



## İnsülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi

### Determination of the knowledge and thoughts of diabetic patients receiving insulin treatment regarding their treatments

Bedriye Polat<sup>1</sup>, Fügen Özcanarlan<sup>2</sup>, Feray Kabcıoğlu Bucak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa  
<sup>2</sup>Toros Üniversitesi Hemşirelik Ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Mersin  
<sup>3</sup>Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Şanlıurfa

**Anahtar Kelimeler:**  
Diabetes mellitus, insülin tedavisi, insülin tedavisi değerlendirme ölçeği (ITAS)

**Key Words:**  
Diabetes mellitus, insulin therapy, insulin treatment appraisal scale (ITAS)

**Yazışma Adresi/Address for correspondence:**  
Feray Kabcıoğlu Bucak,  
Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,  
Şanlıurfa  
feraykabcioglu@hotmail.com

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
01.09.2017

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
15.09.2017

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
30.09.2017

**DOI:**  
10.5455/sad.13-1504942600

### ÖZET

Bu çalışma insülin tedavisi görmekte olan Diyabetes Mellitus hastalarının tedavilerine ilişkin duygu ve düşüncelerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Dâhiliye kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan bütün yetişkin hastalar, örnekleme ise 90 hasta oluşturmuştur. Verilerin elde edilmesinde, veri toplama formu, WHO- Beş İyilik Durumu İndeksi, Diyabet Problemlerini Belirleme Ölçüm Skalası ve İnsülin Tedavisi Değerlendirme Skalası kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS 11,5 paket programında, yüzdeler ve sayılar frekansla, gruplar arasında farklılığın analizinde; ikili gruplarda bağımsız örnekleme student t-testi, üç ve daha fazla olan gruplarda ise varyans analizi uygulanmıştır. Gruplar arası farklılığın kaynağını belirlemek üzere duncan test, ölççekler arası ilişki için de korelasyon analizi uygulanmıştır. Hastaların %7,8 Tip 1, %92,2'si ise Tip 2 DM'dir. Hastaların % 33,3'ünün 1-5 yıl, %21,1'inin 6-10 yıl, %25,6'sının 11- 15 yıl, %12,2'sinin 16-20 yıl, % 7,8'inin ise 21 yıldan daha fazla diyabetli olduğu görülmektedir. Ölçeklerden alınan WHO, DISA ve İTAS puan ortalamaları sırasıyla;  $7,35 \pm 0,431$ ,  $42,75 \pm 2,019$ ,  $56,25 \pm 0,819$  şeklindedir. Cinsiyetlere göre WHO puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p > 0,05$ ), yaş gruplarına göre, puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistik açıdan önemli ( $p < 0,05$ ) bulunmuştur.

WHO ile DISA skorları arasında negatif yönlü düşük bir korelasyon ( $r = -0,187$ ,  $p = 0,077$ ) bulunurken İTAS ile DISA skorları arasında pozitif yönlü ve istatistik açıdan önemli ( $r = 0,412$ ,  $p < 0,001$ ), WHO ile İTAS skorları arasında negatif yönlü bir korelasyon belirlenmiş olup, istatistik açıdan önemli ( $r = -0,225$ ,  $p = 0,033$ ) bulunmuştur.

Ölçeklerin farklı diyabetik gruplarına benzer şekilde uygulanmasına ihtiyaç vardır.

### ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the feelings and thoughts of patients with Diabetes Mellitus receiving insulin treatment regarding their treatments. While population of the study comprised of all adult patients hospitalized in Internal Clinics of Harran University Research and Application Hospital, Health Department Balıklıgöl State Hospital and Şanlıurfa Research and Application Hospital in the city center of Şanlıurfa, the sample group consisted of 90 patients. Data collection form, WHO- Five Well-being Index, Measurement Scale for the Determination of Diabetic Problems and Insulin Treatment Assessment Scale were used to obtain the data. The data were assessed by SPSS 11.5 software using percentage, number and frequency. For analysis of difference between groups; while independent samples t test was performed between two groups, analysis of variance was performed in three and more groups. While the duncan test was applied to determine the reason of difference between groups, the correlation was used for the relation between scales. 7.8% of patients had Type 1 DM and 92.2% had Type 2 DM. It was observed that 33.3% of patients have had diabetes for 1-5 years, 21.1% for 6-10 years, 25.6% for 11- 15 years, 12.2% for 16-20 years and 7.8% for more than 21 years. WHO, DISA and ITAS mean scores received from scales were respectively as follows;  $7.35 \pm 0.431$ ,  $42.75 \pm 2.019$ , and  $56.25 \pm 0.819$ . While the difference between the mean scores of WHO were not statistically significant according to genders ( $p > 0.05$ ), the difference between mean scores was statistically significant according to age groups ( $p < 0.05$ ). While a negatively low correlation was found between WHO and DISA scores ( $r = -0.187$ ,  $p = 0.077$ ), a positive and statistically significant correlation was determined between ITAS and DISA scores ( $r = 0.412$ ,  $p < 0.001$ ) and there was a negative and statistically significant correlation between WHO and ITAS scores ( $r = -0.225$ ,  $p = 0.033$ ).

It is required to apply the scales to different diabetic groups in a similar way.

## GİRİŞ

Diyabetes mellitus (DM), pankreas bezinin langerhans adacıklarında bulunan beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun salgılanamaması, az salgılanması ya da periferik dokuda insüline duyarsızlık nedeni ile ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize metabolik ve kronik bir hastalıktır (1).

Diyabetes Mellitus prevalansı tüm dünyada giderek artan epidemik bir hastalıktır. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) yaptığı hesaplara göre diyabetli nüfusun, 2025 yılında 333 milyona ulaşması beklenmektedir (2).

Ülkemizde 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında diyabet sıklığının % 13,7 olduğu saptanmıştır (3).

Kronik hastalıklar, genellikle tam olarak iyileşmeyen, sürekli ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara ve yetmezliklere yol açan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan hastalıklardır (4, 5). Diyabet makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonları ile yaşam kalitesini düşüren, erken ölüm ve hastalanma oranının yüksek olduğu bir hastalıktır. DM, organik bir hastalık olmanın yanında, psikiyatrik ve psikososyal boyutları olan bir durumdur; bu nedenle diyabetli birey fiziksel, duygusal, sosyal ve cinsellikle ilgili sorunlar yaşamaktadır (6,1). Ayrıca iş gücü kayıplarıyla sosyal ve ekonomik yükü ağırlaştırır. Diyabet, hastanın hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenmesi ve bunları uygulamasını gerektiren bir hastalıktır. Diyabet tedavisi olan birey tedavi kurallarına uymak için normal yaşam tarzında da değişiklikler yapmak zorunda kalmaktadır. İnsülin kullanımının bireylerde ağrıya neden olması, hipoglisemiye yol açması, kilo alımını hızlandırması, kişinin bağımsızlığını azaltarak kişiyi yetersiz ve etkisiz kılması, hastaların toplum içinde insülin kullanmaktan dolayı utanç duymaları v.b durumlardan dolayı hastalar insülin kullanımına karşı direnç gösterebilmektedirler (7).

Tüm bu nedenler diyabetli hastaların tedavilerini sürdürmelerine engel oluşturabilir. Oysa diyabetli bireyin yaşamı boyunca planlanmış bir bakımı sürdürerek hastalığını ve yaşamını kontrol altında tutması çok önemlidir. Bu süreçte hastaların profesyonel bir desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır (8).

Diyabet hemşiresinin rolü hasta eğitimi, desteği ve danışmanlığı yoluyla hasta ve ailesine sadece gerçekleri değil ayrıca bilgiyi davranışa çevirmesine yardımcı olacağı belirtilmektedir (9, 10, 11).

Diyabetli bireyin ihtiyaçlarının belirlenerek eğitimlerinin planlanması, bilgi ve becerisini artırarak bakımı konusunda aktif hale gelmesini, bağımsız karar verme yeterliliğini kazanmasını ve problemlerle başa çıkma gücünü artırmasını sağlar (8, 6, 12).

Hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin

bilinmesi, sağlık personeline somut bilgi sağlayarak, insülin bağımlı hastalarda geliştirilecek olan baş etme stratejilerinin belirlenmesinde rehber olarak tedavi ve bakımları yönlendirebilecektir. Bu çalışmanın amacı; insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesidir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Şanlıurfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Dâhiliye Kliniklerinde yatarak insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak Kasım 2012 - Şubat 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak soru formu, WHO- Beş İyilik Durumu İndeksi, Diyabet Problemlerini Belirleme Ölçüm Skalası ve İnsülin Tedavisi Değerlendirme Skalası kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formu; hastaların tanıtıcı özelliklerini, WHO- Beş İyilik Durumu İndeksi hastaların son iki hafta içinde kendilerini nasıl hissettiklerini, Diyabet Problemlerini Belirleme Ölçüm Skalası; hastaların hastalıkları ile problemlerinin ne derecede etkilediği ve İnsülin Tedavisi Değerlendirme Skalası; insülin tedavisi hakkında bilgi ve düşüncelerini saptamaya yönelik olarak uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini Kasım 2012 - Şubat 2013 tarihleri arasında Şanlıurfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Dâhiliye Kliniklerinde insülin tedavisi görmekte olan yatan hastalar oluşturmaktadır. Örneklem için literatür bilgilerine dayanılarak, Türkiye'de diyabet prevalansı % 7.2 olarak kabul edilmiş ve mini tab programında Power analizi yapılarak %95 güven ve %95 güç ile en fazla %5 hata payı için yaklaşık örneklem çapı hesaplanmış olup toplam 90 hastaya ulaşılmıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, diyabet tipi, diyabet dışında bir hastalığın varlığı, hastalığın tedavisi ve süresi, yaşam biçimi (Hastaya çeşitli sorular sorularak belirlenmiştir.) , yaşadığı yer gibi hastayı tanıtıcı bilgilerle ilgili soru formu diyabetli hastalar ve tedavilerinin değerlendirdiği benzer çalışmalar incelenip konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü-5 Refah Endeksi (WHO-5), hastaların son iki haftalık dönemde genel duygusal iyiliği değerlendirmek için kullanılabilen kısa bir öz bildirim ölçeğidir. Altılı Likert ölçeği üzerinden cevaplanabilen pozitif olarak formüle edilebilir beş maddeden oluşmaktadır; yanıtlar "hiçbir zaman" (0)'dan başlayıp "her zaman" (5)'e kadar değişmektedir. Bu puanların 0 (en kötü sonuç)'dan 25'e

(en iyi sonuç) kadar değişmekte olan bir toplam refah endeksi elde etmek için toplanması gerekmektedir.  $\leq 13$  toplam puanı, depresyonu belirten kesme puanı olarak uygulanmıştır (13, 14). WHO-5, diyabet hastaları için de uygulanabilen ve diğer öz bildirim ölçeklerine kıyasla depresyonun tespitinde en duyarlı (%93) ölçeklerden biridir (13).

Diyabet ile ilişkili Problem Alanları ölçeği (DİSA), komplikasyonlara ilişkin kaygılar veya yiyeceğe ilişkin endişeler gibi diyabete özel duygusal sıkıntıyı değerlendirmek üzere kullanılabilen 20 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler, "sorun değil"den (0) "ciddi bir sorun"a (4) kadar değişen altılı Likert ölçeğinde değerlendirilir (15, 16). Puanlama, tüm soruların puanlarını toplayıp 1.25 ile çarparak yapılır ve 0-100 arasında değer alır. Daha yüksek puanların diyabete ilişkin duygusal problemleri gösterir (17). Eğer diyabete ilişkin problemler depresif semptomlar ile örtüşüyorsa, bunların arasındaki ilişkinin sonuç olarak pozitif olmasından şüphelenilir (13,18,19). İnsülin Tedavisi Değerlendirme Skalası (ITAS) insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastaların insülin tedavisi ile ilgili mevcut problemlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup ölçek olumlu ve olumsuz tutumları bir arada değerlendirmek üzere 16 negatif ve 4 pozitif (3, 8, 17 ve 19. sorular) toplam 20 sorudan oluşmaktadır (13,18). Negatif sorular (5-4-3-2-1) ve pozitif sorular (1-2-3-4-5) diye puanlama yapılmaktadır. 20 ile 80 arasında puan almaktadırlar. Ölçekten alınan puan arttıkça hasta da diyabete bağlı stres ve kötü emosyonel iyilik halini yansıtmaktadır (18).

Araştırma öncesi Hastane Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Soru Formu, (WHO-5), (DİSA), (ITAS) hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Görüşmelerin süresi 20-40 dakika arasında değişmekte olup ortalama 30 dakika sürmüştür. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11,5 paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde yüzdeler ve sayılar frekansla, gruplar arasında farklılığın analizinde; ikili gruplarda bağımsız örneklemde t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda ise varyans analizi uygulanmıştır. Gruplar arası farklılık önemli bulunduğunda ise farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere duncan test, ölçekler arası ilişki için de korelasyon uygulanmıştır. Araştırma için ilgili kurumlardan yazılı izin alınmış ve izin yazısı ile Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan izin alınarak çalışmaya başlanmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş, formdan elde edilen bilgilerinin ismen deşifre edilmeyeceği belirtilerek, aydınlanmış onam formu imzalatılmıştır. Okuma yazması olmayan hastalara aydınlatılmış (bilgilendirilmiş) onam formu okunmuş, hastaya ve görüşme tanığına imzalatılmıştır.

## BULGULAR

Tablo 1 incelendiğinde çalışmaya dâhil edilen 90 hastanın % 71.1'i kadın, % 28.9'u erkektir. Hastaların %12,2'si 20-40 yaş, %41.1'i 41-60 yaş aralığında olup, %46,7 'si 61 yaş ve üstü grupta yer almaktadır. Hastaların %66,7'si evli ve %33,3'ü bekârdır. Hastaların büyük çoğunluğu %66,7'si eğitim almamıştır. Eğitimi olanların %12,2'si okuryazar, %16,7'si ilköğretim mezunu ve %4,4'ü lise ve üzeri mezunudur. Diyabet dışında başka kronik hastalığı olanların oranı %90'dır. Hastaların %5,6'sı tek başına yaşamakta olup, %94,4'ü ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Hastaların %86,7'si yakınlarından maddi manevi destek almakta olup, %68,9'unun, akrabalarıyla ilişkileri iyi, %22,2'sinin orta derecede ve %8,9'unun kötüdür. Hastaların % 61,1'i pasif bir yaşam tarzına sahiptir. Hastaların %68,8'si il merkezinde, %15,6'u ilçe merkezinde ve %15,6'sı köyde yaşamaktadır.

**Tablo 1.** Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerin Dağılımı

| Sosyo-demografik özellikler N:90                | Sayı (n)  | Yüzde (%)  |
|---|-----------|------------|
| <b>Cinsiyet</b>                                 |           |            |
| Kadın   | 64        | 71,1       |
| Erkek   | 26        | 28,9       |
| <b>Yaş</b>                                      |           |            |
| 20-40   | 11        | 12,2       |
| 41-60   | 37        | 41,1       |
| 61 yaş ve üzeri                                 | 42        | 46,7       |
| <b>Medeni durum</b>                             |           |            |
| Evli  | 60        | 66,7       |
| Bekâr   | 30        | 33,3       |
| <b>Eğitim durumu</b>                            |           |            |
| Okuryazar değil                                 | 60        | 66,7       |
| Okuryazar                                       | 11        | 12,2       |
| İlköğretim mezunu                               | 15        | 16,7       |
| Lise ve üzeri mezunu                            | 4         | 4,4        |
| <b>Diyabet dışında sistemik hastalık durumu</b> |           |            |
| Hastalık var                                    | 81        | 90,0       |
| Hastalık yok                                    | 9         | 10,0       |
| <b>Yaşamı paylaşma</b>                          |           |            |
| Tek başına                                      | 5         | 5,6        |
| Ailesi ile birlikte yaşama                      | 85        | 94,4       |
| <b>Çocuklardan destek alma</b>                  |           |            |
| Destek olurlar                                  | 78        | 86,7       |
| Destek olmazlar                                 | 12        | 13,3       |
| <b>Yakınları ile ilişki durumu</b>              |           |            |
| İyi   | 62        | 68,9       |
| Orta  | 20        | 22,2       |
| Kötü  | 8         | 8,9        |
| <b>Yaşam biçimi</b>                             |           |            |
| Aktif   | 35        | 38,9       |
| Sedanter  | 55        | 61,1       |
| <b>Sürekli yaşadığı yer</b>                     |           |            |
| Köy   | 14        | 15,6       |
| İlçe merkezi                                    | 14        | 15,6       |
| İl merkezi                                      | 62        | 68,8       |
| <b>Toplam</b>                                   | <b>90</b> | <b>100</b> |

Tablo 2’de görüldüğü gibi hastaların %7,8 Tip 1, %92,2’si ise Tip 2 DM’dir. Hastalık süresine bakıldığında %33,3’ünün 1–5 yıl, %21,1’inin 6–10 yıl, %25,6’sının 11–15 yıl, %12,2’sinin 16–20 yıl, %7,8’inin ise 21 yıldan daha fazla diyabet hastası olduğu görülmektedir. Hastaların %42,2’si tedavide sadece insülin kullanmakta, %57,8’i insülin ve oral anti diyabetik ilacı birlikte kullanmaktadır. Hastaların %23,3’ü diyabet eğitimi aldığını, %76,7’i diyabet eğitimi almadığını belirtmektedir. Hastaların %82,2’sinin açlık kan şekerini düzenli olarak ölçtüğünü, %17,8’i açlık kan şekerini ölçmediğini, %61,1’i kan şekeri yükselince diyabetik ilacını aldığını, %8,9’u şekerli gıdalar yemediğini, %22,2’si doktora gittiğini, %7,8’i hiçbir şey yapmadıklarını ifade ederken kan şekeri düştüğünde %67,8’i şeker aldıklarını, %16,7’si dinlendiğini, %4,4’ü anti diyabetik ilacını almadığını, %11,1’i doktora gittiğini ifade etmektedir.

**Tablo 2.** Hastaların Diyabete İlişkin Özellikleri

| Özellikler                                    | Sayı (n)  | Yüzde (%)  |
|---|-----------|------------|
| <b>Diyabet tipi</b>                           |           |            |
| Tip 1 DM                                      | 7         | 7,8        |
| Tip 2 DM                                      | 83        | 92,2       |
| <b>Hastalığın süresi</b>                      |           |            |
| 1- 5 yıl                                      | 30        | 33,3       |
| 6 -10 yıl                                     | 19        | 21,1       |
| 11- 15 yıl                                    | 23        | 25,6       |
| 16 -20 yıl                                    | 11        | 12,2       |
| 21 ve üzeri yıl                               | 7         | 7,8        |
| <b>Tedavi şekli</b>                           |           |            |
| İnsülin                                       | 38        | 42,2       |
| Oral anti diyabetik ve insülin                | 52        | 57,8       |
| <b>Diyabet eğitimi alma durumu</b>            |           |            |
| Alan  | 21        | 23,3       |
| Almayan                                       | 69        | 76,7       |
| <b>Açlık kan şekeri ölçme durumu</b>          |           |            |
| Evet  | 74        | 82,2       |
| Hayır   | 16        | 17,8       |
| <b>Kan şekeri yükselince yapılan uygulama</b> |           |            |
| Diyabetik ilacımı alırım                      | 55        | 61,1       |
| Şekerli gıdalar yemem                         | 8         | 8,9        |
| Doktora giderim                               | 20        | 22,2       |
| Hiçbir şey yapmam                             | 7         | 7,8        |
| <b>Kan şekeri düşünce yapılan uygulama</b>    |           |            |
| Hemen ağzıma şeker alırım                     | 61        | 67,8       |
| Dinlenirim                                    | 15        | 16,7       |
| Antidiyabetik ilacımı almam                   | 4         | 4,4        |
| Doktora giderim                               | 10        | 11,1       |
| <b>Toplam</b>                                 | <b>90</b> | <b>100</b> |

Tablo 3’de görüldüğü gibi hastaların WHO ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları 7,35±4,09, DİSA’dan alınan puanların ortalamaları 42,75±19,16 ve ITAS’ dan alınan puan ortalamaları, 56,25±7,77 olarak bulunmuştur.

**Tablo 3.** Ölçeklerden Alınan Toplam Puan Ortalamaları

| Ölçekler | Sayı (n) | Min-Max  | X ± SS      |
|----------|----------|----------|-------------|
| WHO      | 90       | 1.0 – 19 | 7,35±4,09   |
| DİSA     | 90       | 2.5 – 90 | 42,75±19,16 |
| ITAS     | 90       | 33.0–76  | 56,25±7,77  |

Tablo 4’de görüldüğü gibi hastaların cinsiyetlerine göre WHO puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırıldığında, kadın ve erkek hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ,  $t$ :-1,841,  $p$ :0,074). Hastaların WHO puan ortalamaları yaş grupları arasında farklılık istatistik açıdan önemli ( $p<0,05$ ) bulunmuştur. Buna göre, 20–40 yaş arası hastalar ( $x$ :10,0±1,73) diğer yaş gruplarına göre önemli ölçüde yüksek WHO puan ortalaması gösterirken 61 ve üzeri yaş grup ( $x$ :6,07±0,42) diğer iki yaş grubuna göre istatistiksel açıdan önemli ölçüde ( $p<0,05$ ) düşük WHO puan ortalamasına sahip bulunmuştur. Hastaların medeni durumuna bakıldığında WHO puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırıldığında, evli ve bekâr hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $t$ :2,143,  $p$ :0,035). Hastaların eğitim durumu incelendiğinde WHO puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre okuryazar kişiler ilköğretim mezunu olan gruptan önemli ölçüde düşük, okuryazar olmayan, lise ve üzeri mezun gruplara benzer WHO puan ortalamasına sahip bulunmuştur. Hastaların diyabet dışında sistemik bir hastalığı bulunan hastaların WHO puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ,  $t$ :0,856,  $p$ :0,413). Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre WHO puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tek başına ya da ailesiyle birlikte yaşayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ,  $t$ : 0,620,  $p$ :0,561).

Hastaların yakınlarından alınan destek durumuna bakıldığında WHO puan ortalamalarına göre yakınlarından destek alanlar ile almayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ,  $t$ :0,822,  $p$ :0,421). Hastaların yakınlarıyla ilişki durumu incelendiğinde WHO puan ortalamalarına göre yakınlarıyla ilişkisini iyi, orta ve kötü olarak belirten hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ,  $f$ :0,189,  $p$ :0,828). Aktif yaşam ve sedanter yaşama sahip hastaların WHO puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $t$ :-2,128,  $p$ :0,038). Hastaların yaşadığı yere göre WHO puan ortalamaları karşılaştırıldığında köy, ilçe merkezi ve il merkezinde yaşayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ,  $f$ :0,993,  $p$ :0,375).

**Tablo 4.** Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre WHO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Özellikler (N: 90)                              | Sayı | X ± SS                   | Test     | P            |
|---|------|--------------------------|----------|--------------|
| <b>Cinsiyet</b>                                 |      |                          |          |              |
| Kadın   | 64   | 6,78±3,35                | t:-1,841 | 0,074        |
| Erkek   | 26   | 8,76±5,02                |          |              |
| <b>Yaş</b>                                      |      |                          |          |              |
| 20–40   | 11   | 10,00 <sup>a</sup> ±5,76 | f:5,320  | <b>0,007</b> |
| 41–60   | 37   | 8,02 <sup>ab</sup> ±4,38 |          |              |
| 61 yaş ve üzeri                                 | 42   | 6,07 <sup>b</sup> ±2,74  |          |              |
| <b>Medeni durum</b>                             |      |                          |          |              |
| Evli  | 60   | 7,91±4,49                | t:2,143  | <b>0,035</b> |
| Bekâr   | 30   | 6,23±2,89                |          |              |
| <b>Eğitim durumu</b>                            |      |                          |          |              |
| Okuryazar değil                                 | 60   | 6,61 <sup>ab</sup> ±3,14 | f:5,817  | <b>0,001</b> |
| Okuryazar                                       | 11   | 5,90 <sup>a</sup> ±4,34  |          |              |
| İlköğretim mezunu                               | 15   | 10,80 <sup>b</sup> ±5,40 |          |              |
| Lise ve üzeri mezunu                            | 4    | 9,50 <sup>ab</sup> ±4,50 |          |              |
| <b>Diyabet dışında sistemik hastalık durumu</b> |      |                          |          |              |
| Hastalık var                                    | 81   | 7,22±4,06                | t:0,856  | 0,413        |
| Hastalık yok                                    | 9    | 8,55±4,47                |          |              |
| <b>Şu anda kiminle birlikte yaşıyor</b>         |      |                          |          |              |
| Tek başına                                      | 5    | 6,60±2,70                | t:-0,620 | 0,561        |
| Ailesi ile birlikte yaşama                      | 85   | 7,40±4,17                |          |              |
| <b>Çocukların size destek olma durumu</b>       |      |                          |          |              |
| Destek olurlar                                  | 78   | 7,46±4,25                | t:0,822  | 0,421        |
| Destek olmazlar                                 | 12   | 6,66±2,90                |          |              |
| <b>Yakınları ile ilişki durumu</b>              |      |                          |          |              |
| İyi   | 62   | 7,45±4,09                | f:0,189  | 0,828        |
| Orta  | 20   | 7,40±4,40                |          |              |
| Kötü  | 8    | 6,50±3,66                |          |              |
| <b>Yaşam biçimi</b>                             |      |                          |          |              |
| Aktif   | 35   | 8,57±4,82                | t:-2,128 | <b>0,038</b> |
| Sedanter  | 55   | 6,58±3,38                |          |              |
| <b>Sürekli yaşadığı yer</b>                     |      |                          |          |              |
| Köy   | 14   | 6,07±2,73                | f:0,993  | 0,375        |
| İlçe merkezi                                    | 14   | 7,00±3,72                |          |              |
| İl merkezi                                      | 62   | 7,72±4,40                |          |              |

a, b : Aynı sütunda farklı harfle gösterilen ortalamalar arası farklılık istatistik açıdan önemlidir (p<0,05).

Tablo 5’de görüldüğü gibi diyabetlilerin diyabet tipi, tedavi şekli, diyabet eğitimi alma durumu, açlık kan şekeri ölçme durumu, kan şekeri yükselince ya da düşünce yapılan uygulamalarına göre WHO puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Hastaların diyabet süresine bakıldığında WHO puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Buna göre 21 ve üzeri yıl, 1–5 yıldan önemli ölçüde düşük WHO puan ortalaması gösterirken, diğer gruplara benzer bulunmuştur.

Tablo 6’da görüldüğü gibi hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre cinsiyet, yaş, medeni durum, diyabet dışında başka bir sistemik hastalığının olması, yaşadığı bireyler, akrabalarından maddi-manevi destek alma,

yakınlarıyla olan ilişkisi, yaşam biçimi ve yaşadığı yere göre DİSA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Fakat hastanın kadın olması, bekâr olması, yakınlarıyla ilişkisinin kötü olması, sedanter yaşam biçimi ve köyde yaşıyor olması diyabete özel duygusal sıkıntıyı artırmaktadır.

Ancak hastaların eğitim grupları karşılaştırıldığında DİSA puan ortalamaları farklılık istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p<0,05). Buna göre okuryazar, ilköğretim mezunu olanlar lise ve üzeri mezundan önemli (p<0,05) ölçüde düşük DİSA puan ortalaması gösterirken, okuryazar olmayanlar tüm gruplara benzer bulunmuştur.

**Tablo 5.** Hastaların Diyabete İlişkin Özelliklerine Göre WHO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Özellikler (N: 90)                            | Sayı | X ± SS                   | Test     | P            |
|---|------|--------------------------|----------|--------------|
| <b>Diyabet tipi</b>                           |      |                          |          |              |
| Tip 1 DM                                      | 7    | 8,57±5,59                | t:0,611  | 0,562        |
| Tip 2 DM                                      | 83   | 7,25±3,97                |          |              |
| <b>Hastalığın süresi</b>                      |      |                          |          |              |
| 1- 5 yıl                                      | 30   | 9,00 <sup>b</sup> ± 4,59 | f:3,329  | <b>0,014</b> |
| 6 -10 yıl                                     | 19   | 6,15 <sup>ab</sup> ±3,23 |          |              |
| 11- 15 yıl                                    | 23   | 7,78 <sup>ab</sup> ±3,83 |          |              |
| 16 -20 yıl                                    | 11   | 6,09 <sup>ab</sup> ±4,06 |          |              |
| 21 ve üzeri yıl                               | 7    | 4,14 <sup>a</sup> ±0,69  |          |              |
| <b>Tedavi şekli</b>                           |      |                          |          |              |
| İnsülin                                       | 38   | 8,21±4,42                | t:1,668  | 0,100        |
| Oral anti diyabetik ve insülin                | 52   | 6,73±3,76                |          |              |
| <b>Diyabet eğitimi alma durumu</b>            |      |                          |          |              |
| Alan  | 21   | 6,61±3,62                | t:-1,021 | 0,314        |
| Almayan                                       | 69   | 7,57±4,23                |          |              |
| <b>Açlık kan şekeri ölçme durumu</b>          |      |                          |          |              |
| Evet  | 74   | 7,58±4,24                | t:1,332  | 0,194        |
| Hayır   | 16   | 6,31±3,26                |          |              |
| <b>Kan şekeri yükselince yapılan uygulama</b> |      |                          |          |              |
| Diyabetik ilacımı alırım                      | 55   | 7,12±4,23                | f:0,338  | 0,798        |
| Şekerli gıdalar yemem                         | 8    | 7,62±4,33                |          |              |
| Doktora giderim                               | 20   | 8,10±3,80                |          |              |
| Hiçbir şey yapmam                             | 7    | 6,71±4,07                |          |              |
| <b>Kan şekeri düşünce yapılan uygulama</b>    |      |                          |          |              |
| Hemen ağzıma şeker alırım                     | 61   | 7,08±3,95                | f:1,759  | 0,161        |
| Dinlenirim                                    | 15   | 6,46±3,41                |          |              |
| Anti diyabetik ilacımı almam                  | 4    | 8,50±5,25                |          |              |
| Doktora giderim                               | 10   | 9,90±4,95                |          |              |

a, b : Aynı sütunda farklı harfle gösterilen ortalamalar arası farklılık istatistik açıdan önemlidir (p<0,05).

Tablo 7'de görüldüğü gibi hastaların diyabet tipi, hastalığın süresi, tedavi şekli, diyabet eğitimi alma durumu, açlık kan şekeri ölçme durumu, kan şekeri yükselince ve düşünce yapmakta oldukları uygulamalarına göre DİSA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 8'de görüldüğü gibi hastaların cinsiyet, yaş, medeni ve eğitim durumları, diyabet dışında başka bir sistemik hastalığının olması, birlikte yaşadığı kişiler, akrabalarından maddi-manevi destek alma, yakınlarıyla olan ilişkisi, yaşam biçimi ve yaşadığı yere göre İTAS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Ancak insülin kullanan kişinin; okuma-yazma bilmemesi, diyabet dışında başka bir hastalığının olması, yakınlarından destek görmemesi, sedanter yaşam

biçimini benimsemesi ve köyde yaşaması diyabete bağlı stres ve kötü emosyonel iyilik halini artırmaktadır.

Tablo 9'da görüldüğü gibi hastaların diyabet tipi, hastalığın süresi, tedavi şekli, diyabet eğitimi alma durumu, açlık kan şekeri ölçme durumu, kan şekeri yükselince ya da düşünce yapılan uygulamalarına göre İTAS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Grafik 1'de WHO skor ile DISA arasındaki korelasyon analizi sunulmuştur. İki değişken arasında negatif yönlü düşük bir korelasyon (r=-0,187, p>0,05 veya p=0,077) saptanmaktadır. Değişkenlerden herhangi birinde gözlenen varyasyon diğer değişkendeki varyasyonun küçük bir kısmını açıklamakla beraber beklenen sonuç ile uyumludur (determinasyon katsayısı= r<sup>2</sup>=0,035).

**Tablo 6.** Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre DISA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Özellikler (N: 90)                              | Sayı | X ± SS                     | Test     | P            |
|---|------|----------------------------|----------|--------------|
| <b>Cinsiyet</b>                                 |      |                            |          |              |
| Kadın   | 64   | 43,59±19,73                | t:0,682  | 0,498        |
| Erkek   | 26   | 40,67±17,85                |          |              |
| <b>Yaş</b>                                      |      |                            |          |              |
| 20–40   | 11   | 47,04±18,40                | f:0,480  | 0,621        |
| 41–60   | 37   | 40,81±16,66                |          |              |
| 61 yaş ve üzeri                                 | 42   | 43,33±19,98                |          |              |
| <b>Medeni durum</b>                             |      |                            |          |              |
| Evli  | 60   | 41,33±19,54                | t:-1,013 | 0,315        |
| Bekâr   | 30   | 45,58±18,36                |          |              |
| <b>Eğitim durumu</b>                            |      |                            |          |              |
| Okuryazar değil                                 | 60   | 44,70 <sup>ab</sup> ±17,78 | f:2,909  | <b>0,039</b> |
| Okuryazar                                       | 11   | 37,27±16,35                |          |              |
| İlköğretim mezunu                               | 15   | 34,08±19,86                |          |              |
| Lise ve üzeri mezunu                            | 4    | 60,93 <sup>b</sup> ±14,51  |          |              |
| <b>Diyabet dışında sistemik hastalık durumu</b> |      |                            |          |              |
| Hastalık var                                    | 81   | 42,50±17,61                | t:0,400  | 0,698        |
| Hastalık yok                                    | 9    | 45,00±19,41                |          |              |
| <b>Şu anda kiminle birlikte yaşıyor</b>         |      |                            |          |              |
| Tek başına                                      | 5    | 42,50±27,31                | t:-0,021 | 0,984        |
| Ailesi ile birlikte yaşama                      | 85   | 42,76±18,79                |          |              |
| <b>Çocukların size destek olma durumu</b>       |      |                            |          |              |
| Destek olurlar                                  | 78   | 42,83±19,33                | t:0,111  | 0,913        |
| Destek olmazlar                                 | 12   | 42,18±18,81                |          |              |
| <b>Yakınları ile ilişki durumu</b>              |      |                            |          |              |
| İyi   | 62   | 41,18±17,92                | f:1,026  | 0,363        |
| Orta  | 20   | 44,25±24,04                |          |              |
| Kötü  | 8    | 51,09±13,78                |          |              |
| <b>Yaşam biçimi</b>                             |      |                            |          |              |
| Aktif   | 35   | 40,25±17,15                | t:1,025  | 0,308        |
| Sedanter  | 55   | 44,34±20,32                |          |              |
| <b>Sürekli yaşadığı yer</b>                     |      |                            |          |              |
| Köy   | 14   | 48,30±19,04                | f:1,623  | 0,203        |
| İlçe merkezi                                    | 14   | 47,94±14,77                |          |              |
| İl merkezi                                      | 62   | 40,32±19,81                |          |              |

Grafik 2'de WHO ile ITAS arasındaki korelasyon analizi sunulmuştur. İki değişken arasında negatif yönlü ( $r=-0,225$ ) bir korelasyon belirlenmiş olup, korelasyon katsayısı istatistik açıdan önemli ( $p=0,033$  veya  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Buna göre değişkenlerden birinde gözlenen varyasyon diğer değişkendeki varyasyonun görece büyük bir kısmını açıklamakla beraber beklenen sonuç ile uyumludur ( $r^2=0,051$ ).

Grafik 3'de ITAS ile DISA korelasyon analizi sunulmuştur. İki değişken arasında pozitif yönlü ( $r=0,412$ ) ve istatistik açıdan önemli ( $p<0,01$ ) bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, değişkenlerden biri arttıkça diğeri de artmakta ve değişkenlerden birinde gözlenen varyasyonu yüksek düzeyde açıklamaktadır ( $r^2=0,1697$ ).

**Tablo 7.** Hastaların Diyabete İlişkin Özelliklerine Göre DISA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Özellikler (N:90)                             | Sayı | X ± SS      | Test     | P     |
|---|------|-------------|----------|-------|
| <b>Diyabet tipi</b>                           |      |             |          |       |
| Tip 1 DM                                      | 7    | 54,64±8,42  | t:1,930  | 0,093 |
| Tip 2 DM                                      | 83   | 51,74±7,77  |          |       |
| <b>Hastalığın süresi</b>                      |      |             |          |       |
| 1- 5 yıl                                      | 30   | 42,04±19,87 | f:0,864  | 0,489 |
| 6 -10 yıl                                     | 19   | 43,35±17,21 |          |       |
| 11- 15 yıl                                    | 23   | 38,15±16,12 |          |       |
| 16 -20 yıl                                    | 11   | 48,18±23,07 |          |       |
| 21 ve üzeri yıl                               | 7    | 50,71±24,34 |          |       |
| <b>Tedavi şekli</b>                           |      |             |          |       |
| İnsülin                                       | 38   | 44,60±19,06 | t:0,785  | 0,435 |
| Oral anti diyabetik ve insülin                | 52   | 41,39±19,30 |          |       |
| <b>Diyabet eğitimi alma durumu</b>            |      |             |          |       |
| Alan  | 21   | 48,03±20,26 | t:1,390  | 0,174 |
| Almayan                                       | 69   | 41,14±18,68 |          |       |
| <b>Açlık kan şekeri ölçme durumu</b>          |      |             |          |       |
| Evet  | 74   | 42,11±19,12 | t:-0,666 | 0,513 |
| Hayır   | 16   | 45,70±19,66 |          |       |
| <b>Kan şekeri yükselince yapılan uygulama</b> |      |             |          |       |
| Diyabetik ilacımı alırım                      | 55   | 41,77±20,82 | f:0,915  | 0,437 |
| Şekerli gıdalar yemem                         | 8    | 40,31±13,02 |          |       |
| Doktora giderim                               | 20   | 48,50±17,32 |          |       |
| Hiçbir şey yapmam                             | 7    | 36,78±15,08 |          |       |
| <b>Kan şekeri düşünce yapılan uygulama</b>    |      |             |          |       |
| Hemen ağızıma şeker alırım                    | 61   | 56,31±7,95  | f:0,121  | 0,947 |
| Dinlenirim                                    | 15   | 55,66±8,014 |          |       |
| Anti diyabetik ilacımı almam                  | 4    | 55,00±4,89  |          |       |
| Doktora giderim                               | 10   | 57,30±8,08  |          |       |

## TARTIŞMA

Bireyin diyabet gibi kronik bir hastalığının olması, ortaya çıkardığı fizyolojik sorunların yanı sıra hastayı psikososyal yönden de oldukça olumsuz etkileyen bir durumdur. Birçok çalışmada diyabetlilerin fiziksel sorunlarla beraber psikolojik sorunlar da yaşadıkları ortaya konulmuştur (20).

Bu bölümde Şanlıurfa merkezinde bulunan üç hastanenin dahiliye kliniğinde yatarak insülin tedavisi gören diyabetik hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamıza dâhil olan 90 hastanın cinsiyet özelliklerine bakıldığında % 71,1'inin kadın %28,9'ini erkek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde diyabet ile ilgili yapılan çalışma sonuçları da diyabetli kadın sayısının erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Yılmaz'ın (19) yapmış olduğu çalışmada diyabetli kadınların oranı %71,9, erkeklerin oranı ise %28,1'dir. Özdemir'in (21) çalışmasında grubun çoğunluğunun (%65,5)

kadınlardan oluştuğu görülmektedir. 2012 yılı Sağlık Araştırması (22) sonuçlarına göre; diyabet prevalansı erkeklerde % 5,5 kadınlarda % 7,9 belirlenmiştir. Literatür tarandığında bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda kronik hastalıkların daha fazla görüldüğü anlaşılmaktadır. Hastaların cinsiyetlerine göre WHO puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadın hastaların puanlarının daha düşük olduğu görülmeye rağmen, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). DISA ve İTAS ölçeklerinden alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arası farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlara benzer olarak, TÜİK 2012 (22) verilerine göre, Türkiye'de yaşayan erkeklerin %77,1'i kadınların ise %64,5'i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan ettikleri belirlenmiştir. Çıtıl ve ark.'nın (23) çalışmasında olduğu gibi yapılan birçok çalışmada diyabetik kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Genel olarak toplumda kadınların yaşam kalitesi puanları erkeklerden daha düşük çıkmaktadır.



**Tablo 8.** Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İTAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Özellikler (N: 90)                              | Sayı | X ± SS     | Test     | P     |
|---|------|------------|----------|-------|
| <b>Cinsiyet</b>                                 |      |            |          |       |
| Kadın   | 64   | 56,20±8,40 | T:-0,114 | 0,909 |
| Erkek   | 26   | 56,38±6,07 |          |       |
| <b>Yaş</b>                                      |      |            |          |       |
| 20–40   | 11   | 55,81±7,97 | f:0,164  | 0,849 |
| 41–60   | 37   | 55,81±6,60 |          |       |
| 61 yaş ve üzeri                                 | 42   | 56,76±8,76 |          |       |
| <b>Medeni durum</b>                             |      |            |          |       |
| Evli  | 60   | 56,13±7,54 | T:-0,203 | 0,840 |
| Bekâr   | 30   | 56,50±8,34 |          |       |
| <b>Eğitim durumu</b>                            |      |            |          |       |
| Okuryazar değil                                 | 60   | 57,06±8,13 | f:0,937  | 0,427 |
| Okuryazar                                       | 11   | 52,90±4,03 |          |       |
| İlköğretim mezunu                               | 15   | 55,66±8,21 |          |       |
| Lise ve üzeri mezunu                            | 4    | 55,50±8,06 |          |       |
| <b>Diyabet dışında sistemik hastalık durumu</b> |      |            |          |       |
| Hastalık var                                    | 81   | 56,50±7,98 | T:-1,274 | 0,226 |
| Hastalık yok                                    | 9    | 54,00±5,26 |          |       |
| <b>Şu anda kiminle birlikte yaşıyor</b>         |      |            |          |       |
| Tek başına                                      | 5    | 54,80±5,26 | T:-0,615 | 0,565 |
| Ailesi ile birlikte yaşama                      | 85   | 56,34±7,90 |          |       |
| <b>Çocukların size destek olma durumu</b>       |      |            |          |       |
| Destek olurlar                                  | 78   | 56,62±7,85 | t:1,256  | 0,228 |
| Destek olmazlar                                 | 12   | 53,83±7,06 |          |       |
| <b>Yakınları ile ilişki durumu</b>              |      |            |          |       |
| İyi   | 62   | 55,96±8,01 | f:0,281  | 0,756 |
| Orta  | 20   | 57,40±7,12 |          |       |
| Kötü  | 8    | 55,62±8,12 |          |       |
| <b>Yaşam biçimi</b>                             |      |            |          |       |
| Aktif   | 35   | 55,20±7,80 | t:1,027  | 0,308 |
| Sedanter  | 55   | 56,92±7,75 |          |       |
| <b>Sürekli yaşadığı yer</b>                     |      |            |          |       |
| Köy   | 14   | 59,07±6,10 | f:1,130  | 0,328 |
| İlçe merkezi                                    | 14   | 55,21±6,51 |          |       |
| İl merkezi                                      | 62   | 55,85±8,30 |          |       |

Yaptığımız çalışmada hastaların %12,2'si 20–40 yaş, %41,1'i 41–60 yaş aralığında olup, %46,7'si 61 yaş ve üstü grupta yer almaktadır. Hastaların yaş gruplarına göre, WHO puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistik açıdan önemli bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna göre, 20–40 yaş arası hastaların WHO puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre önemli ölçüde yüksek bulunup, 61 ve üzeri yaş gurubundaki hastaların puan ortalamaları diğer iki yaş grubuna göre istatistiksel açıdan önemli ölçüde düşük bulunurken, istatistiksel açıdan farklılık 41–60 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. DİSA ve İTAS puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel açıdan farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Yılmaz'ın (19) çalışmasında ise

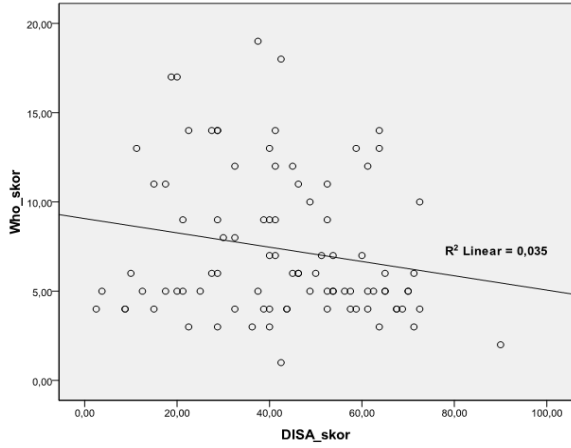
yaş grupları arasında DİSA puan ortalamaları açısından farklılık bulunmuştur. Amsberg ve arkadaşları'nın (24) DİSA kullanarak yaptıkları çalışma sonucu bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte olup, araştırmacılar bu duruma, genç hastaların diyabeti daha fazla sorun olarak algılamaları şeklinde görüş bildirmişlerdir. Hastaların yaşlarının artmasıyla hastalıklara karşı bakış açılarının daha olumlu olduğu, hastalığın kabullenildiği ve daha iyi tolere edildiği anlaşılmaktadır. Yaş arttıkça kronik hastalıkların artması bunu yaşamın bir parçası olarak algıladıkları için hastalığın yönetimi konusunda ve tedavi açısından olumsuz bir durum olarak algılamadıkları düşünülmektedir.

**Tablo 9.** Hastaların Diyabete İlişkin Özelliklerine Göre ITAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

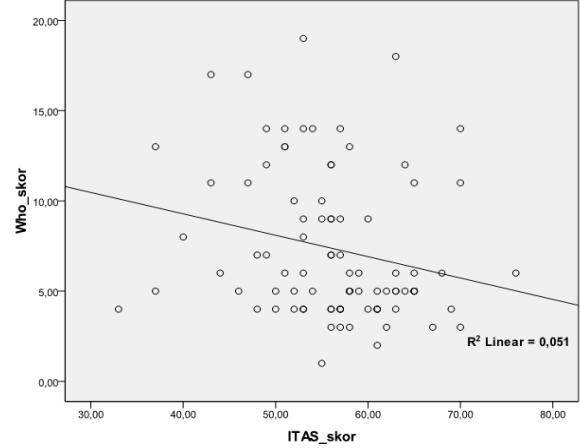
| Özellikler (N: 90)                            | Sayı | X ± SS     | Test     | P     |
|---|------|------------|----------|-------|
| <b>Diyabet tipi</b>                           |      |            |          |       |
| Tip 1 DM                                      | 7    | 56,00±8,42 | t:-0,084 | 0,935 |
| Tip 2 DM                                      | 83   | 56,27±7,77 |          |       |
| <b>Hastalığın süresi</b>                      |      |            |          |       |
| 1- 5 yıl                                      | 30   | 56,76±7,58 | f:0,819  | 0,517 |
| 6 -10 yıl                                     | 19   | 57,73±8,84 |          |       |
| 11- 15 yıl                                    | 23   | 55,43±8,11 |          |       |
| 16 -20 yıl                                    | 11   | 53,00±7,78 |          |       |
| 21 ve üzeri yıl                               | 7    | 57,85±7,60 |          |       |
| <b>Tedavi şekli</b>                           |      |            |          |       |
| İnsülin                                       | 38   | 56,15±7,44 | t:-0,103 | 0,919 |
| Oral anti diyabetik ve insülin                | 52   | 56,33±8,07 |          |       |
| <b>Diyabet eğitimi alma durumu</b>            |      |            |          |       |
| Alan  | 21   | 55,85±7,35 | t:-0,278 | 0,783 |
| Almayan                                       | 69   | 56,37±7,94 |          |       |
| <b>Açlık kan şekeri ölçme durumu</b>          |      |            |          |       |
| Evet  | 74   | 56,09±7,41 | t:-0,359 | 0,724 |
| Hayır   | 16   | 57,00±9,47 |          |       |
| <b>Kan şekeri yükselince yapılan uygulama</b> |      |            |          |       |
| Diyabetik ilacımı alırım                      | 55   | 56,10±7,44 | f:0,964  | 0,414 |
| Şekerli gıdalar yemem                         | 8    | 54,75±8,32 |          |       |
| Doktora giderim                               | 20   | 58,35±7,78 |          |       |
| Hiçbir şey yapmam                             | 7    | 53,14±9,77 |          |       |
| <b>Kan şekeri düşünce yapılan uygulama</b>    |      |            |          |       |
| Hemen ağzıma şeker alırım                     | 61   | 56,31±7,95 | f:0,121  | 0,947 |
| Dinlenirim                                    | 15   | 55,66±8,01 |          |       |
| Anti diyabetik ilacımı almam                  | 4    | 55,00±4,89 |          |       |
| Doktora giderim                               | 10   | 57,30±8,08 |          |       |

Yıldız'ın (25) çalışmasındaki bireylerin yaş gruplarına göre depresyon belirtilerine bakıldığında orta yaşlarda (31–50 yaş) depresyon belirtileri daha çok (%81,1) görülmektedir. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemeyen, buna karşın Arslantaş ve Ergin'in (26) 50–65 yaş arasındaki bireylerde yapmış oldukları çalışmanın sonuçlarına göre, sosyo-demografik özellikler ile depresyon düzeyi arasında istatistik açısından farkın anlamlı olduğunu. Aba'nın (27) çalışmasında depresyon ile yaş arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu yaş arttıkça depresyonun arttığını bulmuştur. Her ikisinin çalışması da bizim çalışmamızı desteklemektedir. Yaş ilerledikçe sosyal desteğin düşmesi ve yaşlıların günlük mental aktivitelerinin azalması depresyon görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır. Tüzün ve Ünsal (28) diyabetik hastalarda yaşla birlikte yaşam kalitesi puanlarının düştüğünü gösteren araştırmalar olduğu gibi, yaşın yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren araştırmalar da vardır (23).

Çalışmamızdaki hastaların %66,7'si evli ve %33,3'ü bekârdır. Güven'in (29) çalışmasında evli olanların oranı %74,6, bekârların oranı ise % 25,4'dür. Evliliğin getirdiği sosyal ve duygusal destek eşlerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerine katkı sağlamaktadır (30). Hastaların medeni durumlarına göre, WHO puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırıldığında, evli (x: 7,91±4,49) ve bekâr (x: 6,23±2,89) hastaların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yıldız'ın (25) çalışmasındaki bireylerin medeni durumuna göre depresyon belirtilerine bakıldığında evli olanlarda olmayanlara göre orta derecede depresyon belirtileri daha çok (%66,7) görülmüştür. Çalışmamızda DİSA ve ITAS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Yılmaz'ın (19) çalışmasında DİSA puan ortalaması medeni durum açısından farklılık olmamakla beraber çalışmamızı desteklemektedir.



Grafik 1. WHO ve DISA Skor Korelasyonu



Grafik 2. WHO ve ITAS Skor Korelasyonu

Sosyal destek, güç durumdaki ya da stres altındaki bireye eş, aile ve arkadaşları gibi yakın çevresi tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımdır. Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir (31). Çalışmamıza alınan hastaların %5,6'sı tek başına yaşamakta olup, %94,4'ü ailesiyle birlikte yaşamakta, hastaların yakınlarının maddi ve manevi destek almalarına bakıldığında destek alanlar %86,7, destek almayanlar ise %13,3'tür. Cosansu'nun (32) çalışmasında yalnız yaşayan hastalar %10 iken, aileden herhangi biriyle yaşayanlar %90'dır. Türkçan'ın (33) çalışmasında da yalnız yaşayanlar %10 iken aile bireyleriyle yaşayanlar ise %90'dır. Bahar'ın (34) çalışmasında ise yakınlarından aldığı sosyal destek oranı %91 sosyal destek almayanların oranı %9 bulunmuştur. Bu iki çalışmada bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir. Bahar'ın (34) çalışmasında bireylerin sosyal destek almaları ile depresyon ve anksiyete arasında ters bir orantı mevcuttur. Aksillü (35) sosyal desteğin; bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar; fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler. Buradan anlaşılıyor ki sosyal destek kronik hastalıkta ve onun getireceği duygusal çökkünlüğün azalmasına yardımcı olmaktadır. Hastaların yaşam şekline ve yakınlarından destek alma durumlarına göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Hastaların büyük çoğunluğu %66,7'si okuryazar değildir. Eğitimi olanların %12,2'si okuryazar, %16,7'si ilköğretim mezunu ve %4,4'ü lise ve üzeri mezundur.

Karaboğa'nın (15) çalışmasında ise okuryazar olmayanlar %32,1, okuryazar olanlar %7,1, ilköğretim mezunu %50,6, lise ve üzeri mezunu %10,2 bulunmuştur. TÜİK 2012 verilerine göre Şanlıurfa yöresinin okuryazarlık durumu %85,4 bulunurken, 6 yaş üzeri gruplardaki okur yazma bilmeyenler %10,0, okuryazar ve okul bitirmeyenler %40,3, ilköğretim mezunu %13,0, ilköğretim mezunu %19,6, lise mezunu %8,0 ve üniversite mezunu %3,3 belirlenmiştir (36). Çalışmamızda hastaların eğitim seviyeleri arttıkça WHO puan ortalamalarının da artış gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). DISA puan ortalamaları incelendiğinde ise, aralarında istatistiksel açıdan fark olduğu ve bu farklılığın okuryazar olmayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiş olup, lise ve üzeri grubun DISA puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bunun nedeninin örneklemdeki okuryazar olmayan grubun oranının yüksek olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. WHO skoru ile DISA skoru arasında korelasyon analizi yapılmış olup, iki değişken arasında negatif yönlü düşük bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p>0,05, r=-0,187$ ). Yani WHO skoru artarken DISA skoru azalmaktadır, ikisi arasındaki bu ilişki beklenen bir sonuçtur. Kişinin mutsuz ve depresif bir yaşam tarzı varsa kronik hastalığa bakış açısı, tedaviye uyum, hastalığa uyum ve hastalığa bağlı emosyonel stres artış gösterecektir.

Tip 1 diyabetin tüm diyabet olguları içindeki oranı ise %5'tir. Tip 2 diyabet tüm diyabetlilerin %90-95'ini oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki hastaların diyabet tipine bakıldığında tip 1 diyabet %7,8, tip 2 diyabet ise %92,2 olup literatür ile uyumludur. Çalışmaların çoğunda oran farklılık göstermektedir. Graue'nin (37) çalışmasında tip 1 diyabet %80,5 tip 2 diyabet %19,5 bulunurken, Demirel (38) de tip 1 diyabet %1,2 olup tip 2 diyabet %98,8 bulunmuştur. Çalışmamızda diyabet hastalığının süresine bakıldığında 1-5 yıl %33,3, 6-10 yıl %21,1, 11-15 yıl %25,6, 16-20 yıl %12,2'si, 21 ve

üzeri yıl %7.8 olarak bulunmuştur. Karaboğa'nın (15) çalışmasındaki olguların %14'ünün diyabet yaşı 1 yıl altı iken, %59,1'inin 1-10 yıl arasında olduğu saptanıp bizim çalışmamız desteklemektedir. Çalışmamızda hastaların diyabet süresine göre, WHO puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre 21 ve üzeri yıl süre ile hasta olanların puan ortalaması, 1-5 yıldır hasta olanların puan ortalamasından önemli ölçüde düşük bulunurken, diğer gruplarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. DİSA puan ortalamaları arasında diyabet süreleri açısından istatistiksel farkın anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ), WHO açısından en düşük puanı alan 21 ve üzeri yıl diyabet hastası olanların DİSA puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Yaptığımız ikili korelasyon açısından uyumlu olmakla beraber ITAS puan ortalamalarına bakıldığında ise diyabet süreleri açısından istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Hastaların kronik hastalığın süresinin uzamasıyla beraber ruhsal anlamda daha kötü olduğunu göstermektedir. Bu kişilerin depresyon açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sonuç, uzun hastalık süresinin, yaşam kalitesini azaltan kronik komplikasyon riskini artırmasına bağlanabilir. Redekop (39) ise bu bulgularının tersine, hastalık süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmişler ve bu sonuç hastalık süresi daha uzun olanların, diyabetin gerektirdiklerine uyum gösterdikleri, böylece hastalığın günlük yaşamı daha az etkilediği ve sonuçta yaşam kalitesinin fazla etkilenmediği şeklinde yorumlanmıştır.

Diyabetli hastanın tedavisinde beslenme, düzenli egzersiz programı, kendi kendini izleme ve diyabet eğitiminin dışında oral anti diyabetikler ve insülin kullanımı yer almaktadır. Hastaların %42,2'si tedavide sadece insülin kullanmakta, %57,8'i insülin ve oral anti diyabetik ilacı birlikte kullanmaktadır. Turhan'ın (1) araştırma kapsamında yer alan bireylerin % 28 insülin %29'u insülin ve oral anti diyabetik ilaç kullanmaktadır. Yılmaz'ın (19) çalışmasında sadece diyet tedavisi %1,5, oral anti diyabetikler %33 oral anti diyabetikler ve insülin kullanımı %30 sadece insülin kullananlar ise %35,6 olarak görülmektedir. Göç'de (40) ise oral anti diyabetik kullanımı %37,3 iken insülin kullanımı %62,7 bulunmuştur.

Diyabet eğitimi; yaşam boyu süren ve sürekli bakım gerektiren bir hastalık olan diyabette tedavinin dört ana öğesinden (diyet, egzersiz, ilaç ve eğitim) birisidir ve hastalık yönetiminde kritik önem taşır. Eğitim hastalığın önlenmesi, tedavisi ve bakımın ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmelidir. Diyabette tedavi, bakım ve izlem yöntemlerinin hasta tarafından anlaşılması çok olumlu sonuç vermektedir. Bu olgu başka hiçbir hastalık için bu kadar önemli değildir

(41). Yaptığımız çalışmada hastaların %23,3'ü diyabet eğitimi aldığını, %76,7'i diyabet eğitimini almadığını ve hastaların %82,2'sinin açlık kan şekerini düzenli olarak ölçtüğünü, %17,8'i açlık kan şekerini ölçmediğini belirtmişlerdir. Karaboğa'nın (15) çalışmasında diyabet eğitimi alanlar %3,3 iken almayanların oranı %96,7 ve kan şekerini ölçenlerin %64,1 olduğunu ölçmeyenlerin %35,9 bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar bizim çalışmaya benzer olup çalışmamızı desteklemektedir. WHO, DİSA ve ITAS ölçeklerinden alınan puan ortalamalarına bakıldığında diyabet eğitimi ve kan şekeri ölçme puan ortalamaları açısından istatistiksel açıdan farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak diyabet eğitimi alma oranları düşük olduğu halde iki çalışmada da hastaların kan şekeri ölçme oranları yüksek bulunmuştur. Şanlıurfa'da ki hastanelerin büyük bölümünde (çalışmamızın yapıldığı 3 hastaneden yalnızca 1 tanesinde diyabet eğitim hemşiresi vardı) diyabet eğitim hemşireleri bulunmamakta, çalışmamızdaki hastaların diyabet eğitimi almayanların oranının yüksek bulunması bununla ilişkilendirilebilir. Ancak hastaların eğitim almadıkları halde kan şekerlerini ölçtüklerini görmekteyiz. Bu durumda diyabetin komplikasyonlarının az olması beklenirken çalışmamızda diyabetle beraber başka kronik hastalığın görülme oranı %90'ı bulunmuştur. Coşansu'da (32) bu oran %66,7 bulunmuştur. Çalışmamızda bu oranın yüksek bulunmasının nedeni örneklemimizdeki hastaların çoğunluğunun 40 yaş üzeri olması ve tip 2 diyabetik hasta oranının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. UKPDS ve MICRO-HOPE çalışmalarında elde edilen veriler, tanı almamış prediyabetik bireylerde mikro ve makrovasküler komplikasyonların daha diyabet tanısı konmadan yaklaşık olarak 10-12 yıl önceden başladığını göstermiştir. Bunu destekleyen en önemli bulgu ise tip 2 diyabetlilerde tanı anında yapılan çalışmalarda hastaların %20'sinde retinopati, %8'inde nefropati %9'unda nöropati ve %50'sinden fazlasında kardiyovasküler hastalık bulunmasıdır (41). WHO, DİSA ve ITAS ölçeklerinden alınan puan ortalamalarına göre hastalarda diyabet dışında kronik bir hastalığın olması istatistiksel açıdan farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Yılmaz'ın (19) çalışmasında DİSA puan ortalaması diyabete bağlı komplikasyon gelişen hastalar, gelişmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunup bizim çalışmamızı desteklememektedir.

Şahinkaya'ya (42) göre düzenli egzersizin kan glikoz kontrolünü iyileştirdiği, kardiyovasküler riskini azalttığı, kilo kaybını sağladığı gösterilmiştir. Ayrıca yüksek riskli kişilerde tip 2 diyabete gidişi önlediği de gösterilmiştir. Bizim hastaların % 61,1'i sedanter bir yaşam tarzına sahiptir. Javanshir (43) de %68,4 aktif bir yaşamı olduğunu ve %31,7'sinin sedanter bir yaşam

biçimi olduğu bulunmuştur. Yılmaz'ın (17) %74,4'ü fizik egzersiz yapmayan sedanter yaşam tarzını benimsemiş oldukları bildirilmektedir. Demirel'in (38) çalışmasında hastaların %3,6'sı düzenli egzersiz yapmakta %96,4' ü ise buna dikkat etmemekle beraber sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir. Çalışmamızda aktif yaşayanların WHO puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu da egzersizin diyabetli hastalarda yaşam bakış açılarını olumlu etkilediği, dolayısıyla hastalık yönetimi, yaklaşımı ve diyabetle yaşamı daha kolaylaştırdığı şeklinde yorumlanabilir. DİSA ve ITAS puan ortalamaları açısından istatistiksel açıdan fark önemli olmamasına karşın ( $p>0,05$ ), aktif yaşayan bireylerin her iki ölçekten de sedanter yaşama göre daha düşük puan aldıkları görülmüş olup, iki ölçek arasında yapılan korelasyonda; pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir ( $p:0,01$ ).

Çalışmamızda hastaların yaşadıkları yerlere bakıldığında köyde yaşayanlar %15,6, ilçe merkezinde yaşayanlar %15,6, il merkezinde yaşayanlar %68,8'dur. Fırıncioğulları'nın (44) çalışma grubunda hastaların %13,9'u köyde, %4,8'i belde de, %33,5'i ilçede, %47,8'i ise ilde ikamet etmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları sırasıyla, WHO ölçeğinden  $7,35\pm 0,431$ , DİSA'dan  $42,75\pm 2,019$  ve ITAS' dan  $56,25\pm 0,819$  olarak bulunmuştur. Hermanns ve ark. 'nin (45) çalışmasında ise WHO ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $12,9\pm 6,4$ , DİSA ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $28,2\pm 14,1$ , ITAS ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $46,8\pm 9,5$  bulunmuştur. Sonek ve ark. (18) çalışmasında ise WHO puan ortalaması  $18\pm 6$ , DİSA puan ortalaması  $30\pm 23$ , ITAS puan ortalaması  $48,9\pm 11,2$  olarak bulunmuştur. Her iki çalışmaya bakıldığında hastaların WHO ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları bizim çalışmadaki hastalardan daha yüksek olduğu görülürken, DİSA ve ITAS ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeninin bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde diyabetin yaşam kalitesine olan etkisi, diyabetli hastalarda depresyon semptomlarının varlığı artırmakta, hastaların diyabetle geçirdikleri yaşam süresinin uzunluğu, ileri yaşla birlikte düşük eğitim düzeyi, diyabete bağlı komplikasyon varlığı, insülin kullanımı yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği düşünülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdiğimiz çalışmamızın sonuçlarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

- Çalışmaya dahil edilen 90 hastanın %71,1'i kadın %28,9'u erkektir, %12,2'si 20-40 yaş, %41'i 41-60 yaş aralığında olup, %46,7'si 61 yaş ve üstü grupta yer almaktadır, %66,7'si evli ve %33,3'ü bekârdır. Hastaların büyük çoğunluğu %66,7'si okuryazar değildir. Diyabet dışında başka kronik hastalığı olanların oranı %90'dır. Hastaların %94,4'ü ailesiyle birlikte yaşamakta, %86,7'si yakınlarından maddi manevi destek almakta olup, %68,9'unun, akrabalarıyla ilişkileri iyi, %61,1'i pasif bir yaşam tarzına sahiptir. Hastaların %68,8'i il merkezinde yaşamakta, %92,2'si ise Tip 2 DM'dir. Hastalık süresine bakıldığında %33,3'ünün 1-5 yıl, %7,8'inin ise 21 yıldan daha fazla diyabet hastası olduğu görülmektedir. Hastaların %42,2'si tedavide sadece insülin kullanmakta, %57,8'i insülin ve oral anti diyabetik ilacı birlikte kullanmaktadır. Hastaların %76,7'si diyabet eğitimini almadığını belirtmekte, %82,2'sinin açlık kan şekeri düzenli olarak ölçtüğünü, %61,1'i kan şekeri yükselince diyabetik ilacını aldığını ifade ederken kan şekeri düştüğünde %67,8'i şeker aldıklarını ifade etmektedir.
- Bu çalışmada örnekleme alınan diyabetlilerin WHO ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması  $7,35\pm 4,09$  olmakla birlikte %88,8'i 13 ve altı puan almışlar.
- 61 yaş ve üzerindeki diyabetlilerin WHO puan ortalaması daha genç diyabetlilere göre düşük bulunmuştur.
- Aktif bir yaşam tarzı olan hastaların WHO puan ortalamaları sedanter yaşam tarzında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastalığın süresine bakıldığında WHO puan ortalamaları hastaların 1-5 yıl arasında olan hastaların 21 ve üzeri yıl olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların DİSA ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları  $42,75\pm 19,16$  bulunmuştur.
- Eğitim durumu arttıkça DİSA puan ortalamaları artmaktadır.
- Hastaların ITAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları  $56,25\pm 7,77$  olarak bulunmuştur
- Diyabetlilerin diyabet tipi, hastalığın süresi, tedavi şekli, diyabet eğitimi alma durumu, açlık kan şekeri ölçme durumu, birlikte yaşadığı kişiler, akrabalarından maddi-manevi destek alma, yakınlarıyla olan ilişkisi, yaşam biçimi ve yaşadığı yer, kan şekeri yükselince ya da düşünce yapmakta oldukları uygulamalarına göre ITAS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın

önemli olmadığı saptanmıştır.

- WHO skoru ile DISA skoru arasında korelasyon analizi yapılmış olup, iki değişken arasında negatif yönlü düşük bir korelasyon ( $p = 0,077$ ,  $r = -0,187$ ) saptanmıştır.
- WHO skoru ile ITAS skoru arasında negatif yönlü bir korelasyon belirlenmiş olup, korelasyon katsayısı istatistik açıdan önemli ( $p = 0,033$ ,  $r = -0,225$ ) bulunmuştur.
- ITAS skoru ile DISA skoru arasında pozitif yönlü bir korelasyon belirlenmiş olup, korelasyon katsayısı istatistik açıdan önemli ( $p = 0,00$ ,  $r = 0,412$ ) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Araştırma daha büyük örneklem grubu ile yapılmalıdır.
- Hastalara, komplikasyonların önlenmesi ya da geciktirebilmesi için diyabet eğitimlerinin sürekli verilmesi gerekmektedir.
- Diyabetlilerin, psikolojik olarak desteklenmeleri gerekmektedir.
- Diyabet eğitim hemşirelerinin hastanelerde bulundurulması ve aktif çalışması gerekmektedir.
- Ölçeklerin farklı diyabetik gruplarına benzer şekilde uygulanmasına ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Turhan H. Tip 2 diabetes mellitus'lu hastalarda tedavi şekline ve hastalık süresine göre depresyon ve anksiyete. Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
2. Satman İ. Epidemiology Study. Population-based study of diabetes and related risk characteristics of Turkey. Results of the Turkish Diabetes Care 2002; 25: 1551-1556.
3. Satman İ. ve ark. TURDEP-II Çalışması (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II), 2010.
4. Beyazıt E. Diyabetes mellitus tanısı olan bireylere verilen planlı eğitimin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Eylül-2005.
5. Biçer S. 60+ Yaş ve kronik hastalığı olan bireylerin günlük aktivitelerinin etkilenme durumu. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 1996.
6. Karakurt P, Hacıhasanoğlu Aşıl R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. Erzincan Üniversitesi, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,2013; 14(1) : 1 – 9.
7. Funnell MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. JAMA 2000;284:1709.
8. Karaca Sivrikaya S. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına yıllık hallerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum,2006.

9. Çavuşlu E. Tip 1 diyabetli çocukların aile etkileşimi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
10. İncedayı A. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde tip 1 diyabetli adölesanlarda sorun çözme becerisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2007.
11. Karaöz S. Diyabet ve Hemşirelik. Hatipoğlu Yayınevi. Ankara,1997,s:44-144.
12. Metin Arıkan N, Çorapçıoğlu D, Erdoğan G. Diabetes mellitus'lu hastalara verilen diyabet eğitimi öncesi ve sonrası beden kitle indeksi, kan glukozu, HbA1c ve kan lipid seviyelerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2002; 4(2): 39-48.
13. Lehmann V, Makine C, Karşıdağ Ç, Kadioğlu P, Karşıdağ K, Pouwer F. Validation of the Turkish version of the centre for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in patients with type 2 diabetes mellitus. Lehmann et al. BMC Medical Research Methodology, 2011; 11:109.
14. WHO (Beş) Yıllık Durumu İndeksi (1998 sürümü) [http://www.WHO5\\_Turkish.pdf](http://www.WHO5_Turkish.pdf)
15. Karaboğa EZ. 60. yıl ve Binevler Sağlık Ocağına başvuran diyabetli hastaların diyabet ve diyabetik ayak hakkında bildikleri ve uyguladıkları davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2012.
16. Palabıyık YD. Diyabetik hastaların diyabetik ayak ile ilgili bilgi ve tutumlarının diyabetik ayak lezyonların gelişimi üzerine etkileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar,2011.
17. Yılmaz A, Akan Z, Yılmaz H. Van il merkezi, yetişkin yaş grubunda diabetes mellitus sıklığı ve etkileyen faktörler. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi, 2011; 2 (4).
18. Snoek FJ, Skovlund ES, Pouwer F. Development and validation of the insulin treatment appraisal scale (ITAS) in patients with type 2 diabetes Health and Quality of Life Outcomes, 2007;5;69.
19. Yılmaz F. Diyabet ile ilgili sorunlar (DİSA) ölçeği'nin Türk diyabetliler için psikometrik uygunluğunun değerlendirmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
20. Kumcağız H. Ersanlı K. Diyabet hastalarının umutsuzluk düzeylerinin cinsiyet ve eğitim düzeylerine göre incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Dergisi,2008; 23:123-128.
21. Özdemir P. Diabetes mellituslu hastalarda diyabetik ayak risk faktörlerinin belirlenmesinde hemşirenin rolü. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 2005.
22. Sağlık Araştırması (TUİK). 2012.
23. Çıtlı R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. Erciyes Tıp Dergisi,2010;32(4):253-264.
24. Amsberg S, Wredling R, Lins PE,Adamsona U,Johansson UB. The psychometric properties of the swedish version of the problem areas in diabetes scale (Swe-PAID-20). International Journal of Nursing Studies,2008; 45: 1319-1328.
25. Yıldız E. Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
26. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 Yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. Turkish Journal of Geriatrics,2011; 14(2): 135-144.
27. Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,2012; 1:18-23.

28. Tüzün M, Ünsal A. 40 Yaş ve üzeri bireylerde eşik üstü depresif belirti gösterenlerin sıklığı. TAF Preventive Medicine Bulletin,2008; 7:(6).
29. Güven T. Diabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi,2007. 30. Kalkan M, Ersanlı E. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı evlilik ilişkisini geliştirme programının evli bireylerin evlilik uyumuna etkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, Eylül, 2008 ; 963-986.
30. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Türkiye Toraks Dergisi, 2009;10:63-8.
31. Coşansu G. Tip 2 diyabetlilerde öz bakım aktiviteleri ve diyabete ilişkin bilişsel - sosyal faktörler. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
32. Türkcan DG, Çatalkaya D, Uysal D. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Muğla Üniversitesi, Muğla Sağlık Yüksekokulu, Yeni Tıp Dergisi, 2009;26: 210-213.
33. Bahar A. Diabetes mellituslu hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:1,2006.
34. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Konya, Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5:76-84.
35. İstatistiklerle Şanlıurfa –Diyarbakır 2012.
36. Graue M, Haugstved A, Wentzel-Larsen T, Iversen MM, Karlsen B, Rokne B. Diabetes-related emotional distress in adults: reliability and validity of the norwegian versions of the problem areas in diabetes scale (PAID) and the diabetes distress scale (DDS). International Journal of Nursing Studies, 2012;49: 174-182.
37. Demirel M. İnsülin tedavisi başlanan diyabet hastalarında kilo değişimi ve bunu etkileyen parametrelerin irdelenmesi. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Hastanesi, Aile Hekimliği Şefliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
38. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GE, Wolffenbuttel BH, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patients with type 2 diabetes. Diabetes Care, 2002;25: 458-463.
39. Göç M. Diyabetes mellitus'lu hastalarda, hastalığın süresi, hastaların öğrenim düzeyi, diyabetik ayakla ilgili eğitim alma durumu, metabolik değerlerin, diyabetik ayak gelişim riski ve diyabetik ayakta koruyucu davranış modelleri geliştirmeye etkileri. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2008.
40. Türkiye'de Diyabet Profili, Diyabet Bakımı, İzlem ve Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirmesi. Çalıştay Raporu, 2009.
41. Şahinkaya Y. Tip 2 diyabetik hastalarda mikrovasküler komplikasyon gelişimi ile plazma scd146 düzeyi ilişkisi. Sağlık Bakanlığı, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. İç Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2008.
42. Javanshir M. Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2006.
43. Fırıncioğulları H. Enfekte diyabetik ayak yarısı olan hastalarda sitokin üretimi, akut dekompanse kalp yetmezliği ile ilişkisi ve prognoza etkisi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana,2009.
44. Hermanns N, Mahr M, Kulzer B, Skovlun SE, Haak T. Barriers towards insulin therapy in type 2 diabetic patients: results of an observational longitudinal study. Hermanns et al. Health and Quality of Life Outcomes,2010;8;113.