

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİABETİK HASTALARDA
KULLANILAN TEDAVİ YÖNTEMİNİN
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİYE UYUM
ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayşe IŞIK

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Serap DEMİR**

Tez No: 2004 - 020

2004 - AFYON

ÖNSÖZ

Tez konumun seçimine duyarlılık gösteren ve çalışmam süresince bilgi, birikim ve deneyimleriyle desteğini ve yardımını esirgemeyen Afyon Kocatepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Serap DEMİR'e teşekkürlerimi sunarım.

Tüm hayatım boyunca olduğu gibi tezimle ilgili çalışmalarında da maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme, Öğr. Gör. Pakize ÖZYÜREK'e, istatistik verilerimin analizinde yardımcı olan Arş. Gör. Sinan SARAÇLI'ya, çevirilerimde emeği olan kuzenim Pınar GÖKÇE'ye, araştırmam süresince yardımlarından faydalandığım A.K.Ü. Ahmet Necdet SEZER Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapan Diabet Hemşireleri Öznur EREM, Songül UÇAR ve İç Hastalıkları A.D. asistanlarına, Psikolog Z. Gurbet BİLDİK'e, Aile Hekimi Yrd. Doç. Dr. Dilek TOPRAK'a ve Hemşire Yasemin ULUPINAR'a yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Ayşe IŞIK

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz.....	III
İçindekiler.....	IV
Tablolar.....	V
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Diabetes Mellitus'un Tanımı.....	5
2.2. Diabetin Tipleri.....	6
2.3. Diabetin Tedavisi.....	7
2.3.1. Eğitim.....	8
2.3.2. Diyet- Egzersiz.....	8
2.3.3. Oral Antidiabetikler ve İnsülin.....	10
2.4. Diabetin Kontrolü.....	11
2.5. Psikososyal Değişiklikler.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	16
3.2. Araştırmanın Evreni.....	16
3.3. Araştırmanın Örnekleme.....	16
3.4. Verilerin Toplanması.....	16
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
6.1. Sonuç.....	43
6.2. Öneriler.....	46
KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	54

TABLolar

Tablo 1. Erişkinlerde Beden Kitle İndeksi Değerlendirmesi.....	9
Tablo 2. İnsülin Kullanan ve İnsülin Kullanmayan DM Hastaları ile Nondiabetik Kişilerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılım.....	19
Tablo 3. İnsülin Kullanan ve İnsülin Kullanmayan Tip 2 DM Hastaların Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	20
Tablo 4. İnsülin Kullanan Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	21
Tablo 5. İnsülin Kullanmayan Tip 2 DM Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
Tablo 6. Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Cinsiyet Grupları ile İlişkisi.....	24
Tablo 7. Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleri ile İlişkisi.....	25
Tablo 8. Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının İş ile İlişkisi.....	26
Tablo 9. Diabetik Hastalarda Sosyotropi - Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence ile İlişkisi.....	27
Tablo 10. Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Cinsiyet Grupları ile İlişkisi.....	28

Tablo 11. Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleri ile İlişkisi.....	29
Tablo 12. Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının İş Grupları ile İlişkisi.....	30
Tablo 13. Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi - Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence ile İlişkisi.....	31
Tablo 14. Diabet Süresine göre Sosyotropi - Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının ve HbA ₁ C Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 15. Diabetli Hastalarda Gelir Düzeyi ile Sosyotropi-Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının ve HbA ₁ C Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	33
Tablo 16. İnsülin Kullanan ve İnsülin Kullanmayan Diabetli Hastalarda Tedaviye Uyum Kriterlerinin Karşılaştırılması.....	34
Tablo 17. Diabetli Hastalarda Beden Kitle İndeksi Oranlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 18. İnsülin Kullanan Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Beden Kitle İndeksi Oranlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 19. İnsülin Kullanmayan Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Beden Kitle İndeksi Oranlarının Karşılaştırılması.....	35

GRAFİKLER

Grafik 1. Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile İlişkisi.....	23
---	----

ÖZET**Diabetik Hastalarda Kullanılan Tedavi Yönteminin Kişilik Özellikleri ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi**

Bu çalışma, Diabetes Mellitus'lu hastalarda kullanılan tedavi yönteminin, sosyotropik- otonomik kişilik özellikleri ve tedaviye uyum üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamız, 1 Ocak 2003-30 Haziran 2003 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin İç Hastalıkları polikliniğine başvuran DM tanısı almış anket formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden 56 hasta ve 42 nondiabetik kişi üzerinde uygulanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde demografik bilgiler ve tedaviye uyum kriterleri, ikinci bölümde ise kişilik özelliğini ölçmeye yönelik "Sosyotropi-Otonomi Ölçeği" soruları bulunmaktadır. Araştırmada anket sonuçlarına ilişkin elde edilen veriler; Oneway ANOVA, Tukey HSD, t-testi ve korelasyon analizi uygulanarak değerlendirilmiştir.

Araştırma, diabetli hastaların yüksek sosyotropik ve otonomik kişilik özelliği gösterdiklerini ortaya çıkarmıştır. İnsülin kullanmanın diğer tedavi yöntemleri ile kıyaslandığında, bu kişilik özellikleri üzerine farklı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. İnsülin dışında tedavi kullanan hastaların tedaviye daha iyi uyum sağladığı saptanmıştır. Ayrıca diabetin süresi arttıkça, tedaviye uyumun da güçleştiği bulunmuştur.

Diabetli hastalar ve ailelerinin "Diabetes Mellitus" ve gereksinimleri konularında eğitilmeleri gerekmektedir. Hasta ve yakınları psikolojik - psikososyal yönden desteklenmeli, bu konuda profesyonel çalışan kurumlara yönlendirilmelidirler. Diyabet ekibine ve hemşiresine büyük görevler düşmektedir, bu bağlamda hemşireler gelişmeleri takip ederek yeniliklere açık olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Diabetes Mellitus, Tedavi, Uyum, Kişilik Bozuklukları, Sosyotropi – Otonomi Ölçeği.

SUMMARY**The Effect of the Treatment Method Used in Diabetic Patients on Their Personality Characteristics and Compliance with Therapy**

This study was performed to determine the effects of the treatment method used on patients with diabetes mellitus on their sociotropic-autonomic personality characteristics and their compliance with the therapy.

Our study was performed on 56 patients who applied to Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Application and Research Hospital, Internal Diseases Outpatient Clinic between the dates 1st Jan. 2003 and 30th June 2003 and diagnosed with DM, and filled the application form after consenting to be involved in the study, and 42 healthy subjects.

A questionnaire consisting of two parts was used as the means of collecting the data in the study. The first part consisted of demographic data, and criteria of compliance with therapy, and the second part consisted of “Sociotropy-Autonomy Scale” questions directed to measure the personality characteristics. Data obtained from the results of these questionnaires were assessed by applying Oneway ANOVA, Tukey HSD, t-test and correlation analysis.

This study revealed that diabetic patients had highly sociotropic and autonomic personality characteristics. It was seen that using insulin did not have a distinctive effect on such personality characteristics compared to other modalities of therapy. Furthermore, it was found that compliance with therapy became more difficult with the longer duration of diabetes.

Training of diabetic patients and their families is required as regards “Diabetes Mellitus” and its requirements. Patients and their relatives should be supported in psychological – psychosocial aspects, and they should be directed to organizations that work professionally in this area. Important roles fall to the shares of the Diabetes team and to the diabetes nurse; and in this context, nurses should closely follow the improvements in this area, and they should be open to innovations.

Key Words: Diabetes Mellitus, Therapy, Compliance, Personality Disorders, Sociotropy – Autonomy Scale.

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Diabetes mellitus (DM), insülinin fonksiyonel yetmezliği sonucu oluşan, oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak yaşam süresi ve kalitesini etkileyen, iş gücü kayıplarıyla sosyal ve ekonomik yükü ağır olan, uzun süreli endokrin ve metabolik bir hastalıktır (1). DM neden önemlidir?

- İnsidansı ve prevalansı tüm dünyada artmaktadır.
- Mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar ile yaşam kalitesini azaltır.
- Kan şekeri iyi kontrol edildiği takdirde komplikasyonlar önlenir.
- Bu etkileri ile yaşam boyu süren bir hastalıktır.
- Bireylerin ve ailelerinin yaşamlarının tüm yönlerini etkiler.(2)

Diabet sık görülen bir hastalıktır. DM'un görülme sıklığı gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık %5 ve gelişmiş ülkelerde %10'dur. Türkiye'de ise erişkin nüfusun %7,2'sini oluşturur (3). ABD'de ölüm nedenleri arasında 3. sıradadır. Prevalansı yaş, şişmanlık, ailede diabet öyküsü, dislipoproteinemi ile artar (4). DM herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Akut metabolik komplikasyonların yanısıra uzun dönemde vasküler, renal, oftalmolojik ve nörolojik bozukluklara yol açabilir. Kronik bir hastalık olan DM, kişiliğinde psikososyal değişim ve sağlık bakımındaki belirli değişim sonucunda komplikasyonları olan bir hastalıktır (5).

Diabetin en iyi tedavisi, gelişiminin önlenmesidir. Diabet geliştiği takdirde ise, tedavinin amaçları ve öncelikleri kişiye göre belirlenmelidir (4). Bu tedavinin ilkeleri; diyet, egzersiz, eğitim, oral antidiabetik (OAD) ilaç tedavisi ve gerektiğinde insülin tedavisini içermektedir. Tedaviye uyum göstermeme, DM'da metabolik dengesizliklerin önemli bir sebebi olarak tanımlanmaktadır (6).

Kara ve Akbayrak çalışmalarında, Tip 2 DM hastalarının öz-bakım becerilerini öğrenmeleri (uygun diyet alımı, düzenli egzersiz, OAD ilaçların düzenli kullanılması, insülin kullanan hastalar için kan glikozunun düzenli kontrolü, insülin doz ayarlanmasının doğru yapılması, insülinin doğru ve güvenli uygulanması vb.) ve hedeflenen öz-bakım gücüne sahip olmaları ile yaşamdan aldıkları doyum ve

tedavilerine uyumlarının arttığını; ayrıca etkin metabolik kontrol sağlanarak, akut ve kronik komplikasyonların gelişiminin önlenebildiğini saptamışlardır (6).

Yapılan bir araştırmada, Tip 2 Diabetiklerin yaşamlarında meydana gelen değişimlerin çok boyutlu ve karmaşık olduğu tesbit edilmiştir. Yaşamlarında oluşan bu değişimler; emosyonel huzursuzluk, bünyesindeki yeni oluşumlar, memnuniyet / başarı için çalışma, kendisiyle uğraşma, anlaşmazlıklar, dengesini korumak ve yaşamı için yeni uyumları geliştirmeyi içermektedir (5).

Diabetik hastaların yaşamlarında meydana gelen bu değişikliklere kullandıkları tedavi modalitelerinin katkısı ise tam olarak bilinmemektedir. Diabetik hastalara sunulan tedavi seçenekleri arasında insülin söz konusu olduğunda; hastalarımızın bu tedaviyi kendi başlarına uygulamakta sıkıntı çekecekleri, günlük rutin yaşamlarına devam etmekte güçlük yaşayacakları, ömür boyu enjeksiyon yapmanın kendilerini bunaltacakları gibi çeşitli sebeplerle insülin tedavisine başlama konusunda tereddütler ile karşılaşmaktayız. Bu nedenle çalışmamızda diğer tedavi yöntemleri ile karşılaştırmalı olarak insülin tedavisinin diabet hastalarının tedaviye uyumlarını, sosyotropik ve otonomik kişilik özelliklerini ne şekilde etkilediği araştırılmıştır.

Sosyotropi, kişinin diğer insanlarla olumlu ilişkilerde olma ihtiyacını belirtmektedir. Yüksek sosyotropik insanlar için, diğer insanlardan onay almak çok önemlidir. Kişilerarası ilişkilerde algılanan kayıp veya reddedilme bu tür insanlarda depresyona yol açabilir. Otonomi ise, kişinin bağımsızlık ve belirlenen amaçlara ulaşma ihtiyacını vurgulamaktadır. Yüksek otonomiye sahip insanlar, kişisel başarı ve başarısızlıklara büyük önem verirler. Çevre üzerinde sağladıkları kontrolün kaybı ya da algılanan başarısızlık depresyona yol açabilir (7).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. *Diabetes Mellitus'un Tanımı*

Diabetes Mellitus, pankreastan salınan insülin hormonunun yetersizliği veya etkisizliği sonucu karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının bozulmasına yol açan metabolik bir hastalıktır (4). İnsülinin işlevsel yetmezliği, insülin salgısının yetersizliği veya insülin direnci sonucu ortaya çıkan klinik sendrom diabetes mellitus olarak tanımlanır (8). Kalıtsal; yaşam boyu süren; geri dönüşümsüz, uzun süreli ve yaşamsal organları ilgilendiren hasarlar oluşturan; yaşam kalitesini bozucu, sosyal ve toplumsal bir hastalıktır (9). Karbonhidrat, protein ve yağ metabolizması değişir, insülin miktarı veya etkinliği azalır ve sonuçta hiperglisemi meydana gelir (10,11).

Diabet şüphesi olan bir kişi, hastalığın klasik semptomları olan poliüri, polidipsi, polifaji veya iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu, noktüri veya daha az görülen; bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar ve tekrarlayan mantar enfeksiyonları ile başvurabilmektedir (11,12,13).

Sağlıklı bir bireyde açlık plazma glukozu ≤ 110 mg/dl olmalıdır. Rasgele ölçülen kan glukozu ≥ 200 mg/dl ve açlık kan glukozu ≥ 126 mg/dl veya 2. saat postprandiyal kan glukozu ≥ 200 ise DİABETES MELLİTUS tanısı konur. HbA_{1C} diabet tanısı için kullanılmaz. Ancak özellikle Tip 2 diabetiklerde tanı geç konduğundan metabolik bozukluğun süresi için fikir vericidir (8,12,14).

Diabet tanısını koymak için açlık kan şekeri veya oral glukoz tolerans testine (OGTT) bakılır (2).1979'da National Diabetes Data Group (NDDG), 1985 yılında WHO, 1998 yılında American Diabetes Association (ADA) ve European Diabetes Policy Group (EDPG) tarafından tanı göstergeleri gözden geçirilerek yeni kurallar geliştirilmiştir (15).

1. Diabete özgü semptomların varlığına ek olarak günün herhangi bir zamanında ölçülen plazma glukoz değerinin ≥ 200 mg/dl. olması (Diabetin semptomlarının varlığı; poliüri, polidipsi ve açıklanamayan kilo kaybı v.b.)

2. Açlık plazma glukoz değerinin ≥ 126 mg/dl. olması

3. 75 gram glukoz ile yapılan OGTT sırasında ilk iki saat içinde glukoz değerinin $\geq 200\text{mg/dl}$. olması koşulları aranmaktadır. Hipergliseminin ve metabolik ayarsızlığın belirgin olmadığı durumlarda testler tekrar edilmelidir. 3. kriter olan OGTT'nin rutin olarak uygulanması tavsiye edilmemektedir.

- Açlık plazma glukozu $< 110\text{mg/dl}$. = Normal açlık glukoz değeridir.
- Açlık plazma glukozu > 110 ve $< 126\text{mg/dl}$. = Bozulmuş açlık glukozu. Bu durum OGTT yapılmasını gerektirir.
- Açlık plazma glukozu $> 126\text{mg/dl}$. = Diabetin kesin olmayan tanısıdır ve kesin tanı diğer göstergelerle doğrulanmalıdır.
- OGTT ile 2. saat plazma glukozu $< 140\text{mg/dl}$. ise normaldir.
- OGTT ile 2. saat plazma glukozu $140-200\text{mg/dl}$. ise bozulmuş glukoz toleransıdır.
- Glukoz sonrası 2. saat $\geq 200\text{mg/dl}$. ise diabettir.

ADA, son yayınlarında açlık değerinin $\geq 126\text{mg/dl}$. olması halinde şahsı diabetli kabul etmektedir.

2.2. Diabetin Tipleri

Diabetin 4 tipinin her birinde nedenler, tedaviler ve uzun dönemdeki etkiler farklılık gösterir (4,10,14,16):

- Tip 1 DM
- Tip 2 DM
- Tip 3 DM (Başka bir hastalıktan dolayı gelişen DM)
- Gestasyonel DM

Tüm diabet vakalarının %10-15'i Tip 1 ve %85-90'ı Tip 2'dir. Tip 1 diabet pankreas yeterli insülin üretmediği zamanda ortaya çıkar (17). Tip 1 diabetes mellitus, genetik yatkınlık ile çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda oluşan multifaktöryel otoimmün bir hastalıktır (18). Tip 2 DM'de pankreasta yetersiz insülin salınımının yanı sıra insülin etkisine direnç söz konusudur. Tip 2 DM patogenezinde ise genetik yatkınlığın önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak risk yaratan genlerin haritasını çıkarmak oldukça zordur (19). Obezite, sedanter yaşam, stres ve yaşlanma gibi çevresel faktörler insülin direncinin ortaya çıkmasında veya ilerlemesinde etkili faktörler ise de, bazı olgularda insülin direncinin oluşumunda çeşitli kademelerdeki fonksiyonları yöneten gen hatalarının esas rolü oynadığı kanıtlanmıştır (20).

Tip 2 diabetin ortaya çıkışında genetik faktörlerin yanısıra ileri yaş, şişmanlık, fizik aktivite azlığı ve beslenme alışkanlıklarının rolü olduğu bilinmektedir (10,21). DM bazen sessiz bir epidemiy gösterir. Tip 2 DM prevalansı giderek hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Tip 2 diabetin 21. yy'ın major sağlık sorunu olacağı sanılmaktadır (16). Risk faktörlerinin bilinmesi DM'un erken teşhisi ve yüksek risk faktörü taşıyan nüfusların tedavisinde önemli yer tutar (22).

Yaşam tarzında yapılan orta düzeyde değişikliklerle Tip 2 diabetin sıklığında azalma sağlanabilir. Bu değişikliklerle diabetin ortaya çıkması bakımından önemli olan şişmanlık, inaktivite, yağ ve enerji yönünden zengin diyet gibi başlıca faktörler olumlu yönde değiştirilebilmektedir (21).

2.3. Diabetin Tedavisi

Tip 2 diabet tedavisinde pre ve post - prandial hiperglisemilerin kontrolü ile nonketotik hiperosmolar koma, ağır hipoglisemi gibi akut metabolik komplikasyon riskinin azaltılması, mikro ve makrovasküler komplikasyonların önlenmesi, diabete eşlik eden obezite, hipertansiyon, dislipidemi gibi diğer sorunların tedavi edilmesi ve böylece hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ilk hedeftir. Diabetik bireyin tedavisinde diğer ana ilkeler; hipoglisemiyi, hipertansiyonu ve hiperlipidemiği düşürmek olmalıdır (23).

Tip 2 diabetin tedavisinde en önemli adım yaşam tarzı değişikliklerinin yapılmasıdır (23). Bu hastalarda yaşam düzeni değişikliğini sağlamak güç ve sabır isteyen bir iştir. Yaşam düzeninin değiştirilmesi ile hastalık kontrol altına alınacağı gibi ilaç gereken durumlarda da ilaç dozunun azaltılmasına olanak sağlar (24). Yaşam tarzı değişiklikleri tıbbi beslenme tedavisi, fizik aktivitenin arttırılması, sigara ve alkol kullanımının bırakılmasını kapsamaktadır (23).

Diabetes Mellitus'un Tedavi Basamakları; eğitim, diyet, egzersiz, oral antidiabetikler ve insülin (25).

2.3.1. Eğitim

Günümüzde kronik hastalıkların tedavisinde başarılı olabilmenin yolunun hasta ve yakınlarının eğitimi ile yakından ilgili olduğu anlaşılmıştır (1).

Diabetli hasta yaşam süresini uzatmak ve yaşantısı boyunca sağlıklı kalmak istiyorsa yaşamının sonuna kadar bazı kurallara uymak ve bunu sağlayabilmek için de alışkanlıklarında değişiklik yapmak zorundadır. Bu durum diabetli hastalar için büyük ve önemli bir sorundur. Bu nedenle diabetlilerin hastalıkları ve gereksinimleri konularında eğitilmeleri gerekmektedir (24).

Diabetli bireye ve onların bakımlarından sorumlu olan aile bireyelerine hastalığın bakımı ve yönetimini öğretmek diabet tedavi planının bir parçasıdır. Diabetlinin eğitimi, kendi kendine bakma gücünü kullanmasına yardım etmektir (26).

Diabetik hasta eğitimi; diabetik hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak, hastalığının daha iyi kontrolü ile oluşabilecek yan etkilerden korunmak, tedavi giderlerini azaltmak, tedavi hatalarını azaltmak ve hastanın yeni teknolojiyi

kullanabilir olmasını sağlamak amacıyla bilgi ve deneyimini artırmak için sürdürülen bilgi ve deneyim aktarımı çabalarının tümünü içermektedir (1). Hasta eğitimi; hastaya özel, onun benimseyip uygulayabileceği şekilde düzenlenmeli, güncel ve sürekli olmalıdır (1,25).

Eğitimde öncelikle diyet planlaması, glukoz, ve keton monitorizasyon teknikleri vurgulanmalıdır. DM'ta diyet, fiziksel aktivite ve medikal tedavi arasındaki ilişki anlatılmalıdır. Dikkatli yapılan self monitorizasyon da dahil olmak üzere, acil durumlar ve hastalığın komplikasyonlarının izlemi hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. İnsülin veya hipoglisemik ajan kullanan hastalar hipoglisemiyi önleyebilmeyi, tanımayı ve tedavi edebilmeyi bilmek zorundadırlar. Eğitim, ev arkadaşları ve aile bireylerine de verilmelidir (27,28).

2.3.2. Diyet-Egzersiz

Endüstrileşmiş toplumlarda şişmanlık, diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi kronik hastalıkların sıklığı hızla artmaktadır. Bu hızlı artıştan hareketsiz yaşam biçimi ile kötü beslenme alışkanlıkları sorumlu tutulmaktadır. Beslenme alışkanlıkları, sözü edilen hastalıkların hem önlenmesinde hem de tedavisinde etkilidir (29).

Diabet tedavi edilemezken, egzersiz, diyet ve tıbbi bakımla kontrol altına alınabilir (10,24). Günümüzde Diabetes Mellitus hastaları için genel bir diyet yoktur. Diyetler bireyin yeme alışkanlıkları gözönünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir. Bu yolla diyet önerileri geliştirilebilir, tedavinin hedefleri ve istenilen sonuçlar yürürlüğe girebilir (30).

Önerilen kişisel reçetede karbonhidratın azaltılması, kalorinin az alınması ve aktivitelerin artırılmasıyla glisemik kontrol başarıyla sağlanır. Diyetin düzenlenmesi glisemik kontrolün en önemli safhalarındandır. Fiziksel aktivite, insüline hassasiyeti artırır ve kaslarda glukoz kullanımının daha etkin olmasını sağlar. Ne yazık ki egzersiz diyabet tedavisinde daha az dikkate alınan bir basamaktır (5).

İdeal vücut ağırlığı bir kişinin boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığı gösterir. Ancak kişinin şişman olup olmadığını belirlemede kullanılan yöntem ise vücut kitle indeksidir (25). Beden kitle indeksi (BKİ), kilogram cinsinden vücut

ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile hesaplanır [$BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m)}^2$] (26,31).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi Beden Kitle İndeksine göre aşağıda belirtildiği gibi sınıflamıştır (26,32,33)(Tablo 1).

Tablo 1: Erişkinlerde Beden Kitle İndeksi Değerlendirmesi

BKİ	DSÖ Sınıflaması	Popüler tanım
<18,5 kg/m ²	Düşük kilolu	Zayıf
18,5-24,9 kg/m ²	Normal	Sağlıklı /Normal
25-29,9 kg/m ²	1. derece fazla kilolu	Fazla kilolu
30-39,9 kg/m ²	2. derece fazla kilolu	Obez
≥40 kg/m ²	3. derece fazla kilolu	Morbid obez

Fizik aktivitenin düzeyini kontrol etmek ve obezite ile fiziksel aktivite azlığı arasındaki ilişkiyi göstermek zordur. Kısa süreli fizik aktivitedeki azalma dahi diyabeti olmayan kişilerde insülin direncine yol açar, daha uzun dönemde ise kaslarda yağ birikimi oluşur, dislipidemi gelişir ve diyabet riski artabilir. Obezite, Tip 1 ve Tip 2 diyabetin tedavisinin önündeki en önemli engeldir. Günümüzde artan veriler, obezitenin erken dönemde önlediği veya tedavi edildiğinde diyabet gelişiminin azalacağını göstermektedir (34).

Obezitenin giderek yaygınlaştığı hususunda şüphe yoktur. Bu kadar yaygınlaşmasının esas nedenleri arasında fizik aktivitenin azalması vardır. Obezite çeşitli yollardan daha yüksek hastalık ve ölüm oranlarına yol açar. Tip 2 diyabet bu listede en ön sırayı alır. Tip 2 diyabeti olan obez hastalarda hipergliseminin tedavi edilmesi gerektiği konusunda günümüzde fikir birliğine ulaşılmıştır (35).

Obez bir bireyde vücut ağırlığının azaltılması insülin direncini azaltmakta, glisemi kontrolünü kolaylaştırmakta, kan basıncı ve plazma lipid düzeyleri üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır. Bu hedefin elde edilmesinde diyet ve egzersiz en önemli yaklaşımlardır. Haftada 5 kez ve 30-40 dk. süre ile egzersiz yapılması hem kilo kaybını kolaylaştırmakta, hem de kilo kaybından bağımsız olarak insülin direncini azaltarak glisemik kontrolü kolaylaştırmaktadır (20).

2.3.3. Oral Antidiabetikler ve İnsülin

Normal plazma glukoz seviyesini sürdürmek uzun süreli komplikasyonları önler ve diabet hastalarının yaşam kalitesini yükseltir. Bazı Tip 2 DM hastaları yaşam kalitesini diyet ve egzersiz ile yükseltebilmektedir. Fakat birçok hasta tıbbi müdahaleye gereksinim duymaktadır (17). İnsülin veya oral antidiabetik ajanlar farmakolojik tedaviyi oluştururlar. İlaç tedavisinde alınacak kararlar primer olarak DM'un tipine ve glisemik kontroldeki hedeflere bağlıdır (28).

Tip 2 diyabetli bir hastada diyet ve egzersize rağmen açlık plazma şekeri %110mg'm, tokluk plazma şekeri de %140mg'ın üzerinde bulunuyorsa ağızdan antidiyabetik ilaç başlanır (25). Oral antihiperglisemikler, diyabet oluşumuna katkıda bulunan olayları düzeltmek ve hiperglisemiyi önlemek için geliştirilmiş ilaçlardır (9).

Tüm Tip 2 diabetiklerin her yıl %5-10'unda oral antidiyabetik ajanlara sekonder yanıtızlık gelişmekte ve insülin tedavisi kaçınılmaz olmaktadır (36). Tip 2 diabetlide diyet, egzersiz, oral antidiyabetik ilaçlarla açlık plazma şekerleri %120mg.'ın, tokluk plazma şekeri %140mg.'ın altına indirilememiş ise insülin tedavisine geçilir (25). İnsülin normalde pankreasın beta hücrelerinde gizlenir ve görevi intracellular (hücre içi) glukozu yükselterek kandaki glukoz seviyesini düşürmektir (10). İnsülin tedavisinin amacı pankreasın normal işlevini mümkün olan en yakın biçimde taklit etmektir (37). Klasik insülin sağaltımı sabah ve akşam (günde 2 kez) cilt altı enjeksiyonundan ibarettir. Bazı hastalarda daha sıkı glisemik kontrol sağlamak amacıyla günde 3 veya 4 kez insülin enjeksiyonu gerekebilir (36).

Diabetli hastaların pek çoğu için, insülin kullanmak hastalık tablosundaki kötüye gidişin işaretidir ve bir bağımlılık ifade edebilir, geriye dönüşü yoktur. Yaşam biçimlerinin sınırlanacağını, tedavi biçimindeki esnekliğin azalacağını düşünürler. Enjeksiyon uygulamaları bazı hastalar için kaçınılacak kadar ağrı vericidir. Benzer negatif tutumlara sahip olan hastaların bir bölümü insülin tedavisine başlamayı redederler, bir bölümü ise başlangıçta kabul ettikleri bu tedavi yöntemine yeterli uyum sağlayamazlar. Diabet hemşiresi insülin tedavisine başlanmadan hastayı iyi değerlendirmeli, yanlış inançları ve uygulamaları belirleyerek düzeltilmesini sağlamalı, bu bilgileri doktor ile paylaşmalı ve tedavide hastaya özel düzenlemelerin yapılmasını sağlamalıdır. Hastasına doğru enjeksiyon uygulaması konusunda yeterli bilgi ve beceri kazandırmalıdır. Kendi kendine kan şekeri izlemi yapmasını sağlamalı, böylece metabolik kontroldeki iyileşmeyi fark ettirmelidir. Bu süreç içinde hemşire sürekli takip, danışmanlık ve eğitimi gerçekleştirerek tedavideki başarıyı arttıracaktır (38,39).

Günde 3-4 kez insülin enjeksiyonu yapmak zor ve stresli bir durumdur. Bunun için günümüzde yeni insülin tedavi şekilleri için çalışmalar yapılmaktadır. Bunlardan biri de tıpkı astım hastalarında olduğu gibi aerosol olarak uygulanan insülin şeklidir. Toz şeklinde olan insülin, bir alet ile aerosol hale getirilip ağızdan

solunum yolu ile akciğerlere ve daha sonra da dolaşıma katılmaktadır. İnhalasyonla alınan insülin, enjeksiyonla alınan insülinle aynı etkiye sahip olduğu ve aynı derecede kan şekerini kontrol edebildiği çalışmalarla ispatlanmıştır. Ancak inhale insülinin maliyeti çok yüksektir ve ilaç için henüz gerekli izin alınamamıştır (40).

2.4. Diabetin Kontrolü

Yaşam boyu devam eden diyabetin tanısı ile bireyin kan glukozu, HbA_{1C} ve kolesterol düzeylerinde önemli ölçüde artışlar görülmekte ve bu durum ileride bireyin hayati organlarında önemli hasarlara sebep olabilmektedir. Bunu önlemek için iyi glukoz, lipid ve BKİ kontrolünü sağlamak gerekir. Ancak bu şekilde diyabet komplikasyonlarının önüne geçilip sağlıklı ve kaliteli bir yaşam elde edilebilir (41).

Diabetli hastalar, diyabetin akut ve geç dönem komplikasyonlarından korunmalıdır. Diyabetin akut komplikasyonları: hipoglisemi (düşük kan glukoz düzeyi: 50-70mg/dl ve altı), hiperglisemi (çok yüksek glisemi tablosu), diyabetik ketoasidoz (hiperozmolar nonketotik koma); kronik komplikasyonları: retinopati, nöropati, nefropati ve diyabetik ayakdır (25,42,43). Bu komplikasyonlardan korunma ise hastanın bilgilendirilmesi, evde kendi kontrolünü hastanın üstlenmesi ve sağlık merkezinde rutin incelemelerin periyodik aralıklarla yinelenmesi sayesinde mümkündür. Glisemi kontrolü mümkünse evde her gün yapılmalı, hasta her vizitte obezite, diyet ve tedaviye uyum açısından değerlendirilmelidir. Glisemik kontrolün takibinin 3-6 ayda bir HbA_{1C} ölçümü ile yapılması uygundur (6,10). HbA_{1C} diyabet kontrolünün en önemli göstergelerinden birisidir ve yaklaşık olarak 3 aylık kan şeker ortalamasını yansıtır. HbA_{1C} değerleri ile komplikasyon gelişimi arasında yakın ilişki vardır. HbA_{1C}'nin normal değeri %4-6 arasındadır. HbA_{1C}'nin, %7'nin altında iken diyabetik komplikasyonların önlenemediği kanıtlanmıştır. Diyabetli olmayan bir insanda ise, normalde tüm hemoglobinin %2,9-4,6'sı glikozillenmiş olarak bulunur.(10,25,30).

Diyabet ve onun komplikasyonlarının maliyeti milyarlarca dolar olup, hastaların hayat kalitesini etkiler. Türkiye'de diyabetiklere yapılan total harcama 1.1 milyar dolar'dır. Komplikasyon varlığında bu maliyet 3 kat daha artmaktadır (44,45). Diyabet hastalığının kontrolü sadece glisemik kontrol üzerinde duran yaklaşımdan,

hem glisemi hem de hastalığın kronik komplikasyonları üzerinde yoğunlaşan bir yaklaşıma doğru yönelmiştir (45).

Bakım, kontrol ve eğitim 5 nokta üzerinde yoğunlaşmaktadır: diyet, öğünlerin koordinasyonları, kan şekerinin ölçülüp – kayıt edilmesi, egzersiz ve stres. Basitçe belirtmek gerekirse yiyecek ve stres kan şekerini yükseltir; tıbbi bakım ve egzersiz kan şekerini düşürür (30).

Tedavi genellikle hastanın yaşam biçiminde pek çok değişiklik oluşturur. Gelecek konusunda belirsizlik ve alışkanlıklarından herhangi bir nedenle vazgeçip yeni bir davranış biçimini hayata geçirmeye çalışmak bir çok kişi tarafından önemli stres kaynağı olarak algılanır. Bu hastalarda yaşam düzeni değişikliğini sağlamak güç ve sabır isteyen bir iştir. Yaşam düzeninin değiştirilmesi ile hastalık kontrol altına alınabilir (24,41). Yaşam düzeni değişikliği hastalığı kontrolde önemli bir basamak olmakla birlikte, hekimin hastayı herhangi bir kontrol sırasında gereğinden fazla bilgilendirmesi olumsuz sonuçlar doğurabilir. Hastanın morali bozulabilir, sıkılabilir, umutsuzluğa kapılabilir, tedaviye uyumu azalabilir (46).

Hemşire bakımı diabet bakımında, özellikle ilk müdahalelerde, çok önemli bir yere sahiptir ve ilk bakım, uygun şekilde yetiştirilmiş hemşireler kullanılırsa, gelişebilir. Etkili diabet yönetimi için bütün önde gelen takım üyelerinin görev ve sorumlulukları açıkça belirlenmelidir. Şu anda, bu işe aktif olarak katılan hemşirelerin bakımdaki rolleri henüz bir sisteme oturtulmamıştır (47). Diabetik hastanın, hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenmesini ve bunları uygulamasını sağlamak hemşirenin temel sorumluluğudur. Çünkü hastalığını daha iyi tanıyan hastalar, takip ve tedavilerini günlük yaşam koşullarına uyarlayarak, yaşam kalitelerini yükseltirler. Böylece daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürebilirler (24).

Ölçülen bir çok kişisel davranış metabolik kontrol ile özdeşleşmiştir yiyecek planını takip eden, yemeğini günün doğru zamanlarında yiyen, her gün aynı zamanda insülini alan, kan şekerini düşürmek ya da yükseltmek için gerekenleri yapan, tavsiye edilen glukoz testini yapanlarda daha iyi metabolik kontrol vardır (48).

2.5. Psikososyal Değişiklikler

Diabetes Mellitus fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, tüm kronik hastalıklar gibi psikiyatrik ve sosyal boyutları olan; bireyi ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel sorunlarla karşı karşıya bırakan endokrin bir bozukluktur. Diabetli bireylerde

emosyonel tepkiler, uyum güçlükleri ve depresif bozukluklar en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardır (49,50). Diabetin kendisi, komplikasyonları, tedavinin gündeme getirdiği sınırlamalar, kişinin getirdiği sınırlamalar kişinin homeostatik dengesini sarsar, emosyonel tepkiye neden olur. Gelecek endişesi, bağımsızlığı, yeterliliğini kaybedeceği korkusu, beden görünümünün bozulacağı endişeleri, hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel-duygusal otonomisini, vücut imajını, sosyal alanını etkiler (51). İster kronik olsun ister basit bir sağlık sorunu olsun doktora gitmek, hastanede yatmak, iğne olmak ve ilaç kullanmak pek çok kişi için sevilmeyen, endişe uyandıran işlemlerdir (52).

Psikolojik özellikler kişilik, başetme biçimleri ve sağlık inançlarını içeren özelliklerdir. Bunların kendine bakım davranışı ve duygusal durum üzerinde doğrudan etkisi vardır (53).

Diabetik hastada davranışsal, duygusal, zihinsel ve insanlar arası ilişkilere dönük tepkiler gelişir. Gelişen psikososyal tepkiler, hasta, aile ve hekim için yeni güçlükler yol açabilir. Hastalığın algılanması ve hastanın yaşam alanlarına etkisine bağlı olarak da ciddi ruhsal tepkiler (depresyon, anksiyete) gelişebilir. Yeme sorunları ortaya çıkabilir (54). Hastanın sağlık algısında önemli değişiklikler olur. Algılanan sağlık; kişilerin genel olarak sağlık durumlarını değerlendirmesidir. Kişinin, biyolojik, ruhsal, fiziksel, ve sosyal durumunu kendisinin değerlendirmesidir. Bireyler tarafından algılanan sağlık gereksinimleri ekonomik statüsü, mesleği, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, yaşanılan bölge, cinsiyet ve yaşlara göre değişmektedir. Kişilerin hastalığa gösterdiği tepkisi, algıladığı sağlık durumuna göre değişir (55). Hastalığa ilişkin emosyonel ve davranışsal tepkilerde, bireysel değişkenler ve kişilik yapısına göre farklılıklar vardır. Örneğin hastaneye yatış bazı kişiler için kayıp değil, bağımlılık ve bakım gereksinimlerinin doyurulmasına dönük bir ortam gibi de işlev görebilir. Hastanın kişilik yapısı ile hastalığını algılaya ve tepki biçimi arasında ilişki vardır. Hastayı ve tepkilerini anlayabilmek için, hastanın kişilik yapısını anlamak gerekir (51).

Emosyonel gerginlik dolaylı olarak diabetin tedavi ve izlenmesini aksatır, uyumu bozar. Gerginlik yaşayan hasta beslenme, insülin alımı ve fiziksel etkinliklere ilişkin kurallara uymada güçlük çeker (49,54).

Stresin diabetiklerde glisemi kontrolünü zorlaştırdığı ya da bazı hastalardaki mizaç ve kişilik özelliklerinin glisemi düzeylerini olumsuz etkilediği bilinmektedir (50). Stresle, diyabetin başlangıcı ve seyri arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Fiziksel ve psikolojik stres, bir yandan diyabetin ortaya çıkmasına zemin hazırlarken, diğer yandan diyabetin seyrini olumsuz yönde etkiler. Zaman içinde bu karşılıklı etkileşim sonucu, diyabetin getirdiği belirti ve problemlerle stresin neden olduğu tepki ve etkiler iç içe geçer. Stres, diyabet hastalarının kişisel bakımlarında problemlerin ortaya çıkmasına neden olur. Tedavinin uygulanmasında, diyetlerinde, insülin ve ilaç kullanımında sorunlar ortaya çıkar. Strese neden olan en önemli etken, kişinin ve yakın çevresinin diyabet hastalığını nasıl yorumladığı ve bununla nasıl başetmeye çalıştığıdır (56).

Çalışmalar, depresyon veya negatif hisleri olan kişilerin kan şekeri seviyesinin daha düzensiz olduğunu göstermektedir (57).

Bir çalışmada uzun süredir diabetik olanların yeni tanı konmuş diabetlere oranla 3,7 kez daha depresif oldukları belirlenmiştir (58).

Diabetli yetişkinlerde depresyon prevalansının ortalama %15 olduğu, diabetli hastalarda depresyonun genel nüfusa göre çok daha fazla olduğu bildirilmektedir (50).

Diabete eşlik eden depresyon hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, diabetin seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler. Depresif hastalık, diabetin denetimini bozar. Depresyonda gelişen hormonal bozukluklar kan şekerinin denetimini bozduğu gibi, kan şekerindeki düzensizlikler depresif tablonun şiddetini artırır (49).

Depresyon halindeki hastalar yeme düzensizliği çekmeye yatkındır. Bir çalışmada, diabetli kızların diabet olmayanlara göre daha depresif oldukları saptanmıştır. Bu depresyon halinin, bu kızların düzensiz kan şekerinden ve diabet oldukları için diğerlerinden farklı olduklarına dair fikirlerinden dolayı ortaya çıktığı belirtilmiştir (10).

Psikolojik ve psikososyal sorunların önlenmesi ve tanılanması diabet kontrolü için gereklidir. Hemşire psikolojik ve psikososyal sorunları önleme, tanılama, uygun bakım ve eğitimi planlamada ve danışmanlık vermede rol almalıdır (53).

“Tamam, benim için en iyi şeylerden biri babam ile balığa gitmektir. Ama tek bir şey isteme hakkım olsaydı diabetten tamamen kurtulmayı dilerdim!”

Gyorgy Harangi, Tıp I Diabet, Macaristan

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin İç Hastalıkları A.D.'da yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 1 Ocak 2003-30 Haziran 2003 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin İç Hastalıkları A.D. polikliniğine başvuran , Tip 2 DM tanısı almış hastalar oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin İç Hastalıkları polikliniğine başvuran , Tip 2 DM tanısı almış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 22 insülin kullanan, 34 diyet / diyet + oral antidiabetik tedavi alan 56 DM hastası ve 42 gönüllü nondiabetik kişi araştırmaya alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından, anket formu düzenlenmiştir. Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Anket formunun birinci bölümünde, hastaların algıladıkları genel sağlık statüsü boyutlarına etki edebileceği düşünülen sosyodemografik bilgiler ve tedaviye uyumla ilgili değişkenleri içeren sorular yer almıştır.

HbA₁C değeri, kan glikozundaki günlük dalgalanmalardan (örneğin; kısa süre önce alınan besinden, insülin tedavisinden vb.) etkilenmemekte, değerlendirme zamanından önceki 6-8 haftalık süre içindeki, dolaşımdaki glikoz miktarının ortalamasını göstermektedir (59,60). Bu nedenle araştırmamızda, metabolik kontrolün takibindeki en iyi kriter olan HbA₁C değerine tüm hastalarda bakılmıştır.

Tedaviye uyumla ilgili değişkenler için HbA₁C değeri, yıllık vizit sayısı, “evde kendi kendinize şeker bakabiliyor musunuz?” sorusu, “tedavinize uyuyor musunuz?” sorusu, “hiç hipoglisemiye girdiniz mi?” sorusu, “hiç yüksek şeker komasına girdiniz mi?” sorusu değerlendirmeye alınmıştır.

Şişmanlık BKİ ile değerlendirilmiştir. BKİ, kilogram cinsinden ölçülen beden ağırlığının, metre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesi ile elde edilir. BKİ'nin 25-29,9 olması fazla kilolu, 30 ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilir (31)(Tablo 1).

Anketin ikinci bölümünde ise, iki farklı kişilik özelliğini ölçmeye yönelik olarak 60 maddeden oluşturulan “Sosyotropi-Otonomi Ölçeği” kullanılmıştır. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin, Şahin N., ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanıp geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin 30 maddesi sosyotropi alt ölçeğine, 30 maddesi de otonomi alt ölçeğine aittir. Ölçeğin puanlaması; maddelere verilen yanıtlara “Hiç tanımlamıyor” için 0, “Biraz tanımlıyor” için 1, “Oldukça tanımlıyor” için 2, “İyi tanımlıyor” için 3 ve “Çok iyi tanımlıyor” için 4 puan verilerek yapıldı. Bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan (30 maddeden) 120 puandı. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyotropi alt testinde yüksek sosyotropik kişilik özelliklerini, otonomi alt testinde ise yüksek düzeydeki otonom kişilik özelliklerini göstermektedir. Yapı geçerliği için üçer faktör bulunmuştur. Sosyotropi alt ölçeğinde; Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı ve Başkalarını Memnun Etme faktörleri belirlenmiştir. Otonomi alt ölçeğinde; Kişisel Başarı, Özgürlük ve Yalnızlıktan Hoşlanma faktörleri bulunmuştur. Sosyotropi Ölçeği depresyonla daha yakından ilişkili bulunmuştur (61).

Sosyotropik ve otonomik kişilik özelliklerinin her insanda birlikte bulunabileceği varsayımından hareket edilmiş, bu nedenle, yüksek/düşük-sosyotropik/otonomik kişilik tipi kategorileri oluşturulmamıştır. Bunun yerine, her denekten alınan hem sosyotropi, hem de otonomi puanları kişilik özelliği değişkenleri olarak analizlere girmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra, her ölçeğe ilişkin hastaların kaç puan aldığı araştırmacı tarafından elde belirlenmiştir. Hasta bilgi formundaki veriler ve Sosyotropi-Otonomi Ölçeği sonuçlarının birbirleri ile anlamlılığının değerlendirilmesi bilgisayarda, uzman kişi tarafından ve SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen veriler ANOVA, Tukey HSD, Oneway, t-testi ve korelasyon testleri uygulanarak değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamındaki veriler; ortalama \pm standart sapma puanı olarak verilmiştir. P değerinin 0,05 altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 22 insülin kullanan, 34 insülin kullanmayan DM hastası ve 42 nondiabetik bireyden oluşan kontrol grubu alınmıştır. Bu olguların demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2 : İnsülin Kullanan ve İnsülin Kullanmayan DM Hastaları ile Nondiabetik Kişilerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

iBireylerin Demografik ve Klinik Özellikleri	Sayı	Yüzde
Yaş		
20-30 arası	30	30,6
31-40 arası	22	22,4
41-50 arası	21	21,4
51-60 arası	22	22,4
60>	3	3,1
Cinsiyet		

Kadın	62	63,3
Erkek	36	36,7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	4	4,1
İlkokul mezunu	23	23,5
Ortaokul-lise mezunu	19	19,4
Yüksek okul mezunu	52	53,1
Medeni Durum		
Evli	68	69,4
Bekar	27	27,6
Dul	3	3,1
Meslek / İş		
Memur	43	43,9
İşçi	9	9,2
Emekli	15	15,3
Diğer (işsiz, ev hanımı, çiftçi, öğrenci)	31	31,6
Sosyal Güvence		
Emekli Sandığı	71	72,4
SSK	14	14,3
Bağ-Kur	3	3,1
Diğer (yok, yeşil kart)	10	10,2
Gelir Durumu		
Kötü	18	18,4
Orta	60	61,2
İyi	17	17,3
Çok iyi	-	-
Toplam	98	100,0

n: olgu sayısı

Tablo 3 : İnsülin Kullanan ve İnsülin Kullanmayan Tip 2 DM Hastaların Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İnsülin Kullanan Has. (n:22)	İnsülin Kullanmayan Has. (n:34)	P
SOSYOTROPI	77,27±22,3	76,88±13,1	>0,05
OTONOMİ	82,95±16,9	76,17±17,0	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	22,22±9,0	21,50±6,0	>0,05
Ayrılık Kaygısı	37,09±8,8	35,55±6,8	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	19,09±9,9	19,97±8,1	>0,05
Kişisel Başarı	34,45±7,1	33,29±7,6	>0,05
Özgürlük	35,40±9,6	30,52±8,2	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	14,59±4,9	14,38±8,1	>0,05

Oneway-Anova- Tukey HSD

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalar ile İnsülin kullanmayan Tip 2 DM hastalar arasında sosyotropi puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalar, insülin kullanmayan Tip 2 DM hastaları ile otonomi puanları açısından karşılaştırıldığında; insülin kullanan hastaların ortalama puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak uygulanan istatistiksel analiz sonucuna göre anlamlı bir fark görülemediği ($p>0,05$).

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalar ile İnsülin kullanmayan Tip 2 DM hastalar arasında Sosyotropi faktörlerinin (Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme) puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalar ile İnsülin kullanmayan Tip 2 DM hastalar arasında Otonomi faktörlerinin (Kişisel Başarı, Özgürlük, Yalnızlıktan Hoşlanma) puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4 : İnsülin Kullanan Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İnsülin Kullanan Has. (n:22)	Nondiabetik Kişiler (n:42)	P
SOSYOTROPI	77,27±22,3	63,26±15,4	<0,05
OTONOMİ	82,95±16,9	74,61±12,9	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	22,22±9,0	17,42±7,0	<0,05
Ayrılık Kaygısı	37,09±8,8	31,59±8,0	<0,05
Başkalarını Memnun Etme	19,09±9,9	14,33±3,9	<0,05
Kişisel Başarı	34,45±7,1	32,50±6,2	>0,05
Özgürlük	35,40±9,6	28,76±6,4	<0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	14,59±4,9	13,26±4,2	>0,05

Oneway-Anova-Tukey HSD

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalar ile nondiabetik kişilerin sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; insülin kullanan hastaların sosyotropi ortalama puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalar ile nondiabetik kişilerin otonomi puanları karşılaştırıldığında ise; anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalarının (Sosyotropi faktörlerinin; Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme puanları nondiabetik kişilerden daha yüksek bulunmuştur.) ($p<0,05$)

İnsülin kullanan Tip 2 DM hastalar ile nondiabetik kişiler Otonomi faktörlerinden Kişisel Başarı ve Yalnızlıktan Hoşlanma yönünden karşılaştırıldığında ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, İnsülin kullanan hastaların “Özgürlük” puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 5 : İnsülin Kullanmayan Tip 2 DM Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İnsülin Kullanmayan Has. (n:34)	Nondiabetik Kişiler (n:42)	P
SOSYOTROPI	76,88±13,1	63,26±15,4	<0,05
OTONOMİ	76,17±17,0	74,61±12,9	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	21,50±6,0	17,42±7,0	<0,05
Ayrılık Kaygısı	35,55±6,8	31,59±8,0	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	19,97±8,1	14,33±3,9	<0,05
Kişisel Başarı	33,29±7,6	32,50±6,2	>0,05
Özgürlük	30,52±8,2	28,76±6,4	<0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	14,38±8,1	13,26±4,2	>0,05

Oneway-Anova-Tukey HSD

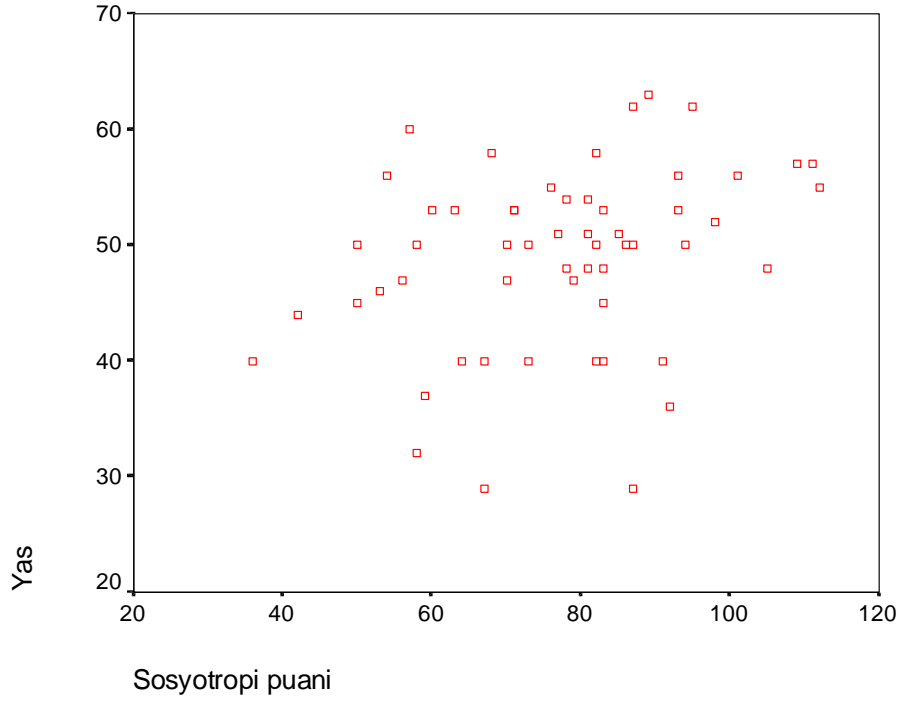
İnsülin kullanmayan Tip 2 DM hastalar ile nondiabetik kişilerin Sosyotropi puanları karşılaştırıldığında; insülin kullanmayan hastaların Sosyotropi puanları (76,88) yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

İnsülin kullanmayan Tip 2 DM hastalar ile nondiabetik kişilerin ortalama Otonomi puanları karşılaştırıldığında; anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

İnsülin kullanmayan Tip 2 DM hastalar ile nondiabetik kişiler arasında Sosyotropi faktörlerinden “Ayrılık Kaygısı” puanları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, İnsülin kullanmayan hastaların “Onaylanmama Kaygısı ve Başkalarını Memnun Etme” puanları yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

İnsülin kullanmayan Tip 2 DM hastalar ile nondiabetik kişiler arasında Otonomi faktörlerinin (Kişisel Başarı, Özgürlük, Yalnızlıktan Hoşlanma) puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Grafik 1 : Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile İlişkisi



Diabetli hastalarda yapılan korelasyon analizinin de ise; yaş ile Sosyotropi puanı arasında korelasyon bulunmuştur. Yaş arttıkça Sosyotropi puanı da artmaktadır ($r:0,300$; $p:0,025$). Yaş ile Otonomi puanı arasında korelasyon yoktur ($r:0,148$; $p:0,277$).

Nondiabetik kişiler değerlendirmeye alındığında yaş ile sosyotropi – otonomi puanları ve alt gruplarının korelasyon analizi ile incelemesinden aralarında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 6 : Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Cinsiyet Grupları ile İlişkisi

	Kadın (n:32)	Erkek (n:24)	P
SOSYOTROPI	75,65±17,3	78,87±17,1	>0,05
OTONOMİ	78,40±16,7	79,41±18,1	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	21,62±7,1	22,00±7,6	>0,05
Ayrılık Kaygısı	35,62±7,8	36,87±7,5	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	18,68±8,3	20,87±9,5	>0,05
Kişisel Başarı	34,00±6,7	34,33±8,1	>0,05
Özgürlük	32,21±7,5	32,75±11,0	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	14,56±8,2	14,33±5,2	>0,05

T-Test

İnsülin kullanan ve insülin kullanmayan diabetli hastalarda Sosyotropi ve Sosyotropi Faktörlerinin (Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme) puanları arasında cinsiyet yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

İnsülin kullanan ve insülin kullanmayan diabetli hastalarda Otonomi ve Otonomi Faktörlerinin (Kişisel Başarı, Özgürlük, Yalnızlıktan Hoşlanma) puanları arasında cinsiyet yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7 : Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleri ile İlişkisi

	Okur-Yazar Değil (n:4)	İlkokul Mezunu (n:23)	Ortaokul-Lise Mezunu (n:15)	Yüksekokul Mezunu (n:14)	P
SOSYOTROPI	67,75±22,7	78,34±16,0	81,46±15,6	72,78± 18,9	>0,05
OTONOMİ	76,75±13,8	75,56±16,5	80,40±19,2	83,14±17,2	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	19,25±8,8	22,65±6,6	23,66±6,9	19,07±8,0	>0,05
Ayrılık Kaygısı	32,75±7,4	35,82±6,7	38,73±6,8	34,92±9,7	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	23,25±21,4	18,95±4,8	18,20±4,8	21,21±12,1	>0,05
Kişisel Başarı	31,75±3,7	33,08±7,0	34,13±9,5	36,57±6,4	>0,05
Özgürlük	33,75±3,2	30,43±7,7	34,20±11,8	33,50±8,9	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	12,25±12,3	14,00±14,0	14,60±14,6	15,71±15,7	>0,05

Oneway-Anova, Tukey HSD

İnsülin kullanan ve insülin kullanmayan diabetik hastalarda Sosyotropi ortalama puanının okur-yazar olmayan hastalarda daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak istatistiksel analizlerde bu fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). Diabetli hastalarda Otonomi puanları arasında eğitim durumları yönünden anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Diabetli hastalarda Sosyotropi (Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme) faktör puanları arasında eğitim durumları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca Otonomi Faktörlerinin (Kişisel Başarı, Özgürlük, Yalnızlıktan Hoşlanma) puanları arasında eğitim durumları yönünden anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 8 : Diabetik Hastalarda Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının İş ile İlişkisi

	Memur (n:14)	İşçi (n:4)	Emekli (n:15)	Diğer (n:4)	P
SOSYOTROPİ	75,42±16,7	64,25±18,0	86,13±15,1	74,30±16,8	>0,05
OTONOMİ	80,64±15,3	77,00±12,1	85,46±20,0	73,73±16,2	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	21,00±7,5	16,25±10,6	25,66±5,9	20,69±6,6	>0,05
Ayrılık Kaygısı	36,00±7,6	32,50±5,2	38,46±8,9	35,39±7,1	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	20,57±12,2	15,50±4,7	20,86±3,5	18,95±9,4	>0,05
Kişisel Başarı	34,92±7,0	30,50±5,3	36,66±8,4	32,65±7,1	>0,05
Özgürlük	32,92±12,1	31,25±7,5	35,33±8,1	29,86±7,3	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	14,21±5,2	16,25±3,8	16,00±4,9	13,30±9,3	>0,05

Oneway-Anova-Tukey HSD

Emekli olan diabetli hastalarda Sosyotropi – Otonomi, Sosyotropinin faktörleri ve Otonominin faktörlerinin puanları diğer meslek gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizlerde bu fark anlamlı çıkmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9 : Diabetik Hastalarda Sosyotropi-Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence ile İlişkisi

	Emekli Sandığı (n:44)	S.S.K. (n:9)	Bağ-Kur (n:3)	P
SOSYOTROPİ	79,34±15,8	69,11±22,6	67,00±9,5	>0,05
OTONOMİ	80,87±17,6	71,88±15,2	78,83±11,5	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	22,77±6,6	18,55±9,9	17,00±4,6	>0,05
Ayrılık Kaygısı	36,36±7,4	35,00±9,4	36,66±8,1	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	20,79±9,2	16,00±5,7	13,33±2,3	>0,05
Kişisel Başarı	34,90±7,8	31,11±5,3	32,00±6,0	>0,05
Özgürlük	33,06±9,4	28,88±8,0	34,00±4,6	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	15,22±7,2	12,66±6,3	8,66±2,1	>0,05

Oneway-Anova-Tukey HSD

Diabetli hastalarda Emekli Sandığı'na bağlı olanların Sosyotropi ve Otonomi puanları yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel analizlerde anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diabetli hastalarda Sosyotropi ve Otonomi Faktörlerinin puanları arasında sosyal güvence yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10 : Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Cinsiyet Grupları ile İlişkisi

	Kadın (n:30)	Erkek (n:12)	P
SOSYOTROPİ	65,23±13,8	58,33±18,6	>0,05
OTONOMİ	75,23±13,4	73,08±11,9	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	17,33±6,9	17,66±7,4	>0,05
Ayrılık Kaygısı	33,43±6,8	27,00±9,3	<0,05
Başkalarını Memnun Etme	14,53±3,9	13,83±4,1	>0,05
Kişisel Başarı	32,73±6,8	31,91±4,6	>0,05
Özgürlük	29,40±6,1	27,16±7,1	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	13,00±4,3	13,91±5,2	>0,05

T-Test

Nondiabetik kişilerde Sosyotropi ve Otonomi puanları arasında cinsiyet bakımından bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Nondiabetik kişilerde Sosyotropinin faktörlerinden olan “Onaylanmama Kaygısı” ve “Başkalarını Memnun Etme” puanları arasında da cinsiyet bakımından bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$). Ancak “Ayrılık Kaygısı” ortalama puanının kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Nondiabetik kişilerde Otonomi Faktörlerinin (Kişisel Başarı, Özgürlük, Yalnızlıktan Hoşlanma) ortalama puanları arasında cinsiyet yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11 : Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyleri ile İlişkisi

	Ortaokul-Lise Mezunu (n:4)	Yüksekokul Mezunu (n:38)	P
SOSYOTROPI	72,25±19,7	62,31± 14,9	>0,05
OTONOMİ	82,25±13,4	73,81±12,7	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	23,75±9,0	16,76±6,5	>0,05
Ayrılık Kaygısı	35,75±8,0	31,15±8,0	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	13,75±5,4	14,39±3,8	>0,05
Kişisel Başarı	37,25±2,4	32,00±6,2	<0,05
Özgürlük	33,75±7,2	28,23±6,2	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	11,25±5,6	13,47±4,5	>0,05

T-Test

Nondiabetik kişilerde Sosyotropi ve Otonomi puanları arasında eğitim durumları bakımından bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Nondiabetik kişilerde Sosyotropi Faktörlerinin (Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme) puanları arasında eğitim durumları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Nondiabetik kişilerde Otonominin faktörlerinden olan “Özgürlük” ve “Yalnızlıktan Hoşlanma” puanları arasında eğitim durumları yönünden bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak “Kişisel Başarı” puanları ortaokul-lise mezunlarında ($37,25±2,4$) yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 12 : Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının İş Grupları ile İlişkisi

	İş Grupları			P
	Memur (n:29)	İşçi (n:5)	Diğer (n:8)	
SOSYOTROPİ	63,00±15,8	67,40±17,5	61,62±13,9	>0,05
OTONOMİ	74,41±13,0	80,80±13,6	71,50±12,2	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	17,03±7,6	20,80±6,5	16,75±4,5	>0,05
Ayrılık Kaygısı	31,79±8,1	31,80±10,5	30,75±7,2	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	14,03±4,0	15,40±2,6	14,75±4,7	>0,05
Kişisel Başarı	31,89±6,7	36,00±3,4	32,50±5,2	>0,05
Özgürlük	28,79±6,2	30,80±5,9	27,37±8,0	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	13,65±4,0	14,00±6,7	11,37±5,2	>0,05

Oneway-Anova-Tukey HSD

Nondiabetik kişilerde; işçi olanların Sosyotropi ve Otonomi Puanları yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel analizlerde anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Nondiabetik kişilerde Sosyotropi Faktörleri (Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme) ve Otonomi Faktörleri (Kişisel Başarı, Özgürlük, Yalnızlıktan Hoşlanma) ortalama puanları arasında iş grupları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13 : Nondiabetik Kişilerde Sosyotropi-Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence ile İlişkisi

	Emekli Sandığı (n:27)	S.S.K. (n:5)	Diğer (n:10)	P
SOSYOTROPİ	62,70±13,8	67,40±17,6	62,70±19,6	>0,05
OTONOMİ	73,70±13,2	80,80±13,6	74,00±12,0	>0,05
Onaylanmama Kaygısı	16,40±6,9	20,80±6,5	18,50±7,3	>0,05
Ayrılık Kaygısı	32,00±6,9	31,80±10,5	30,40±10,2	>0,05
Başkalarını Memnun Etme	14,14±3,9	15,40±2,6	14,30±4,7	>0,05
Kişisel Başarı	31,70±6,8	36,00±4,0	32,90±5,1	>0,05
Özgürlük	28,37±6,2	30,80±5,9	28,80±7,7	>0,05
Yalnızlıktan Hoşlanma	13,55±4,0	14,00±6,7	12,10±5,2	>0,05

Oneway-Anova-Tukey HSD

Nondiabetik kişilerde; S.S.K.'ya bağlı olan kişilerin Sosyotropi – Otonomi puanları diğerlerinden yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel analizlerde anlamlı bulunamamıştır ($P>0,005$).

Nondiabetik kişilerde Sosyotropi Faktörleri (Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme) ve Otonomi Faktörleri (Kişisel Başarı, Özgürlük, Yalnızlıktan Hoşlanma) ortalama puanları arasında sosyal güvence yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0,05$).

Tablo 14 : Diabet Süresine göre Sosyotropi-Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının ve HbA₁C Düzeylerinin Karşılaştırılması

	< 5 yıl (n:28)	5-10 yıl (n:13)	> 10 yıl (n:15)	P
SOSYOTROPİ	71,93±14,3	78,92±17,8	84,93±19,0	>0,05
OTONOMİ	73,29±16,18	83,69±0,8	85,00±16,6	<0,05
Onaylanmama Kaygısı	18,75±6,5	23,23±6,0	26,20±7,4	0,007 (r:0,356)
Ayrılık Kaygısı	35,04±6,9	36,30±8,1	38,13±4,4	0,287 (r:0,145)
Başkalarını Memnun Etme	19,32±8,8	17,92±6,2	21,67±10,6	0,751 (r:0,043)
Kişisel Başarı	32,50±7,5	35,69±7,3	35,87±7,4	0,318 (r:0,136)
Özgürlük	29,10±7,9	33,84±8,0	37,46±9,7	0,004 (r:0,383)
Yalnızlıktan Hoşlanma	14,18±8,8	14,61±4,6	14,87±4,9	0,943 (r:0,010)
HbA₁C	5,80±2,2	6,21±3,0	8,23±3,0	0,006 (r:0,362)

Korelasyon

Diabetin süresi ile sosyotropi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak diabetin süresi arttıkça otonomi puanının da arttığı bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Diabetin süresi ile sosyotropinin faktörlerinden “Ayrılık Kaygısı” ve “Başkalarını Memnun Etme” puanları arasında korelasyon olmadığı, fakat diabetin süresi ile “Onaylanmama Kaygısı” puanı arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($r:0,356$, $p: 0,007$).

Diabetin süresi ile Otonominin faktörlerinden “Kişisel Başarı” ve “Yalnızlıktan Hoşlanma” puanları arasında korelasyon olmadığı, ancak diabetin süresi ile “Özgürlük” puanı arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($r:0,383$, $p: 0,004$).

Diabet süresinin ise HbA₁C düzeyini etkilediği, süre arttıkça HbA₁C düzeyinin de arttığı gözlenmiştir ($r:0,362$, $p:0,006$).

Tablo 15 : Diabetli Hastalarda Gelir Düzeyi ile Sosyotropi-Otonomi Puanları, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin Puan Ortalamalarının ve HbA₁C Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Kötü (n:7)	Orta (n:33)	İyi (n:16)	P
SOSYOTROPİ	80,00±23,2	77,93±15,3	78,00±18,8	0,527 (r:-0,099)
OTONOMİ	79,14±24,1	21,72±6,8	81,68±15,5	0,841 (r:-0,032)
Onaylanmama Kaygısı	23,28±8,2	21,72±6,8	21,25±8,2	0,320 (r:-0,155)
Ayrılık Kaygısı	37,57±10,3	34,81±6,7	38,31±7,9	0,945 (r:-0,011)
Başkalarını Memnun Etme	18,42±6,0	20,51±10,4	18,31±5,8	0,858 (r:0,028)
Kişisel Başarı	33,85±7,7	33,84±7,6	34,87±7,4	0,727 (r:-0,055)
Özgürlük	32,71±10,3	31,54±9,9	34,18±6,6	0,418 (r:0,127)
Yalnızlıktan Hoşlanma	13,00±6,9	14,45±8,1	15,12±4,4	0,699 (r:0,061)
HbA₁C	6,67±1,6	6,88±3,1	5,81±2,4	0,874 (r:0,025)

Korelasyon

Gelir düzeyinin sosyotropi – otonomi ve faktörlerinin ortalama puanları ile HbA₁C düzeyini etkilemediği tespit edilmiştir (r:0,025 , p:0,874).

Tablo 16 : İnsülin Kullanan ve İnsülin Kullanmayan Diabetli Hastalarda Tedaviye Uyum Kriterlerinin Karşılaştırılması

	İnsülin Kullanan Has. (n:22)	İnsülin Kullanmayan Has. (n:34)	P
Yıllık Vizit Sayısı	8,27±4,7	5,64±4,0	<0,05
A.K.Ş mg/dl	169,86±53,2	148,55±51,8	>0,05
HbA₁C %	7,93±3,0	5,65±2,2	<0,05
Evde Şeker Bakanlar	% 63,63	% 36,36	<0,05
Hipoglisemik Atak Öyküsü	% 86,36	% 0	<0,05
Hiperglisemik Atak Öyküsü	% 27,27	% 2,94	<0,05

T-Test , Ki-Kare

Diabetli hastaların tedaviye uyum kriterleri karşılaştırıldığında; insülin kullanan hastaların yıllık ziyaret sayısının, insülin kullanmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

İnsülin kullanan diabetik hastalarda bakılan ortalama açlık kan şekeri düzeyi insülin kullanmayanlara göre daha fazla bulunmakla birlikte, sonuç istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır ($p>0,05$).

İnsülin kullanan hastaların HbA₁C değerleri (%7,93±3,0), insülin kullanmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

İnsülin kullanan hastaların, kullanmayanlara göre daha fazla oranda evde şeker düzeylerini takip ettikleri, daha fazla hipoglisemik ve hiperglisemik atakla karşılaştıkları saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 17 : Diabetli Hastalarda Beden Kitle İndeksi Oranlarının Karşılaştırılması

	İnsülin Kullanan Has. (n:22)	İnsülin Kullanmayan Has. (n:34)	P
B.K.İ.	28,88±7,0	29,47±4,1	>0,05

Oneway-Anova

İnsülin kullanan hastalar ile insülin kullanmayan hastalar arasında B.K.İ. yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır (P>0,05).

Tablo 18 : İnsülin Kullanan Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Beden Kitle İndeksi Oranlarının Karşılaştırılması.

	İnsülin Kullanan Has. (n:22)	Nondiabetik Kişiler (n:42)	P
B.K.İ.	28,88±7,0	21,39±1,9	<0,05

Oneway-Anova

İnsülin kullanan hastaların B.K.İ. (28,88±7,0); nondiabetik kişilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 19 : İnsülin Kullanmayan Hastalar ile Nondiabetik Kişilerin Beden Kitle İndeksi Oranlarının Karşılaştırılması

	İnsülin Kullanmayan Has. (n:34)	Nondiabetik Kişiler (n:42)	P
B.K.İ.	29,47±4,1	21,39±1,9	<0,05

Oneway-Anova

İnsülin kullanmayan hastaların B.K.İ. (29,47±4,1); nondiabetik kişilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

5. TARTIŞMA

DM, fiziksel bir hastalık olmasının yanısıra, komplikasyonları ve tedavinin yarattığı sınırlamalar ile hastanın duygu durumunu önemli derecede etkileyen bir hastalıktır. Tüm yaşamı boyunca otonomisine çok önem vermiş bir kişi yeterliliğini ve bağımsızlığını kaybedeceği endişesi içine düşebilir ya da beden işlevleri üzerinde denetimini yitireceği, vücut organlarının zedeleneceği, artık sevilmeyen, işe yaramayan biri olacağı endişesi gibi her bireyin kendi gelişim süreci ve koşulları içerisinde oluşmuş özgün kişilik özellikleri ile ilgili tepkiler ortaya çıkabilir. Stabler ve ark. korkuyu, endişeyi ve kaygıyı yoğun yaşayan çocukların strese hiperglisemik yanıt verdiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışma kişilik özelliklerinin hastalığın gelişimine katkısını doğrular görünmektedir. Genel olarak diabete özgü bir kişilik yapısı saptanmamakla birlikte kişilik yapısı en azından hastalığa yatkınlık oluşturma yönünden önemli gözükmektedir (62). DM hastalarının tedavileri gereği devamlı enjeksiyona maruz kalma, sık sık değişen kan şeker düzeylerine uyum sağlayamama, hastalık ve tedavi yöntemi nedeni ile yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerle; başta anksiyete ve depresif belirtiler olmak üzere psikiyatrik yakınma ve bozuklukları komorbid olarak yaşama riskini artırdığı ileri sürülmüştür (50,62).

Klinik popülasyonda, sosyotropik ve otonomik kişilerin depresyon açısından en ağır durumda oldukları dönemlerinin kişilerarası ilişkilerle bağlantılı olduğu (sosyotropik yaşam olayları) gösterilmiştir. Ancak, bu bağlantının otonomik denekler için de geçerli olması, yaşam olayı türü ve kişilik yapısının eşleşmesi varsayımına ters düşmektedir. Sosyotropik kişilik özellikleri gösteren hastalar için sosyotropik olayların, otonomik özellikler gösteren hastalar için ise kişilik özellikleri ile eşleşmeyen yaşam olaylarının da depresyon için tetikleyici olabileceğine dair bir araştırma bulgusu da Segal ve ekibi tarafından bildirilmiştir (7).

Çalışmamızda, insülin kullanan ve insülin kullanmayan hastalarda sosyotropi puanı nondiabetik kişilerle kıyaslandığında yüksek bulunmuştur. Bununla bağlantılı sosyotropinin faktörleri olan “Onaylanmama Kaygısı, Ayrılık Kaygısı, Başkalarını Memnun Etme” puanları yine sağlıklı popülasyondan daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda hastaların insülin kullanıp, kullanmamasından çok diabetli olmaları nondiabetik popülasyondan sosyotropik olarak daha yüksek puanda olduklarını göstermektedir. Yüksek sosyotropik özellik gösteren diabetik hastaların, yüksek stres derecesine sahip sosyotropik olaylar yaşamış olmaları düşünülebilir. Böyle bir farklılık bulunmasını Afyon’da ki sosyal baskının fazla olmasından kaynaklandığını düşünebiliriz. Çünkü burada yaşayan kişiler için bireysel duygu ve düşüncelerden çok, çevredeki insanların duygu ve düşüncesi daha çok önem taşımaktadır. Diabetli hastanın yakınlarının, o kişi için neler düşündüğü ve hastalandıktan sonra kişiye bakış açısı, bireyin hastalık karşısında davranış ve tedaviye tutumlarını etkilemektedir. Örneğin; Afyon’lu bayanlar arasında ev günleri çok yaygındır, buraya giden bayanlar çok fazla hamur işi ve tatlı gibi diabetli hastanın tamamen diyetini bozacak gıdalar tüketmektedirler. Diabetli bir bayan böyle güne gittiğinde çevresindeki arkadaşlarının “sen de ye!, akşam yemeğini yemezsin olur biter!” baskısı yüzünden, sosyal çevreye uyum sağlamak adına, diabetini ikinci plana atabiliyor. Hastalarımızın ifade ettiğine göre; “Afyon’da ki ev ziyaretlerinde, ikram edilenleri yiyip – bitirmek ev sahibine verilen değeri ve saygıyı göstermek” anlamına geliyor. Burada ki etnik kökende de sosyal çevre çok önem taşıyor, kişi kendi sağlığını tehdit altında bırakabiliyor. Diabetik hastalarımızın çoğundan bu şekilde açıklamalar hep duyuyoruz. Bizler ne kadar bu konuda açıklama yapsak da, eğitim versek de diabetli hastanın çevresiyle mücadele etmek yerine, vücudunda diabetle savaşmayı tercih ettiğini gözlemliyoruz. Yani bu durumda kişi için beden sağlığı ve kendi iradeleri yerine, sosyal çevreye uyumun daha çok önem taşıdığını görüyoruz. Bu tarz örnekleri artırmamız mümkün. Örneğin, Ramazan ayında hastalarımıza defalarca oruç tutmalarının sağlıkları için doğru olmadığını açıklamamıza rağmen diabetik hastalarımızın yine de oruç tuttıklarını görüyoruz. Bunun açıklamasında ise “hemşire hanım, kaç yaşına geldik oruç tutmazsak ayıp olur, elalem ne der! zaten oruçta da iki ana öğün yiyoruz, insülinimizi de ona göre ayarlıyoruz” ifadesini bir çok hastamızdan duyuyoruz. Hastalar yaptıkları davranışın hatalı olduğunu bilseler dahi, sosyal çevrenin yaratacağı kaygı nedeniyle otonomilerini kullanmak yerine mantığa bürümeyi tercih ediyorlar. Afyon’da yaşayan diabetik hastalarda sosyal baskının çok olduğunu görebiliyoruz. Bu durum karşısında diabetik birey, çevresiyle uyum sağlayabilmek için diabetiyle daha yoğun bir şekilde mücadele etmek zorunda kalıyor. Çevresine uymak için, diyetinden ve yaşam düzeninden fedakarlık yapıyor. Diyetini bozduğu için kan şekeri düzene girmiyor, kan şekeri düzelmediğinde kişi strese giriyor, stresle birlikte homeostasisi tekrar bozulup kan şekeri düzeyi değişiyor ve kısır bir döngüye giriyor.

Çalışmamızda, diabetik hastaların yaşları arttıkça sosyotropi puanları da yüksek çıkmıştır. Yaşın artmasıyla sağlık sorunlarında da artış olur. Ancak diabetik olanlarda, yaşın getirdiği sağlık sorunlarına diabet de eklenmektedir. Bireyler yaşları ilerledikçe aileleriyle ve sosyal çevreleriyle daha yakın ilişkiler kurma ihtiyacı hissederler. Dolayısıyla yaşamlarında sosyal çevreleri ve arkadaş çevreleri daha önemli bir yer tutar. Hastalarımızda sosyotropi puanlarının yüksek olması, yaşlanmanın yaratacağı psikolojiden diyabetin de etkilenmesi olabileceği ihtimalini artırmaktadır.

Çalışmamızda, Kabakçı’nın çalışmasıyla uyumlu olarak diabetik hastalarda sosyotropik ve otonomik kişilik özelliği ile cinsiyet değişkenlerinin temel etkileri anlamlı çıkmamıştır (7). Literatürlerde yaşam olaylarına maruz kalmanın cinsiyet farkları açısından değerlendirildiği DM hastalarıyla yapılan çalışmalarda, erkeklerin kadınlara göre; daha çok sıklıkla negatif yaşam olaylarını bildirdikleri ileri sürülmüştür (63). Bizim çalışmamızda anlamlı bir sonuç çıkmamasını, hasta gruplarının demografik değişkenler yönünden homojen olmamasına bağlayabiliriz. Çalışmamızda ki nondiabetik kişilerde ise; kadınlarda sosyotropinin faktörlerinden olan “Ayrılık Kaygısı” puanı yüksek çıkmıştır. “Kaygı” negatif duygu ve düşüncelerden oluşan emosyonel bir tepkidir. Kaygı da bir stres kaynağıdır. Kadınlara, erkeklere göre daha çok stresli olduğunu düşünebiliriz. Kabakçı’nın çalışmasında da, yüksek sosyotropik özellik gösteren kızların erkeklere oranla daha yüksek stres derecesine sahip oldukları tespit edilmiştir (7). “Ayrılık Kaygısı” da sosyotropinin faktörlerinden biridir. Diabetik hastalar için “Ayrılık Kaygısı” ise; hastalık nedeniyle hastaneye yatmak, dolayısıyla sevilen kişi ve ortamlardan uzaklaşmak anlamına gelmektedir (51). Bizim çalışmamızda diabetik hastalarda bu puanın yüksek çıkmamasını şu şekilde açıklayabiliriz; hastalığa ilişkin emosyonel ve davranışsal tepkilerde, bireysel değişkenler ve kişilik yapısına göre farklılıklar vardır. Örneğin, hastaneye yatış bazı kişiler için kayıp değil, bakım ve tedavi gereksinimlerinin doyurulmasına yönelik bir ortam gibi de düşünülmüyor olabilir.

Çalışmamızda, eğitim durumu düşük olan diabetik hastalarda sosyotropi / otonomi puanları düşük bulunmuştur. Nondiabetik kişilerde ise; otonominin faktörlerinden olan “Kişisel Başarı Puanı” eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek çıkmıştır. Kişisel başarı; içimizdeki güçlerdir. Örneğin, en basit olarak acıktığımızda harekete geçeriz. Kendi kendimize “Kişisel ihtiyaçlarım yüzünden neler yapıyorum?” sorusuna vereceğimiz cevap kişisel başarıyı oluşturur. Başarılı ve daha çok üretmek için, bize neyin engel olduğunu bulmaya çalışırız. Eğitim, teknik, teknoloji ya da kaynak eksikliği mi?. Başarılı kişiler, başaracaklarına inanırlardır; yani özgüveni ve otonomi sahibi olanlardır. Eğitim durumu kişinin sosyo-ekonomik durumunu belirlemeye tek başına yetmemektedir. Eğitim durumu sosyo-ekonomik durumla birlikte kişilerin sağlıkla ilgili bilgilerine, tutumlarına ve davranışlarına da yansır. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda sağlığı geliştiren davranışların oluşumu daha yüksektir. Bireysel düzeydeki, sağlık durumu değerlendirmeleri, bireyin objektif fiziksel ölçümlere (tansiyon ölçümü gibi) bağlı olanların dışında kalanlar için bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili subjektif değerlendirmelerine dayanır. Sosyo-demografik değişkenler ve sağlık göstergeleri, sağlığın algılanışı ile yakından ilişkilidir. Bireyin algılanan sağlığını etkileyen, engelleyen özellikler arasında fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevre özellikler, tutumsal özellikler, bireyin sağlık durumu sayılabilir (55). Yani eğitim durumunun düşük olması, kişilik özelliklerini belirleyen diğer yaşam faktörlerinin de (ekonomik durum, yaşadığı ortam gibi) düşük olabileceği anlamına gelmemektedir.

Çalışmamızda, iş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında emekli olan hastaların sosyotropi/otonomi puanları yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Emeklilik, emosyonel olarak sağlıklı, mutlu ve tatmin edici bir dönem olarak ortaya çıkabileceği gibi biyolojik değişiklikler, hastalıklar ve

kayıpların etkisi ile problemleri bir dönem olarak da karşımıza çıkabilir ve bireyin uyum becerilerini zorlayabilir. Emeklilik sürecinde psikososyal stresörlerin rolü çok tartışılmış bir konudur. Sevilen bireylerin, ekonomik bağımsızlığın ve kişisel otonominin kaybının her biri stres kaynağıdır ve bireyler bu konuda risk altındadır. Fiziksel sağlık ile depresyon arasındaki ilişki belirgindir. Bu grupta genetik faktörlerden çok psikososyal-biyolojik faktörler önemlidir. Olumsuz olaylar, önemli objelerin kaybı kişiliği ve depresyonu provoke edebilir (64).

Hastalarda diyabetin süresi arttıkça otonomi puanlarının da arttığı bulunmuştur. Uzun süredir diyabetik olan hastaların özzerk kişilik özelliği duygusunu taşıdıkları sonucuna ulaşabiliriz. Diyabetik hastaların otonominin faktörlerinden olan “özgürlük” puanları da yüksek çıkmıştır. Diyabetik kişiler hastalığını özzerklik, otonomi ve yeterliliklerinin tehdit edilmesi olarak algırlar. Başkalarına muhtaç olmaktan korkarlar. Dolayısıyla bu hastalar diyet yapmak ve enjeksiyon yapmak gibi bazı değişiklikleri bağımlı olmak olarak algırlar. Bu da insülin kullanımının sosyotropik - otonomik kişilik özellikleri dışında birey üzerinde yıllar geçtikçe artan ve diyabet regülasyonunu etkileyen ek stres faktörlerine neden olduğunu aklı getirmektedir.

Çalışmamızda; gelir düzeyi ile sosyotropi ve otonomi puanları arasında fark bulunmamıştır. İstatistiksel olarak tüm boyutlarda anlamlılık çıkmamasının nedeni olarak gruplar arası örneklem sayısının eşit olmamasına bağlayabiliriz. Afyon’da sosyal çevredeki gelenek ve göreneklerin gelir düzeyinden etkilenmediğini görebiliyoruz. Her gelir düzeyindeki insanların toplumsal kaygıyı aynı şekilde yaşadığını, davranış ve tutumlarını da ona göre ayarladığını gözlemliyoruz.

Çalışmamızda; insülin kullanan hastaların yıllık viziit sayısı ve evde kan şekeri takip oranının (%63,63) insülin kullanan hastalardan daha fazla olmakla birlikte, insülin kullananların evde daha fazla hipoglisemik (%86,86) ve hiperglisemik (%27,27) atak tanımladığı ve daha yüksek A.K.Ş. (169,86±53,2) düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca, insülin kullanan hastalarda bir tedaviye uyum kriteri olan HbA_{1c} insülin kullanan hastalara göre yüksek bulunmuştur. İnsülin kullanan hastalarımızın kendilerinin de belirttiği üzere insülinlerini ve öğünlerini zamanında almamaları HbA_{1c} düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. İnsülin kullanan hastalarda diyabet regülasyonunun daha kötü olmasının bir diğer nedeni stres faktörüdür. Yoğun stres yaşayan bir diyabet hastası, diyetiyle baş etme konusunda zaman içerisinde kaygı, korku, endişe, isteksizlik ve sıkıntı gibi çeşitli olumsuz duygular yaşayabilir. Kaygı ve korku yoğun olduğunda, hormonal etkiler sonucu adrenalin salgılanmasında artış olur. Bunun yanında kişide; isteksizlik, bitkinlik ve umutsuzluk geliştiğinde depresyon ortaya çıkar ve bu da olumsuz duygu ve düşüncelerin giderek yerleşmesine, buna bağlı olarak da hastanın ilaç, diyet ve tedavisini aksatmaya başlamasına neden olur. Olumsuz düşünceler, fiziksel ve psikolojik stresi artırır. Stres ise bir yandan kan şekeri düzeyinde olumsuz değişikliklere neden olurken, öte yandan da olumsuz düşünce ve duyguları tetikler ve bu şekilde kısır döngü yaşanmaya başlar (56). Hanson ve ark. tedaviye uyum faktörü kontrol edildiğinde stresin metabolik kontrole doğrudan etkili olduğunu saptamışlardır. Gill ve ark., kan şekeri kontrol edilememesinin psikolojik sorunlara bağlı olduğu sonucuna varmışlardır. Bir hastanın yapay olarak hipoglisemi oluşturduğunu, tüm hastaların yarısının bir şekilde tedavilerini uygulamadıklarını saptamışlardır. Stres yaratan etkenlerin kan şekeri düzeyini yükselttiğini çoğu hasta çok net biçimde dile getirir. Kendi kendine insülin yapmak da bir stresördür. Yaşam olayları ve çevresel etkenler diyabetin hem tetiklenmesine hem de prognoza etkili gözükmektedir. Ancak yaşam olaylarının diyabete katkısı incelenirken stresin niteliği kadar o kişi için önemi ve anlamının da önemli olduğunu unutmamak gerekir. Kontrol altına alınmayan diyabetin bireysel psikoterapi uygulanan hastalarda daha iyi kontrol edildiğine dair bildirimler mevcuttur (62). Diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile üzüntü, endişe, hayal kırıklığı, huzursuzluk, korku, sevinç, bastırılmış ve bastırılmamış öfke duyguları arasında ilişki araştırıldığında, sonuçta kan şekeri kontrol edilememesiyle en yakından ilişkili duygunun bastırılmış öfke (%75 hastada) olduğu belirlenmiştir (65). Bizim çalışmamızda da insülin kullanan hastalarda incelemediğimiz; öfke, üzüntü, endişe gibi duygular yüksek olup regülasyonu etkilemiş olabilir. Çalışmamızda; Gülseren’in çalışmasıyla da uyumlu olarak diyabetin süresi 10 yılın üzerinde olan hastaların HbA_{1c} düzeyleri kötü bulunmuştur (66).

Arrigo, çalışmasında bireyin kişilik özellikleriyle kan şekeri kontrol sonuçlarını karşılaştırmış ve arada bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Pozitif düşünceleri olan hastaların daha iyi kan şekeri kontrolü ve HbA_{1c} ölçümlerinin olduğu ortaya çıkmıştır. Negatif düşünceleri olan katılımcıların ise kan şekeri kontrolünün, HbA_{1c} ölçümlerinin düzensiz ve kişisel bakımlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (57). Lustman ve ark. psikiyatrik hastalığı olan diyabetiklerde kan şekeri kontrol edilemediğini, glikolize hemoglobin düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (62). Bu bulgular HbA_{1c} düzeyleri ile stresli yaşam olayı ve sonrasında gelişen psikiyatrik tepkiler ve depresyon arasında olası bir neden-sonuç ilişkisine işaret edebilir (63). Bizim çalışmamızda insülin kullanan ve kullanan hastalar arasında sosyotropik – otonomik kişilik özellikleri arasında bir fark izlenmemiştir. Bu nedenle, iki grup arasında HbA_{1c} düzeylerindeki farkın bu kişilik özellikleri dışındaki faktörlerden etkilendiği düşünülebilir. Bir çalışmada; diyabetli ergenlerin %66’sının enjeksiyonlarını, sosyal ortama uyum adına atlattığını; %55’inin ise diyabet hastası olduklarını arkadaşlarından sakladığını ortaya koymuştur. Enjeksiyon kullanımının; “herkesten farklı olmak”, “anormal olmak”, “yalnızlık hissetmek” gibi kaygılara yol açması ve madde bağımlısı olarak algılanma endişesi yaratmasıdır (56).

Çalışmamızda; İnsülin kullanan hastalar ile insülin kullanan hastalar arasında B.K.İ. yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak tüm diyabetli hastaların B.K.İ., sağlıklı kişilerden yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, diyabetik hastalarımızda sosyotropik – otonomik kişilik özelliklerinin nondiyabetik kontrol grubundan farklı olmasında obezitenin de katkısının olabileceğini aklı getirmektedir. Çünkü obezitenin kendisinin de depresyon, zedelenmiş ön saygı, düşünce ve hakkını savunma güçlükleri, kişiler arası ilişki kurma zorluklarına neden olduğu bilinmektedir (67).

XLIII

Çalışmamızda gruplar arasında yaş, gelir düzeyi, sosyal güvence, iş grubu, eğitim düzeyi gibi faktörler yönünden sosyotropik- otonomik kişilik özellikleri için anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat bu faktörler yönünden olgular gruplandırıldığında, gruplar arasında örneklem sayısı eşit olmadığından sonuçlar sağlıklı olmamıştır. Dolayısıyla bu sonuçlar üzerinden tartışmamızın doğru olmayacağı kanaatindeyiz. Ancak, bireyler tarafından algılanan sağlık gereksinimleri ekonomik statüsü, mesleği, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, yaşanılan bölge, cinsiyet ve yaşlara göre değiştiği düşünülmektedir. Bütün araştırmalarda ortaya çıkan sonuç düşük gelirli, düşük eğitilmiş ve düşük mesleki statülü olan bireylerin tüm bireysel sağlık göstergeleri bakımından daha kötü durumlarda oluşlarıdır. Sosyoekonomik konumları düşük olan bireylerin subjektif değerlendirmeyle ölçülen sağlıkları bazen daha iyi çıkabilmektedir. Bu ters ilişki, sağlığın algılanışı ve değerlendirilişindeki farklılıkla açıklanmaktadır. Yani geri kalmış ülkelerde düşük sosyoekonomik konumlu bireyler, objektif olarak sağlıkları bozuk olsa da bunu algılamayabilirler (55).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Diabetik hastalarda kullanılan tedavi yönteminin kişilik özellikleri ve tedaviye uyum üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu (%30,6'sı) 20-30 yaş arasındadır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu da (%63,3'ü) kadınlar ve (%69,4'ü) evli olanlar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%53,1'i) yüksek okul mezunu, (%23,5'i) ilkököl mezunu, (%19,4'ü) ortaokul-lise mezunu, (%4,1'i) okur-yazar değildir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu (%43,9'u) memur ve (%72,4'ü) Emekli Sandığı'na bağlı olanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%61,2'si) gelir durumu "orta" olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan 98 katılımcıdan; (%22,4'ü) insülin kullanıyor, (%34,7'si) insülin kullanmıyor, (%42,9'u) nondiabetik kişiler olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan diabetik hastaların Sosyotropi puanları nondiabetik kişilerden yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların insülin kullanıyor olmalarının yada kullanmıyor olmalarının kişilik özelliklerine bir etkisinin olmadığı, diabetin direk kendisinin etkili olduğu saptanmıştır. Sosyotropik kişilik özelliği gösteren bireyler, sosyal çevrenin baskısından yoğun olarak etkilenen kişilerdir. Diabetik hastalarımızın sosyal çevreye uyum sağlamak için Afyon'da ki toplumsal baskıdan etkilendikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca diabetik hastalarımızın "özgürlük" puanları yüksek bulunmuştur. Bu da beklenen bir sonuçtur. Çünkü hastalarımızdan enjeksiyon yada diyet yapmanın yaşam standartlarını kısıtlayan bağımlı durumlar olduğu ifadelerini alıyoruz.

Araştırmaya katılan diabetik hastaların Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin puan ortalamalarının yaşa göre dağılımını incelediğimizde; yaş attıkça sosyotropi paunu da artmaktadır. Bu beklenen bir sonuçtu, çünkü yaşlanmayla birlikte kişilik özelliklerinin de değişebileceğini biliyoruz.

Araştırmaya katılan diabetik hastaların Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımını incelediğimizde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Hastalık cinsiyetten daha başka bir faktör olarak ortaya çıkıp, cinsiyet faktörünü etkisiz hale getiriyor olabilir. Nondiabetik kişilerin Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımını incelediğimizde ise; kadınların "ayrılık kaygısı" yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu beklenen bir sonuçtur, çünkü kadınların daha depresif oldukları bilinmektedir.

Araştırmaya katılan diabetik hastaların Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre dağılımını incelediğimizde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Nondiabetik kişilerde ise ortaokul-lise mezunu olanların "kişisel başarı" puanları yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Oysa ki beklenen; eğitim düzeyi yüksek olanların daha olumlu kişilik özellikleri ve daha yüksek sağlığı geliştiren davranışların oluşmasıdır.

Araştırmaya katılan diabetik hastaların Sosyotropi ve Otonomi, Sosyotropi - Otonomi Faktörlerinin puan ortalamalarının iş ve sosyal güvence ile ilişkisini incelediğimizde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan diabetik hastaların, diyabet süreleri arttıkça metabolik kontrol düzeyi de olumsuz yönde etkilenmektedir. HbA_{1c} değeri metabolik kontrolün takibindeki en iyi kriterdir ve DM hastalarında hastalık yönetiminde önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan diabetik hastaların, tedaviye uyum kriterlerine bakıldığında; insülin kullanan hastaların HbA_{1c} ortalamalarının daha yüksek (%7,93±3,0), % 86,36'sının hipoglisemiye girdiği, % 27,27'sinin hiperglisemiye girdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar hastaların bilgi eksikliğinin varlığını yada edinilen bilgiyi doğru kullanmadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan diabetik hastaların B.K.İ., nondiabetik kişilerden daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu beklenen bir sonuçtur. Obezite ve insülin direnci diabetin etiopatogenezinde yer almaktadır. Hastaların bu konuda daha fazla bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır.

Araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz bulgular; diabetin hastaların sosyotropik kişilik özelliklerini etkilediğini, hastaların takibi ve eğitimi sırasında bunun göz önünde bulundurularak eğitim yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

6.2. Öneriler

- Diyabetli hasta yaşam süresini uzatmak ve yaşantısı boyunca sağlıklı kalmak istiyorsa yaşamının sonuna kadar bazı kurallara uymak ve bunu sağlayabilmek için de alışkanlıklarında değişiklik yapmak zorundadır. Bu durum diyabetli hastalar için büyük ve önemli bir sorundur. Bu nedenle diyabetliler hastalıkları ve gereksinimleri konularında eğitilmeliler.
- Diyabetli hastaların tedavisinin başarılı olabilmesi için aile bireylerinin de tedavi planına uymaları ve hastanın eğitimi için yapılan etkinliklere katılmaları sağlanmalıdır.
- Diyabet kontrolü; psikolojik, psikososyal ve fizyolojik değişimlerden ve bunların etkileşiminden etkilenir. Diyabetlilere bakım veren hemşireler; psikolojik süreçlerin diyabete etkisini bilmeli, diyabetli bireylerin yaşayabileceği duygusal ve ruhsal durumları bilmeli, psikolojik ve psikososyal durumlara yönelik önlemleri bilmeli ve uygulayabilmeli, psikolojik ve psikososyal sorunlar oluştuğunda uygun bakımı planlayabilmelidir.
- Hemşireliğin sağlığı yükseltmede hemşirelik fonksiyonlarına önem verilmelidir. Hemşireler sağlığı yükseltme konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Ayrıca diyabet konusunda eğitim verecek hemşireler sertifika programlarına katılmalıdırlar.
- Diyabet eğitimi verecek ekip, bu konuyla ilgili yayınları takip etmeli ve yenilikleri uygulayabilmelidir.

- Hastaların bakımında rol alan sağlık ekibi; hastanın HbA₁C değerini dikkate alarak bakım vermelidir. Ayrıca hastalara kendi başarılarını izlemek adına HbA₁C değerini takip etmeleri önerilmelidir.
- Diyabetli hasta; kendine bakım davranışları konusunda yeterli olduğu halde tedaviye katılmıyorsa, diyabet kontrolü iyi olmasına karşın kendini iyi hissetmiyorsa ve yeteneklerinin daha alt seviyelerinde işlevsellik gösteriyorsa depresyon yönünden değerlendirilmelidir. Psikiyatrik değerlendirme için psikiyatriye gönderilmelidir.
- Diyabet dernekleri ve bu tür gönüllü organizasyonlar hasta ve ailesinin günlük streslerle başetme eşığini yükselten, yalnız olmadıklarını ve sorunlar için pratik çözümler bulabileceklerini anlatıp hissettiren ve onlar için çok gerekli olan psikososyal desteği sağlayabilen kuruluşlardır. Hasta ve ailesi bu derneklere üye olmaları konusunda desteklenmelidir.
- Bu çalışmanın diyabet eğitimi veren sağlık çalışanlarına yol gösterici olması amacıyla sertifikalı eğitim programlarına dönüştürülmesi; ayrıca diyabet ekibine ve diyabet hastalarına verilmek üzere kitapçık haline getirilmesi de planlanmıştır.
- Bu çalışma hastanemizde takibi yapılan toplam 98 kişi üzerinde çalışılarak elde edilmiştir. Örneklem sayısı daha fazla artırılarak ve farklı sağlık kuruluşları tarafından takip edilen olgulara da ulaşılarak, çalışmamızın geliştirilmiş daha kesin sonuçlara ulaşımasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akalın S. Aslan M., Başkal N., ve ark., (2000), Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Eğitiminin Önemi. In: Yılmaz C. (eds), *Diabetes Mellitus 2000*, Gri Tasarım, İstanbul, syf:47-52

2. Yavuz D., (2003), Diyabetes Mellitus'un Tanısı, Sertifikalı Hemşire Yetiştirme Programı, Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul, syf:1-9
3. Satman I., Yılmaz T., Sengul A., ve ark., (2002), Population - based study of diabetes and risk characteristics in Turkey : results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP), *Diabetes Care* **25(9)**, 1551 – 56
4. Çetinkalp Ş., Yılmaz C. (2002), Diyabet Hemşiresinin Diyabetik Hasta Eğitim Programı Takip Formu Örnekleri. In: Yılmaz C. (ed), *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, İzmir, Asya Tıp Yayıncılık, syf: 43-54
5. Whittemore R., Chase S.K., Mandle C.L., Roy S.C. (2002), Lifestyle Change in Type 2 Diabetes, *Nursing Research* **51(1)**, 18-25
6. Belgüzar K., Albayrak N. (2001), Tip II Diyabetes Mellitus Hastalarının Öz-Bakım Gücü ile Metabolik Kontrol Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi., *Hemşirelik Forumu Dergisi* **cilt:4, sayı:2-3**, syf:15-20
7. Kabakçı E., (2001), Üniversite Öğrencilerinde Sosyotropik / Otonomik Kişilik Özellikleri, Yaşam Olayları ve Depresif Belirtiler., *Türk Psikiatri Dergisi* **12(4)**, syf: 273-282
8. Yılmaz C., (2002), Hiperglisemi, In: Yılmaz C. (ed), *Endokrinolojide Tanı Basamakları.*, 2.Baskı, İzmir, Güven Kitabevi, syf:38-44
9. Yılmaz C., (2002), Oral Antidiyabetiklerin Gelişimi ve Günümüzdeki Yeri., *Aktüel Tıp Diyabet Forumu* **cilt:7 sayı:8**, syf: 6-14
10. Karakoff D.B. (1991), Eating Disorders as a Special Problem for Persons with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus., *Nursing Clinics of North America* **26(3)**, 707-713
11. Demir S.B., (1998), Diyabetik Osteopati, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Ankara
12. Erdoğan B., (2002), Diyabetes Mellitus Tanı Kriterleri, I. Ulusal Diyabetik Nöropati Sempozyumu Kitabı., Ulusal Diyabetik Nöropati Sempozyumu Düzenleme Komitesi, Mersin, syf: 13-15
13. Masharani U., Karam J.H., (2002), Diabetes Mellitus & Hypoglycemia, In: Tierney L.M., Stephen M.J., Papadakis M.A.(eds), *CURRENT Medical*

- Diagnosis & Treatment 2002*, Forty-First Edition, McGraw-Hill Companies, New York, 1203-1250.
14. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (1997), Report of the expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus., *Diabetes Care* **20(7)**, 1183-1197
 15. Akalın S., Aslan M., Başkal N., ve ark., (2000), Diabetes Mellitus'ta Tanı Kriterleri ve Sınıflaması, In: Yılmaz C. (eds), *Diabetes Mellitus 2000*, Gri Tasarım, İstanbul, syf:17-26
 16. Olson R.S., (2000), An Update in Diabetes Management, *Rehabilitation Nursing* **25(5)**, 177-183
 17. Simpson S., (2000), Saying a Mouthful About Oral Diabetes Drugs, *Nursing 2000* **30(11)**, page:34.
 18. Erbaş T., (1998), Tip 1 Diabetes Mellitusun Patogenezinde Genetik ve Çevresel Faktörler, *Hacattepe Tıp Dergisi* **29(4)**, syf:27-30.
 19. Akalın S., (2002), Diabetes Mellitus'un Genetiği, *Aktüel Tıp Diyabet Forumu*, **cilt:7 sayı:8**, syf:1-4.
 20. Gündoğdu S., Açıbay Ö., (2003), Tip 2 Diyabet'in Evreleri ve Takip Kriterleri, *Aktüel Tıp Diyabet Forumu*, **cilt:8 sayı:2**, syf:10-13.
 21. Bilir N., (2001), Tip II Diyabetten Korunmak Mümkün, *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* **22(3-4)**, syf: 1345-1350.
 22. Fletcher B., Lamendola C., Gulanick M., (2002), Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus, *Journal of Cardiovascular Nursing* **16(2)**, 17-23.
 23. Oğuzhan B., (2001-2002), Tip 2 Diyabette Tedavi Algoritmi, In: Bağrıaçık N., Hatemi H.(eds), *Türk Diyabet Yıllığı 2001- 2002*, Türk Diabet Cemiyeti ve Türkiye Diyabet Vakfı yayını., syf: 31-37.
 24. Ovayolu N., Parlar S., Karakaş S., (2003), Diyabet ve Hipertansiyonu Olan Hastalarda Erken Tedavi ve Hemşirelik Eğitiminin Önemi, *Hemşirelik Forumu Dergisi* **cilt:6 sayı:4**, syf:19-23.
 25. Çetinkalp Ş., Yılmaz C., (2002), Diabetes Mellitus İçin Genel Güncel Bilgiler, In: Yılmaz C.(ed), *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, İzmir, Asya Tıp Yayıncılık, syf:13-42.

26. Erdoğan S., (2002), Diyabet Eğitimi ve Danışmanlık, In: Erdoğan S.(ed), *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, Tavaslı Matbaacılık, syf:163-179.
27. Kurt B., Tanacı N., Tütüncü N.B. ve ark., (2001-2002), Diyabetik Hastalarda Eğitimin Serum Glukoz ve HbA₁C Düzeyine Etkileri, In: Bağrıaçık N., Hatemi H.(eds), *Türk Diyabet Yıllığı 2001- 2002*, Türk Diabet Cemiyeti ve Türkiye Diyabet Vakfı yayını., syf:163-166
28. Orland M.J., (2000), Diabetes Mellitus ve İlgili Hastalıklar, In: Carey C.F., Lee H.H., Woeltje K.F.(eds), Çeviri Edit. Pınar T., *Tedavi El Kitabı*, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, syf:396-417.
29. Garibağaoğlu M. (2002), Glisemik İndeks ve Diyabet, *Diyabet Fon sayı:26*, syf:36-40.
30. Linekin P.L., (2002), Diabetes Pattern Management: The Key to Diabetes Self – Management and Glycemic Control, *Home Healthcare Nurse* **20(3)**, 168-177
31. Aydın İ., Yiğit F., (2003), Şişman Öğrencilerin Anksiyete Durumunun İncelenmesi, *Hemşirelik Forumu Dergisi cilt:6 sayı:4*, syf:48-52.
32. Başkal N., (2002), Obesite ve Tedavi İlkeleri, *Aktuel Medicine* **10(9)**, 77-84.
33. Jacob C., (2000), Epidemiyoloji: Obesitenin Tanımı ve Sınıflandırması, In: Kopelman P.S., Stock M.J., *Klinik Obesite*, Tekin Cilt Evi, Roche, syf:1-17.
34. Wilding J., (2002), Tip 2 Diyabette Obezite Gerçekten Tedavi Edilebilir mi?, In: Gill G., Pickup J., Williams G. (eds), Çeviri Edit. Uslan İ., *Diyabet ve Zorlukları*, 1. Baskı, Roche Firması, syf:73-85
35. Riddle M.C., (2002), Obez Tip 2 Diyabet Hastaları İnsülinle Tedavi Edilmeli midir?, In: Gill G., Pickup J., Williams G. (eds), Çeviri Edit. Uslan İ., *Diyabet ve Zorlukları*, 1. Baskı, Roche Firması, syf:94-108.
36. Sermez Y., (2001-2002), Tip 2 Diyabette İnsülin Uygulama Kriterleri ve Protokolleri, In: Bağrıaçık N., Hatemi H.(eds), *Türk Diyabet Yıllığı 2001-2002*, Türk Diabet Cemiyeti ve Türkiye Diyabet Vakfı yayını., syf:163-166.
37. Plodkowski R.A., Edelman S.V., (2002), İnsülin Pompa Tedavisinde Son Durum: 2002, In: Braverman L.E., *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes – Endokrinoloji ve Diyabette Güncel Yaklaşımlar*, yıl:1 sayı:2, 17.

38. Özcan Ş., (2001), Diabetes Mellituslu Hastanın Yönetimi ve Hemşirelik, In: Yenigün M.(ed), *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, 2. Baskı, İstanbul, Tayf Ofset, syf:969-994.
39. Reichard P., Toomingas B., Rosengvist U., (1994), Changes in Conceptions and at Titudes During Five Years of İntensified Conventional İnsülin Treatment in the Stockholm Diabetes Intervention Study (SDIS), *The Diabetes Educator* **20**, 503-508.
40. Bundak R., (2001), İnsülin Tedavisinde Yenilikler, *Diyabet Fon yıl:6 sayı:22*, syf:30-31.
41. Metinarıkan N., Çorapçıoğlu D., Erdoğan G., (2002), Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Verilen Diyabet eğitimi Öncesi ve Sonrası Beden Kitle İndeksi, Kan Glukozu, HbA₁C ve Kan Lipid Seviyelerindeki Değişikliklerin Değerlendirilmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi cilt:4 sayı:2*, syf:39-48.
42. İmamoğlu Ş., (2000), Hipoglisemide Semptom ve Klinik Bulgular, In: Başkal N.(ed), *Klinik Endokrinoloji*, cilt:4 sayı:2, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını, syf: 21-28.
43. Gariboğlu M. (2001), Hipoglisemi ve Beslenme, *Diyabet Fon yıl:6 sayı:22*, syf:42-46.
44. Yılmaz M.T., (2003), Dünyada, Türkiye'de Diyabet Sıklığı ve Diyabetin Önemi, Sertifikalı Hemşire Yetiştirme Programı, Marmara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul.
45. Kernan D., Cunnigham M., (2002), Glycemic Control and Beyond: The ABC's of Standards of Care for Type 2 Diabetes and Cardiovasculer Disease, *Journal of Cardiovasculer Disease* **16(2)**, 44-54.
46. Graziani C., Rosenthal M.P., Diamond J.J., (1999), Diyabetes Education Program Use and Patient-Perceived Barriers to Attendance, *Fam Med*, **31(5)**: 358-363.
47. Peter J., Hutchinson A., Mackinnon M., et al., (2001), What Role do Nurses Play in Type 2 Diabetes Care in the Community: a Delphi Study, *Journal of Advanced Nursing* **34(2)**, 179-188.

48. Frey M.A., Fox M.A., (1990), Assessing and Teaching Self – Care to Youths with Diabetes Mellitus, *Pediatric Nursing* **16(6)**, 597-601.
49. Önde M., Özçubukçuoğlu A., (1998), Diabet ve Depresyon, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* **8(2)**, syf:69-72.
50. Masterton G., (1996), Diabetes and Disorders, *Diabetes Reviews International* **5(3)**, 2-5.
51. Özkan S., (2001), Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet, In: Yenigün M.(ed), *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, 2. Baskı, İstanbul, Tayf Ofset, syf: 627-628.
52. Toparlak D., (2002), Doktorlar, Hastaneler, İlaçlar ve Çocuk., *Diyabet Fon yılı:6 sayı:26*, syf:32-34.
53. Buzlu S., (2002), Diyabetin Psikososyal Yönü, In: Erdoğan S.(ed), *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, 195-202.
54. Özkan S., (1996), Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet, In: Büyükdevrim S., Yılmaz M.T., *Diyabetolojiye Giriş*, İstanbul, Fatih Ofset, syf:221.
55. Özyürek P., (2000), Lomber Disk Ameliyatı Olmuş Erişkin Hastaların Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ölçülmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
56. Yılmaz A.T., Altekin S., (2003), Diabetes Mellitus Tedavisinde Modern Psikolojik ve Psikoterapötik Yaklaşımlar, *Aktüel Tıp Diyabet Forumu cilt:8 sayı:2*, syf:54-58.
57. Arrigo T.D., (2001), Research Notebook, *Diabetes Forecast* **54(11)**.
58. Lustman P.J., Griffith L.S., Freedland K.E., et al., (1997), The Course of Major Depression in Diabetes, *Gen Hosp Psychiatry* **19(2)**, 138-143.
59. Pınar R., (1995), Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ile Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
60. Eren İ., Erdi Ö., Özçankaya R., (2003), Tıp II Diabetik Hastalarda Kan Şekeri Kontrolü ile Psikiyatrik Bozuklukların İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* **14(3)**, 184-191.

61. Savaşır I., Şahin N.H., (1997), Sosyotropi – Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ), In: Savaşır I., Şahin N.H. (eds), *Bilişsel – Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, syf:55-60.
62. Özmen, M., (2000-2001), Diyabette Psiko-Sosyal Problemler, *Türk Diabet Yıllığı 2000-2001*, İstanbul, Türk Diabet Cemiyeti Yıllık Yayın Organı sayı:16, syf:112-117.
63. Ebrinç S., Önde M.E., Semiz Ü.B., ve ark. (2001), Tip 1 ve Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Biyopsikososyal Etkenler Yönünden Değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi* **43(2)**, syf:159-164.
64. Uğuz Ş., Turhan N., Aydın H., ve ark., (2002), Farklı Bir Bakışla Depresyon, *Galenos sayı:61*, syf:43-52.
65. Aslan H., Diler R.S., Alparslan N., ve ark., (1997), Diyabetik Hastalarda Depresyon, Kaygı, Aleksitimi ve Kan Şekeri Kontrolü, *Çukurova Tıp Fakültesi Dergisi cilt:22*, syf:48-52.
66. Gülseren L., Hekimsoy Z., Gülseren Ş., ve ark., (2001), Diabetes Mellituslu hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi., *Türk Psikiyatri Dergisi* **12(2)**, 89-98.
67. Sullivan M., Karlsson J., Sjöström L., et al., (1993), Swedish Obese Subjects (SOS) an İntervention Study of Obesity. Baselin Evaluation of Health and Psychosocial Study of in the First 1743 Subjects Examined., *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders* **17(9)**, 503-512.

EK-1

AÇIKLAMA: Aşağıdaki isim ve adres, araştırmacı dışında hiçbir kimse ve kuruluşa bildirilmeyecektir.

Hemş.Ayşe IŞIK

Dosya No :

Sosyal Güvence :

Adı Soyadı : **İş :**
Yaş : **Medeni Durum :**
Cinsiyet : **Çocuk sayısı :**
Boy / Kilo :
Adres : **Telefon :**

Eğitim Dur.: 1) Okuma yazma bilmiyor 2) İlkokul mezunu
3) Ortaokul- Lise mezunu 4) Yüksek okul mezunu

Gelir Düze. : 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi

Gelir Düze. : Aylık.....TL.

Diabetin Tipi : 1) **Tip 1 Diabet** 2) **Tip 2 Diabet**
Diabetin Süresi:

Tedavi Yön.: 1) İnsülin 2) Oral Antidiabetik 3) Diyet

A.K.Ş. : **HbA₁C:**

*Yılda kaç defa kan şekeri kontrolünüzü (vizit sayısı) yaptırıyorsunuz? :

*Evde kendi kendinize kan şekerinize bakabiliyor musunuz?: 1)Evet 2)Hayır

*Tedavinize uyuyor musunuz? : 1)Evet 2)Bazen Uymuyorum 3)Hayır

*Hiç hipoglisemiye (**50 mg/dl'nin altında kan şekeri**) girdiniz mi?: 1)Evet 2)Hayır

*Hiç komaya (**yüksek şeker koması**) girdiniz mi?: 1)Evet 2)Hayır

SOSOTÖ

Bu ölçek , insanların insanlarla olan etkileşim biçimini/ tarzını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, o cümlenin sizin kişiliğinizi ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yandaki uygun

yeri işaretleyin. Bu davranışların “doğru” ya da “yanlış” diye bir değerlendirmesi yoktur. Sözü edilen davranışlar tipik insan davranışlarıdır. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

0. Hiç tanımlamıyor 2. Oldukça iyi tanımlıyor 4. Çok iyi tanımlıyor
1. Biraz tanımlıyor 3. İyi tanımlıyor

Sizi ne kadar tanımlıyor ?

Hiç Çok iyi

1. Kendimi diğer insanlara hep iyi davranmak zorundaymış gibi hissederim. 0 1 2 3 4
2. Özgür ve bağımsız olmak benim için çok önemlidir. 0 1 2 3 4
3. İyi bir iş yaptığımda bunu benim bilmem, başkalarının bilmesinden daha önemlidir. 0 1 2 3 4
4. Yaşadığım güzel olayları başka insanlara paylaştığımda olaylar bana daha da güzel gelir. 0 1 2 3 4
5. Diğer insanların duygularını incitmekten korkarım. 0 1 2 3 4
6. İnsanlar benim davranışlarımı ya da yaptığım işleri yönetmeye kalkarlarsa rahatsız olurum. 0 1 2 3 4
7. İnsanlara “hayır“ demek bana zor gelir. 0 1 2 3 4
8. Hafta sonlarında başkalarıyla birlikte olacağım bir etkinlik planlamazsam kendimi kötü hissederim. 0 1 2 3 4
9. Bir grubun üyesi olmaktansa, kendine özgü bir şey olmayı daha değerli görürüm. 0 1 2 3 4
10. Kendimi hasta hissettiğim zaman yalnız kalmayı tercih ederim. 0 1 2 3 4
11. İnsanlar zayıf yönlerimi, hatalarımı bilirlerse, beni sevmeyecekler diye endişelenirim. 0 1 2 3 4
12. Bir konuda kendimi haklı görüyorsam, başkalarının hoşuna gitmese de düşünce ve duygularımı açıkça söylemekten çekinmem. 0 1 2 3 4

13. Misafirlikteyken sadece oturup konuşmaktan rahatsız olurum Bunun yerine, kalkıp birşeyler yapmayı isterim. 0 1 2 3 4
14. Bir işte insanın kendi amaçlarına ve standartlarına ulaşması, diğer insanların koyduğu standartlara ulaşmasından daha önemlidir. 0 1 2 3 4
15. Diğerlerini memnun etmek için kendime ters düşen işler yapmam. 0 1 2 3 4
16. Yalnız başıma uzun yürüyüşler yapmaktan hoşlanırım. 0 1 2 3 4
17. Diğer insanların beni sevmeleri, önemli başarılar elde etmemden daha önemlidir. 0 1 2 3 4
18. Bir lokantada kendi başıma akşam yemeği yemek beni rahatsız eder. 0 1 2 3 4
19. Hayatımdaki bir insanın bana gerçekten ilgi duyduğunu hissetmezsem yaptığım işlerden zevk almam. 0 1 2 3 4
20. Birşey yapmaya karar verirken başka kişilerin düşüncelerinden etkilenmem. 0 1 2 3 4
21. Kalkıp istediğim yere gidebilme özgürlüğüne sahip olmak benim için çok önemlidir. 0 1 2 3 4
22. İşimde başarılı olmak, benim için arkadaş edinmekten daha önemlidir. 0 1 2 3 4
23. Duygularımı kontrol altında tutmanın önemli olduğuna inanırım. 0 1 2 3 4
24. Diğer insanların yanındayken benden ne beklediklerinden emin olmazsam rahatsız olurum. 0 1 2 3 4
25. Diğer insanlara yardım etmeyi, onların bana yardım etmelerinden daha rahat kabul ederim. 0 1 2 3 4
26. İlk defa gideceğim bir yeri tek başıma ziyaret etmek, benim için daha önemlidir. 0 1 2 3 4

- 27.Eğer bir arkadaşım beni uzun süre aramazsa, beni unuttuğunu düşünerek endişelenirim. 0 1 2 3 4
- 28.Diğer insanlarla yakın ilişkiler içinde olmaksızın, sürekli çalışıp iş çıkarmak benim için daha önemlidir. 0 1 2 3 4
- 29.Beni sevmediklerini bildiğim insanların yanında rahatsız olurum. 0 1 2 3 4
- 30.Bir amaç benim için önemliyse, diğer insanları rahatsız etse bile o amaca ulaşmaya çalışırım. 0 1 2 3 4
- 31.Sevdiğim insanlardan ayrı olmak benim için zordur. 0 1 2 3 4
- 32.Bir amaca ulaştığım zaman insanlardan gelecek övgülerden çok, o amaca ulaşmaktan ötürü memnunluk duyarım. 0 1 2 3 4
- 33.Diğer insanların hoşlanmayacağını düşünerek söyleyeceğim şeyleri dikkatlice seçerim. 0 1 2 3 4
- 34.Geceleri evde tek başıma kaldığımda, kendimi yalnız hissederim. 0 1 2 3 4
- 35.Sık sık ailemi ya da arkadaşlarımı düşündüğümü fark ederim. 0 1 2 3 4
- 36.Kendi planlarımı kendim yapmayı tercih ederim, böylece diğerleri tarafından kontrol edilmem. 0 1 2 3 4
- 37.Çevremde başka insanların olmasına ihtiyaç duymadan, bütün bir gün rahatça tek başıma kalabilirim. 0 1 2 3 4
- 38.Biri benim dış görünüşümü eleştirdiğinde, diğer insanların da beni çekici bulmayacaklarını düşünürüm. 0 1 2 3 4
- 39.Bir işi bitirmek, insanların o konuda nasıl tepki göstereceklerini düşünüp endişelenmekten daha önemlidir. 0 1 2 3 4
- 40.Boş zamanlarımı diğer insanlarla birlikte geçirmekten hoşlanırım. 0 1 2 3 4
- 41.Özel hayatıma karışıldığını düşündüğüm için, özel 0 1 2 3 4

soruları yanıtlamayı sevmem.

42. Bir sorunun olduğunda, başkalarının beni etkilemelerine izin verilmektense, sorunu kendi başıma düşünüp bir çözüm bulmayı tercih ederim. 0 1 2 3 4
43. İnsanlar kişilerarası ilişkilerde genellikle, birbirlerinden çok şey beklemektedir. 0 1 2 3 4
44. Yeni tanıştığım bir kişinin beni beğendiğini ya da sevdiğini anlayamazsam rahatsız olurum. 0 1 2 3 4
45. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerimi ve standartlarımı kendim belirlemeyi tercih ederim. 0 1 2 3 4
46. Başkalarını rahatsız ettiğimi düşünmek bana kaygı verir. 0 1 2 3 4
47. Diğerleri tarafından beğenilip/sevilmek ve onaylanmak benim için önemlidir. 0 1 2 3 4
48. Bir işi bitirmek, bana göre o iş için verilecek ödülден daha zevklidir. 0 1 2 3 4
49. Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurduğumda kendimi emniyette hissedirim. 0 1 2 3 4
50. Diğer insanlarla beraber olduğumda, onların benimle birlikte olmaktan hoşlanıp hoşlanmadıklarını anlamak için ipuçları ararım. 0 1 2 3 4
51. Yalnız başıma uzaklara gidip, yeni yerleri keşfetmeyi, araştırmayı severim. 0 1 2 3 4
52. Herhangi bir kişinin bana kızdığını düşünsem de, özür dilemek istemem. 0 1 2 3 4
53. Başıma tatsız bir olay gelirse, başvuracağım bir yakınım olduğundan emin olmak isterim. 0 1 2 3 4
54. Uzun bir toplantıda sonuna kadar oturmak zorunda kalırsam, kendimi hapsedilmiş gibi hissedirim. 0 1 2 3 4

LVII

- 55.İnsanların benim özel hayatıma ait konularda soru sormalarından ya da fikir vermelerinden hoşlanmam. 0 1 2 3 4
- 56.Diğerlerinden farklı olmak beni rahatsız eder. 0 1 2 3 4
- 57.Bence bir hapishanede bulunmanın en zor yanı, özgürce dolaşamamaktır. 0 1 2 3 4
- 58.Yaşlanmanın en kötü yanı yalnız kalmaktır. 0 1 2 3 4
- 59.Sevdiğim bir insanın öleceğini düşünerek çok endişelenirim. 0 1 2 3 4
- 60.Diğer insanlar beni reddedecek olsa bile haklarımı savunmaya devam ederim. 0 1 2 3 4

