

TİP II DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARDA HASTALIK ALGISI, PSİKOSOSYAL UYUM VE GLİSEMİK KONTROLÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma GÜNDÜZ*

Elanur YILMAZ KARABULUTLU**

Alınış Tarihi: 08.03.2016

Kabul Tarihi: 31.05.2016

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı diyabetli bireylerin hastalık algısı, psikososyal uyumları ve bu değişkenlerin glisemik kontrole etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu araştırma, Erzurum il merkezinde bulunan bir Sağlık Bakanlığı hastanesi ve üniversite hastanesinde Haziran 2012 - Ocak 2014 tarihleri arasında yatarak tedavi alan 300 diyabet hastası ile yürütülmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde, hasta tanıtım formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Hastalık Algısı Ölçeği hastalık belirtileri boyutu puan ortalaması 7.48 ± 3.09 , hastalık hakkındaki görüşler boyutu alt boyutları puan ortalamaları; duygusal temsiller 21.09 ± 4.91 , sonuçlar 18.95 ± 2.40 , kişisel kontrol 18.50 ± 2.27 , süre (akut/kronik) 17.68 ± 1.74 , tedavi kontrolü 17.26 ± 1.84 , süre (döngüsel) 14.59 ± 1.41 ve hastalığı anlayabilme 14.45 ± 3.14 'dir. Hastalık nedenleri boyutunun alt boyutları puan ortalamaları; risk etkenleri 16.91 ± 3.68 , psikolojik atıflar 15.87 ± 3.90 , bağışıklık 6.15 ± 2.13 , kaza veya şans 2.96 ± 1.32 'dir. Psikososyal Uyum toplam puanı 48.20 ± 23.91 , seksüel ilişki 8.31 ± 5.92 , mesleki çevre 7.96 ± 4.78 , sosyal çevre 6.73 ± 5.38 , sağlık bakımına oryantasyon 9.13 ± 4.10 , psikolojik baskı 6.88 ± 4.28 , geniş aile ilişkileri 2.79 ± 2.36 ve aile çevresi 6.40 ± 4.42 'dir. Hastalık algısı ve psikososyal uyum puan ortalamaları ile glisemik kontrol değişkenleri arasında önemli ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Diyabet hastalarının duygusal temsiller algısı ortalaması en yüksek ve hastalığı anlayabilme algısı ortalaması en düşük bulunmuştur. Hastaların hastalık neden olarak en fazla risk etkenlerini gördükleri belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun hastalığa kötü psikososyal uyum gösterdiği belirlenmiştir. Bu değişkenlerin glisemik kontrolü etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Glisemik kontrol; hastalık algısı; hemşirelik; psikososyal uyum; tip II DM

ABSTRACT

The Assess of Illness Perception, Psychosocial Adjustment and Glycemic Control in Type II Diabetic Mellitus Patients

Objective: The aim of the research is to determine the assess of illness perception, psychosocial adjustment in diabetics, and to examine the glycemic control influence of these variables.

Methods: This descriptive study was performed on 300 diabetics who had medical treatment between July 2012 and January 2014 The Ministry of Health in the province of Erzurum, a hospital and a university hospital center. The study data were collected using patient information sheets, Illness Perception Questionnaire and Psychosocial Adjustment of Illness Scale-Self Report.

Results: Illness Perception Questionnaire the scores of illness symptoms were 7.48 ± 3.09 , the averages of opinions about the illness subscales; emotional representatives 21.09 ± 4.91 , results 18.95 ± 2.40 , personal control 18.50 ± 2.27 , timeline (acute/chronic) 17.68 ± 1.74 , treatment control 17.26 ± 1.84 , timeline (cyclical) 14.59 ± 1.41 and illness perception 14.45 ± 3.14 . Illness reasons subscale scores; risk factors were 16.91 ± 3.68 , psychological attributions 15.87 ± 3.90 , immunity 6.15 ± 2.13 , accident or luck 2.96 ± 1.32 . psychological adaptation in total 48.20 ± 23.91 , PAIS-SR subscale scores; sexual relation were 8.31 ± 5.92 , professional circle 7.96 ± 4.78 , social circle 6.73 ± 5.38 , healthcare orientation 9.13 ± 4.10 , psychologig pressure 6.88 ± 4.28 , family relations 2.79 ± 2.36 and family circle 6.40 ± 4.42 . An important correlation was recorded between illness perception and psychosocial adaptation scores, and glycemic control variables.

Conclusion: It was determined that in accordance with descriptive qualities and illness qualities illness perception, and psychosocial adjustment levels can have differences, and illness perception influences the HbA1c level of psychosocial adjustment levels.

Key words: Glycemic control; illness perception; nursing; psychosocial adjustment; type II DM..

GİRİŞ

Diyabetes Mellitus (DM) çeşitli klinik semptomlar ile seyreden, hasta ve ailesine

ekonomik yük getiren, oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak hastaların yaşam süresini

*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Uzm.Hemş.)

** Atatürk Üniversitesi SBF İç Hastalıkları Hemşireliği AD (Doç.Dr.) e posta:elanurkarabulutlu@hotmail.com

ve kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen bir hastalıktır (Baykal, Kapucu 2015). Günümüzde diyabet, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. Dünyadaki diyabetli birey sayısı 2013 yılı itibari ile 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Gandhi, Wareham 2014). Ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması-II (TURDEP) sonuçlarına göre, Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7 olduğu belirlenmiştir (Satman, Ömer, Tütüncü, Kalaca, Gedik, Dinccag et al. 2013). Diyabet kronik bir hastalık olup hayat boyu tedavi gerektirir. Bu hastalarda metabolizmanın farklı boyutlarda etkilenmesi sonucu nefropati, nöropati, retinopati, serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları ve periferik arter hastalığı gibi birçok kronik komplikasyonlar oluşmaktadır (ADA 2010).

Dünya’da artık bir epidemi olarak nitelendirilen diyabet, hem bireysel hem de toplumsal olarak insan sağlığını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini ciddi anlamda bozmakta ve ekonomik olarak yük getirmektedir. Bu nedenle diyabet ve komplikasyonlarının önlenmesinin ve etkin tedavisinin ülkelerin ulusal sağlık politika hedefleri arasında olması kaçınılmazdır (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020).

Hastalık durumu, kişinin dengesini ve uyumunu bozar, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan zorlanmalara neden olur (Biol, Akdemir 2005). Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar, hastalık yönetiminin kilit noktalarını oluşturur (Kocaman, Özkan, Armay, Özkan 2007). Hastaların sağlık durumlarını kontrol edebilmekle ilgili öngörüler, hastalığın akut veya kronik olması ile ilgili algıları ve özgül durumları ile ilgili umutlarında farklılıklar vardır (Ibrahim, Desa, Chiew-Tong 2012). Hastalık hakkında bu farklı algılar bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkilemektedir (Kocaman, Özkan, Armay, Özkan 2007). Bu nedenle kronik hastalığı olan hastaların hastalıkları ile ilgili algılarının belirlenmesi ve bu algıların pozitif yönde değiştirilmesi, hastalık yönetimini, hastalığın oluşturduğu duygusal

durumla baş edebilmeyi ve hastalığın oluşturduğu stresin üstesinden gelebilmeyi sağlayabilir (Chilcot 2012).

Diyabet, sağlıktan sapma durumudur ve yeni durumu yönetebilmek için bireyin uyum gücü yetersiz kalabilmektedir. Diğer kronik hastalıklar gibi hastanın tüm yaşamını etkileyen psikososyal uyum sorunlarına yol açabilmektedir (Buzlu 2002). Hastalık belirtilerinin, komplikasyonlarının ve uygulanan tedavilerin yarattığı doğal sıkıntı, geleceğe yönelik endişe, yeterliliğini kaybedeceği ve başkalarına bağımlı hale gelebileceği korkuları, beden görünümünün bozulacağına dair endişeler hastanın fiziksel, bilişsel ve duygusal işlevlerini ve sosyal yaşamını etkiler (Akbay, Pırıldar 2003). Bu nedenlerle de hastalarda duygusal tepkiler ve uyum güçlükleri sık ortaya çıkar (Buzlu 2002).

Yapılan çalışmalar, tanı ve tedavi yöntemlerindeki büyük gelişmelere rağmen hedef kan şekeri değerlerine ulaşamaması nedeniyle tedavide farklı yaklaşımlara ağırlık verilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Diyabet hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi ve bu verilerin hastaların eğitim ve tedavi planlarına yansıtılmasının diyabetin kontrol altına alınmasında ek faydaları olacağı düşünülmektedir (Uysal, Akpınar 2013). Kan şekeri ve düzensizlikleri doğrudan beyni ve ruhsal işlevleri etkilediği için tıbbi tedaviye rağmen kan şekeri düzenlenemeyen olgularda stres ve kaygı önemli bir etkidir. Böyle durumlarda ilaç dozu değiştirilmeden önce psikolojik ve psikososyal değerlendirme yapılmalıdır (Akbay, Pırıldar 2003). Diyabet kontrolünde temel amaç, hastalığın acil ve uzun süreli komplikasyonlarından kaçınmak ve iyi bir hayat sürdürebilmektir (Olgun, Eti Aslan, Coşansu, Çelik 2010). Bu amacın gerçekleştirilmesinde, diyabet hastalarının psikososyal uyumunu ve hastalığı nasıl algıladığının hastalığın başlangıcından itibaren değerlendirilmesi, tedavi sürecinde pek çok sorunun daha kolay aşılmasını sağlayacaktır.

Bu çalışma, diyabetli bireylerin hastalığı algılama durumlarını, psikososyal uyumlarını tespit etmek ve hastalığı algılama ile psikososyal uyumlarının glisemik kontrole etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli: Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma; Erzurum il merkezinde bulunan bir Sağlık Bakanlığı hastanesi ve

üniversite hastanesinde Haziran 2012-Aralık 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini; Erzurum il merkezinde bulunan iki hastaneye 10 Haziran-30 Aralık 2012 tarihleri arasında muayene veya kontrol amacıyla başvuran ve araştırma süresince yatarak tedavi alan 582 Tip II DM tanılı hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 18 yaş ve üzeri olan, bilinen malign bir hastalığı olmayan, soruları algılayabilen ve cevaplayabilen, işitme ile ilgili problemi olmayan ve psikiyatrik problemi bulunmayan 300 hasta oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması:

Veriler toplanmaya başlanmadan önce hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmıştır. Formlar, hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Glisemik kontrol değerleri hastaların dosyalarından elde edilmiştir. AKŞ değerinde son bir haftadaki ortalama değer, HbA1c değerinde ise son üç aylık dönemdeki ortalama değer alınmıştır.

Veri Toplama Araçları:

Araştırma verilerinin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu”, hastalığı algılama düzeyini belirlemek amacıyla “Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)” ve hastaların psikososyal uyum düzeylerini belirlemek amacıyla hastalığa “Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PSUÖ)” kullanılmıştır. Glisemik kontrol değişkeni olarak glikolize hemoglobin (HbA1c) ve açlık kan şekeri (AKŞ) değeri alınmıştır.

Hasta Tanıtım Formu:

Bu form, sosyodemografik özellikler ve hastalığa ait özellikleri belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanmış olup toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ):

Weinmann tarafından 1996 yılında geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiştir (Weinman, Petrie, Moss-Morris, Horne 1996). Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kocaman, Özkan, Armay, Özkan 2007). Ölçek 73 sorudan ve üç boyuttan oluşmaktadır: Bu boyutlar; “Hastalık Belirtileri”, “Hastalık Hakkındaki Görüşleri” ve “Hastalık Nedenleri” boyutlarıdır.

Hastalık Belirtileri 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 alandan alınan puan yükseldikçe hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğu ortaya çıkmaktadır.

Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu:

Otuz sekiz maddeden oluşmakta ve yedi alt boyutu içermektedir. Bunlar “süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller” olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin süre alt boyutu, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Süre alt boyutu yüksek puanı, durumun kronik olarak algılandığını gösterir. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Sonuçlar alt boyutu yüksek puanı, hastanın hastalığın negatif sonuçlarına olan inancının yüksek olduğunu gösterir. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Yüksek puanlar, hastanın hastalığı ve tedaviyi kontrol edebildiği hakkında pozitif inançlara sahip olduğunu gösterir. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Yüksek puan, durumun kişisel olarak anlaşılabilirliğinin yüksek olduğunu gösterir. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. Yüksek puan, hastalıkla provoke olan emosyonel etkinin ve negatif duyguların yüksek olduğunu gösterir.

Hastalık Nedenleri Boyutu:

Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık, kaza veya şansır. Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalık hakkında görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.69-0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır (Kocaman, Özkan, Armay, Özkan 2007). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri “hastalık belirtileri” boyutu için 0.76, “hastalık hakkındaki görüşleri” boyutu için 0.73, “hastalık nedenleri” boyutu için 0.79 olarak tespit edilmiştir.

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PSUÖ): Derogatis tarafından geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Bu ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. PSUÖ 46 madde ve yedi alt gruptan oluşmaktadır. Bu alt gruplar; “sağlık bakımına oryantasyon, meslek/iş çevresi, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alandır” (Derogatis 1986). Ölçekten elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasındadır. Bu ölçekte, düşük puanlar hastalığa “iyi psikososyal uyumu”, yüksek puanlar hastalığa “kötü psikososyal uyumu” gösterir. Hastalığa PSUÖ’nden alınan 35’in altındaki puanlar iyi psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51’in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade etmektedir. Hastalığa PSUÖ’nin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Adaylar tarafından yapılmış olup, alt gruplar için güvenilirlik katsayısı sırası ile 0.87, 0.85, 0.80, 0.95, 0.89, 0.93, 0.83, tüm ölçek için 0.94 olarak belirlenmiştir (Adaylar 1995). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri “Sağlık Bakımına Oriyantasyon Boyutu” için 0.72, “Mesleki Çevre Boyutu” için 0.90, “Aile Çevresi Boyutu” için 0.81, “Seksüel İlişki Boyutu” için 0.99, “Geniş Aile İlişkileri Boyutu” için 0.56, “Sosyal Çevre Boyutu” için 0.98, “Psikolojik Baskı Boyutu” için 0.91, tüm ölçek için ise 0.95 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü: Veri toplama formlarının uygulanmasına başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nden etik kurul izni (08.05.2012/2012.2.37) alınmıştır.

Araştırmanın yapılacağı kurumlardan resmi izin alınmıştır. Araştırma soruları sorulmadan önce, araştırma kapsamına alınan bireylere çalışma hakkında bilgi verilerek “*Bilgilendirilmiş onam*” ilkesi, elde edilen verilerin gizli tutulacağı belirtilerek “*Gizlilik ve gizliliğin korunması*” ilkesi, araştırmaya gönüllü

olarak katılmayı isteyenlerin alınması ile de “*Özerkliğe saygı*” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin analizi bilgisayarda SPSS 18.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hastaların %52.3’ünün kadın, %89’unun evli, %55.7’sinin ilköğretim mezunu olduğu, %48’inin tedavide insülin kullandığı, %50.3’ünün ailesinde diyabet öyküsünün olduğu, %31’inin diyabet kontrolü için üç ayda bir kez sağlık kuruluşuna gittiği, %69.7’sinde diyabete bağlı komplikasyon geliştiği, %31.9’unda nefropati ve iskemik kalp hastalığı geliştiği tespit edilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının 60.08±11.58, boy ortalamasının 165.69±8.13, kilo ortalamasının 81.29±12.56 açlık kan şekeri ortalamasının 193.09 ve HbA1c ortalamasının 10.01, olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1)

Hastaların, HAÖ’nün hastalık belirtileri alt boyutu ortalamasının 7.48±3.09 olduğu görülmektedir. Hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt boyutları incelendiğinde; kişisel kontrol algısı alt boyutunun ortalaması 18.50±2.27, süre (akut/kronik) algısı alt boyutunun ortalaması 17.68±1.74, duygusal temsiller algısı alt boyutunun ortalaması 21.09±4.91, hastalığı anlayabilme algısı alt boyutunun ortalaması 14.45±3.14, sonuçlar algısı alt boyutunun ortalaması 18.95±2.40, tedavi kontrolü algısı alt boyutunun ortalaması 17.26±1.84 ve süre (döngüsel) algısı alt boyutunun ortalaması 14.59±1.41’dir. Hastalık nedenleri boyutunun alt boyutları incelendiğinde; psikolojik atıflar alt boyutunun ortalamasının 15.87±3.90, risk etkenleri alt boyutunun ortalamasının 16.91±3.68, bağımsızlık alt boyutunun ortalamasının 6.15±2.13, kaza veya şans alt boyutunun ortalamasının ise 2.96±1.32 olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı ve Hastalık Özellikleri

Tanıtıcı ve Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	157	52.3
Erkek	143	47.7
Medeni durum		
Evli	267	89.0
Bekar	33	11.0
Eğitim durumu		
Okur yazar	92	30.7
İlkokul	167	55.7
Ortaokul-lise	32	10.6
Üniversite ve üzeri	9	3.0
Diyabet tedavi şekli		
Oral antidiyabetik ilaç (OAD)	97	32.3
İnsülin	144	48.0
Daha önce OAD ilaç iken şimdi insülin	42	14.0
Sadece diyet	17	5.7
Ailede Diyabet Öyküsü		
Var	151	50.3
Yok	149	49.7
Diyabet Kontrolü için Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı		
Ayda 1 kez	55	18.3
2 Ayda 1 kez	28	9.3
3 Ayda 1 kez	93	31.0
6 Ayda 1 kez	66	22.1
Yılda 1 kez	58	19.3
Diyabete bağlı komplikasyon varlığı		
Evet	209	69.7
Hayır	91	30.3
Komplikasyonlar		
1.Nefropati 2.İskemik kalp hastalığı	67	31.9
(1),(2), 3.Retinopati	54	25.7
(1), (2), (3), 4.Vasküler hastalıklar	36	17.1
(1), (2), (3), (4), 5. Diyabetik ayak	53	25.3
	Ort±SS	
Yaş (Yıl)	60.08±11.58	
Boy (cm)	165.69±8.13	
Kilo (kg)	81.29±12.56	
HbA1C (%)	10.01±2.54	
AKŞ (mg/dl)	193.09±50.04	

Çalışmamızda, diyabet hastalarının, hastalık belirtileri puan ortalamasının 7.48 ± 3.09 olarak bulunması (Tablo 2), hastalığın başlangıcından bu yana hastaların bu belirtileri yaşadıklarını ve bu belirtileri hastalıkları ile ilişkili bulduklarını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, diyabet hastalarının hastalığın başlangıcından bu yana en sık yaşadıkları belirtilerin sırasıyla yorgunluk, güç kaybı, kilo kaybı ve sersemlik hissi olduğu belirlenmiştir (Yorulmaz, Tatar, Saltukoğlu, Soylu 2013). Yaşanılan semptomların artması hastalığın daha

negatif algılanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle glisemik kontrol sağlanması ve komplikasyonların azaltılmasına yönelik semptom kontrolünün sağlanması ve hastaların eğitilmesi önemlidir. Yaşanılan semptomların artması hastalığın daha negatif algılanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle glisemik kontrol sağlanması ve komplikasyonların azaltılmasına yönelik semptom kontrolünün sağlanması ve hastaların eğitilmesi önemlidir. Yaşanılan semptomların artması hastalığın daha negatif algılanmasına neden olabilmektedir.

Tablo 2. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinden Aldıkları Puanlarının Dağılımı

HAÖ	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
Hastalık Belirtileri Boyutu	7.48±.09	0	14
Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu			
Kişisel kontrol boyutu	18.50±2.27	9	24
Süre (akut/kronik) boyutu	17.68±1.74	12	23
Duygusal temsiller boyutu	21.09±4.91	6	30
Hastalığı anlayabilme boyutu	14.45±3.14	8	25
Sonuçlar boyutu	18.95±2.40	14	28
Tedavi kontrolü boyutu	17.26±1.84	13	24
Süre (döngüsel) boyutu	14.59±1.41	10	19
Hastalık Nedenleri Boyutu			
Psikolojik atıflar boyutu	15.87±3.90	7	24
Risk etkenleri boyutu	16.91±3.68	7	26
Bağışıklık boyutu	6.15±2.13	3	10
Kaza veya şans boyutu	2.96±1.32	2	6

Bu nedenle glisemik kontrol sağlanması ve komplikasyonların azaltılmasına yönelik semptom kontrolünün sağlanması ve hastaların eğitilmesi önemlidir.

Diyabet hastalarında hastalık algısının çalışıldığı diğer araştırmalar incelendiğinde; Abubakari, Jones, Lauder, Kirk, Dvendra ve Anderson (2012), kişisel kontrol algısı ortalamasını en yüksek, süre (döngüsel) algısı ortalamasını en düşük Aflakseir (2012) ise kişisel kontrol algısı ortalamasını en yüksek, süre (döngüsel) algısı ortalamasını en düşük bulmuştur. Abubakari Jones, Lauder, Kirk, Dvendra ve Anderson (2012) çalışmasında yine hastaların hastalık hakkındaki görüşleri algısı farklılık göstermektedir. Bu sonuçların hastaların kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların duygusal temsiller algısı ortalaması diğer boyutlara göre en yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Hastaların hastalığı ile ilgili hissettiklerini içeren duygusal temsiller algısının puan ortalamasının yüksek bulunması diyabet hastalarında hastalıkla birlikte ortaya çıkan duygusal belirtilerin (korku, öfke, kaygı) yoğun olarak algılandığını göstermektedir. Kronik hastalıklarda geleceğe yönelik beklentiler, yaşam amaçları ve temel güven duygusu zedelenebilir. Böylece hastalar kronik hastalığı, hayata ve fiziksel sağlığa tehdit olarak algırlarlar (Baines, Zawada, Jindal 2005).

Hastalığı anlayabilme algısı puan ortalaması diğer boyutlara göre en düşük tespit

edilmiştir (Tablo 2). Bu sonuç, hastaların hastalık ve seyrini yeterince anlayamadığını göstermektedir. Diyabetli bireylerin hastalık tanımları, sağlık profesyonellerinin onlara ne söylediği ile ilişkilidir. Hastaların tedaviye inanması ve sürdürmesi açısından hastalıklarını anlayabilmeleri önemlidir.

Hastalık nedenleri boyutu puan ortalaması incelendiğinde; en yüksek risk etkenleri alt boyutu ortalama puanları ve en düşük kaza veya şans alt boyutu ortalama puanlarıdır (Tablo 2). Bu durum hastaların hastalık nedenleri olarak en fazla; kalıtsallığı, diyet-yemek alışkanlıklarını, geçmişindeki kötü tıbbi bakımı, kendi davranışlarını, yaşlanmayı, alkol ve sigara içmeyi gördüğünü göstermektedir. Abubakari Jones, Lauder, Kirk, Dvendra ve Anderson (2012) diyabet hastaları ile ilgili çalışmasında da risk etkenleri boyutu en yüksek ortalamaya sahiptir. Genellikle, kişi hastalığın doğası hakkında ya kendi ya da yakınlarının deneyimlerine dayanan bir fikre sahiptir ve hastalıkla ilgili bu geçmiş deneyimler mevcut hastalığa da cevabı etkiler. Geçmişteki deneyimler sağlık ve hastalık hakkında beklentilere ve bazı inançların gelişmesine yol açabilir (Christine, Cahul, Gail, Stuart, Michele, Laraia et al. 1991). Hastaların özellikle hastalık nedeni olarak gördükleri risk etkenleri (diyet-yeme alışkanlıkları, sigara alkol kullanımı gibi) konusunda eğitimleri hastalığın kontrolü açısından önemli katkılar sağlayacaktır.

Tablo 3. Hastaların Psikososyal Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalaması ve Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı

PSUÖ	X±SS	Min
Sağlık Bakımına Oryantasyon Boyutu	9.13±4.10	0-24
Mesleki Çevre Boyutu	7.96±4.78	0-28
Aile Çevresi Boyutu	6.40±4.42	0-24
Seksüel İlişki Boyutu	8.31±5.92	0-18
Geniş Aile İlişkileri Boyutu	2.79±2.36	0-15
Sosyal Çevre Boyutu	6.73±5.38	0-18
Psikolojik Baskı Boyutu	6.88±4.28	0-21
PSUÖ Toplam Puan	48.20±23.91	0-138
Psikososyal Uyum Düzeyleri	Sayı	%
İyi Uyum (<35 puan)	98	32.6
Orta Uyum (35-51 puan)	71	23.7
Kötü Uyum (>51 puan)	131	43.7
Toplam	300	100

PSUÖ'nün alt boyutları ve toplam puanı incelendiğinde; sağlık bakımına oryantasyon boyutu ortalamasının 9.13±4.10, mesleki çevre boyutu ortalamasının 7.96±4.78, aile çevresi boyutu ortalamasının 6.40±4.42, seksüel ilişki boyutu ortalamasının 8.31±5.92, geniş aile ilişkileri boyutu ortalamasının 2.79±2.36, sosyal çevre boyutu ortalamasının 6.73±5.38 ve psikolojik baskı boyutu ortalamasının 6.88±4.28 olduğu görülmektedir. PSUÖ'nin toplam puan ortalaması ise 48.20±23.91'dir. Hastaların % 43.7'sinin kötü uyumu olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Hastaların PSUÖ toplam puan ortalamasının 48.20±23.91 olduğu belirlenmiştir. Hastalıktan en çok etkilenen alt boyutların sırasıyla seksüel ilişki, mesleki çevre, sosyal çevre, sağlık bakımına oryantasyon, psikolojik baskı, geniş aile ilişkileri ve aile çevresi olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Araştırmaya katılan hastaların %43.7'sinin kötü uyum düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Talaz ve Çınar'ın (2008) çalışmasında, diyabet hastalarının PSUÖ toplam puan ortalaması 43.12±17.13 olarak tespit edilmiştir. Diyabet hastalarında yapılan diğer bir çalışmada (Çelik, Kelleci, Avcı 2012), PSUÖ toplam puan ortalamasının 66.50±5.14 olduğu ve hastaların %99.2'inin kötü psikososyal uyuma sahip olduğu saptanmıştır. Hastalığın ve tedavisinin yarattığı gerginlik ve hastanın yaşamında ortaya çıkan zorluklar kişilerin uyum kapasitesini tüketerek, kötü uyum göstermelerine neden olabilir.

Seksüel ilişki alt boyutu ortalama puanı 8.31±5.92 olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Bu alt boyutun ortalaması diğer alt boyutlara göre daha

yüksek bulunmuştur. Bu durum hastaların seksüel ilişkiler uyumunun diğer alt boyutlara göre daha kötü olduğunu göstermektedir. Diyabet, hem kadın hem de erkek cinsel disfonksiyonunun etiopatolojisinde rol oynayan sistemik bir hastalıktır (Yıldız, Pınar 2004). Diyabet bir yandan cinsel işlevler üzerinde organik açıdan olumsuz etkilerde bulunurken, bir yandan da, bağımlılık, çekiciliğin yitilmesi gibi endişelerle cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (McInnes 2003). Yapılan bir çalışmada, diyabet hastalarında hormonal ve psikososyal faktörlerin cinsel isteksizlik gelişiminde rol oynadığı tespit edilmiştir (Rutherford, Collier 2005). Benzer olarak Talaz ve Çınar'ın (2008) çalışmasında da diyabet hastalarında seksüel ilişkiler uyum puan ortalaması 8.37±6.22 olarak bulunmuştur.

Hastaların geniş aile ilişkileri uyumunun diğer alt boyutlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Benzer olarak Talaz ve Çınar'ın (2008) çalışmasında da diyabet hastalarında akraba ilişkileri uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir. Schwartz, Springer, Flaherty ve Kaini (1986), hastalarda yaşam olaylarının diyabet kontrolünü bozduğunu, yeterli sosyal desteğin bu bozucu etkiyi hafiflettiğini belirlemiştir. Diyabet, diğer kronik fiziksel hastalıklar gibi hastanın tüm yaşamını etkileyen, sosyal ya da psikolojik uyum sorunlarına yol açabilen bir hastalıktır (Bahar, Sertbaş, Sönmez 2006). Bu nedenle geniş aile ilişkileri uyumunun yüksek bulunması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Türk toplumunda hastalık halinde aile bağları güçlenmekte ve hastaya olan destek artmaktadır.

Tablo 4. AKŞ ve HbA1c ile Hastalık Belirtileri, Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu ve Psikososyal Uyum Toplam Puan Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
AKŞ	r	.045	-.032	.020	.061	-.085	.146	.023	.071	.092
	p	.437	.580	.729	.292	.141	.011	.697	.221	.110
HbA1c	r	.109	-.311	-.004	.051	-.056	.177	-.122	.051	.158
	p	.059	.000	.951	.380	.337	.002	.034	.376	.006

1.Hastalık Belirtileri Boyutu	6. Sonuçlar alt boyutu
2. Kişisel kontrol alt boyutu	7. Tedavi kontrolü alt boyutu
3.Süre (akut/kronik) alt boyutu	8.Süre (döngüsel) alt boyutu
4. Duygusal temsiller alt boyutu	9.Psikososyal uyum toplam puan
5. Hastalığı anlayabilme alt boyutu	

AKŞ ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar algısı alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). HbA1c ile hastalık hakkındaki görüşleri boyutunun sonuçlar algısı alt boyutu ve psikososyal uyum ile pozitif ilişki ve kişisel kontrol algısı ve tedavi kontrolü algısı alt boyutları ile negatif ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 4).

Hastaların AKŞ ve HbA1c değerleri yükseldikçe hastalıklarının sonuçları hakkındaki endişelerinin arttığı görülmektedir. Hastaların hastalığın sonuçları ile ilgili negatif duygularının stres, kaygı ve gelecekte duyduğu endişe hislerini arttırdığı ve bunun da kan şekeri yükselmeye neden olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma sonucunda uyumlu olarak Talaz ve Çınar'ın (2008) çalışmasında da yüksek AKŞ düzeyinin hastalığın sonuçlarına uyumda negatif etkisi olduğu saptanmıştır. Mc Sharry, Moss-Morris ve Kendrick (2011) yaptıkları çalışmada, HbA1c ile sonuçlar algısı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirlemiştir.

Hastaların HbA1c değerleri arttıkça kişisel kontrol ve tedavi kontrolü üzerindeki hakimiyetlerinin azaldığı belirlenmiştir. Bu durum hastaların glisemik kontrolünü daha da kötüleştirebilir ve hastaların uygulanan diyet ve tedavinin gereksiz ve faydasız olduğunu düşünmelerine neden olabilir. Hastalık ve tedavileri ile ilgili kontrollerinin artırılmasına yönelik bu konuda sağlık profesyonelleri tarafından hastaların cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak Mc Sharry, Moss-Morris ve Kendrick (2011), HbA1c ile kişisel kontrol algısı arasında negatif yönde önemli bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

AKŞ ile PSUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki

saptanmamıştır (Tablo 4). Ancak, HbA1c ile PSUÖ toplam puanı arasında pozitif yönde önemli ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Bu durum, hastaların HbA1c değerleri yükseldikçe psikososyal uyumlarının da kötüleştiğini göstermektedir. Kan şekeriindeki oynamalar, tablonun akut ya da kronik olmasına bağlı olarak, merkezi sinir sisteminin işlevlerinde bozulmaya bağlı belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur; yorgunluk, davranış değişiklikleri, kaygı, huzursuzluk ve duygu durum değişiklikleri, depresyon ve hatta psikotik belirtiler ortaya çıkabilir (Özmen 2001). Bu durum da hastanın hastalığa uyumunun kötüleşmesi ile sonuçlanabilir. Diyabetli hastalarda eğitimin ve düzenli kontrollerin, hastanın kendine bakımında ve glisemik kontrolünde düzelmeye yol açtığı, bunların da hastanın kendini daha iyi hissetmesiyle birlikte topluma adaptasyonunu arttırdığı bildirilmektedir (Sargın, Özışık, Öztaş, Orbay, Gözü, Sargın ve ark. 2004). Uyumsuz hastaların tanınması ve bu hastaların psikososyal problemlerinin saptanması ve çözümlenmesi ile metabolik kontrolün sağlanabileceği gösterilmiştir (Mc Sharry, Moss-Morris and Kendrick 2011; Sargın, Özışık, Öztaş, Orbay, Gözü, Sargın ve ark. 2004).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

Hastalık algısı ölçeğinin hastalık belirtileri boyutu ortalamasının yüksek olduğu, hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt boyutlarından; duygusal temsiller boyutunun ortalama puanı en yüksek ve hastalığı anlayabilme ortalama puanının en düşük olduğu belirlenmiştir. Psikososyal uyum ölçeğinin toplam puan ortalamasının orta uyum düzeyinde olduğu ve hastaların yarıya yakınının kötü düzeyde uyum gösterdiği tespit edilmiştir.

Hastaların HbA1c değerleri arttıkça, hastalığın sonuçlarına ilişkin negatif düşüncelerinin arttığı, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü düzeylerinin azaldığı, psikososyal uyum düzeylerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Diyabet hastalarının tanıdan itibaren hastalık algısının belirlenmesi ve psikososyal uyumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi,

diyabet hastalarının hastalıklarını kabullenmeleri ve yaşamlarını daha kaliteli devam ettirebilmeleri açısından hastalık algısını pozitif yönde değişimlerini ve psikososyal uyumlarını arttıracak girişimlerin planlanması, hastaların glisemik kontrol düzeyinin önerilen aralıklarda tutulması ve bunu sağlayabilmek için de önerilen aralıklarla kontrollerin yaptırılması konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abubakari AR, Jones MC, Lauder W, Kirk A, Devendra D, Anderson J. Psychometric Properties of the Revised Illness Perception Questionnaire: Factor Structure and Reliability among African-Origin Populations with Type 2 Diabetes. *International Journal of Nursing Studies* 2012;49(6):672-81.

ADA. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2010;33(1):62-9.

Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığına tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 1995.

Aflakseir A. Role of Illness and Medication Perceptions on Adherence to Medication in a Group of Iranian Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes* 2012;4(3): 243-7

Akbay, Prıldar Ş. Dahiliye ve Psikiyatri V. Diyabette Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. I. Basım. İstanbul: Okuyan Us Yayın; 2003.p.7-44.

Bahar A, Seribaş G, Sönmez A. Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7(1):8-26.

Baines LS, Zawada ET, Jindal EM. Psychosocial Profiling: A Holistic Managementtool for Non-Compliance. *Clinical Transplant* 2005;19(1):38-44.

Baykal A, Kapucu S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015;2(2):44-58.

Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 2.Baskı. Ankara: Ofset Yayınları; 2005.p.193-99.

Buzlu S. Diyabetin Psikososyal Yönü. Semra Erdoğan, editör. *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul: Yüce Yayın Dağıtım; 2002.p.165-6.

Chilcot J. The Importance of Illness Perception in End-Stage Renal Disease: Associations with Psychosocial and Clinical Outcomes. *Seminars in Dialysis* 2012;25(1):59-64.

Christine D, Cahul, Gail W, Stuart, Michele T, Laraia and George W. Inpatient Management of Violent Behavior. *Nursing Prevention and Intervention* 1991;12(3):239-52.

Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E. Tip 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları

ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015;23(2):105-15.

Derogatis LR. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*. 1986;30(1):77-91.

Gandhi F.N, Wareham J.N. Epidemiology of Diabetes. *Medicine* 2014;42(12):698-702

Ibrahim N, Desa A, Chiew-Tong NK. Religious Coping as Mediator Between Illness Perception and Health-Related Quality of Life Among Chronic Kidney Disease Patients. *Asian Social Science* 2012;8(9):23-31.

Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8(4):271-80.

Mc Sharry J, Moss-Morris R and Kendrick T. Illness Perceptions and Glycaemic Control in Diabetes: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Diabetic Medicine* 2011;28(11):1300-10.

Mclnnes R.A. Chronik Illness and Sexuality. *The Medical Journal of Australia* 2003; 179(5):263-6.

Olgun N, Eti Aslan F, Coşansu G, Çelik S. Diyabetes Mellitus. Karadakovan A, Aslan FE, editör. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*.1. Baskı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2010.p.829-64.

Özmen M. Diyabette Psikososyal Problemler. *Türk Diyabet Yıllığı 2000-2001*. Türk Diabet Cemiyeti Yıllık Yayın Organı 2001;16:112-7.

Rutherford D, Collier A. Sexual Dysfunction in Women with Diabetes Mellitus. *Gynecol Endocrinol* 2005;21(4):189-92.

Sargın H, Özışık M, Öztaş D, Orbay E, Gözü H, Sargın M, Yayla A. Tip I Diyabetlilerin Glisemik Kontrol Açısından Değerlendirilmesi: Üç Yıllık İzlem Sonuçları. *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi* 2004;72(14):120-2.

Satman I, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsıdag K, Genç S, Telci A, Canbaz B, Türker F, Yılmaz T, Cakir B, Tuomilehto J. TURDEP-II Study Group. Twelve-year Trends in the Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. *European Journal Epidemiology* 2013;28(2):169-80.

Schwartz LS, Springer J, Flaherty JA, Kaini R. The Role of Recent Life Events and Social Support in the Control of Diabetes Mellitus. A Pilot Study. *General Hospital Psychiatry* 1986;8(3):212-16.

Talaz A, Çınar S. Comparison of Psychosocial Adjustment in People with Diabetes with and without Diabetic Foot Ulceration. Australian Journal of Advanced Nursing 2008;25(4):87-96.

Türkiye Diyabet Programı. 2015-2020 Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 38(1):31-40.

Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A New Method

for Assessing the Cognitive Representation of Illness. Psychol Health 1996;11(3):431-45.

Yıldız H, Pınar R. Diyabetli Kadınlarda İhmal Edilen Bir Konu: Cinsel Yaşam. Hemşirelik Forumu 2004;7 (1): 11-3.

Yorulmaz E, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi 2013;(1)2:368-87.