklaşım" puanları bir arada depresif duygudurumun %76'sını yordamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet, yaşam kalitesi, hastalık algısı, stresle baş etme, hastalıkla ilgili bilgi, depresyon.

Tarih: 2013

SUMMARY

QUALITY OF LIFE, ILLNESS KNOWLEDGE LEVEL, ILLNESS PERCEPTION AND STYLE OF COPING WITH STRESS IN PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES

This study was carried out for determining predictors of depressive mood in people with type 2 diabetes. 162 type 2 diabetes patients who were chosen from Meram Teaching and Research Hospital constitutes the sample of the study. Data was obtained by Socio-Demographic Information Form, Illness Perception Questionnaire (IPQ), Illness Knowledge-Level Scale (IKLS), Quality of Life Scale (SF-36), Styles of Coping with Stress Scale (SCSS) and Hospital Anxiety and Depression Scale. Test of Kruskal Wallis H, Mann Whitney U; Pearson Correlation and Regression were used for data analysis. According to the study results; “Physical Aspects”, “Functional Ability”, “Mental Health”, “Illness Coherence”, “Consequences” and “Helpless Approach” have a predictor effect on %76 of depressive mood together.

Keywords: Type 2 diabetes, quality of life, illness perceptions, coping with stress, knowledge about illness, depression.

Date: 2013

KISALTMALAR

HAÖ:	Hastalık Algısı Ölçeği
HBDÖ:	Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği
HADÖ:	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
SF-36:	Yaşam Kalitesi Ölçeği
SBTÖ:	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
HAÖ-Görüşler:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu
SF-36-Fiz.Fnk:	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Fiziksel Fonksiyon
SF-36-Fiz.Rl.Kst:	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları
SF-36-Gn.Sağ:	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Genel Sağlık
SF-36-Sos.Fnk:	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Sosyal Fonksiyon
SF36-Ems.Rl.Kst:	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları
SF-36-Ment.Sağ:	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Mental Sağlık
HAÖ-G:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu
HAÖ-G Süre A/K:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri Süre Akut/Kronik
HAÖ-G Snc:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri- Sonuçlar
HAÖ-G Kiş.Knt:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri- Kişisel Kontrol
HAÖ-G Td. Knt:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri- Tedavi Kontrolü
HAÖ-G Has. Anl:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri- Hastalığı Anlama

HAÖ-G Süre Dn:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri-Süre (Döngüsel)
HAÖ-G Dy. Tem:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Hakkındaki Görüşleri-Duygusal Temsiller
HAÖ-N Psi. Atf:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Nedenleri-Psikolojik Atıflar
HAÖ-N Risk F:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Nedenleri-Risk Faktörleri
HAÖ-N Bğş:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Nedenleri-Bağışıklık
HAÖ-N Kz. Şns:	Hastalık Algısı Ölçeği-Hastalık Nedenleri-Kaza/Şans
SBTÖ-Kend. Güv:	Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği-Kendine Güvenli Yaklaşım
SBTÖ-Çaresiz/Suç:	Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği-Çaresiz/Suçlayıcı Yaklaşım
SBTÖ-Sos.Dst.Arama:	Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği-Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

TABLÖLAR

SAYFA NO

Tablo 2.1.	Tip 2 Diyabetin Metabolik Kontrol Kriterleri.....	15
Tablo 4.1.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	37
Tablo 4.1.2.	Hastaların Hastalıkları ile ilgili Özellikleri.....	38
Tablo 4.2.1.	Hastaların SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları, SS ve Min-Max Değerleri	39
Tablo 4.3.1.	Hastaların Yaşlarının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	40
Tablo 4.3.2.	Hastaların Eğitim Düzeylerinin SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	42
Tablo 4.3.3.	Hastaların Diyabet Yıllarının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	45
Tablo 4.3.4.	Hastaların Ailelerinde Diyabet Geçmişi Varlığının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	47
Tablo 4.4.1.	HBDÖ, SF-36, SBTÖ ve HAÖ Puanları ile HADÖ-Depresyon Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi	49
Tablo 4.4.2.	HBDÖ, SF-36, SBTÖ ve HAÖ'nün Bazı Alt Boyut Puanlarının HADÖ-Depresyon Alt Boyut Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Regresyon Model Değerleri	50

BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabet, pankreasın yeterli miktarda insülin hormonu salgılayamaması ya da salgıladığı insülin hormonunun etkili bir şekilde kullanılamaması durumunda gelişen; hastada ruhsal, duygusal ve sosyal bazı sorunların gündeme gelmesinde rol oynayan kronik bir hastalıktır. Bu hastalık, genellikle ağız kuruluğu, aşırı susama, sık sık idrara çıkma, bulanık görme ve kilo kaybı gibi semptomlarla ortaya çıkmaktadır (Bahar, Sertbaş ve Sönmez, 2006; Özdemir, Hocaoğlu, Koçak ve Ersöz, 2011).

Diyabet hastalığında kan şekeri sürekli bir değişim halindedir. Bu durum, hastayı akut(günlük) veya kronik bulgularla rahatsız etmekte ve hastada çeşitli komplikasyonlar oluşturmaktadır (Bağrıaçık, 2011). Hastalığın yarattığı bu komplikasyonlar ve uygulanan tedavinin açığa çıkardığı sıkıntı dışında, gelecek kaygısı, yeterliliğini kaybedeceği ve başkalarına bağımlı hale gelebileceğine dair korkuları ve beden görünümü ile ilgili endişeleri hastanın fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevlerini ve bunların sonucunda da sosyal yaşamını etkiler (Bahar ve ark., 2006).

Wild ve ark.nın 2000 yılında yürüttüğü bir çalışmaya göre dünyada 171 milyon diyabet hastasının bulunduğu tespit edilmiştir (Kılıçoğlu ve Gülcan, 2007). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi çalışmasının (TURDEP) 2010 yılındaki tespitine göre ise Türkiye’de toplam 6,9 milyon diyabet hastası bulunmaktadır (Satman ve TURDEP Çalışma Grubu, 2011).

Diyabet, tip 1 (insüline bağımlı) ve tip 2 (insüline bağımlı olmayan) olmak üzere iki farklı türde tanımlanmaktadır. Diyabet tanısı konan hastaların %85-90’i gibi büyük bir kısmının tip 2 hastalardan oluştuğu çeşitli çalışmalarda bulgulanmıştır (Eren ve ark., 2003). Tip 2 diyabet, daha çok orta ve ileri yaşlardaki bireylerde görülmektedir (Kumcağız, Özenoğlu, Avcı ve Uğurlu, 2009).

Diyabet hastalığı, kişilerde davranışsal, duygusal, bilişsel ve sosyal ilişkilere yönelik birtakım tepkiler oluşturmaktadır. Bunlar, hastalığın algılanma sürecinde meydana gelebilen stres, kaygı ve anksiyete gibi hastalığın gidişatını ve de kan glukoz regülasyonunu etkileyebilen ruhsal tepkilerdir (Kumcağız ve ark., 2009). Diyabetli

hastanın hastalığının gidişatını olumsuz yönde etkileyen bir faktör olan stres, diyabetle ilgili yürütülen bazı akademik çalışmalara araştırma konusu olmuştur.

Diyabet, organik bir rahatsızlık olmasının yanında psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir hastalıktır. Diyabet hastaları fiziksel, ruhsal ve sosyal bazı sorunlarla karşı karşıya gelirler. Diyabette en sık görülen ruhsal tepkilerden biri depresyondur (Bahar ve ark., 2006). Depresyon, günlük aktiviteleri istekli bir biçimde yapamama, yaşamdan zevk alamama gibi ruhsal belirtilerle birlikte keder, üzüntü, mutsuzluk, karamsarlık, umutsuzluk, suçluluk, isteksizlik gibi duygu ve düşüncelerin varlığı durumudur. Bu duygu ve düşünceler bireyi biyopsikososyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Depresyon, kan şekeri kontrolünü olumsuz yönde etkiler; hastanın insüline karşı direnç geliştirmesine neden olur. Bu da hastada çeşitli komplikasyonlar yaratabilir; ki yapılan bazı araştırmalarda depresyonun komplikasyon artışına neden olduğu ve aynı zamanda komplikasyonu olanlarda depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu yönünde bulgular vardır (Bahar ve ark., 2006).

Diyabetin neden olduğu komplikasyonların gelişmesiyle, hastanın yaşamındaki engeller artmakta, bununla birlikte yaşam kalitesi düşmekte, bu durum da depresyon şiddetinin artmasına neden olmaktadır (Bahar ve ark., 2006).

Diyabetli hastaların yaşam kalitesi birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. 1996 yılında "Diabetes Control and Complications Trial Research Group" tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre diyabetik grubun yaşam kalitesinin genel popülasyondan daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer bir sonuç da Rubin ve Peyrot'un çalışmalarında bulgulanmıştır. Bu araştırmaya göre diyabetik hasta grubunun yaşam kalitesi skorları genel popülasyondan düşük olarak bulgulanmıştır. Fakat diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında diyabetik grubun yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Güven, 2007).

Leventhal ve arkadaşlarına göre kişilerin zihninde, hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlara ilişkin bazı bilişsel şemalar vardır. Bu bilişsel şemalar içinde, hastalığın belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili hastanın kendi düşünceleri yer almaktadır. İşte tüm bu düşünceler de kişinin, hastalığını nasıl algıladığını göstermektedir. Yapılan

araştırmalar sonucunda hastalık algısının kişinin duygusal ve davranışsal tepkilerini, hastalıkla baş etme biçimini ve yaşam kalitesini etkilediği bulgulanmıştır. Diyabet hastaları ile yürütölen araştırmalar sonucunda hastalık algısı ile yaşam kalitesinin ruhsal boyutu arasında ilişki olduğu görölmüştür (Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan, 2007).

Literatürde diyabet ve depresyon ilişkisini saptamaya çalışan birçok araştırma bulunmaktadır. Gavard ve ark. diyabetik hastalarda yapılan 4 araştırma üzerine yaptıkları inceleme sonucunda, diyabetli hastalarda depresyon sıklığının %20-27 oranlarında olduğunu belirtmişlerdir (Eren, Erdi ve Çivi, 2003). Goldney ve arkadaşları (2004) diyabet, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine yaptıkları bir çalışma içerisinde diyabetik hastalarda depresyon sıklığını %24, diyabetik olmayan hastalarda ise %17 olarak bulgulamışlardır.

Diyabet kontrolündeki temel amaç, hastalığın akut ve kronik komplikasyonlarından kaçınmak ve iyi bir hayat sürdürebilmektir. Bu amacın gerçekteştirilmesi için diyabetik hastadaki psikolojik öğelerin tedavinin başlangıcından itibaren değerlendirilmesi, pek çok sorunun daha kolay aşılmasını sağlayacaktır (Yüksel, 2007).

1.1 ARAşTIRMANIN AMACI

Diyabet hastalığı ile ilgili literatürden elde edilen bilgiler ışığında yürütölmüş olan bu araştırmanın amacı, tip 2 diyabet tanısı almış kişilerde yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı ve stresle başa çıkma yöntemlerinin depresif duygudurumu nasıl yordadığını saptamaktır.

ARAşTIRMA SORULARI

1. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerde bazı sosyo-demografik özelliklerin hastalık algısı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, yaşam kalitesi ve depresif duygudurum üzerinde belirleyici ya da tanımlayıcı bir etkisi var mıdır?

2. Tip 2 diyabet tanısı almış bireylerde hastalık algısı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma yöntemleri depresif duygudurum üzerinde yordayıcı bir etken midir?

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİYABET

2.1.1. Diyabetin Tanımı ve Önemi

Diyabet, pankreastan salgılanan insülin hormonunun yokluğu, yeterince üretilmemesi ya da üretilen insülinin etkili bir şekilde kullanılamaması sonucunda ortaya çıkan ayrıca karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında bozukluklara yol açan kronik bir hastalıktır (Ünlüsoy, 2009). İnsülin kandaki şekerin hücre içine alınmasını ve enerji olarak kullanılmasını sağlayan pankreas tarafından üretilen bir hormondur. İnsülinin üretilmemesi ya da etkin bir şekilde kullanılamaması kandaki şeker miktarının yükselmesine neden olur. Bu da uzun süreçte, vücuttaki çeşitli doku ve organların zarar görmesine hatta işlevini yitirmesine sebep olmaktadır (“About Diabetes,” 2011).

Ciddi bir sağlık sorunu olan diyabet hastalığı dünyadaki nüfus artışı, yaşlanma, şehirleşme, obezitenin artması ve fiziksel aktivitenin azalması gibi faktörlerle ilişkili olarak gittikçe artmakta ve çalışma çağındaki pek çok insanın çalışamaz duruma gelmesine hatta erken ölmelerine neden olmaktadır (Wild, Roglic, Green, Scree ve King, 2004).

Diyabetin tarihçesi çok eskilere uzanmaktadır. M.Ö. 1500’de Mısır Ebers papiruslarında idrar yoluyla şeker kaybedilen bir hastalık olarak tanımlanmış, M.Ö.6.ve 4. Yüzyıllarda ise eski Hint hekimleri “tatlı idrar hastalığı” olarak adlandırmışlardır. Bu dönemdeki diyabet hastaları genellikle şişman, ağız kuruluğu çeken, el ve ayaklarında yanmalar hissedilen hastalardır. Bu hastaların idrarlarının, karıncaları ve sinekleri çektiğini fark eden eski Hint hekimleri bu idrarın tatlı olduğunu saptamıştır. Milattan 200 yıl sonra Cappodocia’lı Areateus, hastalığa diabetes ismini vermiştir. Bol idrara çıkma ve zayıflama gibi semptomları olduğunu açıklamıştır (Bağrıaçık, 1997).

1860’da Langerhans’ın pankreas adacıklarını, 1875’de Claud-Bernard’ın diyabetin noro-hormonal mekanizmasını, 1889’da V.Mering ve Minkowski’nin

pankreatotomiyle diyabet oluşumunu ortaya koyarak şeker hastalığının merkezi organını tanımlamalarından sonra 1922'de Best ve Banting pankreas ekstresi, insulin ve hastalığının tedavisine yeni boyutlar getirmişlerdir. Diyabet, 2000 yıl önce Areateus tarafından tarif edildiğinden beri tanı, etiyojoloji ve tedavisinde devamlı değişmeler gösteren bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Bağrıaçık, 1997).

2.1.2. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet için kabul gören geniş kapsamlı ilk sınıflama 1980'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanmıştır ve 1985 yılında da yenilenmiştir.

2003 yılında Amerikan Diyabet Birliği'nin (ADA) yayınladığı kılavuza göre diyabet, 4 klinik sınıfa ayrılmıştır (Güven, 2007):

- 1) Tip 1 Diyabet
- 2) Tip 2 Diyabet
- 3) Gestasyonel Diyabet (GDM) (gebelik sırasında tanısı konan)
- 4) Diğer Nedenlere Bağlı Spesifik Diyabet tipleri: Pankreası etkileyen çeşitli faktörler sonucu kan şekerinin yükselmesiyle oluşmaktadırlar (Kuzu, 2009).

2.1.2.1. Tip 1 Diyabet

Çocukluk çağının en yaygın görülen kronik hastalığıdır. Çocukluk yaşlarında diyabet olma riski, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında birinci sırada yer almaktadır. Pankreasta bulunan beta hücrelerinin zedelenmesi ya da kaybına bağlı olarak gelişen, insülin eksikliği ile ortaya çıkan ve insüline bağımlı olarak sürüp giden bir diyabet türüdür. Tip 1 diyabet, tüm diyabet vakalarının yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır (Yumuk, 2008).

Tip 1 diyabet hastalarında genellikle 30 yaşından önce birden başlayan aşırı susama ve sık sık idrara çıkma gibi belirtiler bulunmaktadır. Bu hastalar yaşamın devamı için insüline bağımlıdırlar (Javanshir, 2006).

Tip 1 diyabet gelişme riski; anne, baba kardeş gibi birinci derecede yakın akrabalarında tip 1 diyabet olanlarda, çok sayıda tip 2 diyabetli yakını olanlarda ve gebelik sırasında diyabeti ortaya çıkan kadınlarda daha yüksektir (“Tip 1 Diyabet,” 2008).

2.1.2.2. Tip 2 Diyabet

İnsülin eksikliğinden çok hücresele düzeyde insülinin kullanılmaması ile karakterize bir formdur. Tip 2 diyabetliler genellikle obezdir ve obezite, insülin direncinin en baste gelen sebebidir. Obeziteden ayrı olarak kriterlere göre obez ya da fazla kilolu olmayan bireylerde de genelde bel ve karın çevresindeki yağlanma diyabet için ciddi bir risktir. Tip 2 diyabet genellikle 40 yaş ve üstü grupta görülür, ancak ortaya çıkma yaşı yaşam tarzı değişikliklerine bağlı olarak her geçen gün düşmekte, gençlerde ve hatta çocuklarda görülebilmektedir. Bunun yanı sıra yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır. Tip 2 diyabet klasik diyabet belirtilerinin çok belirgin olmadığı, sinsi başlangıçlı olan ve yıllarca belirtilerini göstermeden kalabilen, kronik komplikasyonların sık görüldüğü, başlangıçta genellikle insülin tedavisine gerek duyulmayan diyabet tipidir ve tüm diyabetlilerin yaklaşık % 90- 95’ini tip 2 diyabetlidir (Kuzu, 2009).

2.1.2.3. Gestasyonel Diyabet (GDM)

Gestasyonel diyabet (GDM) ilk kez gebelikte ortaya çıkan ya da gebelik sırasında tanı konulan glukoz tolerans bozukluğudur (Turok, Ratcliffe & Baxley, 2003). Amerikan Diyabet Derneği gebe kadınların % 4’ünde yani yılda yaklaşık 135.000 kadında GDM tespit edildiğini bildirmiştir. Ancak bu oran farklı toplumlarda %1 ile %14 arasında değişmektedir (Karakurt, Çarlıoğlu, Kasapoğlu ve Gümüş, 2009).

2.1.3. Diyabetin Epidemiyolojisi

Diyabet, bütün toplumlarda sıklıkla görülen kronik bir hastalıktır. Uluslararası Diyabet Federasyonu’nun (IDF) son verilerine göre yapılan çalışmalarda 2003 yılında

194 milyon olan yetişkin diyabetli sayısı 2007 yılında 246 milyona ulaşmıştır. 2025 yılında bu sayının 380 milyon olacağı tahmin edilmektedir. IDF'nin yürüttüğü bu çalışmalarda en fazla diyabet hastasının 67 milyon kişi ile Batı Pasifik Bölgesi ve yaklaşık 53 milyon kişi ile Avrupa Bölgesi'nde bulunduğu saptanmıştır. Buna göre Kuzey Amerika Bölgesi %9,2'lik bir oranla en fazla diyabet prevalansına sahip bölgedir ve %8,4'lük bir oranla da Avrupa bölgesi onu takip etmektedir (Ünlüsoy, 2009). Yapılan araştırmalar, diyabet prevalansının, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğunu göstermektedir ("Uluslararası Diyabet Federasyonu Öğün Sonrası Glukoz Kontrol Rehberi," 2007). Diyabetli birey sayısındaki artış; yaşlı nüfus oranında artma, kentleşme, fazla kilolu ve obez bireylerin sayısındaki artış, sağlıksız beslenme ve sedanter yaşam gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Wild ve ark., 2004).

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TÜRDEP) 2000 yılı verilerine göre diyabet prevalansı %7,2 olarak belirlenmiştir. Yine bu çalışmaya göre diyabet prevalansının %8'ini kadınlar, %6,2'sini erkekler oluşturmaktadır. TURDEP Çalışması'nın 2010 yılındaki tespitine göre ise Türkiye'de toplam 6,9 milyon diyabet hastasının bulunduğu tespit edilmiştir (Satman ve TURDEP Çalışma Grubu, 2011). IDF verilerine göre Türkiye'de 2025 yılında diyabet prevalansının %8,9'a yükseleceği düşünülmektedir (Satman, Yılmaz, Şengül, Salman ve Uygur, 2002).

Tip 1 diyabet doğumdan sonraki ilk 6 ayda son derece nadir görülür. Sıklığı 9. aydan sonra giderek artar ve 12-24 yaşlarında en yüksek düzeye erişir. 30 yaş üzerinde yeni olgu çok azdır (Turhan, 2007).

Diyabetli bireylerin yaklaşık olarak %90'ını tip 2 diyabetliler oluşturmaktadır. Tip 2 diyabet, daha çok orta ve ileri yaşlardaki bireylerde görülmektedir (Kumcağız vd., 2009). Gelişmiş ülkelerde toplumun %5-10'u tip 2 diyabetlidir. Tip 2 diyabet prevalansı istikrarlı bir artış göstermektedir. Özellikle Asya'nın güneyindeki bazı etnik gruplar, Amerikan yerlileri ve Meksika kökenli Amerikalılarda tip 2 diyabete genetik yatkınlık daha fazladır (Yumuk, 2008).

2.2. DİYABETİN KOMPLİKASYONLARI

Diyabette kan şekeri kontrolünün sağlanamaması, küçük ve büyük damarlarla birlikte sinirlerin de hasar görmesine neden olabilir. Diyabetin neden olduğu bu hasarlar komplikasyon olarak tanımlanmaktadır. Bu komplikasyonlar akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (“Diyabetin Komplikasyonları,” 2008).

Kan şekerinin ani veya yavaş yavaş normal değerlerin dışına çıkması sonucunda diyabetli bireyin vücut dokularında çeşitli hasarlar meydana gelmektedir. Diyabetin Akut (Metabolik) Komplikasyonları, kan şekerindeki ani olarak gelişen değişimler sonucu ortaya çıkmaktadır (“Diyabette Acil Durumlar,” t.y.).

Kronik komplikasyonlar ise diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan ve ciddi problemlere neden olabilen durumlardır. Diyabete bağlı kronik komplikasyonlar iyi bir diyabet kontrolü ile önlenilmekte veya geciktirilebilmektedir (Javanshir, 2006).

2.2.1. Akut Metabolik Komplikasyonlar

2.2.1.1. Hipoglisemi

Hipoglisemi, kişinin kan şekerinin (glikoz) anormal derecede düşük olması halinde meydana gelen bir rahatsızlıktır. Bu durum genellikle tip 1 diyabetli hastalarda görülür. Glikoz düzeyinin çok düşük olması tehlikelidir; çünkü beyin tek enerji kaynağı olarak sürekli glikoza bağımlıdır. Hipoglisemi koması bilinç kaybına neden olabilir ve bu sırada oksijensiz kalan beyin zarar görebilir (“Hipoglisemi,” t.y.). Hipogliseminin nedeni, fazla insülin ya da hipoglisemik ilaçların alınması, çok az yemek yeme ya da aşırı fiziksel aktivite olabilir (Javanshir, 2006).

Hipogliseminin titreme, terleme, çarpıntı, huzursuzluk, baş dönmesi, açlık hissi, dudak ve dilde karıncalanma, solgunluk konfüzyon, yorgunluk, esneme, koordinasyon zorluğu, baş ağrısı, çift görme, davranış değişikliği, konuşma bozukluğu, sinirlilik, taşikardi ağır oryantasyon bozukluğu, bilinç kaybı gibi belirtileri bulunmaktadır (Olgun, 2002).

2.2.1.2. Laktik Asidoz Koması

Laktik asidoz, vücutta laktik asit birikmesidir. Hücreler enerji olarak glukoz dışı yakıt kullandıklarında laktik asit yaparlar. Eğer çok fazla laktik asit vücutta kalırsa, denge bozulur ve kişi kendini rahatsız hissetmeye başlar. Daha az sıklıkta görülen bu durum, esas olarak tip 2 diyabetli kişileri etkiler (“Diyabetin Komplikasyonları,” 2008).

Tanı kesin olarak kanda laktat düzeyinin belli bir seviyenin üzerinde olması ile konulur; hastada hızlı ve derin soluk alıp verme, değişken bilinç bozukluğu, karın ağrısı, bulantı ve ağır koma hali gözlenebilir (“Diyabetle Baş Etmenin Yolları,” t.y.).

2.2.1.3. Diyabetik Ketoasidoz

Daha çok çocukluk yaş grubunda görülen tip 1 diyabetin en sık rastlanan ciddi komplikasyonlarından biridir. Diyabetik ketoasidoz insülin yetersizliğine bağlı gelişen ve genellikle hiperglisemi, ketonemi (kanda keton cisimciklerinin bulunması), asidemi (karbondioksit ve asidin fazlalıklarının vücuttan atılmaması sonucu kanda fazla hidrojen bulunması hali), glikozüri (kanda bulunan glikozun böbrek süzgeci yolu ile idrara karışması) ve kusma ile kendini gösteren sistematik bir durumdur (Yolbaş ve ark., 2012).

2.2.1.4. Hiperosmolar Nonketotik Koma

Genellikle erişkin yaşlarda özellikle enfeksiyonun uyardığı hiperglisemiye bağlı dehidratasyonu su içerek dengeleyemeyen, üriner sistem enfeksiyonlu ya da serebrovasküler hastalıklı tip 2 diyabetli olgularda görülür (Bülbül ve ark., 2001). Yaşlı diyabetiklerde, enfeksiyon, inme gibi hiperglisemiye kötüleştiren ve yeterli sıvı alımını engelleyen durumlarda gelişmektedir (Javanshir, 2006).

Bu hastalarda günler, bazen haftalarca süren artmış susuzluk vardır ve sıklıkla altta yatan inme ya da renal yetersizlik (böbrek yetmezliği) gibi kronik bir hastalık vardır. Hastanın ağır bir glukozürisi (idrarda glukoz bulunması) vardır. Şiddetli bir dehidratasyon (vücudun düzgün çalışabilmesi için gerekli olan sıvı miktarının

olmaması) , deri elastikiyetinde azalma, göz kürelerinde yumuşama, kol ve bacaklarda soğukluk ve bazen hızlı ve zayıf bir nabız tespit edilir. Günler ya da haftalar önce başlayan kilo kaybı, halsizlik, görme bozuklukları ve bacak krampları da gözlemlenen belirtiler arasında yer almaktadır (Taşan, 1997).

2.2.2. Kronik Komplikasyonlar

Diyabetin kronik komplikasyonlarının önemli bir kısmını vasküler komplikasyonlar oluşturmaktadır. Bu da tutulan damarlara göre mikrovasküler veya makrovasküler komplikasyonlar şeklinde seyredebilir (Yumuk, 2008).

Makrovasküler komplikasyonlar, büyük damarlarda meydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkar. Koroner arter hastalığı veya sistemik kalp hastalığı ve miyokard infarktüsü, periferik arterlerde periferik arter hastalığı, serebrovasküler sistemde serebrovasküler hastalık (SVH-inme) olarak görülür. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar tip 2 diyabette önde gelen ölüm sebebidir. Tip 2 diyabetlilerde kardiyovasküler hastalık ve ölüm riski, diyabeti olmayan bireylere göre 2-3 kat daha fazladır (Javanshir, 2006).

Mikrovasküler komplikasyonlar, küçük damarlarda meydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkmaktadırlar. Sıkı kan şekeri regülasyonu, mikrovasküler komplikasyonların gelişimini azaltmakta veya geciktirmektedir. Diyabetik nefropati, diyabetik nöropati, diyabetik retinopati ve diyabetik ayak olmak üzere dörde ayrılırlar (Javanshir, 2006).

2.2.2.1. Diyabetik Nefropati

Diyabetli kişiler için büyük bir tehdit olan **nefropati, böbreklerin hasar görmesi anlamına gelmektedir**. Tip 1 diyabette görülme sıklığı tip 2 diyabete göre daha fazladır. Tip 1 diyabette %30-50, tip 2 diyabette ise %5-15 oranında nefropati gelişir (Javanshir, 2006). Kontrolsüz tip 1 diyabetli kişilerin % 40'ında 50 yaşına geldiklerinde diyaliz ve/veya böbrek nakli gerektirebilecek, ağır böbrek hastalığı gelişebilir.

Diyabetik nefropati gelişimini etkileyen risk faktörleri şunlardır: kötü kan şekeri kontrolü, diyabetik nefropatide aile öyküsü, genetik risk faktörleri, hipertansiyon, diyetle fazla protein yükleme ve aşırı sigara kullanımı (İpbüker, 1997).

Tip 1 diyabette ölümlerin %50'si, tip 2 diyabette ise %5'i diyabetik nefropati sonucu gerçekleşmektedir. Diyabetik nefropatiye, %86 retinopati ve %89 nöropati eşlik etmektedir (İpbüker, 1997).

Diyabetik nefropati, diyabetin geç bir bulgusu gibi görünmekle beraber, nefropatiden önce fizyolojik, patolojik ve klinik belirtiler olur. Bu durum bazı araştırmacıların diyabetik nefropatiyi aşamalar şeklinde düşünmelerine neden olmuştur (Kurt, Atmaca ve Gürlek, 2004).

Nefropati hiperfiltrasyon dönem, sessiz dönem, mikroalbuminüri dönemi, klinik diyabetik nefropati dönemi ve son dönem böbrek yetersizliği olmak üzere beş evreden oluşur (Kurt ve ark., 2004).

İlk evre olan hiperfiltrasyon evresinde böbreklerden geçmesi gereken kan akımında artış meydana gelmekte ve bu durumda böbrek boyutları büyümektedir. Kan şekerinin kontrolü ile bu durum birkaç haftada düzelir. Sessiz evrede sadece böbreğin mikroskopik incelemesinde anormallikler vardır. Şeker hastalığı başladıktan birkaç yıl sonra ortaya çıkar. Mikroalbuminüri dönemi, nefropatinin ilerlemesinin durdurulabileceği, hatta geri döndürülebileceği başlangıç dönemdir. Mikroalbuminüri, albumin adı verilen düşük molekül ağırlığına sahip proteinin idrarda tespit edilmesidir. Sağlıklı insanların idrarında günde 25 mg albuminden daha az albumin atılmaktadır. İdrarda atılan albumin miktarının günde 30-300 mg düzeyinde olması mikroalbuminüri varlığını gösterir. Diyabetik nefropatinin dördüncü evresi olan klinik diyabetik nefropati evresinde böbreğin süzme fonksiyonu azalmaya başlar yani kanda üre, kreatinin gibi maddeler birikmeye başlar. Son evrede ise Böbreğin süzme fonksiyonu iyice azalmıştır, diyaliz, böbrek nakli gibi tedaviler gündeme gelir ("Kontrolsüz Kan Şekerinin Sonucu Nefropati," t.y.).

2.2.2.2. Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, gözlerin hasar görmesi anlamına gelen, diyabetin en sık rastlanan kronik komplikasyonudur. Diyabetli yetişkinlerde körlük ve görme bozukluklarının en önde gelen sebeplerinden biridir. Diyabet tanısı alır almaz yapılan göz kontrolünde retinopatisi bulunanların oranı %3 olarak bildirilmiştir. Diyabetik retinopati sıklığı yaşla birlikte bir artış göstermektedir. (Karaçorlu, 1997).

Diyabetik hastaların yaklaşık %25'inin herhangi bir evrede diyabetik retinopatiye sahip olduğu düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılı verilerine göre dünyada otuz yedi milyon kör birey bulunmaktadır ve bu körlüklerin %4,8'ine diyabetik retinopati neden olmaktadır. Wisconsin diyabetik retinopati epidemiyoloji çalışmasına göre başlangıçta retinopatisi olmayan tip 1 diyabetli hastaların on dört yıllık takipleri sonunda, %96'sında retinopati geliştiği saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise ilk kontrollerinde retinopatisi olmayan tip 2 diyabetli hastaların 6 yıllık takipleri sonunda %41'inde retinopati geliştiği saptanmıştır (Cebeci ve Akarçay, 2012).

Diyabetik retinopatinin tedavisinde ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi yapılmalıdır. Ama en önemlisi diyabet kontrolünün sağlanmasıdır. Retinopatiyi önlemek için diyabet erken tanılanmalı, görmede azalma başlamadan uygun tedavi yapılmalıdır. Retinopatinin ilerlemesini hızlandıran risk faktörleri arasında kronik hiperglisemi, gebelik, hipertansiyon, böbrek hastalığı, hiperlipidemi, yaş, hastalığın süresi ve sigara vardır. Retinopatinin tedavisinin temel ilkelerinden biri bu risk faktörlerinin tedavisidir (Javanshir, 2006).

2.2.2.3. Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati, uzun süreli tip 1 veya tip 2 diyabet seyri sırasında periferik sinir sisteminde hasar oluşmasıdır. Araştırmalar, sinir hasarına neden olan temel etkenin kan şekeri yüksekliği olduğunu göstermektedir ("Diyabetik Nöropati," t.y.).

Tip 2 diyabet tanısı konulduğunda olguların %25'inde diyabetik nöropati saptanırken, diyabet süresi 25 yıla ulaştığında bu rakam %50'ye yükselmektedir. Tip 1 diyabette ise ilk beş yılda nöropati görülmesi nadirdir (Yüksel, 2007).

Diyabetik nöropati el ve ayaklarda ağrı, uyuşma, iğnelenme gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. İlerlemiş vakalarda kaslarda güçsüzlük, dokularda beslenme bozuklukları, ciltte renk değişikliklerine neden olabilir. Diabetik nöropati kol bacak gibi uzuvları etkilediği gibi, barsak, üriner, seksüel fonksiyonlar, kalp gibi iç organ ve sistemleri de etkileyebilir. Diyabetik nöropati periferik, kraniyel, otonomik, proksimal ve fokal olmak üzere beşe ayrılır ("Diyabetik Nöropati," t.y.).

Distal simetrik periferik nöropati, en sık görülen diabetik nöropati türüdür. El ve ayaklarda duyu ve motor sinirlerin birlikte veya yalnızca duyu sinirlerinin tutulduğu formlarda ortaya çıkabilmektedir. Bu tutuluş sonunda el ve ayak uçlarında, uyuşma, keçeleşme, yanma, ağrı, elektrik çarpması, iğne batması şeklinde belirtiler olabilir. El ve ayak kaslarında erime görülebilir ("Diyabetik Nöropati," t.y.).

Kranial nöropati, kafa sinirlerinin tek veya çoklu tutuluşları şeklinde görülür. Yüz felci ve göz kaslarında tutuluş en sık görülenleridir. Fokal nöropati, bir sinir ya da sinir grubunda ani tutuluş ile kas güçsüzlüğü ve ağrı gelişmesidir. Otonomik nöropati, sindirim, dolaşım, barsak, mesane, üriner, solunum, göz, seksüel ve terleme fonksiyonlarında bozukluklara yol açar. Proksimal nöropati ise, uyluk ve omuz çevresini tutabilen, oldukça ağrılı, kas erimesine ve kas güçsüzlüğüne yol açan nöropatilerdir ("Diyabetik Nöropati," t.y.).

2.2.2.4. Diyabetik Ayak

Her beş diyabetliden birinin hospitalizasyon sebebi gelişen ayak sorunlarıdır. Diyabetik ayak sorunları içinde ülserler en önemli yeri tutmaktadır. Diyabet hastalarının ayaklarında, dışarıdan gelen herhangi bir darbe sonucunda, ayakkabının sıkması ya da kişinin düşmesi gibi nedenlerle yaralanmalar meydana gelebilir. Bu yaralara ayak ülserleri denmektedir. Periferik nöropati, periferik arteriyel hastalık, eklem hareket kısıtlılığı, diyabet süresi, obezite, nefropati, retinopati, stres, sigara, travma gibi etkenlerle birlikte uygunsuz

ayakkabı kullanımı, sosyoekonomik sorunlar ve sosyokültürel alışkanlıklar diyabetik ayak sorunlarını hazırlayıcı ya da hızlandırıcı faktörlerdendir (Dinççağ, 2011).

Ayak ülserli bir hastanın ortalama hastanede kalış süresi ülseri olmayan diyabetiklerden en az %50 daha uzundur (Demir, Akıncı ve Yeşil, 2007).

Diyabetli bireyin ayak sorunları ile karşılaşmaması için hasta ve sağlık ekibi tarafından dikkate alınması gereken bazı hususlar vardır. Düzenli izlem ve muayene, hekim ya da hemşire tarafından hasta ve ailesine yönelik verilen diyabet eğitimi bunların başlıcalarıdır. Bunun haricinde hastanın kendi ayak bakımını sağlaması da oldukça önemlidir (Dinççağ, 2011).

Diyabetik ayak ülserlerinde tekrarlayan ülser gelişimi ilk 12 ayda %28 iken 40. ayda %100'e kadar yükselmektedir. Bu nedenle diyabetik ülser öyküsü olan veya yüksek riski olan hastalar özel diyabetik ayak polikliniklerinde düzenli takip edilmelidir (Demir ve ark., 2007).

2.3. TİP 2 DİYABET

2.3.1. Tip 2 Diyabetin Tanımı ve Sıklığı

Daha önce, insüline bağımlı olmayan veya erişkin başlangıçlı olarak adlandırılan tip 2 diyabet, insülinin yeterli miktarda salgılanmasına rağmen etkisini gösteremediği insülin direnci tablosu ile karakterize bir diyabet tipidir (Ünlüsoy, 2009).

1997 "American Diabetes Association (ADA)" kriterlerine göre tip 2 diyabet tanısı;

1. Semptomatik olan bir hastada rastgele bakılan kan şekerinin ≥ 200 mg/dL,
2. Açlık kan şekerinin (AKŞ) ≥ 126 mg/dL,
3. 75 g glikoz ile yapılan oral glikoz yükleme testinde ikinci saat kan şekerinin ≥ 200 mg/dL

kriterlerinden birinin saptanması ile konmaktadır (Özdemir ve ark., 2011).

Tip 2 diyabet, genetik olarak duyarlı bireylerde çeşitli çevresel faktörlerin de katkısıyla ortaya çıkmaktadır. Cinsiyet, yaş ve etnik köken, yaşam biçimi ve inaktivite

tip 2 diyabet riskini belirleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (Javanshir, 2006; Ferrannini, Gastaldelli & Matsuda, 2003).

Tip 2 diyabette belirtiler, sinsi başlangıçlıdır, belirgin değildir yani uzun süre asemptomatik kalabilir (Kuzu, 2009). Belirtiler semptomatik hale geldiğinde yorgunluk, görmede bozukluk, artan açlık, susama ve idrara çıkma, el ve ayakta karıncalanma veya his kaybı, deride iyileşmeyen enfeksiyon durumu, kuru kaşıntılı deri, yaraların iyileşmesinde gecikme gibi şekillerde ortaya çıkmaktadırlar (“Diabetes Mellitus,” t.y.).

Tip 2 diyabet hastalarında kronik komplikasyonlar akut komplikasyonlara göre daha sık görülmektedir (Javanshir, 2006).

Diyabetli bireylerin yaklaşık olarak %90’ını tip 2 diyabetliler oluşturmaktadır (Yumuk, 2008). Dünyada 140 milyonun, ülkemizde ise 2,5 milyonun üzerinde tip 2 diyabetli hasta vardır. Ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı 20 yaş üzerinde %7,4 iken; 60 yaş üzerinde %20’dir (“Diabetes Mellitus,” t.y.).

Tip 2 diyabet genellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkar. Araştırma verilerine göre bu hastaların %90’ında obezite görüldüğü tespit edilmiştir. Tip 2 diyabetli hastalarda ketoasidoza eğilim ve tedavide mutlak insülin gereksinimi yoktur; fakat ciddi stres durumlarında (enfeksiyonlar, travma, ilaçlar veya cerrahi) ketoasidoz gelişebilir (Javanshir, 2006; Başkal, 2005).

Erken yaşlarda pek rastlanılmayan tip 2 diyabetin ergenlik çağındaki çocuklarda görülme sıklığı son on yılda önemli bir artış göstermiştir (ADA, 2009).

Genetik faktörler, tip 2 diyabet oluşumu üzerinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Yapılan araştırmalarda tip 2 diyabetin ikizlerde görülme oranının %90’dan fazla olduğu bulgulanmıştır (Başkal, 2005).

Cinsiyetler arası farklılığa bakıldığında, kadınlarda tip 2 diyabet prevalansı 65 yaşına kadar erkeklerden daha yüksek bulunur; fakat bu yaştan sonra aradaki fark ortadan kalkar (Turhan, 2007).

Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2025 yılında, dünyada tip 2 diyabetli hasta sayısının tahminen 334 milyona ulaşacağını bildirmiştir (Gren ve Hirsch, 2003)

United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) sonuçları, tip 2 diyabetli hastalarda bütüncül bir bakımın sağlanması ile diyabet kontrolünün sağlanabildiğini,

komplasyonların azaldığını ve diyabetlilerin yaşam kalitesinin arttığını göstermiştir (Javanshir, 2006).

2.3.2. Tip 2 Diyabetin Tedavisi

Diyabet, komplasyonlarından kaçınmak ya da onları ertelemek için, zorunlu yaşam tarzı değişikliklerinin yanında, sürekli tıbbi bakım ve eğitim gerektiren kronik bir hastalıktır (ADA, 2008).

Tip 2 diyabette etkili bir tedavi yaklaşımı, metabolik kontrolü sağlamada etkili olup mikrovasküler ve makrovasküler kronik komplasyonların ortaya çıkmasını önleyebilir veya en azından ilerlemesini yavaşlatabilir. Tedavinin ana hedefleri metabolik kontrolün sağlanmasıdır. Tablo 2.1’de tip 2 DM'nin metabolik kontrol kriterleri verilmiştir (Yumuk, 2008).

Tablo 2.1. Tip 2 Diyabetin Metabolik Kontrol Kriterleri

Metabolik Kontrol Kriterleri	Normal	Kabul Edilebilir	Kötü
Açlık plazma glikozu (mg/dL)	<115	115-139	≥140
Postprandiyal plazma glikozu (mg/dL)	<140	140-199	≥200
HbA1c %	<6.5	<7.5	≥7.5
Total kolesterol (mg/dL)	<200	200-239	≥240
LDL-kolesterol (mg/dL)	<130	130-159	≥160
HDL- kolesterol (mg/dL)	>45	>35	≤35
Trigliserit (mg/dL)	<200	200-250	≥250
Kan basıncı (mmHg)	≤140/90	≤160/95	>160/90

Tip 2 diyabette tedavinin amacına ulaşabilmesi için başlıca yöntemler şunlardır:

- 1- Diyabet eğitimi (diyabetlinin kendi kendini izlemesi ve tedavisi)
- 2- Tıbbi beslenme tedavisi (diyet tedavisi)
- 3- Egzersiz
- 4- İlaç tedavisi
- 5- İnsülin

2.3.2.1. Diyabet Eğitimi

Diyabet eğitimi, yeni tanı almış diyabetlilerin, özbakım uygulamalarına etkin olarak başlamalarına, hastalıklarını etkin olarak yürütmelerine, değişen tedavi programları ve uygulamalarına uyum sağlamalarına yardımcı olurken aynı zamanda metabolik kontrolün sağlanmasına, komplikasyonların önlenmesi ve yönetilmesine uzun vadede de yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olmaktadır (Kuzu, 2009).

Diyabetli hastalara yönelik eğitimlerde duygusal ve fiziksel stres kaynaklarının, diyet, egzersiz ve ilaçların glisemik kontrol ile ilişkisinin kavranabilmesi amaçlanmaktadır (ADA, 2008).

Norris ve arkadaşlarının yürüttükleri bir araştırma diyabete yönelik eğitimlerin, özellikle kısa dönemde, bilgi düzeyinde artış, diyete uyum ve glisemik kontrol sağladığını ortaya koymuştur (Norris, Nichols, Caspersen ve Glasgow, 2002).

2.3.2.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyet Tedavisi)

Tıbbi beslenme tedavisi, diyabetin önlenmesinde ve tedavisinde, diyabetle ilişkili komplikasyon gelişiminin önlenmesinde ve bu komplikasyonların tedavisinde kritik bir öneme sahiptir (ADA, 2008).

Tıbbi beslenme tedavisinin, optimal metabolik sonuçları sağlamak ve sürdürmek, diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek ve tedavi etmek, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile sağlığın iyileştirilmesini sağlamak, davranış değişiklikleri oluşturmak, yaşam tarzı ve kültürel tercihleri dikkate alarak bireysel beslenme gereksinimlerini sağlamak gibi hedefleri vardır. Optimal metabolik sonuçlar için; kan şekeri düzeyini normal ya da normale yakın sınırlarda tutmak, makrovasküler komplikasyon riskini azaltacak lipid ve lipoprotein profili oluşturmak, vasküler hastalık riskini azaltacak kan basıncı düzeyini sağlamak gerekmektedir. Diyabetin kronik komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi için ise; obezite, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık ve nefropatinin önlenmesi ve tedavisi için uygun beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerini modifiye etmek gerekmektedir (Tümer ve Çolak, 2012).

Tıbbi beslenme tedavisi, metabolik ve yaşam tarzı parametrelerini değerlendirme, hedef belirleme, belirlenen hedefe yönelik eğitimler ve klinik sonuçları değerlendirme olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır.

1) Metabolik ve Yaşam Parametrelerini Değerlendirme: Bu aşamada boy, ağırlık, beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi ölçümü yapılır. Ayrıca beslenme hikayesi (besin, sigara, alkol tüketimi vb.); fiziksel aktivite durumu, psikososyal ve ekonomik durum, stres düzeyi ve eğitim düzeyi de belirlenerek yaşam parametresi hakkında bir değerlendirme yapılır.

2) Hedef Belirleme: Bu aşamada, uygun egzersiz tipi, süresi ve biyokimyasal değerler dikkate alınarak uygun bir öğün düzeni oluşturulur.

3) Eğitim: Belirlenen hedeflerin sağlanmasına yönelik bireysel eğitim ya da grup eğitimi düzenlenir.

4) Klinik Sonuçları Değerlendirme: Bu son aşamada ise 3-6 ay ya da 1 yıl aralıklarla ağırlık, BKİ, açlık kan şekeri, HbA1C, serum kolesterol değerleri, kan basıncı ve besin tüketim değerlendirmesi yapılır (Tümer ve Çolak, 2012).

2.3.2.3. Egzersiz

Tüm diyabet tipleri için tedavinin önemli bir parçası olan düzenli egzersiz, kan şekeri düzeyinin kontrolünde oldukça önemli bir yere sahiptir (Kuzu, 2009). Fiziksel aktivite, tip 2 diyabetlilerde glisemiye iyileştirebilir, insülin direncini azaltabilir ve kardiyovasküler risk faktörlerinde azalma sağlayabilir ("Egzersiz," t.y.). Yürütülen bazı çalışmalarda, insülin direnci gelişmiş tip 2 diyabetlilerde orta derecede kilo kaybının insülin direncini iyileştirdiği görülmüştür (Hainer ve Toplak, 2008).

Tip 2 diyabette fiziksel aktivite ve egzersiz; glikozun daha iyi kullanılmasını, kullanılan insülinin daha etkili olmasını ve duyuların daha iyi kullanılmasını sağlar (Pek, 2002). Bunların dışında periferik insülin duyarlılığını artırır, kan lipid profilini düzenler, kalp kasını kuvvetlendirir, tartı yönetimini sağlar, kasların ve eklemlerin kuvvetlenmesini sağlar, duyu durumu iyileştirir, kendine güveni artırır ve yaşam kalitesini yükseltir (Pek, 2002; "Diyabet ve Egzersiz," t.y.).

2.3.2.4. İlaç Tedavisi

Tip 2 diabetli hastalarda ideal tedavi diyet ve egzersizle kan şekeri kontrolünün sağlanmasıdır. Fakat bu önlemler çoğu zaman yetersiz kalır ve hasta oral antidiabetik ilaç veya insülin kullanımına ihtiyaç duyar (Turhan, 2007).

Tip 2 diyabet hastalarının tedavisinde kullanılan oral antidiabetiklerin başlıcaları şunlardır:

1) Sülfonilüreler: Tip 2 diyabet tedavisinde primer ilaçlardır. Pankreasta insülin salınımını artırır ve vücudu insüline daha duyarlı hale getirirler. En önemli yan etkileri hipoglisemi ve kilo almıdır. Hastaların 2/3'ü sülfonilüreler tedavisine yanıt verir (Eray ve Kemal, 2005). Betanorm, Diamicon, Diamepid, Diabinese, Gliben, Glutril, Glucotrol XL, Minidiab, Amaryl bu grup ilaçlara örnek olarak verilebilir ("Tip 2 Diyabet," t.y.).

2) Biguanidler (Metformin): Bağırsaklardan şeker emilimini azaltıp dokularda insülin etkisini artırarak glukoz metabolizmasını düzenler (Turhan, 2007). Daha çok obez hastalarda tercih edilirler. Glucophage, Glifor, Gluformin ve Glukofen bu gruptaki ilaçlardır (58). İnsülin salgılatıcı bir ajan olmadıkları için hipoglisemi riski yoktur (Eray ve Kemal, 2005).

3) Alfa Glikozidaz İnhibitörleri: Bağırsakta karbonhidratların parçalanmasını yavaşlatarak yemek sonrası olan kan şekeri yükselmelerini azaltırlar ("Tip 2 Diyabet," t.y.).

4) Thiazolidinedionlar: Bu grupta yer alan iki ilaç rosiglitazon ve pioglitazondur. Etkilerini özellikle yağ dokusunda peroksizom proliferatör aktivatör reseptör gama üzerinden etki ederek gösterirler ve bu dokuda yağ metabolizmasını ve dağılımını etkilerler (Eray ve Kemal, 2005).

5) Glinidler: Bu grup içinde repaglinid ve nateglinid yer almaktadır. Bu ilaçlar pankreasta insülin salgılayan beta hücrelerini kısa dönemde uyararak yemeklerden sonra oluşan tokluk kan şekerindeki artışı azaltırlar ("Tip 2 Diyabet," t.y.). Etki mekanizması ve yan etki profili sülfonilürelere benzer. Farkı, etkisinin daha hızlı başlayıp kaybolmasıdır. O yüzden öğünlerle birlikte alınırlar (Eray ve Kemal, 2005).

2.3.2.5. İnsülin Tedavisi

İnsülin tedavisi, diyet ve oral antidiyabetik kombinasyonlarıyla hedeflenen glisemik kontrolün sağlanamadığı, çeşitli nedenlerle (stres vb.) glisemik kontrolün bozulduğu, akut ve kronik komplikasyonların geliştiği, gebelik, cerrahi ve şiddetli hiperglisemi gibi durumlarda ve tüm tip 1 diyabetli hastalarda uygulanır (Karakoç ve Konca, 2010).

Tip 2 diyabet hastalarında insülin tedavisine başlamak için gereken bazı durumlar vardır:

- Beslenme planına uyum sağlamasına, egzersiz yapmasına ve aldığı ilaçlara rağmen kan şekeri yüksek seyreden diyabetlilerde,
- Hastada ketoasidoz veya ketoasidoz koması ortaya çıktığında,
- Ciddi derecede hiperglisemi geliştiğinde,
- Diabetik nöropati, nefropati ve ateroskleroz gibi komplikasyonlar gelişen hastalara
- Düzensiz efor, ağır stres, ameliyat gibi travmatik durumlarda
- Sürekli katabolik etkideki (kilo kaybı, enfeksiyon, gebelik gibi hallerde) tip 2 diyabetli hastalarda geçici bir süre insüline geçilmesi yararlıdır (“Tip 2 Diyabet,” t.y; Ferrannini ve ark., 2003).

2.4. HASTALIK ALGISI

2.4.1. Hastalık Algısına Dair Genel Bilgiler

Algı, psikoloji ve bilişsel bilimlerde duyuşsal bilginin alınması, seçilmesi, yorumlanması ve düzenlenmesi anlamına gelir (Spencer, 1998). Bireyin hastalık kavramına yönelik algısı, hastalığı nasıl yorumladığı, ona yüklediği anlamlar, hastalık dönemleri boyunca yaşadığı veya karşılaştığı deneyimler, içeri alınmış bilgiler, duygusal ve davranışsal tepki repertuarları, hastalık süreci, psikopatoloji ve baş etme mekanizmaları ile ilişkilidir. (Küçükbakar, 2011).

Hastalık algısı, kişinin hastalığı nasıl anlamlandırdığı ve hastalık durumunun bilişsel yapılanması ile ilişkili bir kavramdır. Her kişiye göre farklı yaşanır. Yaş, cinsiyet, yaşanmış deneyimler, baş etme mekanizmaları, kültürel değerler ve hastalığa olan

genetik yatkınlık gibi birçok faktör kişinin hastalığına yönelik algısını etkilemektedir. Kişinin hastalığına yönelik değerlendirmeleri hastalık süresi boyunca devam eder. Fakat bu değerlendirmeler içinde hastalığının durumu ve gidişatı ile ilgili baskın olan bir algısı bulunur (Küçükbakar, 2011).

Hastalık algısı yaklaşımına göre kişinin hastalık deneyimi oldukça önemlidir. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için oluşturdukları zihinsel temsiller gibi, hastalarda geçici ya da daha uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili bilişsel modeller geliştirirler. Hastalık algısı modeline göre kişiler, hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir: hastalığın kimliği, hastalığın süresi, hastalığın nedenleri, hastalığın sonuçları ve hastalığın tedavi edilebilirliği/kontrol edilebilirliği. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur (Kayış, 2009).

1) Hastalığın Kimliği: Hastalar genellikle hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. Örneğin soğuk algınlığı ya da besin zehirlenmesi gibi sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilinmektedir fakat başka hastalıklara gelince belirsiz fikirler ortaya çıkabilir. Hastaların, semptomları üzerinden geliştirdikleri temsiller, tedaviyi düzenleyen tıbbi elemanların hastalığa yönelik geliştirmiş oldukları temsillerden çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki olmaksızın semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler (Acehan, 2010). Bu da hastalıkları üzerine bilişsel bir kimlik yerleştirmelerine neden olur.

2) Hastalığın Nedenleri: Hastalar, tanı aldıktan sonra buna neyin neden olduğuna dair çeşitli inanışlar geliştirirler. Örneğin hastalıklarının genetik kaynaklı, yeme alışkanlığına ya da strese dayalı geliştiğini düşünebilirler. Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede önemli bir yere sahiptirler. Örneğin diyabeti üzerinde stresi olumsuz bir etken olarak nitelendiren bir diyabet hastası, kendini stresli olaylardan ya da ortamlarda uzak tutarak bu olumsuz etkiyi hafife indirebileceğini düşünerek tedavisine yön verebileceğini düşünebilir. Nedensel inanışlar aynı zamanda kişinin hastalığını kontrol altında tutabilmesi açısından farkındalık kazanmasında yani diyabetinin ne sebeple oluştuğuna yönelik neden sonuç

ilişkinini kavrayıp tedavi programını o şekilde sürdürmesi açısından oldukça önemlidir (Acehan, 2010)

3) Hastalığın Süresi: Hastalıkta akuttan kroniğe değişen zamansal inanışlar vardır. Özellikle ilaç alımı ile zamansal inanışlar önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler (Acehan, 2010).

4) Hastalığın Tedavi Edilebilirliği/Kontrol Edilebilirliği: Hastaların, hastalıklarının bir tedavi programı ile kontrol edilebilir ya da edilemez olduğuna dair inançları tedavi sürecinde önemli bir yere sahiptir (Ciddi, 2010).

5) Hastalığın Sonuçları: Hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algılarından oluşan bu bileşen, hastanın yaşam tarzında, iş ve aile yaşantısında ve de ekonomik alanda yaşayabileceği değişiklikler üzerinde etkilidir (Ciddi, 2010).

Lipowski, bireylerin hastalığa verdiği anlamları; meydan okuma/mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit, kayıp, kazanç/ rahatlama ve ceza olarak dört grupta tanımlamıştır. Bu tanımlamaya göre hastalık, meydan okunması-mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit olarak algılandığında, hastanın göstereceği tepkinin normal ve uyarıcı olduğuna inanılır. Bu tarz bir algı geliştiren hastalar hastalıklarıyla ilgili işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterirler. Hastalık, tehdit olarak görüldüğünde ise sıklıkla korku, anksiyete ve zaman zaman öfke duyguları açığa çıkar (Armay, 2006).

Hastalığın kazanç ya da fırsat olarak algılanmasında hastalık; bilinçli veya bilinçsiz olarak ekonomik zorluklardan, kişiler arası zor durumlardan, sosyal rollerin sorumluluklarından ve isteklerden muaf olma, dinlenme anlamına gelebilmektedir. Bu kavram hastalıktan birincil veya ikincil kazanç içerir. Bu durumda tedaviye uyumsuzluk yaygındır ve kişinin hasta rolüne sınıksız sarıldığı gözlenir (Küçükbakar, 2011).

Hastalık, ceza olarak algılandığında sıklıkla depresyon, öfke veya utanç biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkar. Burada en önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir (Küçükbakar, 2011).

Kayıp olarak algılayan birey ise hastalığı sağlığın, dñzenin, bağımsızlığın, yaşamın kaybı ve yeti yitimi olarak algılar. Bu bireylerde ie çekilme, sosyal izolasyon, yas, depresyon gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Kññkbakar, 2011).

Hastalık deneyimi her kişiye gñre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktñr kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar (Kayış, 2009).

Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin algısı, yorumu ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişmesini, yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara gñre, iç kontrol algısı yñksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir (Kocaman ve ark., 2007).

Kronik hastalıklar hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı gñlñklere bağlı olarak kişinin denge ve uyumunu etkilemektedir (Karabulutlu ve Okanlı, 2011). Diyabetli hastalarla yñrñtñlen bir araştırmada hastalık algısının, yaşam kalitesinin ruhsal boyutuyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Paschalides ve ark., 2004).

2.5. YAŞAM KALİTESİ

2.5.1. Yaşam Kalitesine Dair Genel Bilgiler

Yaşam kalitesi; yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun dñzeyini etkileyen hastalıklara ve gñnlñk yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gñsteren bir kavramdır (Yñksel, 2007).

Yaşam kalitesi, 1960'lı yıllarda A.B.D.'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve daha sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan yeni bir kavramdır. O yıllarda yaşam kalitesi kavramı ilk olarak ekonomi alanında karşımıza çıkmaktadır. Ekonomistler yaşam kalitesini, daha çok (ekonomik) yaşam dñzeyi olarak ele almışlardır. Aynı yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamıştır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramına benzerlik gñstermektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili psikoloji alanında yapılan çalışmalar

ise 1970'li yıllarda, yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi üzerine yapılmıştır. Buna göre yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur (Güven, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu, sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır (Yüksel, 2007).

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini ve günlük yaşamındaki fonksiyonlarını sürdürebilmesine dayanan bir tanımlamadır. Yaşam kalitesi kavramı ile, sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, arkadaşlık ilişkileri, fiziksel aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır (Koltarla, 2008).

Calman, yaşam kalitesi kavramını kişinin beklentileri ve gerçek deneyimleri arasındaki fark olarak ele almaktadır (Calman, 1984).

Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına, yani yaşam kalitesine yönelik çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır (Gülseren, Hekimsoy, Bodur ve Kültür, 2001).

Yaşam kalitesi kavramının boyutları, çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Mc Sweeney yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyonu, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence; Linn ve Linn depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumunu; Nordenfelt sadece mutluluk olarak tanımlamaktadır. Naes yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirilmeye önem vermekte ve yaşam kalitesini, kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade etmektedir. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero, ise bu kavramı olumlu yaşam olayları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (Koltarla, 2008).

Fitzpatric ve arkadaşları, birçok yaşam kalitesi ölçeğini incelemiş ve bunların çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını tespit etmişlerdir. Bunlar:

fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol performansı, ağrı ve diğer semptomları içeren boyutlardan oluşmaktadır (Güven, 2007).

Diyabet hastalarının yaşam kalitesi birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1996 yılında yayınladıkları araştırmada, diyabetli grubun yaşam kalitesi puanlarının genel popülasyona göre daha düşük çıktığını bulgulamışlardır. Benzer şekilde Rubin ve Peyrot 1999 yılında yayınladıkları makalelerinde diyabetik hasta grubunun yaşam kalitesi skorlarının genel popülasyondan düşük olduğunu; fakat diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında diyabetik grubun daha yüksek puanlar aldıklarını belirtmişlerdir. Gries ve Alberti'nin yürütmüş oldukları bir çalışmanın sonucuna göre ise ağır diyet kısıtlamalarının, günlük düzenli ilaç kullanımı gerekliliğinin, insülin tedavisinin, diyabetin semptomlarının ve uzun dönem komplikasyonlarının diyabetik hastaların yaşam kalitesini etkilediği bulgulanmıştır (Güven, 2007).

2.6. STRES

2.6.1. Strese Dair Genel Bilgiler

Stres çevredeki bir değişim tarafından başlatılan, bireyin dinamik denge durumu için bir tehdit, mücadele ya da zarar verici olarak algılanan bir durumdur. Bu durumu yaratan değişim ya da uyaran ise stresör olarak tanımlanmaktadır (Hiçdurmaz, 2005).

Stres kavramını açıklayan birçok yaklaşım vardır. Bunlardan biri de etkileşimsel modeldir. Bu modelde kişiyle çevre arasında, kişi-çevre ilişkisine geri bildirim sağlayan bir etkileşim vardır. Bu modelin sıklıkla Richard Lazarus'a ait olduğu ifade edilmektedir. Lazarus ve Folkman, psikolojik stresi birey ve çevre arasında bireyin kaynaklarını ölçen ve onun iyi oluş halini tehlikeye sokan özel bir ilişki olarak tanımlamaktadır (Hiçdurmaz, 2005).

Stresli olay, ortaya çıktığında, bireydeki denge durumunun bozulmasına sebep olur. Eğer olayların gerçekçi biçimde algılanması, yeterli durumsal destek ve yeterli başa çıkma mekanizmalarından oluşan dengeleme faktörleri mevcutsa denge yeniden

kazanılarak kriz önlenir. Ancak bu dengeleme faktörlerinden bir ya da daha fazlasının olmaması durumunda sorun çözümlenemez ve kriz ortaya çıkabilir (Hiçdurmaz, 2005).

Selye, stres konusuyla ilgilenen öncü bilim adamlarındandır. Bedenin stresli durumlarda verdiği tepkiyi "Genel Uyum Sendromu" olarak adlandırmıştır. Bu kurama göre, organizmanın strese tepkisi üç aşamada gelişir. Bunlar alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarıdır (Güçlü, 2001).

1) Alarm Aşaması: Birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeniyle beden savaş ya da kaç tepkisi gösterir. Savaş ya da kaç tepkisi sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir. Bu durum kalp atışlarının hızlanması, tansiyonun yükselmesi, solunumun hızlanması ve ani adrenalin salgılanması biçiminde gelişir. Streste alarm aşamasında, stresi yaratan kaynaklar ve bunların yoğunluğu arttığı ölçüde stres eğrisi hızla normal direnç düzeyinin üzerine çıkarak normal davranıştan sapmanın ilk işaretleri verilmeye başlanır (Güçlü, 2001).

2) Direnme Aşaması: Alarm aşamasını, uyum ya da direnme aşaması izler. Stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner. Bu aşamada kaybedilen enerji, yeniden kazanılmaya ve bedendeki tahribat giderilmeye çalışılır. Stresle başa çıkıldığında parasempatik sinir sistemi etkin olmaya başlar. Kalp atışı, tansiyon, solunum düzene girer, kas gerilimi azalır. Direnme aşamasında birey, strese karşı koymak için elinden gelen tüm gayreti ortaya koyar ve stresli bir insanın davranışlarını gösterir (Güçlü, 2001).

3) Tükenme Aşaması: Uyum aşamasındaki gerilim kaynakları ve bunların yoğunluk dereceleri azalmadığı sürece ya da artış gösterdikleri durumlarda bireyin gayreti kırılır ve davranışlarında ciddi derecede sapmalar ve hayal kırıklıklarının yaşandığı bir evreye girilir. Eğer stres kaynağı ile başa çıkılamaz ve uyum sağlanamaz ise, fiziksel kaynaklar kullanılamaz ve tükenme aşamasına geçilir. Tükenme aşamasında, parasempatik sinir sistemi etkindir. Kişi tükenmiştir ve stres kaynağı hala mevcuttur. Bu aşamada uzun süreli stres kaynakları ile mücadele edilemez ve kişi başka stres kaynaklarının etkilerine de açık hale gelir (Güçlü, 2001).

2.6.2. Stresle Baş Etme

Sağlığın kaybı ya da tehdidi bireyden bireye değişmekle birlikte, yoğun strese neden olmakta ve başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Bireylerin strese karşı vermiş oldukları bedensel tepkileri aynı basamaklardan geçmesine karşın, psikolojik düzeyde olaylar kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı birçok değişiklik göstermektedir. Bu farklılıklara bağlı olarak her bireyin stresle başa çıkma tarzı da farklı olmaktadır. Başa çıkmaları yetersiz olan bireylerde davranışsal düzeyde belirtiler, anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır (Kayahan ve Sertbaş, 2007)

Baş etme, hastalık tarafından zorlanan isteklerle, gereksinimlerle uğraşmak, çevreden gelen talep ve değişikliklere uyum sağlamak için kişinin bilinçli veya bilinç dışı ortaya koyduğu bilişsel ve davranışsal stratejilerin toplamı olarak tanımlanabilir. Lazarus ve McHaffie'ye göre tehlike ya da isteklerin fark edilmesi, sınırların belirlenmesi ve kontrolü üzerine çalışılması bireyin baş etmesidir (Kocaman, 2008).

Baş etme kaynakları, stresörleri daha etkili biçimde ele almayı, stresörler için daha az yoğunlukta tepkiler vermeyi, daha hızlı iyileşmeyi sağlayan ve bireyde var olan kaynak ve tutumlardır. Bunların, tehdit edici veya sıkıntı verici bir olayla karşılaşan bireyin davranışlarını ve bilişsel süreçlerini etkilemekte stresörlerin etkisini azaltan bir tampon görevi yaptığı düşünülebilir (Hiçdurmaz, 2005).

Baş etme sürecinde karşılaşılan olaylar değerlendirilirken, geçmiş deneyimleri irdelemek ilk basamaktır. Stresli olayın geçmiş deneyimler ışığında değerlendirilmesinden sonra, olayın tehdit etme derecesi belirlenir. İkinci basamak psikolojik savunmalardır. Ardından fizyolojik reaksiyonlar gelir. Son basamak baş etme yollarını kullanmaktır. Psikofizyolojik aktivasyonla baş etmede başarılı olduğunda semptomlar düzelir. Başarısızlık durumunda ise hastalık ortaya çıkar (Hiçdurmaz, 2005).

Baş etme yöntemleri problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır (Kocaman, 2008). Problem odaklı baş etme, bilişsel problem çözme, karar verme, kişiler arası anlaşmazlıkları çözümlenme, amaç belirleme, zamanı iyi

değerlendirme yöntemlerini içerirken; duygu odaklı baş etme; olayın anlamını değiştirmeye yönelik bilişsel çabalar, bilişsel yeniden şekil verme, sosyal benzetmeler, en aza indirgeme, olayları iyi yönüyle görme gibi yöntemleri içermektedir (Hiçdurmaz, 2005).

Araştırmalar kişinin her türlü stresli olayda, her iki baş etme yolunu birlikte kullandığını göstermiştir. Baş etme yönteminin seçiminde bireyin olaya ilişkin değerlendirmesi önemlidir. Eğer bir olay değiştirilebilir olarak değerlendiriliyorsa problem odaklı baş etme, değiştirilmeye uygun olmadığı ancak tolere edilmesi gerektiği düşünülüyorsa duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanılmaktadır (Hiçdurmaz, 2005).

2.6.3. Tip 2 Diyabet ve Stresle Baş Etme

Diyabet, yaşam olayları ve mesleki stres gibi yaşam streslerine ilaveten ciddi düzeyde psikolojik strese sebep olan kompleks ve kronik bir hastalıktır. Kronik bir hastalık olmanın yanı sıra diyabet, kişiyi değişime ve uyum sağlamaya zorladığı için bir stres faktörüdür. Kişi, beslenme programını yeniden düzenlenmek, ilaç saatlerini ve doktor randevu tarihlerini takip etmek zorundadır. Eğer insülin tedavisine başladıysa iğnelerini düzenli olarak kullanmaya alışmak zorundadır. Tüm bunlar kişinin yaşamında bir değişim ve uyumu gerektirir (Aydın, 2005).

Birçok araştırmacı diyabetin ortaya çıkışında biyolojik faktörlerle birlikte, ruhsal zorlanma yaratan yaşam olaylarının da katkısı olduğunu belirtmiştir (Aydın, 2005).

Stres, diyabette metabolik kontrolü doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki şekilde etkilemektedir. Doğrudan, sempatik sinir sistemi ve hipofiz bezini uyararak adrenal ve kortizol adı verilen stres hormonlarının salgılanıp kandaki şeker düzeyinin artışına sebep olarak yani nöroendokrin ve hormonal yollarla kan şekeri düzenlenmesi üzerine direk etki yaparak diyabet kontrolünü bozabilir. Stresli bir durum karşısında adrenal salgısının uyarıldığı ve bunun da insülin etkisini azalttığı bilinmektedir. Dolaylı olarak ise diyabetin tedavi ve izlenmesini aksatarak uyumun bozulmasına neden olabilir. Gerginlik yaşayan hasta beslenme, insülin alımı, fiziksel etkinliklere ilişkin kurallara uymakta güçlük çeker. İnkâr, kızgınlık gibi tepkiler ve psikopatolojik savunmalar

hastalığın tedavi ve uyumunu güçleştirir. Böylece stres, hem stres hormonlarını faaliyete geçirir ve iç ortamı bozar hem de hastanın uyumunu ve dış ortamı bozar (Buzlu, 2002).

En basit psikososyal zorlanma ve ruhsal çatışmada dahi kortizol, serbest yağ asitleri ve kan şekeri artar; bu da hiperglisemiye yol açabilir (Güven, 2007). Stres durumunda yükselen kortizol, duyarlı bireylerde iştahı artırmakta ve bunun sonucunda kan şekeri ve tansiyon yükselmektedir. Kan şekerinin yükselmesi, fizyolojik olarak bireyin stresini daha da artmaktadır (Kumcağız ve ark., 2009).

Tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri düzenlenemeyen olgularda stres ve kaygı önemli bir etkindir (Güven, 2007). Böyle durumlarda psikolojik ve psikososyal değerlendirme yapılmalıdır. Psikolojik girişimler emosyonel stresi azaltmakla kalmaz, diyabetle ilişkili semptomları da azaltabilir ve prognozu iyileştirir. Bu nedenle hastalara bireysel ya da grup psikoterapileriyle stresle baş etmeyi öğrenmeleri önerilmektedir (Yüksel, 2007).

2.7. DEPRESYON

2.7.1. Stres ve Depresyon

Üstesinden gelinemeyen ya da birikmiş **birtakım stresli olaylar uzun vadede depresyona neden olabilmektedir** (“Depresyon,” t.y.).

Kişinin sağlığını yitirmesi ve hastalığının getirdiği sınırlılıklara katlanmak zorunda olması, bir stres unsuru olarak, kronik rahatsızlığı olan kişilerde giderek depresyona yol açabilmektedir (Mete, 2008).

Kronik rahatsızlığa sahip kişiler, bedenlerine yönelik bir tehdit hissettiklerinde normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler. Bu gibi durumlarda stresle başa çıkamayan bireylerde uzun vadede anksiyete ve depresyon gibi sorunlar açığa çıkabilmektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Stres ve depresyon ilişkisinin irdelendiği bir araştırmada, fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan, psikososyal stres düzeyi yüksek ve yaşam kalitesi düşük olan hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır(Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, stresle başa çıkma tarzları olumlu olan hastalarda anksiyete ve depresyon puanlarının daha düşük olduğu bulgulanmıştır (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

2.7.2. Diyabet ve Depresyon

Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk almanın yerini üzüntü, keder, mutsuzluk, isteksizlik, karamsarlık, umutsuzluk, suçluluk ve karar verme güçlüğü gibi duygu ve düşüncelerin almasıdır. Bu duygular ve düşünceler bireyi biyopsikososyal yönden olumsuz olarak etkilemektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Yaşam süresi içinde karşılaşılan çeşitli sorunlar depresyonun ortaya çıkmasını hızlandırmakta ya da var olan depresyonun şiddetini artırmaktadır (Kelleci, 1998).

Hastalık, bireyin genel işlevselliğini ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemesinden dolayı çeşitli duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Kelleci, 1998). Aynı zamanda bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete ve depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyonun sıklığını belirlemeye yönelik ülkemizde ve yurtdışında yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Yürütülen çalışmalara göre fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan, psikososyal stres düzeyi yüksek ve yaşam kalitesi düşük olan hastalarda depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Bunun dışında hastalığın olumsuz olarak algılanmasının da mutsuzluk ve depresyon gibi psikolojik sorunların daha yoğun yaşanmasına neden olduğu çalışmalarda gözlemlenmiştir (Karabulutlu ve Okanlı, 2011).

Diyabet, günlük yaşam üzerinde psikososyal ve duygusal anlamda ciddi etkileri olan bir hastalıktır. Diyabet hastalarında psikolojik problemlerin görülme oranıyla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalara göre depresyon diyabette en sık görülen sorunlardan biridir (Lloyd ve Brown, 2002).

Diyabete eşlik eden depresyon hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabını, prognozunu, diyabetin seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemekte, diyabetin denetimini bozmaktadır (Bahar ve ark., 2006).

Anderson ve arkadaşlarının 2001'de yayımladıkları bir meta-analizde 20218 kişiyi kapsayan 39 çalışma incelenmiş ve depresyon riskinin diyabet hastalarında normal popülasyona göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Anderson, Freeland, Clouse ve Lustman, 2001). Bu çalışmaya benzer olarak yürütülen bir araştırmada, 1988-2005 arasında yayımlanan ve 51331 kişiyi kapsayan 10 kontrollü çalışma değerlendirilmiş; benzer bir sonuca ulaşılarak diyabet hastalarında depresyonun daha fazla görüldüğü sonucuna varılmıştır (Ali, Stone, Peters, Davies ve Khunti., 2006).

Diyabetli hastalarda depresyon genel nüfusa göre çok daha fazladır. Dünyada yapılan çalışmalar sonucunda diyabetik hastalarda majör depresyonun yaşam boyunca yaygınlığı %24-29'a ulaşan oranlarda bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise diyabetik hastalardaki majör depresyon sıklığı %6-11 olarak bulgulanmıştır (Güven, 2007).

Peyrot ve Rubin'in, diyabetli yetişkinlerde depresyon ve bunaltı semptomlarını belirlemek için yaptığı çalışma sonucunda deneklerin %41,3'ünde depresyon ve %49,2'sinde yaygın anksiyete bulgularına rastlanmıştır (Kumcağız ve ark., 2009). Yine benzer bir çalışmada, Gülseren ve arkadaşları Tip 1 ve Tip 2 hastalardan oluşan grupta görüşme sırasında DSM-IV (APA 1994) ölçütlerine göre %15 oranında major depresif bozukluk tespit etmişlerdir. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ) kullanılarak yapılan bir başka çalışmada da buna benzer bir sonuç elde edilmiş; hastaların %11'inde major depresyon görüldüğü bildirilmiştir (Eren ve ark., 2003).

Araştırmacılar, çalışmalarında, uzun süreli diyabetik olanların henüz tanı konmuş diyabetiklere oranla 3,7 kez daha depresif olduklarını belirlemişlerdir (Demirok, 2006).

Diyabette depresyon görülmesinin sebepleri ile ilgili birtakım hipotezler öne sürülmüştür. Diyet kısıtlamaları, günlük tedavi gereksinimi, ekonomik güçlükler, stres ve hastane yatışları gibi bazı psikososyal zorlukların da depresyon oluşmasına katkısı olabileceği düşünülmektedir (Demirok, 2006).

Depresif bozukluk ve diyabet ilişkisinde üç temel sebep üzerinde araştırmalar yoğunlaşmıştır. İlk görüş; psikolojik faktörlerin doğrudan diyabeti başlattığı üzerinedir. Her ne kadar stresin diyabetiklerde glisemi kontrolünü zorlaştırdığı ya da bazı hastalardaki mizaç ve kişilik özelliklerinin glisemi düzeylerini olumsuz etkilediği bilinse de psikolojik faktörlerin doğrudan diyabetin başlaması için yeterli olmadığı belirlenmiştir. Potansiyel başka bir ilişki de genetik geçiştir. Moutsley tarafından ilk kez ortaya konan bulgularla psikiyatrik bozukluğu olan ailelerde diyabet görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. En son varsayım ise diyabette kronik hastalık süreci sonunda depresyonun ortaya çıkması ve depresyonun da diyabete ait bir komplikasyon olduğu yönündedir (Güven, 2007).

Depresyon ve diyabet belirtileri birbirini şiddetlendirici yönde etkileşir (Buzlu, 2002). Depresyonda gelişen hormonal bozukluklar, kan şekerinin kontrol ve regülasyonunu bozduğu gibi, kan şekerindeki düzensizlikler de depresif tabloyu şiddetlendirmektedir (Güven, 2007).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, metabolik kontrolü iyi olmayan olgularda majör depresif bozukluğun, metabolik kontrolü iyi olan olgulara göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (zdemir ve ark., 2011).

Diyabetin komplikasyonları artınca, hastalığın yaşam alanlarındaki örseleyici etkileri de artarak depresyonu şiddetlendirmektedir (Güven, 2007). Diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastalarda depresyon yaygınlığı daha yüksektir. Diyabetin komplikasyonları geliştikçe hastanın yaşam kalitesi düşmekte, yaşamındaki engellenmeler artmakta; bu durum depresyon şiddetinin ve yineleme riskinin artmasına neden olmaktadır. Eren ve Erdi, diyabetik komplikasyonu olan hastalarda majör depresif bozukluk oranını %68, yaygın anksiyete bozukluğu oranını %10, obsesif kompulsif bozukluk oranını %10 olarak; diyabetik komplikasyonu olmayan hastalarda bu oranları sırasıyla %38.9, %3.7, %1.9 olarak bulmuşlardır (Turhan, 2007).

BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, Tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma yöntemlerinin bir arada depresif duygudurumu yordamadaki etkinliğinin araştırıldığı tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniğine Ekim 2012-Mart 2013 tarihleri arasında başvuran Tip 2 diyabet tanısı almış hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise, bu hastalar arasından

- En az 6 ay veya daha uzun süredir Tip 2 diyabet tanısı almış olan,
- 40-65 yaş arası,
- Eğitim durumu en az okuryazar olan,
- Daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden seçkisiz olarak seçilmiş 162 hasta oluşturmuştur.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla aşağıda belirtilen formlar ve ölçekler kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi ve sosyal güvence gibi demografik bilgilerin yanı sıra katılımcıların hastalıklarına yönelik bazı soruların da yer almaktadır. Bu sorular, diyabetin süresi, tedavisi, getirdiği komplikasyonlar ve ne kadar zaman önce bu tanıyı almış olduğuna dair bilgilerin edinilmesini amaçlamaktadır.

3.3.2. Hastalık Algısı leği (HA)

1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik alışmaları Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. HA: hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri boyutlarını içermektedir. Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren boyutun alt leklerinin alfa katsayılarının 0.69-0.77 arasında, hastalık tipi boyutunun alfa katsayısının 0.89 ve hastalık nedenlerinin alt leklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır (Kocaman ve ark., 2007).

1) Hastalık Tipi Boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

2) Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt leği içermektedir. Bunlar: süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre

(döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili endişelerini araştırır.

3) Hastalık Nedenleri Boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örneğin stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (örneğin kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (örneğin mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (örneğin kaza, yaralanma, kötü talih vb.).

Bu çalışmada ölçeğin alt boyut Cronbach Alpha değerleri hastalık hakkındaki görüşleri boyutu için 0.63-0.79 ve hastalık nedenleri boyutu için ise 0.23-0.82 olarak bulgulanmıştır.

3.3.3. Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği (HBDÖ)

Subish Palaian, MPharm, Leelavathy D. Acharya, MPharm ve arkadaşlarının diyabetli bireylerin hastalıklarına dair bilgi düzeylerini ölçmek üzere, 2006 yılında, Hindistan'da yürüttükleri bir araştırma için hazırladıkları soru formudur. Orijinal forma uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha değeri 0.72 bulunmuştur. Formun Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması olmamasına rağmen; içerdiği soruların genel diyabet bilgisine yönelik olması nedeniyle kullanılmasında bir sakınca görülmemiş ve araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrilerek katılımcılara ilk kez bu çalışmada uygulanmıştır. Ayrıca yapılan çeviri, Hacettepe Üniversitesi'nde İngilizce eğitim yürütülen bir bölümde görev alan bir akademisyen tarafından onaylanmıştır.

Testin orijinali 25 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların 18 tanesi diyabet konusundaki bilgi düzeyine yönelik iken 7 tanesi ise tutum ve davranışa yöneliktir. Araştırmada bu soru formunun bilgi düzeyine yönelik olan 18 soruluk kısmı kullanılmıştır. Doğru yanıtlanan her soru için “1” puan verilirken yanlış yanıtlanan sorulara “0” puan verilmiştir (Palaian ve ark., 2006). Çalışmamızda bu ölçeğe dair Cronbach Alpha değeri 0.67 olarak bulgulanmıştır.

3.3.4. Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım alanına sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000’i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 36 maddeden oluşan ölçek, 8 boyutu kapsamaktadır: fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Fiziksel fonksiyon, merdiven çıkmak, masa kaldırmak, eğilmek, diz çökmek, yürümek gibi kişinin fiziksel güç sarfetmek zorunda kaldığı birtakım hareketlere dair yaşam kalitesini; sosyal fonksiyon, sosyal etkinliklere dair yaşam kalitesini; fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, bedensel sağlık nedeniyle karşılaşılan sosyal sorunlara dair yaşam kalitesini; emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal problemler nedeniyle karşılaşılan sosyal sorunlara dair yaşam kalitesini; mental sağlık, son zamanlardaki duygudurumla ilgili yaşam kalitesini; enerji, kişinin yorgunluk-bitkinlik açısından enerjisini; ağrı, bedensel ağrıyı ve son olarak da sağlığın genel algılanması, bir bütün olarak kişinin sağlığını nasıl değerlendirdiğini ölçümlemek amacıyla oluşturulmuştur. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Ölçeğin ham bir puanı

yoktur; yalnızca 8 alt boyutun toplam puanı hesaplanır. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanını hesaplanması söz konusu değildir (Koltarla, 2008).

Bu çalışmada elde edilen Cronbach Alpha değerleri, bu ölçeğin alt boyutları arasında 0.50 ile 0.89 olarak değişmektedir.

3.3.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Ölçeğin orijinali Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. 66 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler kişilerin stresli durumlarda kullandıkları bazı stratejileri temsil etmektedir. Kişilerden bu tarzları ne kadar kullandıklarını 4'lü Likert tipi bir ölçekte yanıtlamaları istenmektedir. Yapılan faktör analizinde 8 faktöre ulaşılmıştır: sorun odaklı başa çıkma, olmasını isteme, sosyal destek arama, uzaklaşma, olumluyu vurgulama, kendini suçlama, gerilimi azaltma ve kendini izole etme (Çağın, 2006).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin 30 maddelik kısa formu Şahin ve Durak tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Yapılan faktör analizinde 5 faktör ortaya çıkmıştır: kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama. Cronbach Alpha değerleri bu 5 faktör içinde 0.45-0.80 arasında değişmektedir. Bu araştırmada da ölçeğin kısa formu kullanılmıştır (Çağın, 2006).

Bu çalışmada stresle başa çıkma ölçeğinin alt boyutları arasındaki Cronbach Alpha değerleri 0.42-0.84 arasında değişmektedir.

3.3.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

1982 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996'da Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek anksiyete ve depresyonun bilişsel ve duygusal belirtilerini ele almaktadır. Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa

katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.852, depresyon alt ölçeği için ise 0.77 olarak bulunmuştur. HADÖ, 14 maddelik öz-değerlendirme ölçeği olup; 7 maddesi depresyonu, 7 maddesi anksiyeteyi değerlendiren 2 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13'üncü sorular anksiyeteyi; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14'üncü sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar üçlü likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Aydemir' in ülkemize uyarladığı geçerlilik çalışmasında ölçeğin kesim noktası anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak belirlenmiştir. Yanıt tekrarlarını önlemek amacıyla bir değişikliğe gidilmiş, bir maddedeki ilk yanıt şiddeti yansıtırken, bir sonraki maddede sonuncu yanıt en yüksek şiddeti yansıtacak şekilde doğrudan ve ters ifadeler bulunmaktadır. Ters ifadeler 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13 numaralı sorulardır. Ölçeğin amacı; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır (Özdemir ve ark., 2011).

Bu çalışmada sadece depresyon alt ölçeği kullanılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.72 olarak bulgulanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın uygulaması sürecinde ilk tanışma, hastanenin yataklı servislerinde yatan ve ayakta tedavi gören hastalarla gerçekleşmiştir. Araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra onam formu verilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar, bu formu imzaladıktan sonra veri toplama formları uygulanmıştır.

Veri toplama formlarının hastalara uygulanması, her bir hasta için yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın uygulanabilmesi için Okan Üniversitesi Etik Kurul biriminden araştırmanın etik açıdan uygun bulunduğu dair onay alınmıştır. Daha sonra araştırmanın yapılacağı Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Başhekimliğinden izin alınmıştır, ardından diyabet polikliniğindeki sorumlu hekimlere ve hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizleri Statistical Package for Social Science (SPSS) 16 istatistiksel paket programında yapılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırılmasında dağılım normal olmadığı için Mann Whitney U-Testi; ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında da Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. İlişki arayıcı analizlerde ise Pearson Korelasyon ile Adımsal (Stepwise) Regresyon Analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR

4.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNE DAİR BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik ve hastalıkları ile ilgili özelliklerine ilişkin veriler bulunmaktadır.

Tablo 4.1.1'de çalışmaya katılan 162 Tip 2 Diyabet hastasının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	86	46.9
Erkek	76	53.1
Yaş		
40-48	50	30.9
49-57	75	46.3
58-65	37	22.8
Eğitim		
Okuryazar	15	9.3
İlkokul	31	19.1
Ortaokul	14	8.6
Lise	56	34.6
Üniversite	46	28.4
Medeni Durum		
Evli	157	96.9
Bekar	0	0
Dul	5	3.1
Boşanmış	0	0
Çalışma Durumu		
Halen çalışıyor	89	54.9
Diyabeti nedeniyle çalışmıyor	5	3.1
Başka nedenlerle çalışmıyor	28	17.3
Hiç çalışmamış	40	24.7
Meslek		
Ev Hanımı	42	25.9
Memur	72	44.4
Emekli	40	24.7
İşçi	7	4.3
Diğer	1	0.6

Ekonomik Durum		
0-886.5 TL (asgari ücret)	14	8.6
886.5-1000 TL	35	21.6
1000-1500 TL	27	16.7
1500-2000 TL	37	22.8
2000-5000 TL	33	20.4
5000 ve üzeri	16	9.9
Sosyal Güvencesi		
SSK	29	17.9
Emekli Sandığı	114	70.4
Yeşil Kart	7	4.3
Bağ-Kur	12	7.4
Kimlerle Yaşadığı		
Eş, çocuk ve diğer akrabalarla	19	11.7
Eş ve çocukla	92	56.8
Eş ile	46	28.4
Diğer	5	3.1
Toplam	162	100

Tablo 4.1.2’de çalışmaya katılan diyabet hastalarının hastalık özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.1.2. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Özellikleri

Hastalık Özellikleri	N	%
Ailede Diyabet Geçmişi		
Var	97	59.9
Yok	65	40.1
Sağlık Kuruluşuna Gitme		
Rahatsızlanınca	5	3.1
6 ayda 1	33	20.4
Ayda 1	9	5.6
Yılda 1	26	16
2 ayda 1	23	14.2
3 ayda 1	7	4.3
Diğer	7	36.4
Diyabet Eğitimi İsteği		
Evet	88	54.3
Hayır	74	45.7
Diyabet Yılı		
1-5	39	24.1
6-10	40	24.7
11 yıl ve üzeri	83	51.7

Tedavi Şekli		
Oral antidiyabetik	64	39.5
Fizik egzersiz ve diyet	12	7.4
Şeker düşürücü hap iken şimdi insülin	18	11.1
Fizik egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik	20	12.3
Oral antidiyabetik, insülin	30	18.5
İnsülin	18	11.1
TOPLAM	162	100

4.2. HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ, HASTALIK ALGISI, STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ VE DEPRESYON PUAN ORTALAMALARI

Bu bölümde hastaların yaşam kalitesi, hastalık bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle baş etme yöntemleri ve depresyon puan ortalamalarına ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Hastaların SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları, SS ve Min-Max Değerleri

Ölçekler	Ortalama	Standart Sapma	Min-Max
HBDÖ	13.30	2.88	2-17
HADÖ	8.15	4.78	0-20
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			
Fiziksel fonksiyon	64.52	22.32	10-100
Sosyal fonksiyon	64.35	19.71	12.50-100
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	67.43	36.52	0-100
Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	64.60	40.13	0-100
Mental sağlık	55.01	16.51	16-96
Enerji	49.13	19.66	0-100
Ağrı	59.67	17.51	22.5-100
Sağlığın genel algılanması	47.76	18.58	4.17-95.83
HAÖ-Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu			
Süre (akut/kronik)	3.96	.79	1.67-5
Sonuçlar	3.29	.81	1.67-5
Kişisel kontrol	3.62	.77	2-5

Tedavi kontrolü	3.29	.88	1.80-5
Hastalığı anlayabilme	3.88	.77	2.40-5
Süre (döngüsel)	2.60	.91	1-5
Duygusal temsiller	3.22	1.02	1-5
HAÖ- Hastalık Nedenleri Boyutu			
Psikolojik atıflar	2.62	1.01	1-5
Risk etkenleri	2.64	.74	1-4.29
Bağışıklık	2.28	.78	1-5
Kaza-şans	2.61	1.01	1-5
SBTÖ			
Kendine güvenli yaklaşım	2.99	.66	1.14-4
İyimser yaklaşım	2.90	.53	1.40-4
Çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım	2.12	.52	1-3.50
Boyun eğici yaklaşım	2.13	.55	1-3.50
Sosyal destek arama	2.75	.57	1.25-3.75

4.3. HASTALARIN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİ, HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ, HASTALIK ALGISI, STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ VE DEPRESYON PUAN ORTALAMALARI İLE KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerinin (yaş, eğitim, ailede diyabet geçmişi ve diyabet yılı) yaşam kalitesi, hastalık bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle baş etme yöntemleri ve depresyon puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Hastaların Yaşlarının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve HADÖ-D Puan Ortalamaları ile Kruskal-Wallis H-Testi Kullanılarak Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	YAŞ GRUBU	YAŞ GRUBU	YAŞ GRUBU	TEST İSTATİSTİĞİ	
	40-48 (n=50) Mean Rank	49-57 (n=75) Mean Rank	58-65 (n=37) Mean Rank	χ^2	p
HBDÖ	65.04	91.04	84.31	9.64	.008

HADÖ	86.19	75.36	87.61	2.42	.297
SF-36					
Fiz. Fnk.	92.78	87.09	54.92	15.95	.000
Sos. Fnk.	82.62	87.67	67.49	4.80	.091
Fiz. Rl.Kst.	79.40	88.27	70.62	4.22	.121
Ems Rl. Kst.	79.40	82.12	83.08	0.18	.914
Ment. Sağ.	74.72	88.89	75.69	3.50	.173
Enerji	75.55	90.73	70.84	5.67	.059
Ağrı	84.10	85.89	69.09	3.46	.177
Gn. Sağ.	78.57	83.23	81.95	0.30	.859
HAÖ-G					
Süre (akut/kronik)	82.93	88.21	65.97	5.67	.059
Sonuçlar	83.96	89.91	61.12	9.57	.008
Kişisel kontrol	69.24	92.93	74.91	8.65	.013
Tedavi kontrolü	93.41	81.95	64.50	8.17	.017
Hastalığı anlayabilme	101.07	76.77	64.65	14.39	.001
Süre (döngüsel)	59.37	90.40	93.36	16.41	.000
Duygusal temsiller	78.69	81.73	84.84	0.37	.831
HAÖ-N					
Psikolojik atıflar	65.52	89.33	87.23	8.47	.014
Risk etkenleri	80.06	82.57	81.27	0.08	.957
Bağıışıklık	75.53	93.91	64.41	11.20	.004
Kaza-şans	68.82	98.88	63.41	19.99	.000
SBTÖ					
Kend. Güv.	82.89	92.51	57.30	14.15	.001
İyimser	84.54	92.80	54.49	17.08	.000
Çaresiz/Suç.	68.59	89.83	82.07	6.23	.044
Boyun eğici	59.88	93.57	86.26	16.11	.000
Sosyal destek arama	74.22	88.87	76.41	3.54	.170

Tablo 4.3.1'de hastaların yaşlarının, yaşam kalitesi, hastalık bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle baş etme yöntemleri ve depresyon puan ortalamaları ile karşılaştırılması görülmektedir.

Çalışmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının hastalıkla ilgili bilgi düzeyi puan ortalamaları yaşlara göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır [$\chi^2(2)=9.64$, $p<0.01$].

Grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında hastalıkla ilgili bilgi düzeyi en yüksek olanın 49-57 yaş grubu olduğu ve bunu 58-65 ile 40-48 yaş grubunun izlediği görülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı olarak değiştiği görülmektedir [$\chi^2(2)=15.95$, $p<0.001$]. Buna göre, grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, fiziksel fonksiyon puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun 40-48 yaş arası olduğu bulgulanmıştır.

Hastalık algısının “hastalık hakkındaki görüşleri boyutu” ele alındığında sırasıyla sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığını göstermektedir [$\chi^2(2)=9.57$, $p<0.01$; $\chi^2(2)=8.65$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=8.17$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=14.39$, $p<0.01$; $\chi^2(2)=16.41$, $p<0.001$]. Buna göre, grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, sonuçlar ve kişisel kontrol puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun 49-57; tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun 40-48; süre (döngüsel) puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun ise 58-65 yaş arası olduğu bulgulanmıştır. Hastalık algısının “hastalık nedenleri boyutu” ele alındığında ise sırasıyla sonuçlar psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza şans puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığını göstermektedir [$\chi^2(2)=8.47$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=11.20$, $p<0.01$; $\chi^2(2)=19.99$, $p<0.001$]. Buna göre, grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza şans puan ortalamalarının en yüksek olduğu yaş grubunun 49-57 yaş arası olduğu görülmüştür.

Katılımcıların stresle baş etme tarzlarına yönelik bulgular incelendiğinde ise sonuçlar, sırasıyla, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın yaş gruplarına göre anlamlı derecede farklılaştığını göstermektedir [$\chi^2(2)=14.15$, $p<0.01$; $\chi^2(2)=17.08$, $p<0.001$; $\chi^2(2)=6.23$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=16.11$, $p<0.001$]. Buna göre, grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, kendine güvenli, iyimser, çaresiz/kendini suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının en yüksek olduğu yaş grubunun 49-57 yaş arası olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.2. Hastaların Eğitim Düzeylerinin SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Kruskal-Wallis H-Testi Kullanılarak Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	TEST İSTATİSTİĞİ	
	(n=15) Mean Rank	(n=31) Mean Rank	(n=14) Mean Rank	(n=56) Mean Rank	(n=46) Mean Rank	χ^2	p
HBDÖ	59.50	72.05	68.50	78.17	103.05	16.00	.003
HADÖ	70.37	119.87	63.79	83.40	62.35	31.56	.000
SF-36							
Fiz. Fnk.	44.60	39.56	111.75	81.68	112.37	60.24	.000
Sos.Fnk.	62.50	49.74	93.39	84.65	101.64	49.24	.000
Fiz. Rl. Kst.	65.23	40.08	91.32	83.71	109.04	17.58	.001
Ems. Rl. Kst.	102.80	61.29	54.71	72.62	107.13	47.20	.000
Ment. Sağ.	79.10	63.10	74.93	74.21	105.57	11.17	.025
Enerji	65.50	63.77	90.39	81.48	95.98	27.30	.000
Ağrı	55.37	69.50	110.07	75.86	96.28	33.88	.000
Gn. Sağ.	78.90	42.68	106.93	72.36	111.90	18.72	.001
HAÖ-G							
Süre (A/K)	65.73	98.58	90.82	74.71	80.55	7.60	.107
Snç	57.60	115.65	80.07	76.53	72.77	22.64	.000
Kiş. Knt.	68.43	108.15	64.36	74.39	81.67	14.41	.006
Td. Knt.	103.17	66.52	56.82	73.09	102.28	21.27	.000
Has. Anl.	93.27	82.68	115.36	62.38	89.85	19.23	.001
Süre (Dn)	74.07	97.86	78.48	78.48	62.78	22.14	.000
Dy. Tem.	77.07	99.69	67.68	90.38	64.09	14.41	.006
HAÖ-N							
Psi.Atf.	77.33	88.61	67.93	85.36	77.50	2.72	.605
Risk F.	96.63	76.08	53.32	82.40	87.70	7.88	.096
Bğş.	106.03	72.47	85.14	86.75	72.09	8.05	.090
Kz.-Şans	91.57	78.24	72.82	87.58	75.65	3.05	.548
SBTÖ							
Kend.Güv.	42.83	100.50	94.04	78.97	81.35	17.90	.001
İyimser	35.97	108.71	105.11	74.51	79.34	29.88	.000
Çaresiz/Suç.	92.43	103.34	75.75	78.82	68.23	11.76	.019
Boyun eğici	95.13	108.27	72.36	76.12	68.35	16.40	.003
Sos. Dest. Arama	40.43	105.98	111.96	71.77	80.18	27.43	.000

Tablo 4.3.2’de hastaların eğitim düzeylerinin, yaşam kalitesi, hastalık bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle baş etme yöntemleri ve depresyon puan ortalamaları ile karşılaştırılması görülmektedir.

Tabloya göre, sırasıyla, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin depresyon alt boyutuna yönelik puan ortalamaları eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır [$\chi^2(4)=16.00$, $p<0.01$; $\chi^2(4)=31.56$, $p<0.001$]. Bu veriye göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi en yüksek olan grubun üniversite mezunu katılımcılardan, hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin depresyon alt boyut puan ortalamasından en yüksek puan alan grubun ise ilkökul mezunu katılımcılardan oluştuğu görülmektedir.

Katılımcılara uygulanan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin eğitim düzeyine göre incelendiğinde sırasıyla fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulgulanmıştır [$\chi^2(4)=60.24$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=49.24$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=17.58$, $p<0.01$; $\chi^2(4)=47.20$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=11.17$, $p<0.05$; $\chi^2(4)=27.30$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=33.88$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=18.72$, $p<0.01$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji ve sağlığın genel algılanması puan ortalamalarının en yüksek olduğu grubun üniversite mezunları; ağrı puan ortalamasının en yüksek olduğu grubun ise ortaokul mezunları olduğu görülmüştür.

Hastalık algısının “hastalık hakkındaki görüşleri boyutu” ele alındığında sırasıyla sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı derecede farklılaştığı tespit edilmiştir [$\chi^2(4)=22.64$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=14.41$, $p<0.01$; $\chi^2(4)=21.27$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=19.23$, $p<0.01$; $\chi^2(4)=22.14$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=14.41$, $p<0.01$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında, sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel)

ve duygusal temsiller puan ortalamalarının ilkokul mezunlarında; hastalığı anlayabilme puan ortalamalarının ortaokul mezunlarında; tedavi kontrolü puan ortalamalarının ise okuryazar grubunda en yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Çalışmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının stresle baş etme tarzlarına yönelik bulgular incelendiğinde sonuçlar, sırasıyla, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre anlamlı derecede farklılaştığını göstermektedir [$\chi^2(4)=17.90$, $p<0.01$; $\chi^2(4)=29.88$, $p<0.001$; $\chi^2(4)=11.76$, $p<0.05$; $\chi^2(4)=16.40$, $p<0.01$; $\chi^2(4)=27.43$, $p<0.001$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının en yüksek olduğu grubun ilkokul; sosyal destek arama puan ortalamasının ise en yüksek olduğu grubun ortaokul mezunlarından oluştuğu bulgulanmıştır.

Tablo 4.3.3. Hastaların Diyabet Yıllarının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Kruskal-Wallis H-Testi Kullanılarak Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	1-5 YIL	6-10 YIL	11 YIL VE ÜZERİ	TEST İSTATİSTİĞİ	
	(n=39)	(n=40)	(n=83)	χ^2	p
HBDÖ	95.65	86.39	73.43	5.63	.060
HADÖ	63.42	77.00	92.16	10.52	.005

SF-36					
Fiz. Fnk.	90.23	87.18	74.66	3.72	.155
Sos. Fnk.	95.92	70.41	80.07	6.22	.044
Fiz. Rl. Kst.	96.26	78.41	76.05	5.95	.051
Ems. Rl. Kst.	89.44	54.58	90.75	2.36	.000
Ment. Sağ.	87.50	65.69	86.30	6.11	.047
Enerji	70.95	68.01	92.96	10.34	.006
Ağrı	95.31	77.64	76.87	4.54	.103
Gn.Sağ.	90.36	77.62	79.20	1.87	.391
HAÖ-G					
Süre (akut/kronik)	93.96	88.42	72.31	6.85	.032
Sonuçlar	55.40	95.88	86.84	16.97	.000
Kişisel kontrol	78.83	90.00	78.66	1.75	.416
Tedavi kontrolü	86.42	75.71	81.98	1.05	.589
Hastalığı anlayabilme	104.71	95.86	63.67	25.55	.000
Süre (döngüsel)	60.55	98.81	83.00	13.49	.001
Duygusal temsiller	66.15	77.55	90.61	7.62	.022
HAÖ-N					
Psikolojik atıflar	58.53	89.94	88.23	12.39	.002
Risk etkenleri	64.68	89.05	85.77	6.76	.034
Bağıışıklık	66.97	100.34	79.25	10.60	.005
Kaza-şans	74.09	94.79	78.58	4.63	.099
SBTÖ					
Kend. Güv.	82.41	94.35	74.88	4.71	.095
İyimser	86.62	109.46	65.62	24.54	.000
Çaresiz/Suç.	59.56	85.82	89.72	11.57	.003
Boyun eğici	54.24	86.62	91.84	17.84	.000
Sos. Dest. Arama	67.65	102.31	77.98	11.93	.003

Tablo 4.3.3’de hastaların diyabet yıllarının, yaşam kalitesi, hastalık bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle baş etme yöntemleri ve depresyon puan ortalamaları ile karşılaştırılması görülmektedir.

Katılımcıların hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin depresyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları, kaç yıldır diyabet hastası olduklarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$\chi^2(2)=10.52$, $p<0.01$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate

alındığında 11 yıl ve üzeri süredir Tip 2 diyabet hastası olanların hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin depresyon alt boyut puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmektedir.

Tabloya göre, sırasıyla, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık ve enerji puan ortalamaları katılımcıların kaç yıldır diyabet hastası olduklarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$\chi^2(2)=6.22$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=2.36$, $p<0.001$; $\chi^2(2)=6.11$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=10.34$, $p<0.01$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutunda 1-5 yıldır Tip 2 diyabet hastası olan katılımcıların en yüksek, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve enerji alt boyutunda ise 11 yıl ve üzeri süredir Tip 2 diyabet hastası olan katılımcıların en yüksek puana sahip oldukları görülmektedir.

Hastalık Algısı Ölçeği'nin "hastalık hakkındaki görüşleri boyutu" ele alındığında sırasıyla süre(akut/kronik), sonuçlar, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller puan ortalamalarının katılımcıların kaç yıldır diyabet hastası olduklarına göre anlamlı derecede farklılaştığı tespit edilmiştir [$\chi^2(2)=6.85$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=16.97$, $p<0.001$; $\chi^2(2)=25.55$, $p<0.001$; $\chi^2(2)=13.49$, $p<0.01$; $\chi^2(2)=7.62$, $p<0.05$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında süre(akut/kronik) ve hastalığı anlayabilme puan ortalamalarının 1-5 yıldır Tip 2 diyabet hastası olan katılımcılarda; sonuçlar ve süre(döngüsel) puan ortalamalarının 6-10 yıldır Tip 2 diyabet hastası olan katılımcılarda; duygusal temsiller puan ortalamalarının ise 11 yıl ve üzeri süredir Tip 2 diyabet hastası olan katılımcılarda en yüksek olduğu bulgulanmıştır. Hastalık algısının "hastalık nedenleri boyutu" ele alındığında sonuçlar sırasıyla psikolojik atıflar, risk etkenleri ve bağışıklık puan ortalamalarının katılımcıların kaç yıldır diyabet hastası olduklarına göre anlamlı derecede farklılaştığı tespit edilmiştir [$\chi^2(2)=12.39$, $p<0.01$; $\chi^2(2)=6.76$, $p<0.05$; $\chi^2(2)=10.60$, $p<0.01$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında psikolojik atıflar, risk etkenleri ve bağışıklık puan ortalamalarının 6-10 yıldır Tip 2 diyabet hastası olan kişilerde en yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Çalışmaya katılan Tip 2 diyabet hastalarının stresle baş etme tarzlarına yönelik bulgular incelendiğinde sonuçlar, sırasıyla, iyimser yaklaşım, çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının katılımcıların kaç yıldır Tip 2 diyabet hastası olduklarına göre anlamlı derecede farklılaştığını göstermektedir [$\chi^2(2)=24.54$, $p<0.001$; $\chi^2(2)=11.57$, $p<0.01$; $\chi^2(2)=17.84$, $p<0.001$; $\chi^2(2)=11.93$, $p<0.01$]. Buna göre grupların sıra ortalamaları dikkate alındığında iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamalarının 6-10; çaresiz/kendini suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının ise 11 yıl ve üzeri süredir Tip 2 diyabet hastası olan katılımcılarda en yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Tablo 4.3.4. Hastaların Ailelerinde Diyabet Geçmişi Varlığının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Mann Whitney U-Testi Kullanılarak Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER	Aile Diyabet Geçmişi	Aile Diyabet Geçmişi	TEST İSTATİSTİĞİ	
	VAR (n=97)	YOK (n=65)	Z	p
HBDÖ	92.98	64.36	-3,852	.000
HADÖ	76.23	89.37	-1,754	.079
SF-36				
Fiziksel fonksiyon	83.25	78.89	-,581	.561
Sosyal fonksiyon	87.28	72.88	-1,951	.051
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	85.89	74.95	-1,566	.117
Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları	85.70	75.23	-1,501	.133
Mental sağlık	83.97	77.81	-,824	.410
Enerji	81.29	81.82	-,070	.944
Ağrı	78.06	86.64	-1,152	.249
Sağlığın genel algılanması	78.99	85.24	-,834	.405

HAÖ- Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu				
Süre (akut/kronik)	80.19	83.46	-,437	.662
Sonuçlar	79.94	83.83	-,519	.604
Kişisel kontrol	84.19	77.49	-,893	.372
Tedavi kontrolü	83.59	78.38	-,697	.486
Hastalığı anlayabilme	79.18	84.96	-,773	.439
Süre (döngüsel)	84.97	76.32	-1,160	.246
Duygusal temsiller	82.83	79.52	-,442	.659
HAÖ- Hastalık Nedenleri Boyutu				
Psikolojik atıflar	85.85	75.01	-1,444	.149
Risk etkenleri	86.14	74.57	-1,543	.123
Bağışıklık	85.46	75.59	-1,326	.185
Kaza-şans	83.75	78.14	-,757	.449
SBTÖ				
Kendine güvenli yaklaşım	81.62	81.32	-,041	.967
İyimser yaklaşım	83.85	78.00	-,783	.434
Çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım	83.42	78.64	-,640	.522
Boyun eğici yaklaşım	83.44	78.60	-,647	.518
Sosyal destek arama	75.76	90.06	-1,917	.055

Tablo 4.3.4’de hastaların ailelerinde diyabet geçmişi varlığının, yaşam kalitesi, hastalık bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle baş etme yöntemleri ve depresyon puan ortalamaları ile karşılaştırılması görülmektedir.

Tabloya göre, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi puan ortalamaları, ailede diyabet geçmişi durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($Z=-3,852$, $p<0.001$). Sıra ortalamaları dikkate alındığında ailede diyabet geçmişi var olan hastaların diğer gruba göre hastalık bilgi düzeyi puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

4.4. TİP 2 DİYABET HASTALARINDA DEPRESİF DUYGUDURUMUN YORDAYICILARI: REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Bu bölümde Tip 2 diyabet hastalarının stresle başa çıkma tarzları, yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve hastalık algısı ölçeklerinden aldıkları puanların

hangilerinin depresif duygudurumu nasıl ve ne düzeyde yordadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4.1’de stresle başa çıkma tarzları, yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve hastalık algısı ölçeklerinden elde edilen puanlarla depresyon puanları arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi yer almaktadır.

Tablo 4.4.1. HBDÖ, SF-36, SBTÖ ve HAÖ Puanları ile HADÖ-Depresyon Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi

	HADÖ
HBDÖ	-,387***
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Fiziksel Fonksiyon	-,570***
Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları	-,667***
Ağrı	-,498***
Sağlığın Genel Algılanması	-,584***
Enerji	-,617***
Sosyal Fonksiyon	-,633***
Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları	-,576***
Mental Sağlık	-,632***
HAÖ-Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu	
Süre (akut/kronik)	,054
Sonuçlar	,522***
Kişisel kontrol	,006
Tedavi kontrolü	-,416***
Hastalığı anlayabilme	-,364***
Süre (döngüsel)	,242**
Duygusal temsiller	,369***
HAÖ- Hastalık Nedenleri Boyutu	
Psikolojik atıflar	,117
Risk etkenleri	,256**
Bağıışıklık	,084
Kaza-şans	,071

SBTÖ	
Kendine güvenli yaklaşım	,071
İyimser yaklaşım	,029
Çaresiz/kendini suçlayıcı yaklaşım	,299***
Boyun eğici yaklaşım	,281***
Sosyal destek arama	,163*

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 4.4.2’de korelasyon analizi sonucunda depresyon ile anlamlı ilişkisi çıkan ölçeklerin alt boyutlarının depresyon ile regresyon analizine dair bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4.2. HBDÖ, SF-36, SBTÖ ve HAÖ’nün Bazı Alt Boyut Puanlarının HADÖ-Depresyon Alt Boyut Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Dair Regresyon Model Değerleri

Model	Yordayıcılar	R ²	F	B	Hata
1.	SF-36 Fiz.Rl.Kst.	.444	127.927*	-.087	23,740
2.	SF-36 Fiz.Rl.Kst. SF-36 Ment.Sağ.	.564	102.741*	-.061 -.115	21,359
3.	SF-36 Fiz.Rl.Kst. SF-36 Ment.Sağ. SBTÖ Çaresiz/Suç.	.648	96,869*	-,060 -,117 2,658	10,735
4.	SF-36 Fiz.Rl.Kst. SF-36 Ment.Sağ. SBTÖ Çaresiz/Suç. HAÖ-G Has.Anl.	.686	85,576*	-,062 -,101 2,203 -1,277	10,957
5.	SF-36 Fiz.Rl.Kst. SF-36 Ment.Sağ. SBTÖ Çaresiz/Suç. HAÖ-G Has.Anl. HBDÖ	.738	87,713*	-,054 -,101 1,521 -1,640 -,417	12,559

6.	SF-36 Fiz.Rl.Kst. SF-36 Ment.Sağ. SBTÖ Çaresiz/Suç. HAÖ-G Has.Anl. HBDÖ SF-36 Fiz.Fnk.	.752	78,531*	-,043 -,094 1,473 -1,563 -,426 -,033	13,206
7.	SF-36 Fiz.Rl.Kst. SF-36 Ment.Sağ. SBTÖ Çaresiz/Suç. HAÖ-G Has.Anl. HBDÖ SF-36 Fiz.Fnk. HAÖ-G Sonuçlar	.760	69,735*	-,037 -,088 1,405 -1,433 -,423 -,035 ,622	9,809

*p<0.001

Tip 2 diyabet hastalarının hastalık algılarının, hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin, stresle baş etme yöntemlerinin ve yaşam kalitelerinin depresif duygudurumu yordayıp yordamadığını bulgulamak için yürütülen analiz sonucu, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği puanlarının; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "Fiziksel Fonksiyon", "Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları" ve "Mental Sağlık" alt boyut puanlarının; Hastalık Algısı Ölçeği'nin "Hastalığı Anlayabilme" ve "Sonuçlar" alt boyut puanlarının; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin "Çaresiz/Suçlayıcı Yaklaşım" alt boyut puanlarının bir arada Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin "Depresyon" alt boyut puanlarındaki değişimin %76'sını yüksek düzeyde anlamlı olarak açıkladığını göstermektedir. ($R^2=0.76$, $F(7,154)=69.735$, $p<0.001$)(Tablo 4.4.2).

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Bu bölümde tartışma konuları 2 başlık altında ele alınmıştır:

5.1. Hastalarda bazı sosyo-demografik özelliklerin hastalık algısı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, yaşam kalitesi, stresle baş etme yöntemleri ve depresif duygudurum üzerindeki etkilerine dair bulguların tartışılması,

5.2. Depresif duygudurumun yordayıcıları: regresyon analizine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. HASTALARDA BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN HASTALIK ALGISI, HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESİF DUYGUDURUM ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNE DAİR BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde Tip 2 diyabet tanısı almış hastalara dair yaş, eğitim durumu, diyabet yılı ve ailede diyabet geçmişi varlığı gibi birtakım sosyo-demografik özelliklerin hastalık algısı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, stresle başa çıkma tarzları, yaşam kalitesi ve depresif duygudurum üzerindeki etkilerine yönelik bulgular tartışılmaktadır.

5.1.1. Hastaların Yaşlarının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Dair Bulguların Tartışılması

Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde en yüksek puana 49-57 yaş grubunun sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastalığın sonuçlarına dair negatif algıların ve yine hastalığa dair kişisel kontrol algılarının en yüksek olduğu yaş grubu bu gruptur. Hastalıkla ilgili edinilen bilgiler, metabolik kontrol gerçekleşmediğinde ortaya çıkabilecek komplikasyonlarla ilgili bilgiyi, hastalığın yaşam boyu sürdürülmesi gereken metabolik kontrol sağlayıcı tedaviler ile olumsuz

etkilerinin önlenilebileceği bilgisini de içinde barındırıyor olabilir. Dolayısıyla bu bilgilere sahip olmak sonuçlar ile ilgili negatif algıyı ortaya çıkarıp, metabolik kontrolü sağlamada hasta rolünün önemli etkisine dair bilgi de kişisel kontrol algısına yönelik puanların fazla olmasına sebep oluyor olabilir. Hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin en düşük olduğu grup ise 40-48 yaş grubudur. Tip 2 diyabet 40 yaş ve üzerinde görülmektedir (Kuzu, 2009). Bu bilgiye dayanarak 40-48 yaş grubu hastalarının diğerlerine göre henüz diyabet yaşantısının başlangıcında olduğu söylenebilir. Bu noktada bilgi konusunda diğerlerine kıyasla eksik olmaları söz konusu olabilir. Hem diğer yaş gruplarına göre hastalıkla ilgili bilgi konusunda daha geri olmaları hem de diyabet yaşantısının başlangıcında olmaları diyabette kişisel kontrolün önemi konusundaki farkındalığın daha düşük olmasına, kendi kontrolleri dışında bir tedavi ile kontrole yönelik algılarının yüksek olmasına yol açıyor olabilir. Bununla birlikte diyabetin henüz başlangıcında olmaları döngüsel olarak iyi ve kötü periyotlardan geçildiği bilgisinin deneyimlenmesine henüz fırsat vermemiş olabilir. Tabi burada bu yaş gruplarının kaç yıldır diyabet hastası oldukları da önemlidir. Bunların dışında hastalığın nedenlerine yönelik psikolojik atıf puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük olması, diyabette stres gibi psikolojik faktörlerin etkisinin çok bilinmemesi ile birlikte yine hastalıkla ilgili bilginin daha düşük olması ile ilişkili olabilir.

58-65 yaş grubuna bakıldığında fiziksel fonksiyon bakımından yaşam kalitesinin 40-48 yaş grubundan daha düşük olduğu bulgulanmıştır. Gerek diyabetin gerekse yaşlılığın etkisi ile bu alandaki düşüklük beklenen bir sonuçtur. Buna ek olarak bu yaş grubunun hastalığın döngüsel periyotlardan oluştuğuna dair algısının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşla birlikte kişinin diyabet yaşantı deneyimi diğer gruplardan daha fazla olup, metabolik kontrol sağlanamadığı durumlardaki olumsuz etkilerini yaşantılama durumu diğer gruplara göre daha çok deneyimlenmiş olabilir. Bu yaş grubundaki hastaların hastalıklarını anlayabildiklerine, hastalıklarına anlam verebilmelerine yönelik algıları diğer gruplardan daha düşük olarak bulgulanmıştır. Aynı zamanda tedavi ile kontrol edilebileceğine yönelik algıları daha düşüktür. Burada belki yaşın ilerlemesi tedaviyi zorlaştırıyor olabilir. Kişi, tedavisine devam ettiği halde fiziksel ya da duygusal birtakım sorunlar yaşıyorsa tükenmişlik devreye giriyor olabilir.

Bu hastalarda ayrıca stresle baş etme yöntemlerinden kendine güveni ve iyimser yaklaşımın diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu bulgulanmıştır. Dolayısıyla aktif baş etme yöntemlerini diğerlerine göre daha az kullanışı yaşla birlikte tükenmişliğin belirtisi olabilir.

Stresle baş etme yöntemlerine bakıldığında çaresiz/boyun eğici yaklaşımın 40-48 yaş grubunda daha az görüldüğü bulgulanmıştır. Katılımcılar içerisinde en genç yaştakiler bu kategoridedir. Genç yaşta olmak baş etme konusunda daha aktif halde olmalarını sağlıyor olabilir. Kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puanlarının en düşük olduğu kategori 58-65 yaş grubudur. Burada yaşlılıkla birlikte birtakım fiziksel, duygusal faktörlerin de katkısının incelenmesi gerekmektedir. Yaşlılıkla birlikte gelen, kişinin kontrolünde olmayan özellikle fiziksel alanda kısıtlılık getiren değişimlerle birlikte duygusal yalnızlığı doğuran kayıpların varlığı bu tip yaklaşımların yerine çaresizliği ve boyun eğme yaklaşımını getiriyor olabilir.

5.1.2. Hastaların Eğitim Durumlarının SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Dair Bulguların Tartışılması

Hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, eğitim kategorilerine göre incelendiğinde en yüksek puan üniversite mezunu olan katılımcılarda bulgulanmıştır. Ayrıca depresif duygudurum bakımından en düşük skorlara sahiptir bu katılımcılar. Yaşam kalitesi incelendiğinde ağrı hariç bütün diğer alt boyut puanlarının eğitim seviyesi bakımından diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunların dışında üniversite mezunu olan bu katılımcıların diğer gruplara göre hastalıklarını daha az endişe verici olarak değerlendirdikleri ve çaresiz, boyun eğici baş etme yöntemlerini daha az kullandıkları bulgulanmıştır.

Diyabetli hasta eğitimleri, diyabetik hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığının daha iyi kontrolü ile oluşabilecek yan etkilerinden korunmak amacıyla düzenlenmektedir (Doğan, 2008). Üniversite mezunu katılımcıların diğer gruplara göre hastalıkla ilgili daha fazla bilgi sahibi olması kişinin aktif rol aldığı metabolik kontrolü

sağlayıcı bir etkiye sahip olabilir. Kişi çaresiz/suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşımdan uzaklaşarak metabolik kontrolü sağlayıp daha iyi bir yaşam kalitesi sergiliyor olabilir. Yaşam alanlarının kısıtlanmıyor olması ya da diğer gruplara göre daha az kısıtlanıyor olması da bu tip pasif baş etme yöntemlerinin daha az tercih edilmesiyle birlikte kişiyi depresif duygudurumdan uzak tutuyor olabilir.

Eğitim seviyesi okuryazar olan katılımcıların en düşük hastalık bilgisi skorlarına sahip oldukları görülmektedir. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri ve inançları ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar (Armay, 2006). Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgulardan biri de eğitim seviyesi okuryazar olan grubun, hastalıklarının bir tedavi ile kontrol edilebileceğine dair pozitif algılarının diğer gruplardan daha yüksek olduğudur. Burada hastaların diyabetlerine yönelik öz-bakımlarını ya da tedavilerini kimin yönettiği de önemlidir. Örneğin kişi insülin kullanıyorsa ve bunu bakım veren başka biri kontrol ediyorsa hastalığın bütün sorumluluğu o kişide olacaktır ve hastalık kontrol edilebiliyorsa dolayısıyla olumsuz etkileri daha az görülecektir. Burada görülüyor ki hastalıkla ilgili bilgi az; fakat tedavi ile kontrol edilebileceğine dair algı yüksek. Kişi çok fazla bilgi sahibi olmasa da bakım verenlerin varlığı bu noktada devreye giriyor olabilir.

Depresif duygudurumun en yüksek olduğu kategori ilkokul mezunu olan katılımcılardan oluşmaktadır. Ayrıca bu katılımcıların hastalıklarının zaman zaman değişen döngüsel periyotlardan oluştuğuna, endişe verici ve ciddi sonuçları olduğuna dair inançlarının diğer gruplara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte yaşam kalitesinin bütün alanlarında diğer gruplara göre oldukça düşük skorlara sahip oldukları görülmektedir. Hampson ve arkadaşlarına (1990) göre hastalık algısı yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi, Kocaman ve arkadaşlarına (2007) göre hastanın hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri yaşam kalitesini belirleyici unsurlardan biridir. Burada ilkokul mezunu katılımcıların diğer gruplara göre hastalıklarını daha negatif algıladıkları ve depresif duygudurum bakımından daha riskli oldukları görülmektedir. Hastaların hastalıklarına yönelik bu negatif algıları metabolik kontrol konusunda kişisel sorumluluklarının fazlalığına yönelik algılarıyla birlikte kişiyi

tedavi kontrolünü sağlamada motivasyonel olarak geri çekiyor ve bunlar birlikte yaşam kalitesini düşürüp depresif duygudurumu aktif hale getiriyor olabilir.

Hastalığın kişisel olarak kontrol edilebileceğine dair inançlar incelendiğinde ortaokul mezunlarının diğer gruplara göre bu inançlara yönelik pozitif algılarının daha düşük olduğu görülmektedir. Aynı zamanda sosyal destek arama yaklaşımlarını da diğer gruplara göre daha fazla kullandıklarına dair bulgular yer almaktadır. Burada öz-yeterlilik devreye giriyor olabilir. Kişi, diyabetinin kontrol altında tutulması konusunda kendini yeterli görmüyorsa sosyal destek arama yaklaşımını edinebilir.

5.1.3. Diyabet Sürelerine Göre Hastaların SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Dair Bulguların Tartışılması

11 yıl ve üzeri süredir Tip 2 diyabet hastası olan katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puan değerlerine anlamlı derecede yüksek olarak bulgulanmıştır. Yani bu kişiler depresif duygudurum bakımından diğerlerine göre daha fazla risk altındadırlar. Bununla birlikte hastalıklarına anlam veremediklerine dair inançları ve hastalığın oldukça endişe verici olduğuna dair algıları diğer gruplardan daha fazladır. Bu inançların 1-5 yıldır diyabet hastası olan katılımcılarda daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Burada katılımcıların zamanla, hastalığı anlayabilme inançları değişmekte mi bunun incelenmesi gerekir. 11 yıl ve üzeri süredir tip 2 diyabeti olanlar, hastalıklarının ilk zamanlarında hastalığı anlayabilme konusunda nasıl bir algıya sahiplerdi? Aynı zamanda bu gruptaki katılımcıların iyimser yaklaşım puanlarının diğer gruplara göre daha düşük; çaresiz/boyun eğici yaklaşım puanlarının ise diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bazı stresle başa çıkma yöntemleri stresle ilişkili negatif duyguları düzenleyerek alternatif çözümler üreten koruyucu bir işlev olarak yardım edebilir, bazen de stresin etkilerini kötüleştirerek uyum sorunlarına yol açabilirler (Öngen, 2006). Bu kategorideki hastaların çaresiz/boyun eğici yaklaşımı tercih etmeleri depresif duygudurum konusunda etkili oluyor olabilir.

Çalışmada en düşük depresif duygudurum skorlarına, 1-5 yıldır tip 2 diyabet hastası olan katılımcılarda rastlanmaktadır. Aynı zamanda sosyal fonksiyon ve mental sağlık puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bununla ilgili olarak hastalığın yaşam kalitesine dair birtakım olumsuz etkilerinin diyabet yılına bağlı olarak değiştiği söylenebilir. Bu alanlara ek olarak enerji ve emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları puanlarının 6-10 yıldır diyabet hastası olan katılımcılarda diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. 1-5 yıldır bu hastalığa sahip olan katılımcıların, hastalığın iyi ya da kötü giden döngüsel periyotlardan oluştuğuna ve çok ciddi sonuçları olduğuna dair algıları diğerlerinden düşük çıkmıştır. Bu gruptaki hastalar diğerlerine göre tanı süresi bakımından daha az deneyimli olup; diyabetin olumsuz etkilerini henüz deneyimlememiş olabilirler. Bununla birlikte de yaşam kalitesi alt boyutlarından diğerlerine göre anlamlı olarak düşük çıkan bir bulgu edinilmemiş olabilir.

6-10 yıldır Tip 2 diyabeti olan katılımcıların hastalıklarının çok ciddi sonuçları olduğuna, zaman zaman iyi-kötü olarak değişebilen döngüsel periyotlardan oluştuğuna; stres gibi psikolojik faktörlerin, genetik yatkınlığın, bağışıklık sisteminin ve risk faktörlerinin bu hastalığa neden olduğuna dair inançları diğer gruplardan daha yüksek çıkmıştır. Son yıllarda yürütülen çalışmalar, kronik hastalığı olan kişilerin yaşam kalitesinin, hastalık ve hastalığın tedavisine yönelik bilişsel temsilleriyle ilişkili olabileceğinden bahsetmektedir (Covic ve ark., 2004). Diyabet hastalarında, hastalık temsilleri ile ilişkili kişiye özgü bilişler, yaşam kalitesi ve kan şekeri kontrolünün önemli belirleyicileridirler. Bireyin diyabeti kontrol altına alıp alamayacağı ile ilgili algısı ve bu kontrolün ön görülen yararları, diyet ve tedavi uyumunu yordayabilmektedir (Akkoyunlu, 2012). Dolayısıyla bu gruptaki katılımcıların hastalıklarına yönelik negatif algıları metabolik kontrolü sağlama açısından stres faktörünün de etkisiyle birtakım olumsuz sonuçlarla karşılaşılmasına sebep oluyor olabilir. Çünkü stres, bazı hormonları harekete geçirerek iç ortamı ve hastanın uyumunu bozabilir (Buzlu, 2002). Bu kategoride yer alan hastaların diğerlerine göre sosyal destek arama yaklaşımını daha çok tercih ettikleri bulgulanmıştır. Yaşam kalitesindeki bazı alanlarda yaşanan zorluklar kişide destek arama yaklaşımını tetikleyebilir.

5.1.4. Hastaların Ailelerinde Diyabet Geçmiş Öyküsüne Göre SF-36, HBDÖ, HAÖ, SBTÖ ve Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Dair Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada sadece hastalıkla ilgili bilgi düzeyi puanlarının, hastaların ailelerinde diyabet öyküsü varlığı ya da yokluğu durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı bulgulanmıştır. Buna göre ailede diyabet geçmişi olan birilerinin varlığı, kişinin bu hastalıkla ilgili daha fazla bilgiye sahip olmasında etkili bir faktördür.

Diyabet, kronik bir rahatsızlıktır. Diyabet hastaları, yaşam boyu metabolik kontrolü sağlamak adına çeşitli tedavilere maruz kalmaktadırlar. Ailede diyabet geçmişi varsa, kişi, diyabetle ilgili bilgiye daha yakın kaynaklardan ulaşabilir dolayısıyla ailede diyabet geçmişi olmayan gruba göre diyabet bilgisi bakımından daha donanımlı olmaları beklenen bir bulgudur.

5.2. DEPRESİF DUYGUDURUMUN YORDAYICILARI: REGRESYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Diyabet fiziksel bir hastalık olmanın yanı sıra psikolojik ve psikososyal boyutları da olan bir hastalıktır. Fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden bir dizi sorunla karşı karşıya kalan diyabetli birey stres ve endişe yaşamaktadır. Özellikle endişe, depresyon ve stres diyabetin kontrolü üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmakta ve diyabeti şiddetlendirebilmektedir. Bununla birlikte, özellikle stres yaşamın doğal ve gerekli bir parçasıdır. Yaşamı stresten tamamen arındırmanın bir yolu yoktur. Burada önemli olan, stresin nasıl yorumlandığı ve strese nasıl yanıt verildiğidir. Stres yaratan iç ve dış etkenlerle başa çıkmanın yetersiz kaldığı durumlarda depresyon kaçınılmaz sonuç olmaktadır (Kumcağız ve ark., 2009).

Araştırmamızın sonucunda fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık; hastalığı anlayabilme, sonuçlar; çaresiz/suçlayıcı yaklaşım ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyi faktörlerinin bir arada depresif duygudurumu

yordadığına ilişkin bir bulguya ulaşılmaktadır. Bununla ilgili olarak bütün bu faktörlerin depresyonla ilişkisine dair bilgiler bu bölümde paylaşılmaktadır.

Her bireyin stresle başa çıkma tarzı da farklı olmaktadır. Başa çıkmaları yetersiz olan bireylerde davranışsal düzeyde belirtiler, anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır. Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete ve depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Literatürde yer alan bu bilgilere benzer olarak, çalışmamızda da stresle baş etme yöntemlerinin depresif duygudurumu yordayıp yordamadığı ile ilgili elde edilen bulgular, stresle baş etme yöntemlerinden yalnızca çaresiz/suçlayıcı yaklaşımın depresif duygudurumu yordadığını göstermiştir. Buna göre kişilerin strese karşı çaresiz ve suçlayıcı bir yaklaşım göstermesi depresif duygudurum için yordayıcı bir etkidir.

Yaşam kalitesinin depresif duygudurumu yordayıp yordamadığına bakıldığında yalnızca fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve mental sağlık alt boyutlarının depresif duygudurumu yordadığı saptanmıştır.

Goldney ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmanın sonucuna göre, depresif duyguduruma sahip olan diyabet hastaları, depresif duyguduruma sahip olmayan diyabet hastalarına göre yaşam kalitesi bakımından anlamlı derecede farklılık göstermektedir. Aynı zamanda depresif duyguduruma sahip diyabetlilerin yaşam kalitesinin özellikle fiziksel fonksiyon ve mental sağlık alt boyut puanlarının depresif duyguduruma sahip diyabeti olmayanlardan anlamlı derecede düşük çıktığı bulgulanmıştır. Bu araştırmanın sonuçları, bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzer niteliktedir (Goldney ve ark., 2004). Özdemir ve arkadaşlarının (2011) tip 2 diyabetli hastaların yaşam kaliteleri ve ruhsal belirtileri ile ilgili yürüttüğü araştırmanın sonuçları da bulgularımızı desteklemektedir. Bu araştırmanın sonucunda depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarımızdan bir başkası da hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin de depresif duygudurumu yordadığıdır. Buna göre hastalıkla ilgili bilgi birikiminin azlığı depresif duygudurumu yordayıcı bir etkidir.

Erem ve arkadaşlarının (2005) diyabetli hastalarda hastalıkla ilgili eğitiminin depresyon üzerine etkisini inceledikleri araştırma sonuçlarına göre, diyabet eğitimi

sonrası hastaların anksiyete ve depresyon puanları azalmıştır. Bu da araştırma sonucumuzu destekler nitelikte bir bulgudur.

Son olarak hastalık algısının depresif duygudurumu yordayıp yordamadığıyla ilgili bulguları değerlendirecek olursak, hastalık algısının hastalığı anlayabilme ve sonuçlar alt boyutlarının depresif duygudurumu yordadığını söyleyebiliriz. Yani kişilerin hastalıklarını anlayamayışları ve hastalıklarına anlam veremeyişleriyle birlikte hastalıklarının çok ciddi sonuçları olduğuna yönelik negatif algıları depresif duygudurumu yordayıcı etkenlerdendir. Daha önce de belirtildiği gibi hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri ve psikiyatrik bozukluk gelişimini belirleyici etkenlerdendir (Kocaman ve ark., 2007). Bulgularımızı destekleyici olarak başka bir çalışmada kronik hastalıkların hastanın hastalığına, hastalığı nasıl algıladığına bağlı olarak kişinin denge ve uyumunu etkilediği belirtilmiştir (Karabulutlu ve Okanlı, 2011).

Bütün bu faktörler incelendiğinde, hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olamama, beraberinde hastalıkla ilgili negatif algıları ortaya çıkarıp çaresiz/suçlayıcı yaklaşım ile birlikte depresif duygudurumu açığa çıkarıyor olabilir. Ayrıca sağlıkla ilgili yaşam kalitesi alanlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve mental sağlık puanlarındaki düşüş kişiye yaşamsal alanda sınırlılıklar getirdiği için yine depresif duygudurumu yaratıyor olabilir.

Araştırmada elde edilen bütün bu bulguları özetleyecek olursak;

Demografik ve hastalıkla ilgili bazı özelliklerin hastalık algısı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, yaşam kalitesi, strese başa çıkma yöntemleri ve depresif duygudurum üzerinde birtakım tanımlayıcı etkileri olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan en genç yaş grubunda hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin daha az olduğu, fiziksel fonksiyona dair yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kişisel kontrolden ziyade dışarıdan yürütülecek bir tedavi yaklaşımı ile kontrolün sağlanacağına yönelik inançlarının diğerlerinden güçlü olduğu görülmektedir. Katılımcılar arasında en yaşlı grubun ise hastalığın olumsuz etkilerini daha çok deneyimlediğine dair bulgulara erişilmektedir. Özellikle fiziksel fonksiyon konusunda bu hastalar oldukça düşük bir yaşam kalitesine sahiptir.

Eğitim durumuna bakıldığında hastalıkla ilgili en fazla bilgiye ve en düşük depresif duygudurum skorlarına üniversite mezunu olanların sahip olduğu görölmektedir. Yaşam kalitesi puanları diğer gruplardan oldukça yüksektir. Hastalığın endişe verici olduğuna yönelik negatif algıları daha düşüktür ve bu hastalar çaresiz/suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşım gibi pasif baş etme biçimlerini daha az sergilemektedirler.

Diyabet yılına göre bu faktörler değerlendirildiğinde, 1-5 yıldır diyabetli olan katılımcıların depresif duygudurum puanlarının daha düşük olduğu, hastalıklarına yönelik negatif inançlarının daha az olduğu ve çaresiz/suçlayıcı, boyun eğici gibi pasif baş etme yaklaşımlarını daha az tercih ettikleri görölmektedir. 6-10 yıllık diyabeti olanların bu tür negatif algılarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca yaşam kalitesinin bazı alanlarındaki skorlarının daha düşük olduğu bulgulanmıştır.

Aile diyabet öyküsüne bakıldığında, ailesinde diyabetli olan hastaların, diyabet hakkında daha geniş bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.

Hastalık algısı, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma yöntemlerinin depresyonla ilişkisine bakıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık; hastalığı anlayabilme, sonuçlar; hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve risk faktörlerinin depresyonu yordayıcı nitelik taşıdığını görmekteyiz. Hastalıkla ilgili yetersiz bilgi, hastalığı anlayabilme ve ciddi sonuçları olduğuna yönelik negatif algılar belirsizlikle beraber beklenmedik sonuçlar doğurabilir. Bu sonuçlar, kişinin, özellikle sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi alanlarını olumsuz yönde etkileyerek, depresif duygu durumunda yordayıcı etki yaratıyor olabilir. Yani hepsinin etkileşimi ile sonuç depresyona varıyor olabilir. Bununla birlikte çaresiz/suçlayıcı baş etme yaklaşımı gibi aktif olmayan bir baş etme biçimi depresyon üzerinde yordayıcı bir etken oluşturabilir.

BÖLÜM 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Tip 2 diyabet tanısı almış kişilerde yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı ve stresle başa çıkma yöntemlerinin depresif duygudurumu nasıl yordadığını saptamak amacıyla yürütülen bu çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği puanları; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "Fiziksel Fonksiyon" alt boyut puanları; Hastalık Algısı Ölçeği'nin "Sonuçlar", "Kişisel Kontrol", "Tedavi Kontrolü", "Hastalığı Anlayabilme", "Süre(Döngüsel)", "Psikolojik Atıflar", "Bağışıklık", "Kaza/Şans" puanları; Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği'nin "Kendine Güvenli", "İyimser", "Çaresiz/Suçlayıcı" ve "Boyun Eğici Yaklaşım" puanları yaş gruplarına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.1).
2. Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği puanları; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği/Depresyon puanları; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bütün alt boyut puanları; Hastalık Algısı Ölçeği'nin "Sonuçlar", "Kişisel Kontrol", "Tedavi Kontrolü", "Hastalığı Anlayabilme", "Süre(Döngüsel)", "Duygusal Temsiller" alt boyut puanları; Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği'nin bütün alt boyut puanları hastaların eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.2).
3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği/Depresyon puanları; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "Sosyal Fonksiyon", "Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları", "Mental Sağlık", "Enerji" alt boyut puanları, Hastalık Algısı Ölçeği'nin "Sonuçlar", "Süre(A/K)", "Hastalığı Anlayabilme", "Süre(Döngüsel)", "Duygusal Temsiller", "Psikolojik Atıflar", "Risk Etkenleri", "Bağışıklık" alt boyut puanları; Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği'nin "Kendine

Güvenli yaklaşım” hariç bütün alt boyut puanları hastaların kaç yıldır diyabetli olduklarına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.3).

4. Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği puanları, hastaların ailelerinde diyabet öyküsü varlığı/yokluğu durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.4).
5. Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi Ölçeği puanları, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin “Fiziksel Fonksiyon”, “Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları” ve “Mental Sağlık” alt boyut puanları, Hastalık Algısı Ölçeği'nin “Hastalığı Anlayabilme”, “Sonuçlar” alt boyut puanları ve Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin “Çaresiz/Suçlayıcı Yaklaşım” alt boyut puanları bir arada Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin “Depresyon” alt boyut puanlarındaki değişimin %76'sını yüksek düzeyde anlamlı olarak açıklamaktadır (Bkz. Tablo 4.4.2).

6.2. ÖNERİLER

6.2.1. Saha Çalışmaları İçin Öneriler

1. Hastanelerde, farkındalığın yaratılması amacıyla, diyabet tanısı almış hastalara yönelik, düzenli olarak yürütülecek psikoeğitim destek grupları oluşturulması,
2. Tip 2 diyabet tanısı alan hastaların, hastalıklarına ilişkin algılarıyla, bu algıların yarattığı stresle başa çıkma konusunda uzman yardımlarının artırılması,
3. Tedavi başlangıcında, depresyon ve stresle başa çıkma konusunda hastalar üzerinde tarama yapılması ve bu tarama sonucuna göre psikolojik destek almak üzere hastaların uzmanlar tarafından yönlendirilmesi önerilmektedir.

6.2.2. Araştırmacılar İçin Öneriler

1. Bundan sonraki çalışmalarda, komplikasyon varlığı-yokluğu durumuna göre yaşam kalitesi, hastalık algısı, stresle baş etme yöntemleri ve depresif duygudurumun değerlendirilmesi,

2. Hastalık süresi bakımından daha spesifik bir hasta grubuyla bütün bu değişkenlere dair incelemelerin yapılması,
3. Sosyodemografik olarak benzer özellikte kişilere uygulanıp karşılaştırmalar yapılması,
4. Bu çalışmada incelenen faktörlerin boylamsal çalışmalarda araştırılması,
5. Bu araştırmada incelenen faktörlerin, bireysel olarak yürütülen bir psikoeğitim programı öncesi ve sonrasında edinilen sonuçlara göre karşılaştırılması,
6. Bu araştırmada incelenen faktörlerin, destek gruplarıyla yürütülen bir psikoeğitim programı öncesi ve sonrasında edinilen sonuçlara göre karşılaştırılması,
7. Araştırmamızda incelenen faktörlerin, bireysel olarak yürütülen ve destek gruplarıyla yürütülen psikoeğitim programı sonrasında karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- About Diabetes*. 2011. 24.07.2012, <http://www.idf.org/about-diabetes>.
- Acehan, O. (2010). Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Akkoyunlu, C. (2012). Tip 2 diyabet Mellit ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Ali, S., Stone, M.A., Peters, J.L., Davies, M.J. & Khunti, K. (2006). The Prevalence of Co-Morbid Depression in Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Diabetic Medicine*, 23, 1165-1173.
- American Diabetes Association (ADA). (2008). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 31, 12-96.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Armay, Z. (2006). Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Atak, N. (2006). Hasta Eğitiminin Hastaların Bilgi Düzeyi ve Kendini Yönetme Becerileri ile Hastalığına Yönelik Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın, B. (2005). İnsülin Kullanan Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Stres Faktörlerinin Kan Şeker Regülasyonu Üzerine Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bağrıaçık, N. (18-19 Aralık 1997). Diabetes Mellitus: Tanımı, Tarihçesi, Sınıflaması ve Sıklığı. *Diabetes Mellitus Sempozyumu*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 9-18.

- Bağrıaçık, N. (2011). Türkiye’de Diyabet ve Obeziteyi Önleme ve Kontrol Programı. *Diabet*, 41, 10-12.
- Bahar, A., Sertbaş, G. & Sönmez, A. (2006). Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 18-26.
- Başkal, N. (2005). Diabetes Mellitus’un Sınıflandırılması. Erdoğan, G. (Ed.). *Endokrinoloji Temel ve Klinik* (s.342-348). Ankara.
- Bayrak, G. & Çolak, R. (2011). Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29, 7-11.
- Buzlu, S. (2002). Diyabetin Psikososyal Yönü. Semra Erdoğan (Ed.), *Diyabet Hemşireliği: Temel Bilgiler* (s. 196-202). İstanbul.
- Bülbül, A., Baş, F., Darendeliler, F., Bundak, R., Saka, N. & Günöz, H. (2001). Çocukluk Çağında Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik ve Tromboza Eğilim: Vaka Sunusu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64, 1-2.
- Calman, K. (1984). Quality of Life in Cancer Patients, an Hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Camacho, F., Anderson, R.T. & Bell, R. (2002) Investigating Correlates of Health Related Quality of Life in a Low-Income Sample of Patients with Diabetes. *Quality of Life Research*, 8, 783-796.
- Cebeci, Z. & Akarçay, K. (2012). Diyabetik Retinopati. *Klinik Gelişim Dergisi*, 25, 16-19.
- Ciddi, S. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Consensus Guidelines for the Management of Insulin-Dependent (Type1 Diabetes): Empowerment, Education, Self-Care and Lifestyle* (t.y.) <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmch2.htm#Empower> (15.05.2013).
- Covic, A., Seica, A., Gavrilovici, O. & Goldsmith, D. (2004). Illness Representations and Quality of Life Scores in Haemodialysis Patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 2078-2083.

- Çağın, Ö. (2006). Obsesif Kompulsif Belirtilerin Yordayıcıları Olarak Obsesif İnançlar, Girici Düşünceleri Yorumlamada Yanlılık ve Stresle Başa Çıkma Yollarının Bilişsel Model çerçevesinde İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demir, T., Akıncı, B. & Yeşil, S. (2007). Diyabetik Ayak Ülserinin Tanı ve Tedavisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21, 63-70.
- Demirok, A. (2006). Elazığ İlinde Diyabette Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Depresyon*. (t.y.). 11.02.2013, <http://www.htanoropsikiyatri.com/depresyon.html>.
- Diabetes Mellitus*. (t.y.). 06.08.2012, http://www.tdhd.org/dhd_kitap/02blm.pdf.
- Dinççağ, N. (2011). Diyabetik Ayak Sorunlarına Genel Yaklaşım. *ANKEM Dergisi*, 25, 240-246. Diyabet. (t.y.). 15.05.2013, <http://www.ktdiabet.org/article/Broşür/Diyabet%20Brosur.pdf>.
- Diyabet ve Egzersiz*. (t.y.). 08.08.2012, <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/DiyabetveEgzersiz.pdf>.
- Diyabetik Nöropati*. (t.y.). 27.07.2012, <http://www.burhanettinuludag.com.tr/yazilar/yazilar/yazilar/DPN.html>.
- Diyabetin Komplikasyonları*. 2008. 26.07.2012, <http://www.turkdiab.org/page.aspx?s=4>.
- Diyabetle Baş Etmenin Yolları*. (t.y.). 25.12.2012, http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik_rehberi/diyabetle-bas-etmenin-yollari/.
- Diyabette Acil Durumlar*. (t.y.). 26.07.2012, <http://www.pharmetic.org>.
- Diyabetli Hasta Eğitiminde Bireysel ve Grup Eğitimlerinin Hasta Bilgi Düzeyine ve Anksiyete/Depresyon Durumuna Etkilerinin Değerlendirilmesi*. (t.y.). 16.05.2013, <http://www.medicalnetwork.com.tr/2007/konu.asp?goster=1&Metin=1047>.

- Doğan, D. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitim Düzeyi ile Diyabet Başlangıç Yaşı, HBA1C Düzeyi ve Mikroanjyopatik Komplikasyonların Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- Egzersiz*. (t.y.). 08.08.2012, <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=22>.
- Eray, E. & Kemal, M. K. (2005). Tip 2 Diyabet Tedavisi. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 12, 66-71.
- Eren, İ., Erdi, Ö. & Özcankaya, R. (2003). Tip II Diyabetik Hastalarda Kan şekeri Kontrolü ile Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 184-191.
- Eren, İ., Erdi, Ö. & Çivi, İ. (2004). Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, 85-94.
- Ferrannini E, Gastaldelli A, Matsuda M. (2003). Influence of Ethnicity and Familial Diabetes on Glucose Tolerance and Insulin Action: A Physiological Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 88, 3251–3257.
- Goldney, R.D., Fisher, L.J., Phillips, P.J. & Wilson, D.H. (2004). Diabetes, Depression and Quality of Life. *Diabetes Care*, 27, 1066-1070.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 91-109.
- Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Bodur, Z. & Kültür, S. (2001). Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 89-98.
- Gürbüz Erdoğan (Ed.), Koloğlu Endokrinoloji Temel ve Klinik, Ankara: MN Medikal & Nobel, 2005, s.32.
- Güven, T. 2007. Diabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Sağlık Bakanlığı şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- Gren, A. Hirsch, N.C. (2003). The Changing World Demohraphy of Type 2. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 19, 3-7.

- Hainer, V., Toplak, H., (2008). Treatment Modalities of Obesity. *Diabetes Care*, 32, 269-277.
- Hampson, S.E., Glasgow, R.E. & Toobert, D.J. (1990). Personal Models of Diabetes and Their Relations to Self-Care Activities. *Health Psychology*, 5, 632-46.
- Heim, E., Valach, L. & Schaffner, L. (1997). Coping and Psychological Adaptation: Longitudinal Effects Over Time and Stage in Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Hiçdurmaz, D. (2005). Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Hipoglisemi*. (t.y.). 20.05.2013,
http://www.nhs.uk/translationturkish/Documents/Hypoglycaemia_Turkish_FINAL.pdf.
- İpbüker, A. (1997). Diyabetik Nefropati Erken Tanı, Korunma ve Tedavisi. *Diabetes Mellitus Sempozyumu*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 53-60.
- Javanshir, M. (2006). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karabulutlu, E. & Okanlı, A. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 4.
- Karaçorlu, M. (1997). Diyabetik Retinopati. *Diabetes Mellitus Sempozyumu*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 61-67.
- Karakoç, A. & Konca, Ç. (2010). Diabetes Mellitus'ta İnsülin Tedavisi. *Mised Dergisi*, 23, 14-15.
- Karakurt, F., Çarlıoğlu, A., Kasapoğlu, B. & Gümüş, İ. (2009). Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 134-138.
- Kayahan, M. & Sertbaş, G. (2007). Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120.

- Kayış, A. (2009). Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kelleci, M. (1998). Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kılıçoğlu, A. & Gülcan, E. (2007). Diyabet-Depresyon Etkileşiminde Kortizolün Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 297-301.
- Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11,1.
- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z. & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8, 271-280.
- Kontrolsüz Kan Şekerinin Sonucu Nefropati*. (t.y.). 26.07.2012, <http://www.turkdiab.org/haber2.aspx?h=22>.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Kumcağız, H., Özenoğlu, A., Avcı, A.A. & Uğurlu, S. (2009). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stersle Başetme. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 122-129.
- Kurt, M., Atmaca, A. & Gürlek, A. (2004). Diyabetik Nefropati. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 12-17.
- Kuzu, G. (2009). Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Küçükbakar, A. (2011). Kanser Tanısını Yeni Alan ve Hastalığı Tekrarlayan Bireylerin Hastalığı Algılamalarının Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Lloyd, C.E. & Brown, F.J. (2002). Depression and Diabetes. *Current Women's Health*

- Reports*, 2, 188–193.
- Lloyd, C.E., Smith, J. & Weinger, K. (2005). Stress and Diabetes: A Review of the Links. *Diabetes Spectrum*, 18,2.
- Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11, 3-18.
- Mollaoğlu, M., Özkan, F., Fertelli, T. & Çelik, Z. (2009). Diyabet Eğitim Programının, Diyabetik Hastaların Tutumları Üzerine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5, 13.
- Mollaoglu, M. & Beyazıt, E. (2009). Influence of Diabetic Education on Patient Metabolic Control. *Applied Nursing Research*, 22, 183-190.
- Norris, S.L., Nichols, P.J., Caspersen, C.J., Glasgow, R.E. (2002). Increasing Diabetes Self-Management Education in Community Setting. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 39-66.
- Olgun, N. (2002). Hipoglisemi ve Hiperglisemi. Semra Erdoğan (Ed.), *Diyabet Hemşireliği: Temel Bilgiler* (s. 105-116). İstanbul.
- Öngen, D. (2006). “Relationships Between Coping Strategies and Depression Among Turkish Adolescents”, *Social Behavior and Personality*, 34(2): 181-196.
- Özcan, Ş. (1999). Diyabetli Hastaların Hastalığa Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdemir, İ., Hocaoglu, Ç., Koçak, M. & Ersöz, Ö.H. (2011). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 128-138.
- Özer, E., Şengül, A., Gedik, S., Salman, S., Salman, F. & Sargın, M. (2003). Diabetes Education: a Chance to Improve Well-Being of Turkish People with Type 2 Diabetes. *Patient Education and Counseling*, 51, 39-44.
- Palaian, S., Acharya, L.D., Rao, P.G.M., Shankar, P.R., Nair, N.M., Nair, N.P. (2006). Knowledge, Attitude and Practice Outcomes: Evaluating the Impact of Counseling in Hospitalized Diabetic Patients in India. *P&T*, 31, 383-400.
- Paschalides, C., Wearden, J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R. & Dickens, M.

- (2004). The Associations of Anxiety, Depression and Personal Illness Representations with Glycaemic Control and Health-Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Psychosom Res Journal*, 57, 557-564.
- Pek, H. (2002). Diyabet ve Egzersiz. Semra Erdoğan (Ed.), *Diyabet Hemşireliği: Temel Bilgiler* (s.196-202). İstanbul.
- Satman, İ. & TURDEP-II Çalışma Grubu. "Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II", 47. Ulusal Diyabet Kongresi. 2011.
- Satman, I., Yılmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Uygur, S. (2002). Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25, 1551-1556.
- Spencer, M.S. Carver, S.C and Price, A.A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. J. C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (s.211-222). New York: Oxford University Press.
- Taşan, E. (18-19 Aralık 1997). Hiperosmolar Nonketotik Diabet Koması. *Diabetes Mellitus Sempozyumu*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 123-129.
- Tip 1 Diyabet*. 2008, 24.07.2012, <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=13>.
- Tip 2 Diyabet*. (t.y.). 08.08.2012, <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=1&s=14>.
- Turhan, H. (2007). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Turok, D., Ratcliffe, D. & Baxley, G. (2003). Management Of Gestational Diabetes Mellitus. *Am Fam Physician*, 68, 1769–1772.
- Tümer, G. & Çolak, R. (2012). **Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi**, *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29, 12-15.
- Uluslararası Diyabet Eğitim Standartları*. (t.y.). 15.05.2013, http://www.idf.org/sites/default/files/.../INTNL_STANDARDS_TUR.pdf.
- Uluslararası Diyabet Federasyonu Öğün Sonrası Glukoz Kontrol Rehberi*. (2007).

25.07.2012,http://www.idf.org/webdata/docs/Turkish_GMPG%20Final%20070308.pdf.

- Ünlüsoy, F. (2009). Tip 2 Diyabetlilerde Kan Şekerini İzlemenin Yaşam Kalitesi ve Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicre, R., King, R. (2004). Global Prevalence of Diabetes. *Diabetes Care*, 27 (5), 1047-1053.
- Yolbaş, İ., Şen, V., Balık, H., Kelekçi, S., Haspolat, K., Uluca, Ü. & Tan, İ. (2012). Diyabetik Ketoasidoz ve Talasemi Majorlu Bir Yenidoğan: Nadir bir olgu. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(1), 142-144.
- Yumuk, N. (2008). Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyetlerinin İçerdiği Glisemik İndeks ve Glisemik Yükün Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yüksel, S. (2007). Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

EKLER

EK-A

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Okan Üniversitesi Klinik Sağlık Psikolojisi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Psk. Asena İrem Akın tarafından Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tosun danışmanlığında, Tip 2 diyabet tanısı almış kişilerde, yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve hastalık algısının kişilerin stresle başa çıkma yöntemlerini etkileyip etkilemediğini ve stresle başa çıkma yöntemlerinin depresif duygudurumu nasıl yordadığını saptamak amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir.

Çalışmada katılımcılardan kişisel bilgilerinin yer aldığı Demografik Form, hastalığına dair bilgi düzeyini ölçen Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi formu, yaşam kalitesini değerlendiren Yaşam Kalitesi Ölçeği, depresif duygudurumu saptamaya yönelik Hastane Depresyon Ölçeği, stresle başa çıkmada hangi yöntemleri daha çok kullandığını belirlemeye yönelik Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve son olarak da hastalığa dair algısını değerlendirmeye yönelik olarak Hastalık Algısı Ölçeği olmak üzere toplam 6 tane formun doldurulması beklenecektir. Ölçeklerin tamamı ortalama 15-20 dakika sürecektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Çalışmada kullanılan ölçekler, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, katılım sırasında herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz, cevaplama işini istediğiniz an bırakmakta serbestsiniz.

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, çalışmanın tüm aşamalarında kimliğiniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakıp çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda, kimlik bilgim saklı tutularak kullanılmasını kabul ediyorum.

İmza:

EK-B

DEMOGRAFİK FORM

Anket no :

1. Doğum tarihiniz:

2. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

3. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3) Dul 4) Boşanmış

4. Eğitim durumunuz:

1) Okur-yazar değil 3) İlkokul 5) Lise
2) Okur-yazar 4) Ortaokul 6) Üniversite

5. Mesleğiniz:

1) Ev hanımı 2) Memur 3) Emekli 4) İşçi
5) Diğer.....

6. Çalışma durumu:

1) Halen çalışıyor 3) Başka nedenlerle çalışmıyor
2) Diyabeti nedeniyle çalışmıyor 4) Hiç çalışmamış

7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) 0 - 886.50 TL (Asgari Ücret)
2) 886.50 – 1000 TL
3) 1000 – 1500 TL
4) 1500 – 2000 TL
5) 2000 – 5000 TL
6) 5000 ve üzeri

8. Kimlerle yaşıyorsunuz?

1) Yalnız 3) Eşim ve çocuklarımla
2) Eşimle 4) Eş,çocuk ve diğer akrabalarımla
5) Diğer.....

9. Sosyal Güvenceniz:

- | | | |
|--------|------------------|--------------|
| 1)Yok | 3)Emekli Sandığı | 5)Bağ-Kur |
| 2) SSK | 4)Yeşil kart | 6)Diğer..... |

10. Ne zamandan beri diyabet hastasıınız?

- 1) 1 yıldan az
- 2) 1 – 5 yıl
- 3) 6-10 yıl
- 4) 11 yıl ve üzeri

11. Diyabetinizin tedavi şekli:

- 1) Oral Anti Diyabetik (şeker düşürücü hap)
- 2) İnsülin
- 3) Daha önce şeker düşürücü hap tedavisi iken şimdi insülin
- 4) Fizik egzersiz ve Diyet
- 5) Fizik egzersiz, Diyet ve oral antidiyabetik (şeker düşürücü hap)
- 6) Sadece diyet
- 7) Oral Anti Diyabetik (şeker düşürücü hap) + İnsülin

12. Ailenizde başka diyabet hastası var mı?

- 1)Var
- 2)Yok

13. 12.sorunun cevabı var ise yakınlık derecesi nedir?

- 1) Birinci derecede yakınım (anne, baba, kardeş)
- 2) İkinci derece yakınım (teyze, hala, dayı, amca vb....)

14. Hangi sıklıkta Diyabet Kontrolü için sağlık kuruluşuna gidiyorsunuz?

- 1) Rahatsızlandığımda
- 2) Ayda 1 kez
- 3) 2 ayda 1 kez
- 4) 3 ayda 1 kez
- 5) 6 ayda 1 kez
- 6) Yılda 1 kez
- 7) Diğer.....

15. Daha önce kan şekeriniz çok yükselip hastaneye yattınız mı?

1) Evet 2) Hayır

16. Daha önce kan şekeriniz çok düşüp hastaneye yattınız mı?

1)Evet 2) Hayır

17. Diyabet hakkında eğitim aldınız mı? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hayır hiç almadım
- 2) Şeker hastalığı ile ilgili bilgilerimi şeker hastası olan tanıdıklarımın öğrendim.
- 3) Sadece teşhis konulduğu zaman bir kez aldım
- 4) Sadece ihtiyacım olduğunda bilgi veriliyor
- 5) İhtiyacım olduğunda hemşire veya doktoru telefonla arıyorum
- 6) Diyabetle ilgili dergi, kitaplar ve internetten yararlanıyorum
- 7) Hasta okuluna katıldım
- 8) Düzenli olarak grup eğitimlerine katılıyorum
- 9) Düzenli olarak hem grup eğitimine katılıyorum hem de bireysel danışmanlık alıyorum
- 10) Diğer :.....

18. Daha fazla diyabet bakımı/eğitimi almak ister misiniz?

1)Evet 2) Hayır

19. Diyabet dışında başka bir hastalığınız var mı?

- 1)Yok
- 2)Hipertansiyon
- 3)Kalp hastalıkları
- 4)Akciğer hastalıkları
- 5)Göz hastalıkları
- 6)Böbrek hastalıkları
- 7)Damar hastalıkları
- 8)Diyabetik ayak
- 9)Psikiyatrik rahatsızlıklar
- 9)Diğer.....

20. Daha önce geçirilmiş komplikasyon?

- 1) Diyabetik Nefropati (Diyabete bağlı böbrek rahatsızlığı)
- 2) Diyabetik Nöropati (Diyabete bağlı sinir hasarı nedeniyle oluşan rahatsızlık)
- 3) Retinopati (Diyabete bağlı oluşan göz hasarı)
- 4) Vasküler hastalık (Dolaşım sistemi bozukluğu; kalp, damar rahatsızlığı vb.)
- 5) Hipertansiyon
- 6) Diğer:

EK-C

HASTALIK BİLGİSİ ÖLÇEĞİ

1. Diyabet, aşağıdakilerden hangisinin vücutta görüldüğü bir durumdur?
 - a) Kanda normalin üstünde şeker düzeyi
 - b) Kanda normalin altında şeker düzeyi
 - c) Kanda normalin altında ya da üstünde seyreden şeker düzeyi
 - d) Bilmiyorum
2. Diyabetin ana nedeni:
 - a) Vücutta fazla miktarda insülin üretilmesi
 - b) Vücutta az miktarda insülin üretilmesi
 - c) Bilmiyorum
3. Diyabetin belirtileri:
 - a) Tuvalete gitme sıklığının artması
 - b) Susuzluk ve açlık hissinin artması
 - c) Yorgunluk hissinde artış
 - d) Yaraların yavaş iyileşmesi
 - e) Yukarıdakilerin hepsi
 - f) Bilmiyorum
4. Diyabet tedavi edilmezse:
 - a) Göz problemlerine yol açabilir
 - b) Böbrek problemlerine yol açabilir
 - c) Ayakta ülser oluşmasına neden olabilir
 - d) Kalp problemlerine yol açabilir
 - e) Yukarıdakilerin hepsi
 - f) Bilmiyorum
5. Diyabeti izlemedeki en doğru method:
 - a) Kandaki şeker düzeyini kontrol etmek
 - b) İdrardaki şeker düzeyini kontrol etmek
 - c) Bilmiyorum

6. Diyabetli bir kişide, yüksek kan basıncı aşağıdakilerden hangisini artırır ya da kötüleştirir?

- a) Kalp krizi riskini
- b) Felç ya da inme riskini
- c) Gözle ilgili problemler yaşama riskini
- d) Böbrekle ilgili sorunlar yaşama riskini
- e) Yukarıdakilerin hepsini
- f) Bilmiyorum

7. Diyabetli kişi, kan basıncını ne kadar sıklıkta ölçümlmelidir?

- a) Yılda 1 kere
- b) 6 ayda 1 kere
- c) 2 ayda 1 kere
- d) Ayda 1 kere
- e) Hiç kontrol gerekmez
- f) Bilmiyorum

8. Diyabet hastaları için gerekli yaşam biçimi değişiklikleri nelerdir?

- a) Kilo vermek
- b) Sigarayı bırakmak
- c) Alkol kullanımını bırakmak
- d) Yukarıdakilerin hepsi
- e) Bilmiyorum

9. Diyabetli bir kişi ne sıklıkta gözlerini kontrol ettirmeli?

- a) Yılda 1 kere
- b) 6 ayda 1 kere
- c) Hiç kontrol gerekmez
- d) Bilmiyorum

10. Düzenli yaptırılan idrar testi aşağıdakilerden hangisi hakkında bilgi verir?

- a) Karaciğerlerin işlev durumu hakkında
- b) Böbreklerin işlev durumu hakkında
- c) Diyabet kontrolü hakkında
- d) Bilmiyorum

11. Kan Şekerinin kontrolünü sağlamadaki önemli faktörler:

- a) Kontrollü ve planlanmıŐ bir diyet programı
- b) Düzenli egzersiz
- c) İlaĀ kullanımı
- d) Yukarıdakilerin hepsi
- e) HiĀbiri
- f) Bilmiyorum

12. Düzenli bir egzersiz rejimi neye yardımcı olur?

- a) Kan dolaŐımını artırır
- b) İnsülinin etkisini artırır
- c) Yukarıdakilerin hepsi
- d) Bilmiyorum

13. Dengeli bir diyet programı aşağıdakilerden hangisini iĀermelidir?

- a) Yeşil yapraklı sebzeleri
- b) Lif yönünden zengin besinleri
- c) Düşük oranda Şeker ve yağ iĀeren besinleri
- d) Bilmiyorum

14. Düzgün bir ayak bakımı için, diyabetli hasta aşağıdakilerden hangisini yapmamalıdır?

- a) Ayaklarını her gün kontrol edip yıkamalıdır
- b) Mümkün olduğunca en iyi ayakkabıyı seçmeli
- c) Evin içinde ve dışında yalınayak gezinmeli
- d) Evin içinde ve dışında yalınayak gezinmemeli

15. Diyabetin tedavisi neleri kapsar?

- a) Antibiyotik tedavisi
- b) Kan nakli
- c) İnsülin alımı
- d) Daha fazla sebze tüketimi
- e) Bilmiyorum

16. Diyabet hangisi ile tedavi edilemez?

- a) İnsülin
- b) Glibenclamide
- c) Metformin
- d) Antibiyotik
- e) Bilmiyorum

17. Diyabet kontrolünde, ilaçların alımı:

- a) Derhal durdurulmalı
- b) 1 ay sonra kesilmeli
- c) Hayat boyu devam ettirilmeli
- d) Bilmiyorum

18. Hipoglisemik (düşük kan şekeri) belirtileri nasıl kontrol edersiniz?

- a) Şeker alarak
- b) İlaç alarak
- c) İnsülin alarak
- d) Bilmiyorum

EK-D

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ/DEPRESYON)

Her bir maddeyi okuyup, son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki parantezin içine çarpı (X) işareti koyunuz.

- 1) Eskiden hoşlandığım şeylerden hala hoşlanıyorum
 Eskisi kadar hoşlanıyorum
 Eskisinden biraz az hoşlanıyorum
 Sadece biraz hoşlanıyorum
 Hoşlanmıyorum

- 2) Gülebiliyor ve olayların eğlenceli yanını görebiliyorum
 Bunu her zaman yapabildiğim kadar yapıyorum
 Bunu su anda eskisi kadar çok yapamıyorum
 Bunu su anda pek yapamıyorum
 Bunu hiç yapamıyorum

- 3) Kendimi coşku dolu hissedebiliyorum
 Hiçbir zaman
 Bazen
 Çoğu zaman
 Her zaman

- 4) Kendimi sanki yavaşlamış gibi hissediyorum ve bunun bedensel hastalığımla ilgisi yok
 Her zaman
 Çogu zaman
 Bazen
 Hiçbir zaman

- 5) Nasıl görüldüğümle artık ilgilenmiyorum
 Hiç ilgilenmiyorum
 Gerektiği kadar ilgilenmiyorum
 Bazen ilgilendiğim oluyor
 Her zaman olduğu kadar ilgileniyorum

- 6) Geleceğe sevinęle bakıyorum
 Her zaman gibi
 Her zamankinden biraz daha az
 Her zamankinden çok daha az
 Hemen hiç sevinęle bakamıyorum

- 7) İyi bir kitap, radyo ya da televizyon programından hoşlanabiliyorum
 Her zaman
 Çoğu zaman
 Bazen
 Hiçbir zaman

EK-E

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki her bir cümleyi okuyup, bu ifadelere katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti ile belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

Hastalık Hakkındaki Görüşler

	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamım üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım, yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım, diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım, yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					

13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şeyi hastalığım etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım, hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim, hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim, hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım, önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					

33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

Hastalığının Nedenleri

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkesin cevabı farklı olacağı için bu sorunun doğru bir yanıtı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet-yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					

Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK-F

10.4. SF-36 (Sağlık Taraması)

Bu tarama formu size sağlığınızla ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın.

1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a.) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Fena değil e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- A) Çok daha iyi b) Biraz daha iyi c) Hemen hemen aynı d) Biraz daha kötü
e) Çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

a- Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin koşmak, ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

b- Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

c- Çarşı-pazar torbalarını taşımak

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

d- Birkaç kat merdiven çıkmak

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

e- Bir kat merdiven çıkmak

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

f- Eğilmek, diz çökmek, yerden birşey almak

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

g- Bir kilometre'den fazla yürütmek

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

h- Birkaç yüz metre yürütmek

1. Evet, oldukça kısıtlıyor 2. Evet, biraz kısıtlıyor 3. Hayır, hiç kısıtlamıyor

7. Geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) boyunca ne kadar bedensel ağrımız oldu?

- a). Hiç b) Çok hafif c) Hafif d). Orta hafiflikte e). Aşırı derecede
f). Çok aşırı derecede

8. Son 1 ay (4 hafta) boyunca ağrımız, normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

- a). Hiç b). Biraz c). Orta dercede d). Epeyce e). Çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz 1 ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğimizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir.

a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

b. Çok sinirli bir kişi oldunuz ?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

c. Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar moral bozukluğu hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

f. Kendinizi mutsuz ve kederli hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

g. Kendinizi bitkin hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

h. Kendinizi mutlu ve sevinçli hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

ı. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Epeyce d) Arada sırada e) Çok ender f) Hiçbir zaman

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu strenin ne kadarında bedensel sağlığımız veya duygusal sorunlarımız sosyal faaliyetlerinize (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) engel oldu?

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Bazen d. Çok ender e. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı dştiniyorum.

- a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

- a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

c. Sağlığımın ktiye gideceğini dştiniyorum.

- a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

d. Sağlığım mükemmel.

- a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

EK-G

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA...	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyp üzerinde durmaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim	()	()	()	()
25- "Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.	()	()	()	()
27- "Benim suçum ne" diye düşünürüm	()	()	()	()
28- "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1988 yılında Tekirdağ' da doğmuş; ilk, orta, lise ve üniversite öğrenimini İstanbul' da tamamlamıştır. 2010 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji bölümünden mezun olmuştur. Aynı yıl içinde Okan Üniversitesi Klinik Sağlık Psikolojisi programında yüksek lisans öğrenimine başlamıştır. Ağustos 2009-Eylül 2009 arasında Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoloji Birimi ve Aralık 2011- Mayıs 2012 arasında ise Özel Diyabet Hastanesi'nde staj yapmıştır. Eylül 2011- Haziran 2012 arasında İstanbul Özel Çağdaş Anaokulu'nda çalışmış; Ağustos 2012'den itibaren de Novafertil Tüp Bebek Merkezi Psikolojik Destek Birimi'nde görev almaktadır.