

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ESKİ VE YENİ TANILI TİP 2 DİYABET HASTALARINDA
HASTALIK ALGISININ TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

Hemşire Eda ARICI TÜRKER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ESKİ VE YENİ TANILI TİP 2 DİYABET HASTALARINDA
HASTALIK ALGISININ TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

Hemşire Eda ARICI TÜRKER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nusret YILMAZ

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Anabilim Dalı Diyabetik Hasta Eğitici Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 25/01/2022

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nusret YILMAZ
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye : Prof. Dr. Ramazan SARI
Akdeniz Üniversitesi

.....

Üye :Dr Öğretim Üyesi Işıl Kay Kalan SARI
S.B.Ü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

.....

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

.....

Üye :
(Ünvanı, Adı Soyadı)
(Üniversite)

.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Eda ARICI TÜRKER
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nusret YILMAZ
İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Doç. Dr. Nusret YILMAZ' a,

Uzmanlık eğitim sürecinde farklı bakış açısı kazandıran değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ramazan SARI' ya, Sayın Prof. Dr. Hasan Ali ALTUNBAŞ'a ve Sayın Prof. Dr. Mustafa Kemal BALCI' ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü akademik ve idari personeline,

Tez çalışmamın gerçekleşmesi için gerekli koşulları sağlayan ve katkı veren Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği' ne ve Akdeniz Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Başkanlığı' na, araştırmaya dahil olan hastalara, Akdeniz Üniversitesi Etik Kurulu' na,

Hayatımın her aşamasında yanımda olup, benden sevgi ve desteğini esirgemeyerek bugünlere gelmemde büyük katkıları olan sevgili aileme, varlığından güç aldığım biricik kızım Ela Asel'e ve eşim Can TÜRKER'e teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada eski ve yeni tanılı tip 2 diabetes mellitus (DM) hastalarında hastalık algısı ve tedavi uyumunu etkileyen faktörler ile hastalık algısının tedavi uyumu üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 50 yeni ve 50 eski tanılı olmak üzere toplam 100 tip 2 DM hastası alınmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği kullanılarak hastaların hastalık algısı ve tedavi uyumları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastalık algısı ölçeğinin hastalık tipi alt boyutu puanları eski tanılı hastalarda $5,32 \pm 2,43$, yeni tanılı hastalarda $4,56 \pm 1,54$ saptandı ($p=0,06$). Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu puanları eski tanılı hastalarda $10,36 \pm 3,67$, yeni tanılı hastalarda $2,88 \pm 1,30$ saptandı ($p=0,01$). Hastalık nedenleri boyutu puanları ise eski tanılı hastalarda $116,36 \pm 6,02$, yeni tanılı hastalarda $56,92 \pm 4,64$ idi ($p=0,07$). Çalışmamızda hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarına göre hastalık algısının eski ve yeni tanılı hastalarda farklılık gösterdiği saptandı. Alt boyutların bazılarına göre eski tanılı, bazılarına göre ise yeni tanılı hastaların hastalık algısının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun; süre (akut/kronik), tedavi kontrol ve süre (döngüsel) puanlarına göre eski tanılı hastaların hastalık algısı daha yüksekken kişisel kontrol, duygusal temsiller, hastalık sonuçları ve hastalığı anlayabilme puanlarına göre ise yeni tanılı hastaların hastalık algısının daha yüksek olduğu saptandı. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanları eski ve yeni tanılı hastalarda sırası ile $2,84 \pm 1,54$ ve $1,82 \pm 1,45$ olarak saptanmış olup eski tanılı hastaların tedaviye uyumu daha yüksekti ($p=0,01$). Eski tanılı hastalarda hastalık algısı ile tedavi uyumu arasında ilişki saptanmamış olmakla beraber, yeni tanılı hastalarda hastalık tipi ve hastalık nedenleri boyutu ile tedavi uyumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Eski tanılı tip 2 DM hastalarında hastalık algısı ile tedavi uyumu arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Bununla beraber yeni tanılı tip 2 DM hastalarında hastalık tipi ve hastalık nedenleri alt boyutları ile tedavi uyumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastalık algısı, tedavi uyumu, tip 2 diabetes mellitus

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the predictors of illness perceptions and adherence to treatment, and the effect of illness perceptions on the adherence to treatment in previously diagnosed and new-onset type 2 diabetes mellitus (DM) patients.

Methods: A total of 100 patients were included in this study, whose of the 50 were new-onset and 50 were previously diagnosed with type 2 diabetes mellitus. Illness perceptions and adherence to treatment of patients were evaluated by using the Illness Perception Questionnaire (IPQ) and Morisky Medication Adherence Scale.

Results: The illness identity subscale scores of the illness perceptions questionnaire, the opinions about the illness subscale scores, and the dimensional scores of the cause of disease were found as $5,32 \pm 2,43$ and $4,56 \pm 1,54$, $10,36 \pm 3,67$, and $2,88 \pm 1,30$, and $116,36 \pm 6,02$ and $56,92 \pm 4,64$ in previously diagnosed patients, and new-onset diagnosed patients, respectively ($p=0,06$, $p=0,01$, and $p=0,07$, respectively). This study revealed that illness perception according to the subscale of the illness perception questionnaire was different between previously and new-onset diagnosed patients. It was determined that illness perceptions of previously diagnosed patients were higher according to some subscales, and new-onset diagnosed patients were higher according to the other subscales. Opinions about the illness subscale, while the illness perception according to the timeline (acute/chronic, and cyclical), and treatment control scores were higher in previously diagnosed patients; personal control, emotional representations, illness consequences, and illness understanding scores were higher in new-onset type 2 DM patients. Morisky Medication Adherence Scale Scores were found as $2,84 \pm 1,54$ and $1,82 \pm 1,45$ in previously and new-onset diagnosed patients, respectively; also the treatment adherence was higher in previously diagnosed patients ($p=0,01$). While there was no relationship between illness perception and adherence to treatment in previously diagnosed patients, there was a relationship between illness identity and the causes of disease dimension with adherence to treatment in new-onset diagnosed patients.

Conclusion: This study revealed that there was no relationship between illness perception and adherence to treatment in previously diagnosed type 2 DM patients. However, there was a relationship between illness identity and disease causes dimension with adherence to treatment in new-onset type 2 DM patients.

Key Words: Illness perception, adherence to treatment, type 2 diabetes mellitus

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Diabetes Mellitus'un Tanımı	3
2.2. Diabetes Mellitus'un Tarihçesi.....	3
2.3. Diabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi.....	3
2.4. Diabetes Mellitus'un Sınıflandırılması	4
2.4.1. Tip I Diabetes Mellitus.....	6
2.4.2. Tip 2 Diabetes Mellitus	7
2.4.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus.....	7
2.4.4. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri.....	8
2.5. Diabetes Mellitus'un Semptomları	8
2.6. Diyabette Risk Faktörleri ve Tarama	8
2.7. Diabetes Mellitus'un Tanısı.....	9
2.7.1. Açlık Plazma Glukoz Ölçümü	9
2.7.2. Random Kan Glukoz Ölçümü.....	10
2.7.3. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT).....	10
2.7.4. HbA1c Düzeyi	10
2.8. Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri.....	10
2.9. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları	11
2.9.1. Diabetes Mellitus'un Akut Komplikasyonları.....	12
2.9.2. Diabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları.....	15
2.9.3. Diğer Komplikasyonlar	18

2.10. Sağlık ve Hastalık	18
2.11. Hastalık Algısı	20
2.11.1. Hastalığın Kimliği	21
2.11.2. Hastalığın Nedenleri.....	22
2.11.3. Hastalığın Süresi	22
2.11.4. Hastalığın Tedavi Edilebilirliği/Kontrol Edilebilirliği	22
2.11.5. Hastalığın Sonuçları	22
2.12. Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Amaç	25
3.2. Çalışmanın Önemi.....	26
3.3. Araştırma Metodolojisi.....	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	27
3.4.2. Dışlanma Kriterleri.....	27
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Hasta Bilgi Formu	28
3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği	28
3.5.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	30
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.8. İstatistiksel Veri Analiz Yöntemleri.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Hastaların Özellikleri	32
4.2.Hastalık Algısı Ölçeği	37
4.2.1. Hastalık Tipi Boyutu	37
4.2.2. Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu	40
4.2.3. Hastalık Algısı Ölçeği Hastalık Nedenleri Boyutu	41
4.3 Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği	45

5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR	62
EKLER.....	71
ÖZGEÇMİŞ	80



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Diabetes mellitusun etiyolojik sınıflaması (TEMĐ, 2019).....	5
Tablo 2.2. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğerk bozukluklarında tanı kriterleri (TEMĐ, 2019).....	10
Tablo 2.3. Hipoglisemi sınıflaması (TEMĐ, 2019)	12
Tablo 2.4. DKA'nın semptom ve fizik muayene bulguları (TEMĐ, 2019)	13
Tablo 3.1. Hastalık Algısı Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları.....	30
Tablo 4.1. Hastaların Genel Özellikleri.....	32
Tablo 4.2. Hastaların Diyabet İle İlgili Özellikleri	35
Tablo 4.3. Hastalık başlangıcı belirtileri	37
Tablo 4.4. Hastalığım ile İlgili Belirtiler	39
Tablo 4.5. Hastalık Hakkındaki Görüşlerin Alt Boyutlar Bazında İncelenmesi	40
Tablo 4.6. Hastalık Nedenlerinin Boyutu İncelenmesi	41
Tablo 4.7. Hasta Gruplarına Göre Hastalığa Neden Olan En Önemli Birinci Faktör.....	42
Tablo 4.8. Hasta Gruplarına Göre Hastalığa Neden Olan En Önemli İkinci Faktör	43
Tablo 4.9. Hasta Gruplarına Göre Hastalığa Neden Olan En Önemli Üçüncü Faktör ...	43
Tablo 4.10. ET ve YT Gruplarının Hastalık Algısı Puanlarının İncelenmesi	44
Tablo 4. 11. ET ve YT Tedaviye Uyum Düzeylerinin İncelenmesi	45
Tablo 4.12. ET Grubunda Tedavi Uyumuna Etki eden Faktörlerin Belirlenmesi	45
Tablo 4.13. YT Grubunda Tedavi Uyumuna Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi	46

SİMGELER ve KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
APG	: Açlık Plazma Glikozu
B	: Beta
BAG	: Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
BKİ	: Beden Kitle Endeksi
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ET	: Eski Tanılı
GDM	: Gestasyonel Diyabetes Mellitus
H⁺	: Hidrojen
HbA1c	: Glukolize Hemoglobin
HCO₃	: Bikarbonat
HDL	: High Density Lipoprotein
HHNS	: Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketodik Sendrom
IDF	: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
KAH	: Koroner Arter Hastalık
KH	: Karbonhidrat
KVH	: Kardiyo Vasküler Hastalık
LA	: Laktik Asidoz
LDL	: Low Densitiy Lipoprotein
MÖ	: Milattan Önce
OAD	: Oral Anti Diyabetik
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
PKOS	: Polikistik Over Sendromu

TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TURKDİAB	: Türk Diyabet Vakfı
USG	: Doppler Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization
YT	: Yeni Tanı



1. GİRİŞ

Diyabet birçok organ ve sistemi etkileyen; farklı klinik semptomlar ile seyreden, neden olduğu komplikasyonlar sebebiyle organ ve fonksiyon kayıplarına yol açan, bireylerin yaşam süresini ve konforunu olumsuz yönde etkileyen kronik bir metabolizma hastalığıdır. Günümüzde diyabet tüm dünyada bireyler üzerinde yarattığı sorunlar ve görülme sıklığı nedeniyle önem arz eden bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşam biçimindeki hızlı değişimler tüm dünyadaki diyabet prevalansını hızla yükseltmektedir. Dünya üzerinde diyabetli birey sayısı 2021 yılında 537 milyon iken 2030 yılında 643 milyon olması öngörülmektedir (IDF, 2021). Bu artışa sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, artan yaşlı nüfus, obezite gibi yaşam stili değişiklikleri sebep olmaktadır (IDF, 2021). Türkiye'de yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması-II (TURDEP) sonuçlarına göre; erişkin Türk toplumunda görülen diyabet prevalansı % 13.7 bulunmuştur (TURDEP II, 1998). Diyabet birçok sistemi ve organı etkileyen kronik bir hastalık olması sebebiyle sürekli tıbbi bakım gerektirir. Gerekli olan bakım ve tedavinin yapılmaması durumunda organizmanın çeşitli boyutlarda etkilenmesiyle; nefropati, retinopati, nöropati, serebrovasküler olay, periferik arter hastalıkları ve iskemik kalp hastalığı gibi bir çok komplikasyona sebep olabilmektedir. Diyabet, 2021 yılında 6.7 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır (IDF, 2021). Diyabet ve komplikasyonları birey ve aileye ek olarak aynı zamanda ülke ekonomisine de ciddi maddi ve manevi yük getirmektedir. Diyabet için yapılan harcamalar son on beş yılda %316 artarak 966 milyar dolara ulaşmıştır. Bu nedenle diyabet ve komplikasyonlarının önlenmesi ve etkin tedavisi ulusal sağlık politikamızda yer almaktadır (IDF, 2021).

Hastalık kavramı her hasta için farklı bir anlam ifade eder. Kişilerin yaşam uyumunu etkileyerek psikososyal açıdan zorlanmalarına yol açar (Birol ve Akdemir, 2005). Bireyler genellikle bir kayıp yaşadıklarında ya da hastalık tanısı aldıklarında durumlarıyla ilgili birçok öngörü ve inanış geliştirirler. Bu durum hastalığın ve tedavinin seyrinde oldukça önemlidir. Kişilerin hastalığın kontrolü ile ilgili algıları ve beklentileri farklılık gösterebilir. Bireylerin hastalık ve tedavisine uyumunun, hastalığa verdikleri duygusal tepkiyle ilgili olduğu düşünülmektedir (Küçük, 2005).

Bireyin hastalığa dair algısının saptanmasının ve algının olumlu yönde değiştirilmesinin, kişinin hastalığa duygusal yanıtını, hastalığa uyumunu ve hastalığın getirdiği zorluklarla baş edebilme gücünü etkileyeceği düşünülmektedir (Gündüz, 2016). Sağlık, yaşamın bazı dönemlerinde kötüleşir ve bu durumu yönetebilmek uyum gücü gerektirir. Diyabet de kronik bir hastalık olması sebebiyle bireyin yaşamını etkileyerek geleceğe dair ümitsizlik, otonomi kaybı, beden imajında bozulma kaygısı gibi bilişsel, psikososyal, fiziksel durumlara neden olabilmektedir. Bu durum bireylerde uyum zorlukları ve duygusal travmalara sebep olabilmektedir (Buzlu, 2002).

Diyabetin kontrol altına alınabilen ve önlenilebilen bir hastalık olması sebebiyle; bireyin algısının pozitif olmasının ve hastalığa dair bilgi, beceri ve tutumu artırılmasının tedavi sürecinde birçok problemin çözümüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Gündüz, 2016). Bu çalışma eski ve yeni tanıli tip 2 diyabetli bireylerin hastalık algılarını belirlemek ve hastalık algısının tedavi uyumu üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus'un Tanımı

Diyabet; pankreas tarafından üretilen insülin hormonunun eksikliği veya insülin etki mekanizmasındaki defektler nedeniyle, organizmanın karbonhidrat, protein ve yağlardan istenilen düzeyde fayda sağlayamadığı, yaşam boyu süren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (TEMD, 2020). İnsülin; pankreas tarafından üretilen, glukozun hücre içine alınarak enerji olarak kullanılmasında görevli hormondur. Diyabet oluşum mekanizmasında insülin hormonunun yetersizliği ya da etkin şekilde etki edememesi rol oynar (ADA, 2018). İnsülinin eksikliği ve etki mekanizmasındaki defektler kanda şeker seviyesinin yüksek seyretmesine neden olur. Hiperglisemi olarak adlandırılan bu durum kontrol altına alınmadığı takdirde doku, organ ve sistemlerde komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Bu komplikasyonlar diyabetli bireyin yaşam kalitesine ve süresine negatif yönde etki etmektedir. Bu bireylerin bakım harcamaları da ekonomik açıdan kişi ve ülke ekonomisine yük oluşturmaktadır. Diyabetli bireylerin sağlık harcamaları sağlıklı bireylere göre 2.3 kat daha fazladır. Küresel sağlık harcamalarının %10' u diyabet için harcanmaktadır (IDF, 2019). Diyabet, son on beş yılda 966 milyar dolar sağlık harcamasına neden olmuştur (IDF, 2021).

2.2. Diabetes Mellitus'un Tarihçesi

Diyabetle alakalı ilk kaynaklar Milattan Önce (M.Ö) 1500 yıllarına dayanmaktadır (Akgüç, 2013). Eski Yunanca'da –sifon- anlamına gelen diyabetes anormal idrar çıkışını anlatır. Mellitus ise eski Yunan dilinde bal anlamı taşıyan -mel- kelimesinden köken alır. Diabetes kelimesi ilk defa Areteus tarafından M.Ö 150. yılda kullanılmıştır. Paul Langerhans tarafından 1869'da, pankreastaki adacık hücreleri tanımlanmıştır (Özata ve Yörem, 2006; Bayram, 2010). Oskar Minkowski 1889'da, yaptığı deneylerle -diabetes mellitus-a sebep olan organın pankreas olduğunu ispat etmiştir. İnsülin, 1921 yılında Banting ve Best tarafından bulunmuştur (Vileikyte ve ark., 2004).

2.3. Diabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi

Diyabet son dönemlerde artan görülme sıklığı ve oluşturduğu problemler sebebiyle giderek önem kazanmış ve evrensel bir problem olarak dünya gündeminde yerini

almıştır. Dünya çapında artan diyabet prevalansı; sosyoekonomik, demografik, çevresel ve genetik faktörlerin etkileşiminin sonucudur (IDF,2019). Bu artıştan obezite, sağlıksız beslenme ve inaktif yaşam tarzı gibi risk faktörleri sorumludur.

IDF verilerine göre tüm dünyada 2019 yılında diyabet prevelansının %9.3 olduğu tespit edilmiştir. Bu oranın 2030 yılında %10.2' ye ve 2045' te ise %10.9' a yükseleceği tahmin edilmektedir. Diyabet prevelansı kentsel (%10.8) alanlarda kırsala (%7.2) göre; yüksek gelirli ülkelerde (%10.4) düşük gelirli ülkelere (%4.0) göre daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca her iki yetişkin diyabetliden biri diyabet olduğunu bilmemektedir. 2019 yılında tüm dünyada bozulmuş glukoz tolerans prevelansının %7.5 olduğu raporlanmıştır. Bu oranın 2030 yılında %8' e ve 2045 yılında ise %8.6' ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2019). Tüm dünyada ölüm nedenleri sıralaması incelendiğinde diyabetes mellitusun, 8. sırada olduğu raporlanmıştır (TEMD, 2019).

Türkiye' de 1997-1998 yılları arasında gerçekleştirilen TURDEP-I çalışmasında tip 2 diyabetli hasta prevalansının %7.2 olduğu raporlanmıştır. 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında ise tip 2 diyabet prevalansı %52,5 artışla, %13.7 olarak raporlanmıştır (Satman ve ark., 2013; TURDEP 2010). Ülkemizin diyabetli birey sayısı bakımından 2045 yılında ilk 10 ülke içinde olacağı tahmin edilmektedir (IDF, 2019).

Tüm bu veriler ışığında günümüzde diyabet uluslararası düzeyde bir salgın olarak kabul edilmektedir. Kişinin ve toplumun sağlık düzeyi üzerine negatif etki ederek yaşam standartlarını önemli ölçüde düşürmekte ve mali olarak da ciddi bir yük oluşturmaktadır. Tüm bunlar göz önüne alındığında diyabet ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonların engellenmesi bir ulusun temel sağlık politikasının başında yer almalıdır (TEMD, 2019).

2.4. Diabetes Mellitus'un Sınıflandırılması

Diyabetes mellitus (DM), dört temel tip olarak sınıflandırılmaktadır. Tablo 2.1.' de DM' nin sınıflandırılması ayrıntılı olarak verilmiştir (TEMD, 2019).

Tablo 2.1. Diabetes mellitusun etiyolojik sınıflaması (TEMD, 2019)

I. Tip 1 DM	Genellikle mutlak insülin noksanlığına sebep olan β -hücre yıkımı vardır
II. Tip 2 DM	İnsülin direnci zemininde ilerleyici insülin sekresyon defekti ile karakterizedir
III. GDM	Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet formudur
IV. Diğer spesifik diyabet tipleri	A. β -hücre fonksiyonlarının genetik defekti (monogenik diyabet formları) • 20. Kromozom, HNF-4a (MODY1) • 7. Kromozom, Glukokinaz (MODY2) • 12. Kromozom, HNF-1a (MODY3) • 13. Kromozom, IPF-1 (MODY4) • 17. Kromozom, HNF-1b (MODY5) • 2. Kromozom, NeuroD1 (MODY6) • 2. Kromozom, KLF11 (MODY7) • 9. Kromozom, CEL (MODY8) • 7. Kromozom, PAX4 (MODY9) • 11. Kromozom, INS (MODY10) • 8. Kromozom, BLK (MODY11) • Mitokondriyal DNA • 11. Kromozom, Neonatal DM (INS, Kir6.2, ABCC8, KCNJ11 mutasyonu) • 11. Kromozom, KJN11 (MODY13) • 3. Kromozom, APLL1 (MODY14) • Diğerleri
	B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler • Leprechaunism • Lipoatrofik diyabet • Rabson-Mendenhall sendromu • Tip A insülin direnci • Diğerleri
	C. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları • Fibrokalkülöz pankreatopati • Hemokromatoz • Kistik fibroz • Neoplazi • Pankreatit • Travma/pankreatektomi • Diğerleri
	D. Endokrinopatiler • Akromegali • Aldosteronoma • Cushing sendromu • Feokromositoma • Glukagonoma • Hipertiroidi • Somatostatinoma

	• Diğerleri
	<i>E. İlaç veya kimyasal ajanlar</i> • Atipik anti-psikotikler • Anti-viral ilaçlar • β-adrenerjik agonistler • Diazoksid • Fenitoin • Glukokortikoidler • α -İnterferon • Nikotinik asit • Pentamidin • Proteaz inhibitörleri • Tiyazid grubu diüretikler • Tiroid hormonu • Vacor • Statinler • Diğerleri (Transplant rejeksiyonunu önlemek için kullanılan ilaçlar)
	<i>F. İmmün aracılıklı nadir diyabet formları</i> • Anti insülin-reseptör antikorları • Stiff-man sendromu • Diğerleri
	<i>G. Diyabetle ilişkili genetik sendromlar</i> • Alström sendromu • Down sendromu • Friedreich tipi ataksi • Huntington korea • Klinefelter sendromu • Laurence-Moon-Biedl sendromu • Miyotonik distrofi • Porfiriya • Prader-Willi sendromu • Turner sendromu • Wolfram (DIDMOAD) sendromu • Diğerleri
	<i>H. Enfeksiyonlar</i> • Konjenital rubella • Sitomegalovirus • Koksaki B • Diğerleri (adenovirus, kabakulak)

Kaynak: ADA. Classification and diagnosis of diabetes. Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S13-S27.

2.4.1. Tip I Diabetes Mellitus

Tip 1 diyabet; pankreasta insülin yapımında görev alan β hücrelerinin otoimmün ya da idiyopatik sebepler sonucu zarar görmesiyle oluşur. Tip 1 diyabetin oluşum mekanizmasında genetik, otoimmün ve çevresel faktörler rol almaktadır (ADA,

2018). Tip 1 diyabet genellikle çocuk, genç ve genç erişkinlerde teşhis edilir. Tip 1 DM, diyabetlilerin %5-10' unu oluşturmaktadır (TEMED, 2019).

Tip 1 diyabette mutlak insülin eksikliği olduğu için genellikle ani olarak ortaya çıkar. Ciddi hiperglisemi ile beraber diyabetin akut komplikasyonları ağır bir tablo ile karşımıza çıkar. Bazı olgularda yaşamı tehdit eden ketoasidoza neden olabilir. Mutlak insülin eksikliği olduğundan tedavide dışarıdan insülin kullanımı zorunludur (ADA, 2018). Farmakolojik tedavinin yanında diyet, düzenli egzersiz, kendi kendine glukoz takibi ve eğitim tedavinin diğer önemli basamaklarıdır (TEMED, 2019).

2.4.2. Tip 2 Diabetes Mellitus

Tip 2 diyabetin temelinde genetik ve çevresel faktörlerin etkisi ile oluşan insülin direnci ve zamanla ortaya çıkan insülin sekresyonunda azalma ile karakterize bir tablo söz konusudur. Tip 2 diyabet en fazla görülen diyabet tipidir (ADA, 2018). Genellikle 40 yaş ve üzerinde ortaya çıkmakta ve yaşın artmasıyla sıklığı artmaktadır. Son zamanlarda değişen yaşam koşulları sebebiyle genç ve çocuklarda da görülmeye başlamıştır. Artmış obezite ve yaşam aktivitelerindeki değişiklikler sonucu tip 2 diyabet sıklığı gün geçtikçe artmaktadır (TEMED, 2019).

Tip 2 diyabet hastalarında; genellikle insülin düzeyleri normal, hatta yüksek olsa bile, var olan insülin kan glukoz seviyesini yeterince düşürecek etkinliğe sahip değildir. Bu durum kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite veya hipergliseminin farmakolojik tedavisiyle düzelebilmektedir. Birçok hasta düzenli egzersiz, dengeli beslenme ve oral antidiyabetik (OAD) ilaçlar ile hipergliseminin etkilerinden korunabilmektedir. Zaman içerisinde kan glukoz seviyesinin kontrolünün sağlanamaması durumunda, özellikle hastalığın ileri aşamalarında, insülin kullanılması gerekebilmektedir (ADA, 2018).

2.4.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus

GDM, gebelikle birlikte oluşan glukoz tolerans bozukluğu şeklinde ifade edilmektedir. Doğumdan sonra çoğunlukla kan glukoz düzeyi normal seviyelere inmektedir. İlerleyen yıllarda bu tür hastaların önemli bir kısmında tip 2 diyabet gelişebilmektedir (TURKDİAB, 2018). Tüm gebe bireylerde 24-28. haftalarda GDM taraması yapılmalıdır (TEMED, 2019).

GDM bebek ve anne açısından bakıldığında bir takım komplikasyonlara sebep olmaktadır. Gebelerde preeklampsi ve erken doğuma, bebekte ise makrozomi, konjenital malformasyon ve mortalite artışına neden olmaktadır (TEMD, 2019). Altı canlı doğumdan biri gebelikte diyabete bağlı hiperglisemiden etkilenmektedir (IDF, 2019). Bu yüzden gebelerde hiperglisemi kontrol altına alınmalıdır. Doğum sonrası semptomlar ortadan kalksa da bu bireyler prediyabetik hasta gibi değerlendirilip koruma programına dâhil edilmelidir (Dabelea, 2007).

2.4.4. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri

Spesifik diyabet tipleri daha nadir görülmekte diyabetik vakaların %5'inden azını oluşturmaktadırlar (TEMD, 2019). Birçok farklı nedenle ortaya çıkmaktadır. Bunların içinde; kimyasal ajan veya ilaç kullanımı, pankreasın ekzokrin doku hastalıkları, diyabetle alakalı genetik sendromlar, insülin aktivasyonundaki genetik bozukluklar, endokrinopatiler ve enfeksiyonlar gibi nedenler bulunmaktadır (Atalıköğlu, 2012).

2.5. Diabetes Mellitus'un Semptomları

Diyabet, seyrine ve bireysel faktörlere bağlı olarak birtakım belirti ve bulgular vermektedir. Klasik belirtiler; poliüri, polidipsi, polifaji, çabuk yorulma, noktüri, ağız kuruluğu ve iştahsızlıktır.

Daha az görülen belirtiler ise kaşıntı, açıklanamayan kilo kaybı ve bulanık görmedir (TEMD, 2019).

2.6. Diyabette Risk Faktörleri ve Tarama

Diyabetin yaygın görülmesi nedeniyle riskli bireylerin taranması önerilmektedir (TEMD, 2019; www.diyabet.gov.tr, Erişim Tarihi: 01.01.2020). Diyabet yönünden taranması önerilen gruplar şunlardır:

- Yakın akrabalarında diyabet hikâyesi olanlar
- İnsüline karşı direnç gösterenler ya da buna yönelik hastalığı olanlar
- Kardiyovasküler hastalık hikâyesi olanlar
- Karın bölgesi ölçümünün kadınlarda 88 cm, erkeklerde de 102 cm üzerinde olması

- Doğum ağırlığı normalden az doğanlar
- BKİ ≥ 25 kg/m² olanlar
- Günlük yaşamlarında hareketsiz ya da az hareket edenler
- Bozulmuş glukoz toleransı (BGT) ya da bozulmuş açlık glukozu (BAG)
- Kan basıncı $\geq 140/90$ mm/Hg ya da tansiyona yönelik tedavi alanlar
- Trigliserid ≥ 250 mg/dl olanlar
- HDL kolesterol düşüklüğü; ≤ 35 mg/dl olması, dislipidemikler
- PKOS (polikistik over sendromu)' lu kadınlar
- Beslenmesi düzensiz olanlar (posa miktarı düşük, doymuş yağlardan zengin beslenme alışkanlıkları)
- Psikiyatrik hastalığa sahip olanlar (şizofreni tanısı olanlar veya atipik antipsikotik ilaç kullananlar)

Herhangi bir risk faktörü taşımayan bireylere de 40 yaşından itibaren 3 yılda bir diyabet açısından tarama yapılması önerilmektedir (TEMD, 2019).

2.7. Diabetes Mellitus'un Tanısı

DM tanısı konulurken çeşitli testler yapılmaktadır (ADA, 2018). DM tanısı için açlık plazma glukozu, random kan glukoz ölçümü, oral glukoz tolerans testi (OGTT), HbA1c kullanılmaktadır (TEMD, 2020).

2.7.1. Açlık Plazma Glukoz Ölçümü

Minimum sekiz saat aç (gece açlığı) kalınması ve bunun ardından plazma glukoz seviyesine bakılması gerekmektedir. Bu durum mevcutta çoğunluk tarafından kabul edilen ve ucuz olan bir yöntemdir. APG seviyesi 126 mg/dL ya da üstünde ise teşhis konulmaktadır (TEMD, 2020). Fakat net teşhis için açlık kan glikoz değeri değişik zamanlarda minimum iki defa bakılması gerekmektedir.

2.7.2. Random Kan Glukoz Ölçümü

Bireylerde poliüri ve polidipsi, polifaji gibi semptomlar mevcut ise herhangi bir zaman diliminde bakılan plazma glukoz seviyesinin 200 mg/dL ya da üstünde olması da diyabet tanısı almasına yardımcı olmaktadır (TEMD, 2020).

2.7.3. Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)

DM teşhisi koymada geçerli ve güvenilir bir testtir. Hastaların oral yolla glikozu tolere etme yeteneğini ölçülmektedir. 75 gr glukozlu sıvı içirildikten 2 saat sonra bakılan plazma glukoz düzeyi 200mg/dl üzerinde ise DM tanısı konulur (TEMD, 2020).

OGTT ile 2. saat plazma glukoz değerinin 140 mg/dl' dan yüksek, fakat 200 mg/dl'den düşük olması durumunda bozulmuş glukoz toleransı (BGT) tanısı konulur (TEMD, 2019). BGT tanısı koyulan hastalarda 10 yıl içinde %30 oranında Tip 2 DM gelişme riski mevcuttur (TEMD, 2019).

Açlık plazma glukozunun 126 mg/dl'den düşük fakat 100 mg/dl' dan yüksek olması durumunda bozulmuş açlık glukozu (BAG) tanısı konulur (TEMD, 2019). İnsülin salınımının ilk fazı bozulmuştur ve diyabetin makro ve mikro komplikasyonlarının gelişme riski yüksektir (www.diyabet.gov.tr, Erişim Tarihi: 01.01.2020).

2.7.4. HbA1c Düzeyi

2011' de yayımlanan DSÖ raporunda, güvenilir bir yöntemin kullanılması ve düzenli olarak standardize edilmesi koşuluyla, bu testin kesin tanıda kullanılmasını önermiştir. Buna göre HbA1c için %6.5 (48 mmol/mol) eşik değer olarak belirlenmiştir (WHO, 2018).

2.8. Diabetes Mellitus'un Tanı Kriterleri

Tablo 2.2. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri (TEMD, 2019)

	Aşkar DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG + BGT	DM Riski Yüksek
APG (≥8 st açlıkta)	≥126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.st PG (75 g glukoz)	≥200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	-	-	-	-
A1C ^(**)	≥%6.5 (≥48 mmol/mol)	-	-	-	%5.7-6.4 (39-47 mmol/mol)

^(*)Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile "mg/dl" olarak ölçülür. "Aşkar DM" tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken "İzole BAG", "İzole BGT" ve "BAG + BGT" için her iki kriterin bulunması şarttır. ^(**)Standardize metotlarla ölçülmelidir.

DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1C: Glukozillenmiş hemoglobin A_{1c}, BAG: Bozulmuş açlık glukozu (impaired fasting glucose), BGT: Bozulmuş glukoz toleransı (impaired glucose tolerance), WHO: Dünya Sağlık Örgütü, IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu.

Kaynak: 2019 TEMD Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu

Bu tabloya göre diyabet teşhisi için bu yöntemlerden birisinin olması yeterlidir. Eğer bireyde diyabet bulguları yoksa teşhisin daha sonraki bir gün ya da aynı gün değişik bir metodla teyit edilmesi uygun olacaktır. Şayet ilk başta yapılan iki farklı test ve bu test sonuçlarının birbiriyle uyumlu olmaması neticesinde eşik değerin üstünde çıkan test yeniden yapılmalı ve sonuç yine diyagnostik ise diyabet tanısı konulmalıdır (ADA, 2018; TEMD, 2019).

2.9. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları

Yüksek seyreden kan şekeri kontrol altına alınmadığı durumlarda kardiyovasküler sistem, böbrek, sinir ve gözlerde uzun vadede sekellere sebep olabilmektedir. DM'nin komplikasyonları akut, kronik ve diğer komplikasyonlar olmak üzere üçe ayrılmaktadır (TEMD, 2019).

A. Akut Komplikasyonlar:

- Hipoglisemi
- Diyabetik Ketoasidoz
- Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Sendrom (HHNS)
- Laktik asidoz

B. Kronik Komplikasyonlar:

1- Mikrovasküler Komplikasyonlar;

- Diyabetik Retinopati
- Diyabetik Nöropati
- Diyabetik Nefropati

2- Makrovasküler Komplikasyonlar;

- Koroner Arter Hastalığı
- Periferik Arter Hastalığı
- Serebrovasküler Hastalıklar.

C. Diğer Komplikasyonlar;

- Diyabetik Ayak

2.9.1. Diabetes Mellitus'un Akut Komplikasyonları

Hipoglisemi

Diyabetin en sık karşılaşılan akut komplikasyonudur. Kan glukoz düzeyinin 70mg/dl olması durumuna hipoglisemi denilmektedir (TEMD, 2019). Hipogliseminin sınıflandırılması tablo 2.3.' te verilmiştir.

Tablo 2.3. Hipoglisemi sınıflaması (TEMD, 2019)

Düzy	Glisemi kriteri	Tanım
1. Yüksek hipoglisemi riski	≤70 mg/dL	Hızlı KH alımı ve doz ayarlaması gerektiren düşük KG
2. Klinik önemli hipoglisemi	≤54 mg/dL	Ciddi ve klinik olarak önemli düşük KG
3. Ciddi hipoglisemi	Spesifik eşik yok	Dışarıdan yardım alınmasını gerektirecek kadar ciddi kognitif bozukluk yaratan düşük KG

KH: Karbonhidrat, KG: Kan glukoz düzeyi.

Kaynak: 2019 TEMD Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu

Hipoglisemi genellikle; insülin veya OAD ilaç dozlarının fazlalığı, alkol kullanımı, gıda alımının yetersiz oluşu veya gecikmesi, ağır ve uzun süreli egzersiz gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır (TEMD, 2019). Farklı nedenlerle oluşan hipoglisemi bireylerde çeşitli belirti ve semptomlarla kendini göstermektedir (TEMD, 2019). Hipoglisemi de titreme, sinirlilik hali, baş ağrısı, terleme, konfüzyon, epileptik atak, kontrolsüz davranışlar, kalp çarpıntısı ve koma gibi semptomlar yer almaktadır (Çolak, 2016; www.diyabet.gov.tr, Erişim Tarihi: 01.01.2020). Akut hipoglisemi semptomları; adrenerjik ve nöroglikopenik olmak üzere ikiye ayrılır.

Diyabet hastaları hipoglisemi belirtileri hakkında eğitilmeli, hipoglisemi konusunda gerekli önlemleri almaları yönünden desteklenmeli ve onlara gerekli danışmanlık verilmelidir. Risk taşıyan bireylerin yakınlarına glukagon enjeksiyonu öğretilmelidir (Önmez, 2017).

Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz (DKA) insülinin eksikliği veya olmayışı sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucunda yağ, protein ve karbonhidrat metabolizmasında bir takım bozukluklar ortaya çıkmaktadır (TEMD, 2019).

İnsülin eksikliği ve stres hormonlarının artışı sonucunda glukoz üretimi artmakta ve plazma glukoz düzeyi yükselmektedir. İnsülin yokluğunda artmış olan lipoliz sonucu ortamda yağ asitleri serbestleşir, keton üretimi artar ve H⁺ iyon düzeyleri yükselir. Ketonemi ve ketoasidoz oluşur (TEMD, 2019).

Böbrekler artan glukozu vücuttan uzaklaştırırken su ve elektrolitler de beraberinde kaybolur. Dehidratasyon, asidoz, elektrolit kaybı ve artmış ozmolalite dolaşımın ve serebral oksijenasyonun bozulmasına yol açar. Bilinç bulanır ve koma tablosu gelişebilir (Gardner ve Shoback, 2013; TEMD, 2019). Tablo 2.4.' te DKA' nın semptom ve fizik muayene bulguları verilmiştir.

Tablo 2.4. DKA'nın semptom ve fizik muayene bulguları (TEMD, 2019)

Semptomlar	Fizik Muayene Bulguları
• Halsizlik • İştahsızlık, bulantı, kusma • Ağız kuruluğu, polidipsi, poliüri • Karın ağrısı, kramplar • Nefes darlığı • Kilo kaybı	• Taşikardi • Muköz membranların kuruluğu, deri turgorunda azalma • Sıcak ve kuru cilt • Dehidratasyon, hipotansiyon • Takipne, Kussmaul solunumu • Batında hassasiyet • Ağızda keton kokusu • Letarji, zihinsel küntleşme, koma

Kaynak: 2019 TEMD Diyabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu

Genellikle hastaların kan glukoz düzeyi 250-800 mg/dl arasında seyretmektedir. Hastalarda hastaneye yatma nedenlerinin %5.4' ünü oluşturmaktadır (TEMD, 2019). DKA tablosunda gözlemlenen laboratuvar bulguları şunlardır (ADA, 2018);

- $\text{HCO}_3 \leq 15 \text{ mEq/l}$
- Plazma glukoz düzeyi $>250 \text{ mg/dl}$ (gebelikte de $>250 \text{ mg/dl}$)
- Ketonemi $\geq 3 \text{ mmol/l}$
- Kan pH ≤ 7.30
- İdrarda keton $\geq 2+$
- DKA veya HHD hastalarının birçoğunda dehidratasyon ve asidoz sebebiyle hafif ya da orta derecede lökositoz ($10.000\text{-}15.000/\text{mm}^3$) görülebilir. Bu duruma eşlik eden enfeksiyon lökositozu sebep olabilir.

- Serum ozmolalitesi biraz yükselmiş olmakla beraber normal değerlere göre düşüktür.
- Serum amilaz ve lipaz düzeyleri normal, üst sınırın 2-3 katını aşmayacak şekilde nadiren yüksek çıkabilir.

DKA tedavisinin amacı; doku perfüzyonunu ve dolaşım hacmini regüle etmek, serum ozmolalitesi ve glukoz düzeyini normal sınırlarda tutmak, idrar ve serumu keton cisimciklerinden arındırmak, sıvı-elektrolit dengesini regüle etmek ve kolaylaştırıcı faktörleri tedavi etmektir (ADA, 2018; TEMD, 2019).

Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Sendrom (HHNS)

HHNS, DM'nin ketoasidoz olmaksızın, ileri derecede hiperglisemi, dehidratasyon hiperosmolarite ile seyreden mental değişikliklere de sebep olabilen mortalite oranı oldukça yüksek klinik bir tablosudur (TEMD, 2019).

HHNS ve DKA, insülin eksikliği ve ağır hiperglisemi sonucu meydana gelen patofizyolojisi ve tedavisi büyük oranda benzeyen, diyabetin iki önemli akut komplikasyonudur. HHNS'de dehidratasyon, DKA'da insülin eksikliği ön plandadır. HHNS ve DKA' da, patogenezi olarak aynı klinik tablonun farklı sonuçları görülür. Oluşum mekanizmaları oldukça benzerdir. DKA' da insülin yokluğu nedeniyle lipoliz baskılanamadığından, ketonemi ve ketonüri görülür. HHNS' de ortamda az miktarda insülin olması lipolizi baskıladığından, keton cisimcikleri oluşmaz (TEMD, 2019).

HHNS tedavisindeki amaç; dehidratasyon ve renal yetersizliğin giderilmesi amacıyla sıvı replasmanı yapılması, hipopotasemiyi engellemek için potasyum replasmanının sağlanması, kristaloidler ve volüm genişleticiler kullanılarak hipotansiyon ve şok durumlarının giderilmesini sağlamaktır (Araz, 2016).

Laktik Asidoz (LA)

Kanda laktat konsantrasyonunun arttığı asidoz durumudur. Çoğunlukla altta yatan önemli bir hastalığı bulunan bireylerde görülen, dokularda oksijen dağılımı ve kullanımının yetersizliği sebebiyle ortaya çıkan ağır metabolik asidoz biçimidir. Laktat yapımı ile kullanımı arasındaki denge bozulursa bu durum laktat birikimini işaret eder (Gardner ve Shoback, 2013; TEMD, 2019).

- Kan laktat düzeyi >5 mmol/l (Normalde 0.5 - 1 mmol/l'dir. Laktat >2 mmol/l ise hiperlaktatemi kabul edilir).
- pH <7.30 bulunur.

2.9.2. Diabetes Mellitus'un Kronik Komplikasyonları

Diyabette kronik komplikasyonlar iki başlık altında incelenmektedir. Bunlar, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlardır.

Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati

Gözün retina tabakasında bulunan küçük damarların kandaki glukoz düzeyinin yüksek seyretmesi sonucu zarar görmesine bağlı olarak gelişen görme kaybına ve görme bozukluklarına yol açan diyabetin mikrovasküler komplikasyonudur. Diyabetik retinopati, glisemik kontrol ve diyabetin süresiyle oldukça ilişkilidir. Tüm diyabet hastalarının %10-20 oranında diyabetik retinopati gelişmekte ve bu hastaların %2' si retinopati sonucu görme kaybı yaşamaktadır (TEMD, 2019). Diyabetik retinopati için risk faktörleri arasında serum lipid yüksekliği, böbrek fonksiyonların bozukluğu, gebelik, yüksek HbA1c düzeyi, diyabetin süresi, alkol kullanımı, cerrahi operasyonlar, obezite, anemi, cinsiyet ve hipertansiyon yer almaktadır (Ruta ve ark., 2013).

Diyabetik retinopatinin önlenmesi için düzenli taramanın önemi anlatılmalıdır (Günelay ve ark., 2016; TEMD, 2019);

- ✓ 10 yaş ve üzeri grupta bulunan tip 1 diyabet hastalarının ilk göz dibi muayenesinin tanı konulmasının ardından 5 yıl içinde yapılması gerekmektedir (TEMD, 2019).
- ✓ Tip 2 diyabet hastalarının ilk göz dibi muayenesi tanı konulmasının ardından yapılmalıdır. Ancak diyabetik retinopati bulguları saptanmaması halinde bile sonrasında yılda en az bir kez tekrarlanması gerekmektedir (TEMD, 2019).

Diyabetik Nöropati

Diyabetin en sık görülen komplikasyonlarından olan nöropati sinir sisteminin otonom ve somatik her iki kolunu da etkileyen, fizyopatolojisi karmaşık bir durumdur (Bayram ve Elçioğlu, 2016). Hiperglisemi nedeniyle zarar gören kan damarları, sinir liflerinin beslenmesini etkileyerek nöropati gelişmesine zemin hazırlamaktadır

(Diabetes UK, 2016). Tüm diyabet hastalarının %30-50 oranında diyabetik nöropati gelişmekte ve prevalansı yaşla birlikte %5 oranında artmaktadır (TEMD, 2019). Nöropatinin prevalansında ve gelişiminde etkili olan faktörler; HbA1c düzeyi, diyabet yaşı, sigara kullanımı ve erkek cinsiyettir (TEMD, 2019).

En sık görülen nöropati tipi, periferik sensorimotor polinöropatidir (ADA, 2018). İlk olarak distalde alt ekstremiteleri etkileyerek başlar, nöropatinin ilerlemesiyle duyu kayıp proksimalde ellerde görülmeye başlar. Tipik olarak eldiven-çorap tarzı tutulum gösteren duyu kaybına neden olur. El ve ayaklarda uyuşma, soğuk ve sıcak algılamada azalma, karıncalanma, güçsüzlük zonklama, ağrı, sızlama ve hissizlik diğer nöropati semptomlarıdır (Erdoğan ve Ongun, 2014).

Otonomik nöropati, otonom sinir sisteminin etkilendiği durumdur (TEMD, 2019). Göz, sindirim, solunum, dolaşım, bağırsak, fekal sfinkterler, terleme ve erektile fonksiyonlarında bozukluklara yol açar (TEMD, 2019).

En sık görülen semptomları arasında; gastrointestinal bozukluklar (regürjitasyon, bulantı, hazımsızlık, kusma, diyare vb), hipoglisemi, azalmış nörovasküler fonksiyonlar, pupillada meydana gelen değişiklikler, terleme bozuklukları, erektile disfonksiyon yer almaktadır (Olgun ve ark., 2010; Gardner ve Shoback, 2013).

Tip 1 diyabetli bireylerde tanıdan itibaren 5 yıl sonra, tip 2 diyabetli bireylerde ise tanıdan itibaren her yıl nöropati kontrolü yapılması gerekmektedir. Diyabetik nöropatinin tedavisinde amaç, glisemik kontrolün sağlanması, ağrı tedavisi ve ayak bakımındır (Erdoğan ve Ongun, 2014; Akdemir ve Birol, 2020).

Diyabetik Nefropati

Hiperglisemi nedeniyle böbreklerde fonksiyonel ve yapısal bir takım değişiklikler oluşmaktadır. Diyabetik nefropati glomerül içi arteriollerin hasarı, sürekli azalan glomerüler filtrasyon hızı ve artmış idrar albümin (>30mg/gün) atılımı ile karakterize diyabetin mikrovasküler komplikasyonudur (Kurt ve ark., 2004). Genellikle retinopati, proteinüri, hipertansiyon ve ödemle birlikte seyretmektedir (Samancıoğlu, 2016). Diyabetli hastaların %20-40' ında nefropati gelişir. Kronik böbrek yetersizliğinin en sık nedenidir (ADA, 2018).

Diyabet tanısıyla beraber saptanabilen nefropatide ilk bulgu mikroalbüminüri olup 3-6 ay ara ile yapılan iki ölçümde 24 saatlik idrarda albümin atılımının 30-299 miligram/gün olması ile tanı konmaktadır (TEMD, 2019).

Diyabetik nefropati tedavisinin bileşenleri kan basıncının kontrolü, glisemik kontrolün sağlanması ve diyetdir (Atasoy ve ark., 2015).

Makrovasküler Komplikasyonlar

Makrovasküler komplikasyonlar genellikle büyük kan damarlarında meydana gelen değişiklikleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Özellikle tip 2 diyabet tanısı olan hastalar için makrovasküler hastalıklar mortalite ve morbitide açısından önemlidir (TEMD, 2019). Makrovasküler komplikasyonlar; koroner arter hastalığı (KAH), inme ve periferik arter hastalıklarını içermektedir (TEMD, 2019).

Koroner Arter Hastalığı

Koroner Arter Hastalığı (KAH), inme ve periferik arter hastalıklarını kapsamaktadır. Kardiovasküler hastalık (KVH), diyabet hastalarında en önemli mortalite nedenidir (TEMD, 2019). Tip 2 diyabetli hastalarda özellikle KVH riski diyabetik olmayan bireylere göre, kadınlarda 3-5 kat, erkeklerde 2-3 kat daha yüksek saptanmıştır. KVH, tüm diyabetli hasta ölümlerinin %70-80' inden sorumlu tutulmaktadır (www.diyabet.gov.tr, Erişim Tarihi: 01.01.2020).

Diyabetli bireylerde trigliserit düzeyi yükselmekte, HDL kolesterol düzeyi düşmekte ve LDL kolesterol düzeyi artmaktadır (TEMD, 2019). Dislipidemi aterosklerozu hızlandırmakta endotel disfonksiyonuna da sebep olmaktadır. Ayrıca hiperglisemi arter duvarında doğrudan nitrik oksit salınmasını inhibe etmekte ve buna bağlı olarak trombosit aktivasyonu, tromboz ve inflamasyon oluşmaktadır. Tüm bunların sonucunda oluşan pıhtılaşma kolaylığı, makrovasküler patolojik olayların ortaya çıkmasında zemin hazırlamaktadır (Samancıoğlu, 2016).

Periferik Arter Hastalığı

Normal popülasyona göre görülme olasılığı 2-5 kat daha fazla olarak bildirilmektedir (TEMD, 2019). Diyabeti olan periferik damar hastalarında efor sonucu ortaya çıkan ağrı, kramp oluşumu, gerilme ve yorulma görülebilmektedir (Akdemir ve Birol, 2020).

Periferik arter hastalığının yeri ve derecesinin tanılanmasında USG (doppler ultrasonografi) yöntemi kullanılsa da en iyi seçenek aslında arteriografidir (TEMD, 2019). En iyi tedavi yöntemi greft ve stent uygulamasıdır. Bunun yanında sigarayı bırakma, dengeli ve düzenli beslenme, kilo kontrolü, fiziksel aktivitelerin düzenli yapılması gibi ilaç dışındaki uygulamalarda kardiyovasküler risklerin kontrol altına alınmasında bir yaklaşımdır (Akdemir ve Vatan, 2017).

Serebrovasküler Hastalıklar

Diyabet hastalarında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık ölüm nedenleri arasında inme yer almaktadır (TEMD, 2019). Diyabetli hastalarda inme görülme oranı sağlıklı bireylere oranla 2-4 kat daha fazladır (Gardner ve Shoback, 2012; Samancıoğlu, 2016).

Makrovasküler komplikasyonların kontrol altına alınması için yapılması gerekenler arasında; sigara kullanımının bırakılması, sağlıklı ve düzenli beslenmenin sağlanması, düzenli egzersiz yapılması, kan basıncı ve glisemik kontrolün sağlanması yer almaktadır (Ertek, 2015; Samancıoğlu, 2016).

2.9.3. Diğer Komplikasyonlar

Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak hem makro hem mikro komplikasyonların sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Diyabet hastalarında periferik arter hastalığı, periferik nöropati ve enfeksiyonlar sonucu diyabetik ayak görülmektedir. Diyabetik ayağın nedenleri arasında; nöropatinin neden olduğu hissizlik sonucu sürekli tekrarlayan travmaların fark edilmemesi yer almaktadır (Ayanoğlu, 2015). Diyabet hastalarının %15-20' si dönemsel olarak diyabetik ayak komplikasyonu yaşamaktadır (TEMD, 2019). Hastalar, eğitim ve bazı önlemler alınarak diyabetik ayaktan korunulabilmektedir (Biçer ve Çelik, 2016). Bu nedenle tüm poliklinik kontrollerinde hastaların ayak muayenesi yapılmalı ve hastalara tırnak/ayak bakım eğitimleri verilmelidir (Ayanoğlu, 2015).

2.10. Sağlık ve Hastalık

Geleneksel anlamda sağlık; hastalıkların varlıkları veya yoklukları açısından tanımlanmaktadır. Florence Nightingale sağlık kavramını iyi olma hali ve sahip olduğumuz maksimum gücü kullanmak olarak tanımlamıştır (Akgüç, 2013; Kavak

ve Aktürk, 2019). Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda mental, sosyal ve fiziksel olarak tam iyilik halinin olması” olarak tanımlamıştır (Akgüç, 2013; Kavak ve Aktürk, 2019).

Sağlık kavramı subjektif sağlık ve objektif sağlık olmak üzere iki çeşide ayrılmaktadır (Öztürk ve Kırac, 2019). Subjektif sağlık; kişilerin psikolojik, sosyal ve fiziksel yönden kendilerini nasıl algıladıklarını ve nasıl ifade ettiklerini tanımlamaktadır. Kişiler kendilerini hasta olmadıkları halde hasta veya hasta olmasına rağmen sağlıklı hissedebilmektedir. Objektif sağlık; kişilerin laboratuvar testleri ve muayene sonucuna göre sağlıklı olması, hastalığın olmaması halidir (Akgüç, 2013; Kavak ve Aktürk, 2019).

Sağlık genellikle üç şekilde ele alınmaktadır. Bunlar (Ay, 2008; Karabulutlu ve Gündüz, 2016);

- ✓ Negatif sağlık; rehabilitasyon ve tedavi gereken sağlık durumu olarak tanımlanmaktadır.
- ✓ Nötral sağlık; bir hastalık durumunun olmaması ve dengeli bir sağlık halinin bulunması halidir. Sağlığın ilerleyebilmesi için ilk olarak negatif sağlık durumundan nötral sağlık durumuna ulaşılması gerekmektedir.
- ✓ Pozitif sağlık; sağlığın iyilik düzeyinin artması veya sağlığın geliştirilmesi anlamına gelmektedir. Nötral sağlıktan sonra ulaşılan, potansiyel sağlığı geliştiren ve yaşam kalitesini geliştiren sağlık davranışı olarak tanımlanmaktadır.

Hastalık; tıbbi açıdan sağlığın olmayışı, bir hastalığın bulgu ve belirtilerinin olması durumudur. Hastalık, psikolojik açıdan incelendiğinde kişilerin ani bir durumda gösterdikleri tepkiyi ve duygularını kontrol edememesi olarak tanımlanmaktadır. Hastalık sözlük anlamı olarak ise; hücrelerde ve dokularda fonksiyonel, yapısal ve normal dışı meydana gelen değişikliklerin sonucu olarak tanımlanmıştır (Yorulmaz ve ark., 2013).

Hastalık tek ajan kuramına göre; bir işgal veya müdahale olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın birçok etken sebebiyle ortaya çıktığını savunan kuram ise çoklu neden kuramıdır. Tek ajan kuramı hastalık alanına yönelik çalışmalar yaparken, çoklu neden kuramı ise insanların sağlıklı olma halleri üzerinde durmaktadır (Ay, 2008;

Uysal ve Akpınar, 2013; Karabulutlu ve Gündüz, 2016). Hastalık oluşumunda Selye, stres faktörü üzerinde durmuştur (Selye, 1974). Hastalık kişilerin bir bütün olarak oluştuğunu, ailesel, fiziksel, spirüel, sosyal, ruhsal, kültürel boyutlarının olumsuz bir şekilde etkilendiği bir durumdur. Ayrıca varoluş ve kimliğine yönelik ciddi endişe yaratan bir yaşam tecrübesi olarak tanımlanmaktadır (Ay, 2008; Karadeniz ve ark., 2008).

Hastalık kavramı; hasta kişilerin etkileşimini, çevresiyle olan uyumunu, kendi içinde ki denge durumlarını, üretkenliğini, verimliliğini bozmaktadır (Akdemir ve Birol, 2020). Hastalıklara karşı hastalar; gizleme, umutsuzluk, beden algısında ve imgesinde bozulma, belirsizlik, regresyon, yalnız kalmayı isteme, güçsüzlük, kızgınlık-öfke, inkar, tedaviyi reddetme, hüznün, yetersizlik, şok, anksiyete, sosyal geri çekilme ya da izolasyon, çaresizlik, utanç ve suçluluk, benlik saygısında azalma, kuşku ve pazarlık gibi çok çeşitli şekilde tepki gösterebilmektedirler (Karadeniz ve ark., 2008; Kayacan, 2012; Kavak ve Aktürk, 2019).

Hasta kişilerin bazı davranışlarının; hastalık semptomlarını tanımlama, kendi vücutlarını algılama ve yorumlamayla alakalı olduğu bilinmektedir. Kişilerin gösterdikleri bu hastalık davranışları; sorumlulukla, sosyal sınıfla ve rolle ilişkilidir. Örnek olarak; soğuk algınlığı, öğrenci tarafından evde istirahat etmek olarak algılanırken, anne tarafından ise bu durum annelik rolünden geçici bir süre azat olma, çocuğuna bakamama anlamına gelebilmektedir (Samancıoğlu, 2016; Akdemir ve Birol, 2020).

2.11. Hastalık Algısı

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak tanımlanmaktadır. Hastalık algısı kişinin hastalığa zihninde yüklediği anlamdır. Hastalık algısı, insanın tüm hayatını ve tedavi sürecini etkileyen bir kavramdır. Hastalık deneyimi kişiden kişiye göre farklılık göstermekle birlikte birçok faktörden de etkilenmektedir. Hastalar bilgileri, kişisel deneyimleri, değerleri, gereksinimleri ve inançları doğrultusunda hastalıklarını açıklamaya çalışmaktadır (Akgüç, 2013; Uysal ve Akpınar, 2013).

Hastalık algısı, kişilerin semptom veya hastalıkla alakalı beklentilerinin ve inançlarının yansımaları oluşturmaktadır. Hastalık sonucu ve hastalığın algısı

arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmalara göre, içsel açıdan kontrol algısı üst seviyede olan kişilerde hastalıkla ilgili gidişatın daha iyi olduğu belirlenmiştir. Baş etme, tedavi etkilerini değerlendirme ve tıbbi tedavi kullanımının hastalık algısıyla ilişkili olduğuna değinilmektedir (Karadeniz ve ark., 2008; Kayacan, 2012; Kavak ve Aktürk, 2019).

Leventhal ve ark., tüm hastaların kendi “hastalık temsili modelini” oluşturduklarını ileri sürmektedir. Bu durumda kişiler oluşturdukları soyut ve somut kavramlardan gelen bilgiler doğrultusunda bilinçaltılarında yaşamı ve hastalığı tehdit eden durumlara ilişkin şemalar oluşturmaktadır (Kayacan, 2012; Karabulutlu ve Gündüz, 2016). Hastalıkların süresi, belirtileri ve sonuçlarıyla alakalı kendi düşüncelerini içeren bu bilişsel modeller, tedavi ve durumlarına olan inançları da içermektedir. Hastaların yaşam kalitesini belirleyici unsurlar arasında hastalığa ilişkin yorumu, değerlendirmeleri, algısı, baş etme biçimi, psikiyatrik bozukluk gelişmesi ve psikososyal zorlanma yer almaktadır (Yorulmaz ve ark., 2013).

Kişinin hastalık deneyimi, hastalık algısında oldukça önemli bir yere sahiptir. Bireyler, çevresindeki durumları açıklamak ve öngörmek amacıyla bir takım zihinsel temsiller oluştururlar. Hastalar da geçici ya da daha uzun süreli hastalık ve belirtileri ile ilgili bilişsel şemalar geliştirirler. Hastalık algısı modeli, hastalıkla ilgili veriyi beş alanda değerlendirir; hastalığın kimliği, hastalığın süresi, hastalığın nedenleri, hastalığın sonuçları ve hastalığın tedavi/kontrol edilebilirliği. Bu alanların kimlik, süre ve neden hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Geriye kalan iki alan olan sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik ciddiyet tahmini için kullanılır (De- Long ve ark. 2015).

2.11.1. Hastalığın Kimliği

Bireyler genellikle hastalıklarıyla ilgili zihinlerinde temsiller oluştururlar. Örneğin besin zehirlenmesi ya da soğuk algınlığı gibi sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilinmektedir fakat başka hastalıklar belirsiz durumlara sebebiyet verebilir. Kişilerin, semptomları üzerinden oluşturdukları temsiller, tedaviyi düzenleyen sağlık profesyonellerinin hastalığa yönelik geliştirmiş oldukları temsillerden farklılık gösterebilir. Hastalar çoğunlukla tedavinin yan etkileri hakkında ya da ilişki olmaksızın semptomlarıyla ilgili hatalı yorumlar yapabilirler.

Bu durum da hastalıklarıyla ilgili bilişsel bir kimlik oluşturmalarına zemin hazırlar (Acehan, 2010; Kavak ve Aktürk, 2019).

2.11.2. Hastalığın Nedenleri

Hastalar, tanı aldıktan sonra hastalıklarına sebep olan durum hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Örneğin hastalıklarının yeme alışkanlığı, genetik ya da stres kaynaklı geliştiğini düşünebilirler. Nedensel inanışlar, bireylerin kendi durumları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkileyen önemli unsurları içerir. Örneğin stres faktörünü hastalığı üzerinde olumsuz bir etken olarak tanımlayan bir diyabet hastası, stresli durum ve ortamlardan uzak durarak bu durumun oluşturacağı negatif etkiyi hafife indirebileceğini düşünerek tedavisine yön verebilir. Ayrıca nedensel inanışlar, bireyin hastalığını kontrol altında tutabilmesi için farkındalık kazanmasında ve hastalığının neden sonuç ilişkisini kavrayıp tedavi protokolünü doğru şekilde yönetmesi bakımından oldukça önemlidir (Acehan, 2010).

2.11.3. Hastalığın Süresi

Hastalık kavramında akut ve kronik olarak değişen zamansal inanışlar mevcuttur. Özellikle ilaç kullanımı ile zamansal inanışlar arasında önemli bir ilişki vardır. Akut hastalar, ilaçlarını ve tedavilerini kronik hastalara göre daha çabuk bırakma eğilimindedir (Acehan, 2010; Ciddi, 2010).

2.11.4. Hastalığın Tedavi Edilebilirliği/Kontrol Edilebilirliği

Bireylerin, hastalıklarını bir tedavi programı aracılığıyla kontrol edilebilir ya da edilemez olduğuna yönelik inançları tedavi sürecinde oldukça önemli bir yere sahiptir (Ciddi, 2010).

2.11.5. Hastalığın Sonuçları

Kişilerin, hastalığının sonucuyla ilgili algılarından oluşan bu alan, hastanın yaşam biçiminde, aile ve iş ortamı ve ekonomik alanda başına gelebilecek değişiklikler üzerinde etkilidir (Ciddi, 2010). Lipowski, kişilerin hastalığa yüklediği anlamları; meydan okuma/mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit, kayıp, kazanç/rahatlama ve ceza olarak dört başlıkta tanımlamıştır. Bu tanımlamaya göre değerlendirildiğinde hastalık, tehdit veya meydan okunması-mücadele edilmesi gereken durum olarak algılandığında, bireyin tepkisinin uyarıcı ve normal olduğuna inanılır. Bu bağlamda algı geliştiren bireyler hastalıkları ile ilgili işbirliği içerisinde

uyumlu davranışlar sergilerler. Tehdit olarak görülen hastalıkta ise çoğunlukla anksiyete, korku ve öfke duyguları ortaya çıkar (Acehan, 2010; Kavak ve Aktürk, 2019). Bireyler hastalığı fırsat ya da kazanç olarak algıladıklarında kasıtlı veya kasıtsız olarak kişiler arası ilişkilerden, ekonomik zorlanmalardan ve sosyal rollerin istek ve sorumluluklarından muaf olma anlamına gelebilmektedir. Kişiler bu durumu hastalıktan birincil veya ikincil kazanç olarak değerlendirebilirler. Böyle durumlarda kişinin hasta rolüne sınıksız sarıldığı ve tedaviye uyum göstermediği gözlenir (Küçükbakar, 2011). Hastalık, ceza olarak algılandığında çoğunlukla öfke, utanç veya depresyon gibi duygusal tepkiler oluşabilir. Burada suçluluk duygusunun varlığı ve derecesi en önemli problem olarak ortaya çıkar (Küçükbakar, 2011).

Pozitif yönde geliştirilen hastalık algısı kişilerin tedavi sürecine aktif katılımını sağlar. Hastaların, psikolojik, sosyal ve fiziksel boyutlarının değerlendirilerek hastalık hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Hastalık algısının bireylerin öz-bakımını, yaşam kalitesini ve duygu durumunu etkilediğine dair çalışmalar bulunmaktadır (Kepenek, 2014). Kronik hastalığı sahip bireylerde, hastalık algılarının olumlu yönde değiştirilmesiyle hastalığı yönetebilmeleri, hastalığın getirdiği duygusal yüklerle baş edebilmeleri ve günlük stresin üstesinden gelebilmeleri amacıyla bilgi ve beceri kazandırılabilir (Chitcot, 2012).

2.12. Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı

Dünyada olduğu kadar ülkemizde de son yıllarda Tip 2 DM, tanı alan hastaların sayısındaki artış ve tedavi hedeflerindeki başarısızlıklardan dolayı üzerinde daha fazla durulan bir metabolizma hastalığı olmuştur (Kayacan, 2012; Yorulmaz ve ark., 2013).

DM tedavisinde bilimsel temellere dayanan ve kabul görmüş bir gerçek olarak her zaman vurgulanan “her hastayı ayrı olarak ele alma ve her hasta için hastaya özel tedavi planı hazırlama” yaklaşımını klinik pratiğe yansıtmada pek çok engel vardır. Bu engellerden en önemlisi olan “hastaya yeterli zamanın ayrılamaması” sorununa yönelik yapılacak her türlü iyileştirme çabası tedavi başarısında öngörülenin üzerinde bir geri dönüş sağlayacaktır. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemi işleyişinin, “bilgilendirme ve eğitime zaman ayrılması” yerine “kısa sürede çok sayıda vaka görülmesi” üzerine kurulu olması tüm kronik hastalıklarda olduğu

gibi diyabet tedavisinde de büyük zorluklara neden olmaktadır (Akgüç, 2013; Karabulutlu ve Gündüz, 2016).

Yapılan çoğu çalışmada, tedavi ve tanı yöntemlerinde meydana gelen büyük gelişmeler olmasına rağmen hedeflenen kan şekeri değerlerine ulaşılamaması nedeniyle tedavi seçeneklerinin farklılaşmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Diyabet tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi ile ruhsal boyut arasında bir ilişkinin olmasının hastalık algısını etkilediği bildirilmiştir. Çalışmaların sonuçları, fiziksel hastalığa sahip olan kişilerin tedavisinin etkinliğinde, hastalıklarını algılama biçimlerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Karabulutlu ve Gündüz, 2016; Kavak ve Aktürk, 2019). Diyabet hastalarında depresyon düzeyi ile hastalık algısı arasında bir ilişkinin olduğuna ve takip, tedavi gibi faktörlerden de etkilendiğine inanılmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar hastalık algısının yönetim davranışlarını etkilediği ve bu durumun da glisemik kontrolde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Yapılan bu çalışmalar, hastaların hastalıklarını nasıl algıladığını belirlemenin, etkin düzeyde bir tedavi uygulamada kritik düzeyde önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Hastalık algısı, sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi açısından oldukça önemli veriler oluşturmakta ve diyabet hastalarının çok boyutlu değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Akgüç, 2013; Kavak ve Aktürk, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Amaç

Diyabet, insülin eksikliği ya da etkisizliği nedeniyle organizmanın karbonhidrat (KH), yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (TEMD 2019, ADA 2018). Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde diyabet prevalansı hızla yükselmektedir (İmamoğlu ve Özyardımcı 2009). International Diabetes Federation (IDF) verilerine göre 2019 yılı itibariyle dünyada diyabet sıklığının 463 milyon olduğu ve bu değer 2040 yılında 642 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (IDF 9 th Diabetes Atlas). Satman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ülkemizde diyabet sıklığı %13,7, bozulmuş glikoz toleransı (BGT) sıklığı %13,9 olarak saptanmıştır (TURDEP 2010).

Diyabet, dünyada epidemi olarak kabul edilen; kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan zorlanmalarına sebep olan kronik bir hastalıktır. Bireyler hastalık tanısı aldıklarında kendi durumları hakkında bazı inanış ve davranışlar geliştirir. Bu inanış ve davranışlar, hastalık ve tedavi sürecinin yapı taşını oluşturur. Kişinin hastalığı algılama biçimi ve hastalığın neden olduğu zorluklar kronik hastalıklarda bireyin tedaviye uyumunu etkiler. Hastalık algısı bireydeki hastalık durumunun bilişsel fotoğrafı olarak tanımlanabilir (Karabulut E., Okanlı A., 2011).

Diyabet hastalarında, hastalık algısı, hastalığı yönetim davranışlarını etkileyerek glisemik kontrol üzerine önemli derecede etki etmektedir (Ruggiero ve ark., 1997). Fiziksel hastalığı olan kişilerde hastalığın nasıl algılandığını belirlemek, etkin bir tedavi uygulamak için kritik düzeyde önem taşır. Hastalık algısı değerlendirmeleri, sunulan hizmetler açısından da önemli ipuçları verebildiğinden dolayı, diyabet hastalarının hastalık algısını çok boyutlu olarak değerlendirmek önemli hale gelmektedir (D. L. Buick, 1997).

Diyabetin en iyi tedavisi, gelişiminin önlenmesidir. Diyabet geliştiği takdirde ise, tedavinin amaçları ve öncelikleri kişiye göre belirlenmelidir (Yılmaz ve ark., 2002). Bu tedavinin ilkeleri; diyet, egzersiz, eğitim, oral antidiabetik (OAD) ilaç tedavisi ve gerektiğinde insülin tedavisini içermektedir. Tedaviye uyum göstermeme, DM'de metabolik dengesizliklerin önemli bir sebebi olarak tanımlanmaktadır. Kara

alışmasında, tip 2 diyabetli bireylerin öz-bakım becerileri kazandıklarını (diyet alımının uygun olması, OAD ilaçların düzenli ve doğru kullanılması, düzenli egzersiz, kan glukozunun düzenli takibi, insülin doz ayarının doğru yapılması, insülinin güvenli ve doğru uygulanması) ve hedeflenen öz-bakım yetisine sahip olduklarını ayrıca tedavi uyumlarının arttığını, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarının önlenebildiği, daha etkin metabolik kontrol sağlandığını saptamıştır (Kara 2007).

Literatür incelendiğinde eski ve yeni tanılı tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısının tedavi uyumu üzerine etkisiyle ilgili yapılmış olan bir çalışma saptanmamıştır. Bu alışma, eski ve yeni tanılı tip 2 DM hastalarında, hastalık algısının tedavi uyumu üzerine etkisini araştırmak için planlanmıştır.

Bu alışmada “Hastalık Algısı leği” ve “Morisky Tedavi Uyum leği” kullanılarak hastaların hastalık algıları ve tedavi uyumları araştırılmıştır.

Araştırma hipotezleri řu şekildedir:

- Eski ve yeni tanılı tip 2 diyabet hastalarında, hastalık algısını etkileyen faktörler nelerdir?
- Eski ve yeni tanılı tip 2 diyabet hastalarının tedavi uyumunu etkileyen faktörler nelerdir?
- Eski ve yeni tanılı tip 2 diyabet hastalarının hastalık algısı ile tedavi uyum düzeyleri arasında anlamlı düzeyde ilişki var mıdır?

3.2. Çalışmanın nemi

Bu alışma, eski ve yeni tanılı tip 2 DM hastalarının, hastalık algılarında fark olup olmadığını ve bununla ilgili olası farkların tedavi uyumu üzerine etkisini saptamak için planlanmıştır. Bireylerde algı oluşturulması ile hastaların tedaviye uyum düzeyleri artacak, bireyin hastalığa yönelik farkındalığının belirlenmesi hastalık algısından kaynaklanan tedaviye uyumsuzluğu önleyebilecektir. Çalışma sonucunda hastaların tedaviye uyumsuzluğuna bağlı gelişebilecek metabolik dengesizlik ve komplikasyonların önlenmesi beklenmektedir.

3.3. Araştırma Metodolojisi

Bu çalışma eski ve yeni tanıli tip 2 DM hastalarında hastalık algısının, kişinin tedaviye uyumunu nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla betimsel tarama modeli desenli olarak planlanmıştır. Hastalar eski tanı ve yeni tanı grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Tanılarını üç ay veya daha kısa süre önce alan hastalar yeni tanı grubu, üç aydan daha uzun süre önce alan hastalar ise eski tanı grubu olarak belirlenmiştir.

Gruplar arası homojenliğin sağlanması için her iki gruptaki hasta sayısı eşit olarak seçilmiştir. Eski tanı grubunda 50 hasta ve yeni tanı grubunda 50 hasta olmak üzere 100 tip 2 diyabet hastası çalışmaya alınmıştır. Çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır. Hastalar çalışma ile ilgili bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Daha sonra hastaların yüz yüze anket yöntemi ile bilgileri alınmıştır. İlk olarak hastaların demografik ve hastalıkla ilgili özelliklerini değerlendirmek için hasta bilgi formu uygulanmıştır (Ek-1). Sonrasında hastalık algı düzeylerini tespit etmek amacı ile “Hastalık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır (Ek-2). Ayrıca hastaların tedavi uyum düzeylerinin belirlenmesi için “Morisky Tedavi Uyum Ölçeği” kullanılmıştır (Ek-3).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya Nisan 2019 – Eylül 2019 tarihleri arasında Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı polikliniklerine başvuru yapıp, tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50’si yeni 50’si eski tanıli olmak üzere 100 tip 2 DM hastası alınmıştır.

3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Tip 2 DM tanısı almak,
- 18-75 yaş arasında olmak,
- Eğitim düzeyi en az okur-yazar düzeyinde olması.

3.4.2. Dışlanma Kriterleri

- Tip 1 DM tanıli hastalar,
- 18 yaşından küçük ve 75 yaşından büyük olmak,
- Okur-yazar olmamak.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada hastaların sosyodemografik, antropometrik ve hastalıkla ilgili verilerini toplamak için bir ‘‘Hasta Bilgi Formu’’ kullanılmıştır. Hastalıkla ilgili algılarını belirlemek için ‘‘Hastalık Algısı Ölçeği’’, tedavi uyumlarını belirlemek için ‘‘Morisky Tedavi Uyum Ölçeği’’ kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu sosyodemografik, antropometrik ve diyabet ile ilgili verileri toplamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık algısı ölçeği (HAÖ) 1996 yılında Weinmann ve ark. tarafından fiziksel hastalığa sahip bireylerde hastalık algısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Illness Perception Questionnaire) (Weinmann ve ark. 1996). Moss-Morris ve ark. tarafından yapılan düzenlemelerle 2002 yılında yeniden revize edilmiştir (Moss-Morris 2002). Birçok fiziksel hastalıkta kullanılmış, Armay ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmış, 2006 yılında kanser hastalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Armay ve ark. 2006).

HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşan bir ölçektir. Her alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Boyut puanları bireyin genel olarak kendini hasta olarak görme düzeyini belirlemektedir. Ölçek ve alt boyut puanlarının yüksek olması kişinin kendisini daha çok hasta olarak hissettiği anlamına gelmektedir.

Hastalık tipi boyutu: Bu boyutta iki bölüm bulunmaktadır. Birinci bölüm; görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyumada güçlük ve güç kaybı) ‘‘hastalıktan önce yaşıyıp yaşamadığı,’’ ikinci bölümde ise; bu belirtileri ‘‘hastalıkla ilgili görüp görmediği’’ sorularak ‘‘evet’’ ve ‘‘hayır’’ olarak cevaplama istenmektedir. ‘‘İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirilmesini göstermektedir.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Bu boyut, beşli likert tipi ölçüm (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum ve

kesinlikle böyle düşünüyorum) ile değerlendirilen otuz sekiz maddeden oluşmaktadır. Süre (akut/kronik) (1,2,3,4,5), sonuçlar (6,7,8,9,10,11), kişisel kontrol (12,13,14,15,16,17,18), tedavi kontrolü (19,20,21,22,23), hastalığı anlayabilme (24,25,26,27,28), süre (döngüsel) (29,30,31,32) ve duygusal temsiller (33,34,35,36,37,38) olmak üzere yedi alt boyut içermektedir. Süre boyutu; akut, kronik olarak gruplandırılır ve bireyin hastalığın süresi ile ilgili algısını değerlendirir. Sonuçlar boyutu; hastanın hastalığının şiddetini, fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğine olası etkinliğine yönelik inançlarını değerlendirir. Kişisel kontrol boyutu; bireyin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrol boyutu; hastanın, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını değerlendirir. Hastalığı anlayabilme boyutu; bireyin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Süre (Döngüsel) boyutu; kişilerin hastalıklarını bazen akut, bazen de kronik döngüsel bir seyir içinde nasıl algıladıklarını değerlendirir. Duygusal temsiller boyutu ise; kişinin hastalığıyla ilgili negatif duygularını araştırır. Hastalık algısı ölçeği alt süre boyutlarından süre (akut/kronik), tedavi kontrol, kişisel kontrol, hastalığı anlama boyutlarının puanlarının yüksekliği hastalık algısının yüksek olduğunu gösterir. Süre boyutlarından (döngüsel), duygusal temsiller, sonuçlar alt boyutlarının puanlarının yüksek olması ise hastalık algı düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir.

Hastalık nedenleri boyutu: Bu boyut ise, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri inceleyen 18 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör. endişe/stres, aile problemleri, bireysel özellikler) (1,8,9,10,12,17), risk etkenleri (ör. kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma) (2,4,6,7,11,13,14,15), bağışıklık (ör. mikrop/virüs, vücut direncimin az olması), (3,18) kaza veya şanssızlık (ör. yaralanma, kötü talih vb.) (5,16). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması istenmektedir.

Tablo 3.1. Hastalık Algısı Ölçeği Güvenilirlik Katsayıları

Boyutlar	Cronbach's Alpha	Açıklanan Varyans
Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)	0,75	%19
-Hastalık Tipi Boyutu	0,81	%20
-Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu	0,72	%16
-Hastalık Nedenleri Boyutu	0,79	%18

Hastalık algısı ve alt ölçeklerine ilişkin iç tutarlılık katsayıları incelendiğinde güvenilirlik katsayılarının 0,72 ile 0,81 arasında değiştiği tespit edilmiştir. İç tutarlılığın 0,80 ile 1 arasında olması veri setinin yüksek derecede güvenilir olduğunu ifade ederken 0,60 ile 0,80 aralığı ise oldukça güvenilir olduğunu ifade etmektedir.

3.5.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (Morisky Medication Adherence Scale)

Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek iki seçenekli dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Sorular ‘evet-hayır’ şeklinde yanıtlanmaktadır. Hayır cevabı verilen her soru için 1 puan, evet cevabı verilen her soru için 0 puan verilerek genel puan üzerinden ölçek değerlendirilmektedir. Soruların tümüne ‘hayır’ denmişse tedavi uyumu yüksek, bir veya iki soruya ‘evet’ denmişse tedavi uyumu orta, üç veya dört soruya ‘evet’ denmişse tedavi uyumu düşük olarak değerlendirilir (Morisky, Green, Levine, 1986).

Ölçek, ülkemizde Yılmaz ve Buzlu tarafından 2004 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. İki uçlu duygu durum bozukluğu olan hastalarda kullanılabilirliğine yönelik geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Psikiyatrik, metabolik ve diğer birçok hastalık için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek, pek çok hastanın tedavi uyumunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Tedavi uyum ölçeği çalışmamızda kullanılabilmesi için yazardan izin alınmıştır. Çalışmada Tedavi uyum ölçeğinin güvenilirlik düzeyinin $\alpha=0,81$ (Co. Alpha) olduğu ve ölçeğin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma öncesi hastalar çalışma konusunda bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik araştırmaları etik kurulundan, etik kurul izni alınmıştır (01/12/2021,Karar No:830).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan hastaların hastalık özellikleri nedeniyle çok uzun sürelerde bekleyememeleri nedeni ile verileri toplarken zorluklar yaşanmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin maddelerinin çok olması zaman zaman hastaların sıkılmasına neden olmuş, hastalar ölçeği doldurmakta zorlanmışlardır.

3.8. İstatistiksel Veri Analiz Yöntemleri

Verilerin analizi konusunda; tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde ve ortalama± standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Çalışmadaki ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin analizi için Co. Alpha testi uygulaması yapılmıştır. Yeni ve eski tanıılı hastaların özelliklerinin farklı oranlarda olup olmadığının incelenmesi için Ki-Kare testi uygulanmıştır. Tedavi uyum düzeyleri ve hastalık algılarının; hastaların demografik, fizyolojik ve hastalıkla ilgili durumlarına göre incelenmesinde için bağımsız t testi analizi ve varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Hastaların tedavi uyum düzeyleri ve hastalık algı düzeyleri arasındaki ilişkilerin tespit edilmesi amacı ile korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular tablo 4.1.' de verilmiştir. Çalışmaya 50 eski tanı (ET), 50 yeni tanı (YT) olmak üzere toplam 100 tip 2 DM hastası alınmıştır.

Tablo 4.1. Hastaların Genel Özellikleri

Hastaların Genel Özellikleri	Tüm Hastalar	Eski Tanı Grubu	Yeni Tanı Grubu	p
Cinsiyet				
Kadın (n(%))	59 (59)	24 (48)	35(70)	0,02*
Erkek (n(%))	41(41)	26 (52)	15(30)	
Yaş	X±s.s [min-max]	X±s.s [min-max]	X±s.s [min-max]	P
Ortalama Yaş	53,44±11,28	56,96±8,98	49,92±11,89	0,01
Eğitim				p
Okuryazar (n(%))	4 (4)	4 (8)	0 (0)	0,92
İlkokul (n(%))	41(41)	23 (46)	18 (36)	
Ortaokul (n(%))	19(19)	8(16)	11(22)	
Lise (n(%))	27(27)	12 (24)	15(30)	
Üniversite (n(%))	9(9)	3 (6)	6(12)	
Sosyal Güvence				p
Var (n(%))	50 (100)	50 (100)	50 (100)	
Yok (n(%))	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Yeşil Kart (n(%))	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Dişabetinizin Tedavi Şekli				p
OAD (n(%))	50 (50)	15(30)	35 (70)	0,01*
İnsülin (n(%))	18 (18)	14 (28)	4 (8)	
İnsülin+OAD (n(%))	22 (22)	15 (30)	7 (14)	
Sadece Diyet (n(%))	10 (10)	6 (12)	4 (8)	
Dişabete Bağlı Sorunlar Nedeniyle Hastaneye Yattınız Mı?				p
Evet (n(%))	33(33)	30 (60)	3 (6)	0,01*
Hayır (n(%))	67(67)	20 (40)	47 (94)	
Sigara Kullanıyor Musunuz?				p
Evet (n(%))	30 (30)	19 (38)	11 (22)	0,01*
Hayır (n(%))	70 (70)	31 (62)	39 (78)	
Alkol Kullanıyor Musunuz?				p

Evet (n(%))	15 (15)	10 (20)	5 (10)	0,01*
Hayır (n(%))	85 (85)	40 (80)	45 (90)	
Diyabet Kontrolü İçin Hangi Sıklıkta Kontrole Gidiyorsunuz?				p
Ayda Bir (n(%))	12 (12)	0 (0)	12 (24)	0,01*
İki Ayda Bir (n(%))	9 (9)	4 (8)	5 (10)	
Üç Ayda Bir (n(%))	38 (38)	6 (12)	32 (64)	
Altı Ayda Bir (n(%))	13 (13)	13 (26)	0 (0)	
Yılda Bir (n(%))	28 (28)	28 (56)	0 (0)	

Tüm hastaların %59'u (n=59) kadın ve %41'i (n=41) erkek idi. ET grubundaki hastalarının %48'inin kadın (n=24) ve %52' sinin (n=26) erkek olduğu; YT grubundaki hastalarının %70' inin (n=35) kadın ve %30' unun (n=15) erkek olduğu tespit edilmiş olup YT grubunda daha yüksek oranda kadın hastalar olduğu görülmüştür (p=0,02).

Tüm hastaların yaş ortalaması 53,44±11,28 olduğu görülmüştür. ET grubunda hastaların yaş ortalamaları 56,96±8,98 iken , YT grubundaki hastaların yaş ortalaması 49,92±11,89 olarak saptanmıştır. ET grubundaki hastaların yaşlarının istatistiksel olarak YT grubu hastalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,01).

Tüm hastalarının eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %41' inin (n=41) ilkokul mezunu, %27' sinin (n=27) lise mezunu, %19' unun (n=19) ortaokul mezunu, %9' unun (n=9) üniversite mezunu ve %4' ünün (n=4) sadece okuryazar olduğu saptanmıştır. ET hastalarının eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %46' sının (n=23) ilkokul mezunu, %24' ünün (n=12) lise mezunu, %16' sının (n=8) ortaokul mezunu, %8' inin (n=4) okuryazar ve %6' sının (n=3) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. YT hastalarının eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %36' sının (n=18) ilkokul mezunu, %30' unun (n=15) lise mezunu, %22' sinin (n=11) ortaokul mezunu ve %12' sinin (n=6) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. YT ve ET hastalarının eğitim düzeylerinin benzer oranlarda olduğu görülmüştür (p=0,92).

ET ve YT hastalarının tümünün sağlık güvencesi mevcuttu.

Tüm hastaların tedavi yöntemlerine bakıldığında %50' sinin (n=50) Oral Anti-Diyabetik İlaç tedavisi, %22' sinin (n=22) insülin+OAD tedavisi, %18' inin (n=18)

insülin ve %10' unun (n=10) sadece diyet tedavisi aldığı görülmüştür. ET grubunda hastaların %30' unun (n=15) OAD tedavi, % 30' unun (n=15) insülin+OAD tedavisi, %28' inin (n=14) insülin tedavisi ve %12' sinin (n=6) sadece diyet tedavisi uyguladığı görülmüştür. YT grubunda ise %70'inin (n=35) OAD tedavisi, %14' ünün (n=7) insülin+OAD tedavisi, %8' inin (n=4) sadece insülin tedavisi ve %8' inin (n=4) sadece diyet tedavisi aldığı görülmüştür. Tedavi tiplerinin gruplara göre farklı oranlarda olduğu görülmüştür. ET grubunda OAD + insülin kullanımının, YT grubunda ise sadece OAD kullanım sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı (p=0,01).

Tüm hastaların %33' ünün (n=33) diyabete bağlı sorunlar nedeniyle hastaneye yatış yaptığı saptanmıştır. ET grubu hastalarının %60' ının (n=30) diyabet nedeni ile hastaneye daha önce yatış yaptığı görülürken YT grupta ise bu oranın %6 (n=3) olduğu görülmüştür. ET grubu hastalarının hastaneye yatış yapma sıklığının YT tanı hastalarına göre istatistiksel olarak daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (p=0,01).

Tüm hastaların %30' unun (n=30) sigara kullandığı görülmüştür. ET grubu hastalarının %38' inin (n=19), YT grubu hastalarının %22' sinin (n=11) sigara kullandığı saptanmıştır. ET grubunda sigara kullanımı oranının, YT grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (p=0,01).

Tüm hastaların %15' inin (n=15) alkol kullandığı tespit edilmiştir. ET grubu hastalarının %20' sinin (n=10), YT grubu hastaların %10' unun (n=5) alkol kullandığı saptanmıştır. ET grubunda alkol kullanım oranının, YT grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (p=0,01).

Hastaların diyabet kontrol sıklığı değerlendirildiğinde % 38' inin (n=38) üç ayda bir kez, %28' sinin (n=28) yılda bir kez, % 13' ünün (n=13) altı ayda bir kez, %12' sinin (n=12) ayda bir kez ve % 9' unun (n=9) iki ayda bir kez kontrole gittiği görülmüştür. YT grubunda ayda bir kez kontrole gelme sıklığı %24 (n=12) olduğu gözlemlenmiştir. ET grubunda iki ayda bir kez kontrole gelen hastaların oranı %8 (n=4) iken YT grubunda bu oran %10' dur (n=5). ET grubunda üç ayda bir kez kontrole gelen hastalarının oranı %12 (n=6) iken, YT grubunda bu oran %64 (n=32) olduğu görülmüştür. ET grubunda altı ayda bir kez kontrole gelen hastaların oranı

%26 (n=13) olduğu saptanmıştır. ET grubu hastaların yılda bir kez kontrole gelme oranı %56 (n=28) olduğu görülmüştür. ET grubu hastalarının daha yüksek oranlarda altı ayda ve yılda bir kez kontrole gittiği görülürken, YT grubunda ise daha yüksek oranlarda ayda bir kez ve üç ayda bir kez hastaneye kontrole gittiği görülmektedir. YT grubunda kontrol sıklığı daha fazla saptanmıştır (p=0,01).

Hastaların diyabet ile ilgili özellikleri Tablo 4.2.' de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Diyabet İle İlgili Özellikleri

Hastaların Özellikleri	Grup			p
	Tüm Hastalar	Eski Tanı Grubu	Yeni Tanı Grubu	
Düzenli Egzersiz Yapıyor Musunuz?				
Evet (n(%))	22 (22)	7 (14)	15 (30)	0,45
Hayır (n(%))	78 (78)	43 (86)	35 (70)	
Düzenli Tıbbi Beslenme Tedavinizi (TBT) Uyguluyor Musunuz ?				p
Evet (n(%))	50 (50)	27 (54)	23 (46)	0,27
Hayır (n(%))	50 (50)	23 (46)	27 (54)	
DM Komplikasyonu				p
Evet (n(%))	29 (29)	27 (54)	2 (4)	0,01*
Hayır (n(%))	71 (71)	23 (46)	48 (96)	
Evde Kan Şekeri Ölçüm Cihazınız Var Mı?	n(%)			p
Evet (n(%))	79 (79)	48 (96)	31 (62)	0,01*
Hayır (n(%))	21 (21)	2 (4)	19 (38)	
Evetse Kan Şekeri Ölçümünü Yapıyor Musunuz?				p
Evet (n(%))	68(86)	41 (86)	27 (88)	0,59
Hayır (n(%))	11(14)	7 (14)	4 (12)	
Evetse Kan Şekeri Ölçümünü Ne Kadar Sıklıkla Yapıyorsunuz?				p
Her gün (n(%))	35 (51)	12 (30)	23 (86)	0,44
Ara sıra (n(%))	19(28)	18 (44)	1 (4)	
Düzensiz (n(%))	14(21)	11 (26)	3 (10)	
Daha Önce Diyabet Hastalığına İlişkin Bilgi Aldınız Mı?				p
Evet n(%)	80 (80)	49 (98)	31 (62)	0,01*
Hayır (n(%))	20 (20)	1 (2)	19 (38)	

Tüm hastaların %22' sinin (n=22) düzenli olarak egzersiz yaptığı tespit edilmiştir. ET grubunda hastaların %14' ünün (n=7) ve YT grubunda ise %30' unun (n=15) düzenli olarak egzersiz yaptığı görülmüştür. ET ve YT gruplar arasında düzenli egzersiz yapma oranları açısından fark saptanmamıştır (p=0,45).

Tüm hastaların %50' sinin (n=50) düzenli tıbbi beslenme tedavisi (TBT) uyguladığı görülmüştür. ET grubunda hastaların %54' ünün (n=27) ve YT grubunda ise %46' sının (n=23) düzenli tıbbi beslenme tedavisi (TBT) uyguladığı görülmüştür. ET ve YT gruplar arasında TBT uygulama oranları açısından fark saptanmamıştır (p=0,27).

Bu çalışmada hastaların %29' unda (n=29) diyabete bağlı oluşan başka bir hastalık geliştiği saptanmıştır. ET grubundaki hastalarda %54' ünün (n=27), YT grubunda ise %4' ünün (n=2) diyabete bağlı oluşan başka bir hastalık olduğu görülmüştür. ET grubu hastalarda, YT grubu hastalara oranla daha yüksek düzeyde diyabete bağlı başka bir hastalık geliştiği görülmüştür. (p=0,01).

Tüm hastaların %79' unun (n=79) kan şekeri ölçüm cihazı olduğu tespit edilmiştir. ET grubundaki hastaların %96' sının (n=48), YT grubundaki hastaların %62' sinin (n=31) kan şekeri ölçüm cihazı olduğu tespit edilmiştir. ET grubu hastaların, YT grubundaki hastalara oranla daha yüksek oranlarda kan şekeri ölçüm cihazına sahip olduğu tespit edilmiştir. (p=0,01).

Tüm hastaların %86' sının (n=68) evde kan şekeri ölçümü yaptığı saptanmıştır. Çalışmada ET grubun %86' sının (n=41) ve YT grubun %88' inin (n=27) kan şekeri ölçümü yaptığı görülmüştür. ET ve YT grubu arasında kan şekerlerini ölçme oranlarının farklı olmadığı saptanmıştır (p=0,59).

Tüm hastaların evde kan şekeri ölçme sıklığı değerlendirildiğinde %51' inin (n=35) her gün, %28' inin (n=19) ara sıra, %21' inin (n=14) düzensiz aralıklarda evde kan şekeri ölçümü yaptıkları görülmüştür. ET grubundaki hastaların %30' unun (n=12) her gün, %44' ünün (n=18) ara sıra, %26' sının (n=11) düzensiz aralıklarla evde kan şekeri ölçümü yaptığı saptanmıştır. YT grubundaki hastaların %86' sının (n=23) her gün, %4' ünün (n=1) ara sıra, %10' unun (n=3) düzensiz aralıklarla ölçüm yaptığı görülmüştür. Bu iki grup arasında kan şekeri ölçümü yapma sıklıkları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,44).

Tüm hastaların %80' inin (n=80) daha önce diyabet hastalığına ilişkin bilgi aldığı tespit edilmiştir. ET grubunda diyabet hakkında %98' i (n=49) bilgilendirilmişken, YT grubunda bu oranın %62 (n=31) olduğu saptanmıştır. ET grubunda diyabet hakkında bilgi alma durumu, YT grubuna oranla istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,01).

4.2.Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık algısı ölçeği ve alt boyutlarının değerlendirilmesinde yaşanan belirtilerin eski tanı ve yeni tanı gruplarda farklı oranlarda görülüp, görülmediğinin incelemesi yapılmıştır.

4.2.1. Hastalık Tipi Boyutu

Hastalık tipi boyutunun başlangıç belirtileri ile ilgili verileri tablo 4.3.' de verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastalık başlangıcı belirtileri

Belirtiler	Hastalığının Başlangıcından Bu Yana Yaşanan Belirtiler		p
	Eski Tanı Grubu (n=50)	Yeni Tanı Grubu (n=50)	
	n (%)	n (%)	
Ağrı	35 (70)	39 (78)	0,13
Boğazda Yanma	7 (14)	3 (6)	0,01*
Bulantı	8 (16)	16 (32)	0,01*
Soluk Almada Güçlük	2 (4)	0 (0)	-
Kilo Kaybı	4 (8)	15 (30)	0,01*
Yorgunluk	42 (88)	31 (62)	0,07
Eklem Sertliği	7 (14)	1 (2)	0,01*
Gözlerde Yanma	22 (44)	3 (6)	0,01*
Hırıltılı Soluma	3 (6)	0 (0)	-
Baş Ağrıları	32 (64)	41 (82)	0,08
Mide Yakınmaları	17 (34)	31 (62)	0,01*
Uyku Güçlükleri	25 (50)	9 (18)	0,01*
Sersemlik Hissi	39 (78)	27 (54)	0,01*
Güç Kaybı	23 (46)	12 (24)	0,01*

Hastalık algısı ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; ET grubunda ağrı hissetme oranı %70 (n=35), YT grubunda ağrı hissetme oranı %78 (n=39) olduğu saptanmış olup, iki grup arasında fark saptanmamıştır (p=0,13).

ET grubunda %14' ünün (n=7), YT grubunda %6' sinin (n=3) hastalığın başından beri boğazda yanma şikayetinin olduğu saptanmıştır. ET grubunda, YT grubuna oranla boğazda yanma sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,01).

ET grubunda %16' sinin (n=8), YT grubunda %32' sinin (n=16) hastalığın başından beri bulantı şikayeti yaşadıkları gözlemlenmiştir. YT grubunda, ET grubuna oranla daha yüksek düzeyde bulantı şikayeti saptanmıştır (p=0,01).

ET grubu hastalarda %4' ünün (n=2) soluk almada güçlük çektiği tespit edilmiştir.

ET grubunun %8' inin (n=4), YT grubunun %30' unun (n=15) hastalığın başından beri kilo kaybı yaşadığı görülmüştür. YT grubundaki hastaların ET grubundaki hastalara oranla daha yüksek düzeyde kilo kaybı belirtisi hissettiği görülmüştür (p=0,01).

ET grubunun %88' inin (n=42), YT grubunun %62' sinin (n=31) yorgunluk şikayeti olduğu tespit edilmiştir. ET grubu ile YT grubu arasında yorgunluk şikayeti oranları açısından fark saptanmamıştır (p=0,07).

ET grubunun %14' ünün (n=7), YT grubunun ise %2' sinin (n=1) hastalığın başından beri eklem sertliği şikayeti olduğu saptanmıştır. ET grubunda, YT grubuna göre eklem sertliği belirtisi daha sık görülmüştür (p=0,01).

ET grubunun %44' ünün (n=22), YT grubunun %6' sinin (n=3) hastalığın başından beri gözlerde yanma şikayeti olduğu saptanmış olup iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ET grubunda YT grubuna oranla daha sık gözlerde yanma şikayeti görülmüştür (p=0,01).

ET grubunun %6' sinin (n=3) hırıltılı soluma şikayeti olduğu saptanmıştır.

ET grubunun %64' ünün (n=32), YT grubunun %82' sinin (n=41) baş ağrısı hissettiği görülmüştür. İki grup arasında baş ağrısı hissetme oranları yönünden fark saptanmamıştır (p=0,08).

ET grubunun %34' ünün (n=17), YT grubunun ise %62' sinin (n=31) mide yakınmaları yaşama şikayeti olduğu saptanmıştır. YT grubunda ET grubuna oranla

mide yakınma yaşama şikayetinin daha yüksek oranlarda hissettiği görülmüştür (p=0,01).

ET grubunun %50' sinin (n=25), YT grubunun ise %18' inin (n=9) uyku güçlüğü şikayeti olduğu tespit edilmiştir. ET grubundaki hastaların YT grubuna oranla daha yüksek düzeyde uyku güçlüğü şikayeti yaşadığı saptanmıştır (p=0,01).

ET grubu hastaların %78' inin (n=39), YT grubu hastaların ise %54' ünün (n=27) sersemlik hissi yaşama şikayeti olduğu tespit edilmiştir. ET grubunda, YT grubuna oranla daha yüksek düzeyde sersemlik hissi yaşadığı görülmüştür (p=0,01).

ET grubunun %46' sının (n=23), YT grubunun %24' ünün (n=12) hastalığın başından beri güç kaybı hissi yaşadığı görülmüştür. ET grubu hastalarının, YT grubu hastalarına oranla daha yüksek düzeyde güç kaybı hissi yaşadığı saptanmıştır (p=0,01).

Hastalık tipi boyutu, hastalık ile ilgili belirtiler ile alakalı veriler tablo 4.4.' de verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastalığım ile İlgili Belirtiler

Belirtiler	Hastalığım İle İlgili Belirtiler		p
	Eski Tanı Grubu (n=50)	Yeni Tanı Grubu (n=50)	
	n (%)	n (%)	
Ağrı	20 (40)	2 (4)	0,01*
Boğazda Yanma	31 (62)	0 (0)	0,01*
Bulantı	34 (68)	6 (12)	0,01*
Soluk Almada Güçlük	36 (72)	0 (0)	0,01*
Kilo Kaybı	37 (74)	15 (30)	0,01*
Yorgunluk	43 (86)	29 (58)	0,01*
Eklem Sertliği	38 (72)	0 (0)	0,01*
Gözlerde Yanma	42 (84)	1 (2)	0,01*
Hırıltılı Soluma	35 (70)	0 (0)	0,01*
Baş Ağrıları	43 (86)	27 (54)	0,01*
Mide Yakınmaları	39 (78)	25 (50)	0,01*
Uyku Güçlükleri	34 (68)	4 (8)	0,01*
Sersemlik Hissi	46 (92)	26 (52)	0,01*
Güç Kaybı	40 (80)	9 (18)	0,01*

ET ve YT gruplarında ilgili belirtilerin hastalık ile ilgili olma oranlarının farklı düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. ET grubundaki hastalar belirtilerin daha yüksek oranda hastalıkla ilişkili olabileceği yönünde görüş bildirirken, YT grubundaki hastaların ise belirtilerin daha düşük oranlarda hastalıkları ile ilişkili olduğunu düşündüğü görülmüştür ($p=0,01$).

ET grubu hastaların ağrı %40 ($n=20$), boğazda yanma %62 ($n=31$), bulantı %68 ($n=34$), soluk almada güçlük %72 ($n=36$), kilo kaybı %74 ($n=37$), yorgunluk %86 ($n=43$), eklem sertliği %72 ($n=38$), gözlerde yanma %84 ($n=42$), hırıltılı soluma %70 ($n=35$), baş ağrıları %86 ($n=43$), mide yakınmaları %78 ($n=39$), uyku güçlükleri %68 ($n=34$), sersemlik hissi %92 ($n=46$), güç kaybı %80 ($n=40$) semptomlarının YT hasta grubuna göre daha yüksek oranlarda kendi hastalıkları ile ilişkili olduğunu düşündükleri görülmüştür ($p=0,01$).

4.2.2. Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu

Hastalık hakkındaki görüşler ile ilgili veriler tablo 4.5' te verilmiştir.

Tablo 4.5. Hastalık Hakkındaki Görüşlerin Alt Boyutlar Bazında İncelenmesi

Ölçek	Eski Tanı Grubu ($n=50$)	Yeni Tanı Grubu ($n=50$)	p
	$\bar{X} \pm s.s.$	$\bar{X} \pm s.s.$	
Süre	$3,54 \pm 0,24$	$2,84 \pm 0,48$	0,01*
Hastalık Sonuçları	$3,27 \pm 0,43$	$2,58 \pm 0,35$	0,01*
Tedavi Kontrolü	$3,33 \pm 0,40$	$2,49 \pm 0,41$	0,01*
Kişisel Kontrol	$2,81 \pm 0,32$	$3,18 \pm 0,29$	0,01*
Hastalığı Anlayabilme	$2,60 \pm 0,51$	$3,00 \pm 0,49$	0,01*
Süre (Döngüsel)	$2,68 \pm 0,50$	$2,98 \pm 0,58$	0,01*
Duygusal Temsiller	$3,30 \pm 0,74$	$3,01 \pm 0,46$	0,01*

X= ortalama, s.s= standart sapma, p= anlamlılık düzeyi n= grup içi sayısı

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu incelendiğinde; süre boyutu puanlarının ET grubunda ($3,54 \pm 0,24$), YT ($2,84 \pm 0,48$) grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

Hastalık sonuçları boyutu puanlarının ET grubunda ($3,27 \pm 0,43$), YT ($2,58 \pm 0,35$) grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

Tedavi kontrolü boyutu puanlarının ET grubunda ($3,33 \pm 0,40$), YT ($2,49 \pm 0,41$) grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

Kişisel kontrol boyutu puanlarının ET grubunda ($2,81\pm0,32$), YT ($3,18\pm0,29$) grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

Hastalığı anlayabilme boyutu puanlarının ET grubunda ($2,60\pm0,51$), YT ($3,00\pm0,49$) grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

Süre (döngüsel) boyutunun puanları ET grubunda ($2,60\pm0,51$), YT ($3,00\pm0,49$) grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

Duygusal temsiller boyutu puanları ET grubunda ($3,30\pm0,74$), YT ($3,01\pm0,46$) grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

4.2.3. Hastalık Nedenleri Boyutu

Hastalık nedenleri ile ilgili veriler tablo 4.6' da verilmiştir.

Tablo 4.6. Hastalık Nedenlerinin Boyutu İncelenmesi

Ölçek	Eski Tanı Grubu	Yeni Tanı Grubu	p
	X $\pm$ s.s.	X $\pm$ s.s.	
Psikolojik Atıflar	3,49 $\pm$ 0,36	3,63 $\pm$ 0,53	0,01*
Risk Faktörleri	3,06 $\pm$ 0,45	2,66 $\pm$ 0,34	
Bağışıklık	2,10 $\pm$ 0,85	1,65 $\pm$ 0,75	
Kaza / Şans	3,65 $\pm$ 0,67	4,02 $\pm$ 0,66	

X= ortalama, s.s= standart sapma, p= anlamlılık düzeyi n= grup içi sayılar

ET ve YT grubu hastaların hastalık nedenleri alt boyutlarından psikolojik atıflar bazında farklı düzeylerde olduğu görülmüştür. YT hastalarının psikolojik atıflar boyutu puanlarının ($3,63\pm0,53$) ET hastalarına ($3,49\pm0,36$) göre daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

ET ve YT grubu hastaların hastalık olası nedenleri alt boyutlarından risk faktörleri bazında farklı düzeylerde olduğu görülmüştür. YT hastalarının risk faktörleri boyutu puanlarının ($2,66\pm0,34$) ET hastalarına ($3,06\pm0,45$) göre daha düşük düzeylerde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

ET ve YT grubu hastaların hastalık olası nedenleri alt boyutlarından bağışıklık bazında farklı düzeylerde olduğu görülmüştür. YT hastalarının bağışıklık boyutu

puanlarının ($2,10 \pm 0,85$) ET hastalarına ($1,65 \pm 0,75$) göre daha düşük düzeylerde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

ET ve YT grubu hastaların hastalık olası nedenleri alt boyutlarından kaza/şans bazında farklı düzeylerde olduğu görülmüştür. YT hastalarının kaza/şans boyutu puanlarının ($4,02 \pm 0,66$) ET hastalarına ($3,65 \pm 0,67$) göre daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür ($p=0,01$).

Hasta gruplarına göre değerlendirildiğinde hastalığa neden olan en önemli birinci faktör Tablo 4.7.' de verilmiştir.

Tablo 4.7. Hasta Gruplarına Göre Hastalığa Neden Olan En Önemli Birinci Faktör

Hastalığa Neden Olan Faktörler 1	Eski Tanı Grubu	Yeni Tanı Grubu	p
	n (%)	n (%)	
Stres	30 (60)	33 (66)	0,01*
Genetik	8 (16)	10 (20)	
Sigara-Alkol	6 (12)	1 (2)	
Beslenme	5 (10)	4 (8)	
Yaşlanma	1 (2)	2 (4)	
Şans	0(0)	0 (0)	

Hastalık nedenleri boyutu incelendiğinde ET grubunda hastalara göre hastalığa neden olan en önemli birinci faktör %60 ($n=30$) ile stres, %16 ($n=8$) ile genetik, %12 ($n=6$) ile sigara, %10 ($n=5$) ile beslenme, %2 ($n=1$) ile yaşlanma olarak ifade edilmiştir. YT grubunda hastalığa neden olan en önemli birinci faktör %66 ($n=33$) ile stres, %20 ($n=10$) ile genetik, %8 ($n=4$) ile beslenme, %4 ($n=2$) ile yaşlanma olarak ifade edilmiştir. İki grubunda en yüksek oranda ifade ettiği nedenler stres ve genetik faktörler olarak belirlenmiştir ($p=0,01$). Farkın nedeni eski tanılı grupların daha yüksek oranlarda alkol ve sigara, yeni tanılı grubunda ise daha yüksek oranlarda stres ve genetik faktörleri en önemli etken olarak belirlediği görülmüştür ($p=0,01$).

Tablo 4.8. Hasta Gruplarına Göre Hastalığa Neden Olan En Önemli İkinci Faktör

Hastalığa Neden Olan Faktörler 2	Eski Tanı Grubu	Yeni Tanı Grubu	p
	n (%)	n (%)	
Beslenme	17 (34)	11 (22)	0,01*
Yoğun Tempoda Çalışma	3 (6)	4 (8)	
Genetik	18 (36)	21 (42)	
Yaşlanma	0 (0)	2 (4)	
Duygusal Durum	0 (0)	1 (2)	
Stres	12 (24)	11 (22)	

ET grubunda hastalığa neden olan en önemli ikinci faktör %36 (n=18) ile genetik, %34 (n=17) ile beslenme, %24 (n=12) ile stres, %6 (n=3) ile yoğun tempoda çalışma olarak ifade edilmiştir. YT hastalarına göre hastalığa neden olan en önemli ikinci faktör %42 (n=21) ile genetik durum, %22 (n=11) ile beslenme, %22 (n=11) ile Stres, %8 (n=4) ile yoğun tempoda çalışma, %4 (n=2) ile yaşlanma ve %2 (n=1) ile duygusal durum olarak ifade edilmiştir. ET grubunda genetik en önemli neden olarak görülürken beslenme ise diğer önemli bir neden olarak ifade edilmiştir. YT grubunda ise genetik nedenler en yüksek ikinci neden olarak ifade edilmiştir (p=0,01). Farkın nedeninin, eski tanıli grupların daha yüksek oranlarda beslenme, yeni tanıli grubunda ise daha yüksek oranlarda genetik faktörleri en önemli ikinci etken olarak belirlediği görülmüştür (p=0,01).

Tablo 4.9. Hasta Gruplarına Göre Hastalığa Neden Olan En Önemli Üçüncü Faktör

Hastalığa Neden Olan Faktörler 3	Eski Tanı Grubu	Yeni Tanı Grubu	p
	n (%)	n (%)	
Beslenme	10 (20)	12 (24)	0,01*
Yoğun Tempoda Çalışma	5 (10)	5 (10)	
Genetik	25 (50)	11 (22)	
Yaşlanma	0 (0)	6 (12)	
Duygusal Durum	0 (0)	1 (2)	
Stres	10 (20)	15 (30)	

ET grubunda göre hastalığa neden olan en önemli üçüncü faktör %20 (n=10) ile beslenme, %10 (n=5) ile Yoğun Tempoda Çalışma, %50 (n=25) ile genetik, %20 (n=10) ile stres olarak ifade edilmiştir. YT grubu hastalara göre ise hastalığa neden

olan en önemli üçüncü faktör %22 (n=11) ile genetik, %30 (n=15) ile stres, %24 (n=12) ile beslenme, %10 (n=5) ile yoğun tempoda çalışma, %12 (n=6) ile yaşlanma, %2 (n=1) ile duygusal durum olarak ifade edilmiştir (p=0,01). Farkın nedeninin, eski tanıli grupların daha yüksek oranlarda genetik, yeni tanıli grubunda ise daha yüksek oranlarda stres ve yaşlanma faktörlerini en önemli üçüncü etken olarak belirlediği görülmüştür (p=0,01).

Tablo 4.10. ET ve YT Gruplarının Hastalık Algısı Puanlarının İncelenmesi

Hastalık Algısı Ölçeği	Eski Tanı Grubu (n=50) X $\pm$ s.s.	Yeni Tanı Grubu (n=50) X $\pm$ s.s.	p
Hastalık Tipi Boyutu	5,32 $\pm$ 2,43	4,56 $\pm$ 1,54	0,06
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu	10,36 $\pm$ 3,67	2,88 $\pm$ 1,30	0,01*
Hastalık Nedenleri Boyutu	116,36 $\pm$ 6,02	56,92 $\pm$ 4,64	0,07

X= ortalama , s.s= standart sapma , p= anlamlılık düzeyi n= grup içi sayısı

Hastalık tipi boyutu incelendiğinde ET grubunun oranı 5,32 $\pm$ 2,43, YT grubunun ise 4,56 $\pm$ 1,54 olduğu görülmüştür. İki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p=0,06).

ET grubu hastaların, hastalık hakkında görüşleri boyutu oranı 10,36 $\pm$ 3,67 iken YT grubunda ise 2,88 $\pm$ 1,30'dur. ET grubundaki hastaların, YT grubuna göre diyabet hastalığı hakkındaki görüşleri boyutu daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (p=0,01).

ET grubundaki hastaların hastalık nedenleri boyutu 116,36 $\pm$ 6,02 iken YT grubunda ise 56,92 $\pm$ 4,64 olduğu görülmüştür. İki grup arasında hastalık nedenleri boyutu yönünden anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir (p=0,07).

4.3 Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

ET ve YT grubunda tedaviye uyum düzeyleri Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4. 11. ET ve YT Tedaviye Uyum Düzeylerinin İncelenmesi

Ölçek	Eski Tanı Grubu (n=50)	Yeni Tanı Grubu (n=50)	p
	X $\pm$ s.s.	X $\pm$ s.s.	
Morisky Tedavi Uyum	2,84 $\pm$ 1,54	1,82 $\pm$ 1,45	0,01*

X= ortalama, s.s= standart sapma, p= anlamlılık düzeyi n= grup içi sayısı

ET grubu hastaların tedavilerine uyum düzeylerinin oranı 2,84 $\pm$ 1,54 iken YT grubu hastalarının oranı 1,82 $\pm$ 1,45'tir. ET grubunun tedaviye uyum düzeyi, YT grubuna oranla daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (p=0,01).

Tablo 4.12. ET Grubunda Tedavi Uyumuna Etki eden Faktörlerin Belirlenmesi

Grup	Eski Tanı Grubu (n=50)	
	Tedavi Uyum	
Hastalık Tipi Boyutu	r	p
-Hastalığın başlangıcından bu yana yaşanan belirtiler	-0,13	0,38
-Hastalıkla ilgili belirtiler	0,12	0,41
Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu	0,06	0,69
Hastalığın Nedenleri/Olası Nedenler Boyutu	-0,10	0,47

*r = korelasyon katsayısı, p = anlamlılık düzeyi.

ET grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile hastalığın başlangıcından bu yana yaşanan belirtiler boyutu arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı görülmüştür (r=-0,13, p=0,38).

ET grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile hastalıkla ilgili belirtiler görüşler boyutu arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı görülmüştür (r=0,12, p=0,41).

ET grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile Hastalık Hakkındaki Görüşler boyutu arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı görülmüştür (r=0,06, p=0,69).

ET grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile hastalığın nedenleri/olası nedenler boyutu arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı görülmüştür (r=-0,10, p=0,47).

Tablo 4.13. YT Grubunda Tedavi Uyumuna Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi

Grup	Yeni Tanı Grubu (n=50)	
	Tedavi Uyumunu	
	r	p
Hastalık tipi boyutu		
-Hastalığın Başlangıcından Bu Yana Yaşanan Belirtiler	0,420	0,01*
-Hastalıkla İlgili Belirtiler	-0,367	0,01*
Hastalık Hakkındaki Görüşler	0,010	0,99
Hastalığın Nedenleri/Olası Nedenler	0,513	0.01*

****r** korelasyon katsayısı, **p** anlamlılık düzeyi. ***0,05** düzeyinde anlamlı ilişki

YT grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile hastalığın başlangıcından bu yana yaşanan belirtiler boyutu arasında orta düzeyde ve pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,420$, $p=0,01$).

YT grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile hastalıkla ilgili belirtiler görüşler boyutu arasında zayıf düzeyde ve negatif bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-0,367$, $p=0,01$).

YT grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile hastalık hakkındaki görüşler boyutu arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı görülmüştür ($r=0,01$, $p=0,99$).

YT grubu hastaların tedavi uyum düzeyleri ile hastalığın nedenleri/olası nedenler boyutu arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,513$, $p=0,01$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada “Hastalık Algısı Ölçeği” ve “Morisky Tedavi Uyum Ölçeği” kullanılarak eski ve yeni tanıli tip 2 diyabet hastalarının hastalığa yönelik algıları ve tedavi uyumları araştırılmıştır. Ayrıca çalışmada eski ve yeni tanı almış tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısı ile tedaviye uyum düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı da araştırılmıştır.

Hastaların tedavi yöntemlerine bakıldığında tedavi tiplerinin gruplara göre farklı oranlarda olduğu ve ET grubunda OAD ve insülin kullanımı, YT grubunda ise sadece OAD kullanımı daha yüksek oranlarda gerçekleştiği görülmektedir. Farkın nedeninin hastalığın erken evresinde yaşam tarzı değişikliği ve OAD ile başlanan tedavi protokolünün, ileri evrelerde kan şekeri regülasyonunun sağlanamamasına bağlı olarak yerini OAD ve insülin tedavisine bırakmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Pala ve arkadaşlarının diyabet ile ilgili yaptığı çalışmada tüm diyabet hastalarının OAD kullanım oranının %58.1 olduğu saptanmıştır (Pala ve ark., 2004). Arslantaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu diyabet hastaları üzerindeki çalışmada tüm diyabet hastalarının OAD kullanım oranı %55.2 iken bizim çalışmamızda bu oran %50 olduğu tespit edilmiştir (Arslantaş ve ark., 2008). Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Ayrıca OAD kullanım oranının yüksek olması yeni tanı almış birçok hastanın enjeksiyon korkusu ve insülin tedavisine karşı önyargılı olmasından dolayı OAD kullanımını tercih etmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada diyabete bağlı sorunlar nedeniyle ET grubu hastalarının hastaneye yatış yapma sıklığının YT hastalarına göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Bu durum ET hastalarının daha uzun süre hastalık ve komplikasyonlarına maruz kalmalarından kaynaklanıyor olabilir. Küçük ve Yapar’ ın diyabetli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, tüm diyabet hastalarının %30,5’ inin diyabet nedeniyle hastaneye yattığı saptanmıştır (Küçük ve Yapar, 2016). Bizim çalışmamızda da tüm diyabetli hastaların %33’ ü diyabete bağlı sorunlar nedeniyle hastaneye yatış yapmıştır. Sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Diyabet kontrol sıklığı değerlendirildiğinde YT grubunda kontrole gelme sıklığının, ET grubuna göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum YT grubunun yeni tanı

almış olması, hastalığın tedavi ve takibi nedeniyle daha sık hastaneyi ziyaret etmeleri gerektiğinden kaynaklanmış olabilir. ET hastalarında ise alışılmış bir tedavi düzeni olması, hastalık ve belirtilerini tanıma gibi nedenlerle daha uzun aralıklarda takibe gelmelerinden kaynaklanmış olabilir. Gündüz' ün yapmış olduğu çalışmada diyabetli hastaların en fazla ifade ettikleri kontrole gelme sıklığı %31 ile üç ayda bir kez iken bizim çalışmamızda bu oran %38' dir (Gündüz, 2016). Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Hastaların düzenli egzersiz yapma oranlarının ET ve YT grubunda düşük ve benzer seviyelerde olduğu görülmüştür. Çalışkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada tüm diyabetli bireylerin düzenli egzersiz yapma oranları %25 iken bizim çalışmamızda bu oranın %22 olduğu saptanmıştır (Çalışkan ve ark., 2007). Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Bu durum diyabetli bireylerin egzersizin, diyabetin tedavisindeki öneminin farkında olmamalarından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda hem ET hem YT grubunda düzenli tıbbi beslenme tedavisi uygulama oranlarının benzer olduğu görülmüştür. Demir' in diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada TBT uygulayan tüm diyabetli hasta oranı %46.8 iken bizim çalışmamızda %50 olduğu tespit edilmiştir (Demir, 2021). Diyabet hastalarının tanı aldıkları andan itibaren yaşam ve diyet alışkanlıklarını değiştirmeleri gerekmektedir. TBT uygulayan hastaların oranının sadece %50 olması hastaların diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayamamasından ve bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda ET grubunda YT grubuna göre daha yüksek düzeyde diyabete bağlı başka bir hastalık geliştiği görülmüştür. Tip 2 DM' de yeterli glisemik kontrol sağlanamadığında hastalarda uzun dönemde makro ve mikro komplikasyonlar gelişmektedir (TEMD, 2020). Wijesuriya ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada hastaların %56,7' sinde mikrovasküler %6,3' ünde de makrovasküler komplikasyonların geliştiği tespit edilmiştir (Wijesuriya ve ark., 2012). Yine aynı çalışmada komplikasyonların gelişmesi ile diyabet süresi arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da komplikasyon gelişme oranı ET hastalarında %54, YT hastalarında %4 saptanmış olup çalışma sonucumuz Wijesuriya ve arkadaşlarını destekler niteliktedir. ET grubu daha uzun süredir yüksek kan glukozuna maruz kaldığı için daha yüksek oranda diyabete bağlı ek hastalık gelişmiş

olabilir. İyi bir diyabet kontrolü ile yeni tanı alan hastalarda bu oranın düşük seyretmesi sağlanabilir.

Çalışmamızda ET grubu hastaların, daha yüksek oranlarda kan şekeri ölçüm cihazına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ET grubu hastaların diyabeti daha iyi bildiği ve tanıdığı için kan şekeri cihazının takibinde önemli olduğunu kavramış olmasından kaynaklanmış olabilir. İzgi' nin tip 2 diyabetli hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada kan şekeri ölçüm cihazına sahip tüm diyabetli hasta sayısı oranı %66.8 iken bizim çalışmamızda bu oran %79 olarak tespit edilmiştir (İzgi, 2014).

Çalışmamızda YT hastalarının ET hastalarına göre daha sık ölçüm yaptığı saptanmıştır. Bunun nedeni yeni tanı almış hastaların stres ve endişeden kaynaklı hastalık takibine daha fazla önem vermelerinden kaynaklanmış olabilir. Kayacan'ın yaptığı çalışmada tüm diyabetik hastaların %42' sinin her gün ölçüm yaptığı saptanmıştır (Kayacan, 2012). Bizim çalışmamızda bu oran %35 saptanmıştır. Literatürle çalışma sonucumuz benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda ET grubunda diyabet hakkında bilgi alma oranının YT grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum ET grubunun kronik hastalığa sahip olmasından kaynaklı hastalıkla geçen süreleri arttıkça diyabet hastalığına ilişkin bilgi, tecrübe ve farkındalıklarının artmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Arslan'ın yaptığı çalışmada tüm diyabet hastalarında eğitim alma oranı %57,5 olarak bulunmuştur (Arslan, 2015). Bizim çalışmamızda bu oran %80 olarak saptanmıştır. Aradaki bu fark süreç içerisinde hastaların sağlık profesyonellerine ulaşımının kolaylaşması ve diyabet eğitiminin öneminin farkına varılmasından kaynaklanmış olabilir. YT grubunda bilgi alma oranı arttırılarak diyabeti tanınmaları, semptom ve bulgularıyla baş edebilmeleri, komplikasyonlarını engelleyebilmeleri ve diyabetin tedavisinde iş birliğini yapmaları sağlanabilir.

HAÖ' nün belirtiler kısmında diyabetli bireylerin hastalığın başından beri yaşadığı belirtiler ve bu belirtileri hastalığı ile ilişkilendirme durumları incelenmiştir. Sorulara verilen yanıtlara bakılacak olursa diyabetli bireylerin çoğu diyabetle ilgili belirtiler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. ET ve YT grupları arasında ağrı, yorgunluk ve baş ağrısı insidansı açısından fark olmadığı tespit edilmiştir. ET grubunda, YT grubuna oranla boğazda yanma, eklem sertliği, gözlerde yanma, uyku güçlüğü, sersemlik ve

güç kaybı hissi yaşama oranlarının daha sık gerçekleştiği görülmüştür. YT grubunda, ET grubuna oranla bulantı, kilo kaybı, mide yakınması şikayetlerini yaşama durumunun daha yüksek oranlarda olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya göre ET ve YT gruplarının farklı belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir. Farklı zamanlarda tanı konulan grupların, farklı prognostik ve klinik özelliklere sahip olması farklı belirtiler göstermesine sebep olmuş olabilir. Genel olarak ET grubunun beklenildiği gibi daha yüksek belirti düzeyine sahip olduğu görülmüştür. YT grubu, tip 2 diyabet hastalığının başlangıcında bulantı, kilo kaybı belirtisi, mide yakınma durumunu daha çok yaşaması beklenen bir durumdur. Ayrıca uzun yıllardır diyabet hastası olan ET grubunda da boğazda yanma, eklem sertliği, gözlerde yanma, uyku güçlüğü, sersemlik hissi ve güç kaybı hissinin olası belirtiler olduğu görülmüştür. Yorulmaz ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonucuna göre diyabetli bireylerde en sık kilo ve güç kaybı, yorgunluk ve sersemlik hissi yaşadıkları tespit edilmiştir (Yorulmaz ve ark., 2013). Çalışmamızda YT hastalarında bulantı ve mide yakınması şikayeti ET hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum yeni tedaviye başlayan grupta gerek OAD yan etkileri gerek hipergliseminin etkisiyle olmuş olabilir. Ayrıca YT hastalarının kilo kaybı belirtisi ET hastalarına göre yüksek bulunmuştur. Bu durum sık idrara çıkma yeni bir hastalığa sahip olduğunu öğrenen bireyde stres, iştahsızlık gibi nedenlere bağlı olmuş olabilir. ET hastalarında gözlerde yanma ve güç kaybı şikayeti YT hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır. Bu durum uzun süre yüksek kan şekeline maruz kalan hastalarda komplikasyon gelişme ihtimalinden kaynaklı olabileceğini düşündürdü. Diyabetli bireylerin hastalık tanısı aldıkları andan itibaren bazı belirtiler yaşadıkları ve bu belirtileri de hastalıkları ile de ilişkilendirdikleri görülmüştür. ET hastaları hastalığın başından beri yaşadıkları sersemlik hissi, yorgunluk ve baş ağrısı şikâyetlerinin hastalıkla ilgili olduğunu belirtmişlerdir. YT hastaları ise yorgunluk, baş ağrısı ve sersemlik hissini hastalıkları ile ilişkili bulduklarını ifade etmişlerdir. ET hastalarında sersemlik hissi, yorgunluk, baş ağrısı şikayetleri YT hastalarına göre daha çok hastalıkları ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum kronik hastalığa sahip diyabetlilerde hastalıkla birlikte geçen süre arttıkça yüksek kan şekerinin vücutlarına olan etkisini tanımalarından kaynaklı olabilir.

HAÖ' nün hastalık hakkındaki görüşleri boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan ET grubunda en yüksek puanı, süre (akut/kronik), YT grubunda ise en yüksek puanı kişisel kontrol almıştır. Hastaların, hastalığın süresiyle ilgili algısının

değerlendirildiği süre (akut /kronik) boyutunun ET grubunda, YT grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durum ET hastalarının diyabeti kronik bir hastalık olarak değerlendirdiklerini göstermektedir. Ayrıca hastaların birçoğunun hastalıklarının kalıcı, uzun süren ve yaşamlarının geri kalan kısmında onlarla beraber olacağı inancına sahip olduklarını göstermektedir. Diyabet kronik bir hastalık olması sebebiyle hastalıkla birlikte geçen süre arttıkça kişilerin hastalık hakkındaki bilgi, tecrübe düzeyi artmakta ve böylece hastalığı kabullenmeleri kolaylaşabilmektedir. Öztepe' nin Tip 2 diyabetli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastalık süresi arttıkça bireylerin hastalıklarını kronik olarak kabul ettikleri tespit edilmiştir (Öztepe, 2017). Kronik bir hastalık olan kanser hastalarında Karabulutlu ve Karaman' ın yaptığı hastalık algısının değerlendirilmesi çalışmasında hastalık süresi arttıkça süre (akut/kronik) algısı puanlarının arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir (Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Hastaların hastalığın şiddetinin, fiziksel, sosyal, psikolojik, işlevselliğine yönelik inançlarının değerlendirildiği, hastalık sonuçları boyutu incelendiğinde ET hastalarının YT hastalarına göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hastalıkla geçirilen zaman arttıkça bireylerin hastalığın seyrine bağlı olarak psikolojik, sosyal ve fiziksel etkilenimleri sebebiyle olumsuz inançlarının daha yüksek düzeyde olduğu düşünülmektedir. Scharloo ve arkadaşları kanser hastalarında yaptıkları çalışmada negatif sonuç algılarının yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Scharloo ve ark., 2010).

Kişisel kontrol boyutu puanları incelendiğinde ET grubunda YT grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Kişisel kontrol boyutu bireylerin hastalığın süresine, seyrine ve tedavisine etki edebileceğine dair inançlarını göstermekte ve bu uzun bir süre boyunca hastalık ve etkileri ile mücadeleye bağlı olarak zaman içinde zedelenebilmektedir. Diyabet hastaları hastalık seyrini kontrol edebileceklerine inandıklarında hastalığa ait önlemler konusunda daha istekli olabilirler. Bu durum bireylerin tedavi uyumlarını arttırabilir. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda da kişisel kontrolü yüksek olan bireylerin hastalığa uyumlarının daha iyi olduğu ve psikiyatrik sorunları daha az sıklıkta yaşadıkları tespit edilmiştir (Timmers ve ark., 2008; Griva ve ark., 2010).

Çalışmamızda tedavi kontrolü boyutu puanlarının ET grubunda YT grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Tedavi kontrolü hastanın uyguladığı tedavinin yeterliliği hakkındaki inançlarının değerlendirildiği boyuttur. Hastaların tedavi kontrolü puanlarının yüksek olması hastalık yönetimi ve tedavi uyumu bakımından oldukça önemlidir. Gündüz'ün Tip 2 diyabetli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada tedavi kontrol puanı yüksek olduğu tespit edilmiştir (Gündüz, 2016). Bizim çalışmamızda da ET grubunda tedavi kontrol boyutu puanı yüksek saptanmıştır. Bu durum hastaların hastalıkla birlikte geçen zamanları arttıkça tedavinin hastalığın seyri üzerindeki etkisini izleyebilme imkanlarından kaynaklı olabileceğini düşündürdü. Bu durum eski tanı tip 2 diyabetli bireylerin, hastalıklarının kronik olduğunu anladıklarını ve tedaviye inançlarının yüksek olduğunu kabul ettiklerini düşündürdü.

Çalışmamızda hastalığı anlayabilme boyutu puanlarının ET grubunda YT grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bu boyut bireylerin hastalık ve seyrini ne kadar anlayabildiklerinin ölçüldüğü boyuttur. Kronik hastalığa sahip kişiler, değişken hastalık semptomları yaşayabilmeleri sebebiyle hastalığı anlama konusunda birtakım sorunlar yaşayabilmektedirler. Bahar ve arkadaşlarının diyabetli bireyler üzerinde yaptığı araştırmada kronik hastalık süresi uzadıkça depresyon düzeyinin arttığı ve hastalık algısının değiştiği bildirilmiştir (Bahar ve ark., 2017). Beklenilenin aksine çalışmamızda ET grubunun hastalığı anlayabilme puanının düşük olmasının sebebi bu duruma bağlı olabilir.

Çalışmamızda süre (döngüsel) boyut puanlarının ET grubunda, YT grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Süre (döngüsel) alt ölçeği; bireylerin hastalıklarını bazen akut, bazen de kronik döngüsel bir seyir içinde nasıl algıladıklarını değerlendirir. Kronik hastalıklarda semptomların değişiklik göstermesi hastaların hastalıklarını anlamlandırmalarını zorlaştırabilir. Bu durum da kişilerin hastalık algılarının değişmesine neden olabilir. Bu durum ET grubunda süre (döngüsel) puanlarının düşük çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda duygusal temsiller boyutu puanlarının ET grubunda YT grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bireylerin hastalığı ile ilgili hislerini ölçen duygusal temsiller boyutunda algı puanlarının yüksek olması; hastalık sebebiyle ortaya çıkan korku, kaygı, öfke gibi belirtilerin yoğun olarak algılandığını ifade

etmektedir. Kronik hastalığa sahip bireylerde geleceğe dair beklenti, güven ve yaşam amaçları duygusu zarar görebilir. Kronik hastalıkta bireyler hastalığı kendilerine fiziksel ve psikolojik tehdit olarak algılayabilirler (Baines ve ark., 2005). ET grubunun hastalıklarının kronik olmasından kaynaklı hastalıkla geçirdikleri zaman arttığı için duygularını daha rahat ifade edebilmelerinden dolayı duygusal temsiller puanı yüksek çıkmış olabilir.

Hastalık algısı ölçeği alt süre boyutlarından süre (kronik/ akut), tedavi kontrol, kişisel kontrol, hastalığı anlama boyut puanlarının yüksekliği, hastalık algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Süre boyutlarından (döngüsel), duygusal temsiller, sonuçlar alt boyut puanlarının yüksek olması ise hastalık algı düzeylerinin düşük olduğu anlamına gelmektedir. ET hastalarında süre (kronik/akut) puanları daha yüksek saptanmıştır. Bu durum ET hastalarının hastalığın kronik olduğunu düşündüklerini ve hastalık algılarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. ET hastalarının hastalık sonuçları puanı YT hastalarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. Bu sonuç ET hastalarında hastalığın olumsuz sonuçlarının algılanmasına bağlı hastalık algısının düşük olduğu anlamına gelmektedir. ET hastalarında tedavi kontrol puanı YT hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç ET hastalarında hastalık algısının yüksek olduğunu gösterir. Bu durum ET hastalarında hastalık süresince tedavi kontrolünün hastalığın seyri üzerindeki gücünü görmüş olmasından kaynaklı olabilir. YT hastalarının kişisel kontrol puanı ET hastalarına göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç YT hastalarının hastalık algısının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yeni tanı alan bu grupta hastalığın bilinmezliğine karşı hastalık üzerinde hakimiyet kurma düşüncesi kişisel kontrol puanlarının yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. ET hastalarının hastalığı anlayabilme puanı YT hastalarına göre daha düşük saptanmıştır. Bu sonuç ET hastalarının YT hastalarına göre hastalık algısının daha düşük olduğu anlamına gelmektedir. Bu durum uzun süre kronik hastalıkla mücadeleyle ilgili hastalığın seyrini anlama konusunda karışıklıklardan kaynaklı hastalığı anlama puanlarının düşük çıkmasına sebep olmuş olabilir. YT hastalarının süre (döngüsel) puanları ET hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç YT hastalarının hastalık algısının düşük olduğunu göstermektedir. Süre (döngüsel) puanlarının düşük olması; hastalık ve belirtileri ile yeni tanışan bu grupta hastalığın akut/kronik döngüsel seyrini anlamlandırma aşamasında karmaşa yaşamaları sebebiyle olmuş olabilir. ET hastalarının duygusal

temsiller puanları YT hastalarına göre yüksek saptanmıştır. Bu sonuç ET hastalarının hastalık algısının düşük olduğunu göstermektedir. Kronik hastalıklara sahip bireylerde zaman içinde hastalık ve belirtileri birtakım duyguları yoğun hissetmelerine sebep olabilir. Hastalıkla geçen süre arttıkça bireyler duygularını daha rahat ifade etme şansı bulabilirler. ET hastalarının duygusal temsiller puanının yüksek çıkması bu sebepten kaynaklanmış olabilir. Bulgularımız hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarının ET ve YT hastalarında farklılık gösterdiğini alt boyutların bazılarına göre ET, bazılarına göre ise YT hastalarının hastalık algısının daha iyi olduğunu göstermektedir.

Hastalık nedenleri boyutu incelendiğinde hem ET hem YT hastalarında hastalık nedenleri olarak en yüksek kaza/şans, en düşük bağışıklık tespit edilmiştir. Ayrıca her iki grupta da hastalık nedeni sırasıyla en yüksek kaza/şans, psikolojik atıflar, risk faktörleri ve bağışıklık olarak belirlenmiştir. Bulgularımıza göre ET ve YT grupları arasında hastalık algısı ölçeğinin hastalık nedenleri alt boyutlarında fark saptanmamıştır. Bu durum bize kronik bir hastalıkla mücadele eden bu grupta daha çok kültürel olarak kaderci bir yaklaşımın hakim olduğunu düşündürdü. Hastalık nedeni olarak en az bağışıklığı sebep göstermelerinin nedeni bağışıklığı kendilerinden kaynaklı bir ihmal olarak değerlendirmelerinden kaynaklı olabilir.

Hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde en düşük boyut puanına bağışıklık faktörü sahipti. Ülkemizde Gündüz ve Karabulutlu' nun diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde en yüksek puanı risk faktörü boyutu, en düşük puanı ise kaza/şans boyutunun aldığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada kaza/şans boyutundan sonra en düşük puanı bağışıklık boyutu almıştır (Gündüz ve Karabulutlu, 2016). Yurtdışında Abubakari ve arkadaşlarının diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada risk faktörü boyutu en yüksek puan ortalamasına sahiptir (Abubakari ve ark., 2012). Bizim çalışmamızda ise en yüksek puanı kaza/şans almıştır. Bu durum çalışmamıza katılan bireylerin sağlıklı yaşamı hedefledikleri ve risk faktörlerini en aza indirdiklerini düşündüklerinden kaynaklanmış olabilir. Kendi üzerine düşen sorumlulukları yerine getirdiğine inanan bireyler kaderci bir yaklaşımla kaza/şans faktörünü hedef göstermiş olabilirler. YT hastalarının bağışıklık boyutu puanlarının ET hastalarına göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Yeni hastalık tanısı almış bireylerde

hastalığı kabullenme evresinde kendisinden kaynaklı bağışıklık faktörünün sebep olarak gösterilmesi, kendilerine olan negatif duygulara sebep olacağı için inkar edilmesine neden olmuş olabilir. Ayrıca YT grubu yeni öğrendiği hastalığının oluşum nedenlerini tam olarak bilemediği, hastalık hakkında bilgi düzeyinin istenilen düzeyde olmamasından dolayı bağışıklık boyut puanı düşük çıkmış olabilir.

Çalışmamızda psikolojik atıflar boyutu puanlarının YT hastalarında ET hastalarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Daha önceki bazı çalışmalarda endişe, sıkıntı ve stres hastalığa en çok sebep olan faktörler olarak tanımlanmıştır (Karabulutlu ve Okanlı, 2011). YT grubu hastalık tanısını yeni almasından kaynaklı hastalığa sebep arayışında olduğu için ET grubuna göre puanları daha yüksek çıkmış olabilir.

YT grubunun risk faktörleri boyutu puanlarının ET grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. ET grubu süreç içerisinde diyabetle ilgili bilgi düzeyi arttıkça hastalığa sebep olan faktörler olarak alkol, sigara, yaşlanma, kalıtsal yapı gibi etmenlerin etkisinin öneminin farkına varmasından kaynaklı olabilir. YT grubunda ise hastalık ve nedenlerine dair bilgi, tecrübe ve farkındalık düzeylerinin daha az olmasından dolayı farklı risk faktörleri belirlemelerine neden olmuş olabilir.

YT hastalarının kaza/şans boyutu puanlarının ET hastalarına göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. YT hastalarının, hastalığa neden arayışında olduğu ve psikolojik olarak bir suçlu aramasından kaynaklı kaza/şans puanları yüksek çıkmış olabilir. Gündüz ve Karabulutlu' nun diyabet hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde en yüksek risk faktörleri boyutu, en düşük kaza/şans boyutu puanları olduğu tespit edilmiştir (Gündüz ve Karabulutlu, 2016). Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda kaza/şans boyutunun en çok hastalık nedeni olarak belirtilmesi, bireylerin toplumumuzda hastalık söz konusu olduğunda kaderci bir yaklaşım sergilemesinden kaynaklanmış olabilir.

Bireylere ölçek dışı hastalıklarına neden olan en önemli faktörler sorulduğunda hem ET hem YT hastaları birinci faktörü stres, ikinci faktörü ise genetik olarak belirlemişlerdir. ET hastaları hastalığa neden olan en önemli üçüncü faktörün genetik olduğunu belirtirken, YT hastaları ise stresi neden olarak göstermişlerdir. Bu durum hastalığın erken evresinde olan ve yeni tanı alan bireyler kendilerinin dışında bir

etkeni sorumlu tutarlarken, eski tanılı hastaların ise durumu kabullenerek somut bir neden arayışına girmelerinden kaynaklanmış olabilir.

ET hastalarının, YT hastalarına göre diyabet hastalığı hakkındaki görüşleri daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum ET hastalarının hastalık, belirti, bulgu ve tedavileri ile ilgili farkındalık ve bilinç düzeyinin artmasına bağlı yüksek çıkmış olabilir. YT hastalarının ise hastalığın erken evresinde olmalarından dolayı hastalıkla ilgili görüşleri daha sınırlı olduğundan puanları düşük çıkmış olabilir. Hastalık hakkındaki görüşleri farkındalık oluşturmak suretiyle arttırılması, hastalığın seyrine pozitif etki edebilir.

Çalışmamızda ET hastaların tedaviye uyum düzeyi, YT hastalarına oranla daha yüksek düzeyde saptanmıştır. YT grubunun tedaviye uyum seviyesi ortanın altında olduğu ve ET grubunun tedaviye uyum düzeyinin YT grubuna oranla daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu durum Tip 2 diyabet hastalığı ile ilgili bilgilerinin ve farkındalıklarının hastalıkla geçirdikleri süreye paralel olarak artmasından kaynaklanmış olabilir. YT hastalarının hastalığın belirtilerini ve etkilerini ET hastalarına göre daha az yaşamış olduğu düşünülmektedir. En fazla üç ay önce tanı alan grubun farkındalıklarının düşük olması tedaviye uyum düzeyinin de düşük olmasına neden olmuş olabilir. Yaşa bağlı olarak YT grubunun daha genç bireylerden oluşması ET grubunun daha yaşlı bireylerden oluşması da bu durumu ortaya çıkarmış olabilir. Küçük' ün 2016 yılında diyabetli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yaş arttıkça tedaviye uyum düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (Küçük ve Yapar, 2016). Bizim çalışmamız da bu çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir. ET hastalarının uyum düzeylerinin daha yüksek olması, ET hastalarının uzun yıllar sonunda hastalığı kabullenışı, tedavi protokollerinin önemini anlaması ve bu tedavilere uyum göstermesinin kendi sağlıkları için öneminin farkına varmasından kaynaklanmış olabilir. ET hastalarının hastalıkla ilgili yaşadıkları sorunlar, edindikleri tecrübeler ve hastalık sürelerinin daha uzun olması tedaviye uyumlarının daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Ayman ve Abd-El-Aziz tarafından yapılan çalışmada da diyabet süresi arttıkça tedaviye uyumun arttığı tespit edilmiştir (Ayman ve Abd-El-Aziz, 2007).

ET hastalarında tedavi uyumunun hastalık algısı ölçeği puanları ile ilgili olmadığı saptanmıştır. Bu durum ET hastalarının uzun süre kronik bir hastalıkla baş etmeye

bağlı olarak, hastalıkla ilgili durumları yorumlamada bıkkınlık ve yorgunluk duygusu yaşamalarına bağlı olabileceğini düşündürdü. YT hastalarında ise hastalık algısı ölçeğinin bazı puanları ile tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. YT hastalarında hastalığın başlangıcından bu yana yaşanan belirtiler puanı arttıkça tedavi uyum düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Bu durum hastalığın birey üzerinde yarattığı fiziksel ve psikolojik olumsuz etkilerden kaynaklı olabilir. Eğer kişi tedaviye uyum sağlarsa bu olumsuz etkinin ortadan kalkacağını düşünmesinden kaynaklı olabilir. YT hastalarının hastalıkla ilgili belirtiler puanı arttıkça tedaviye uyum düzeyleri azalmıştır. Bu durum bize YT hastalarının yaşamış olduğu belirtileri diyabet hastalığına bağlamamasından kaynaklı olabileceğini düşündürdü. Kısa süre önce tanı alan bu grup, hastalıkla ilgili bilgi ve tecrübesinin sınırlı olmasından kaynaklı belirtileri yorumlarken, bu belirtileri diyabet dışı farklı durumlara bağlaması neden olmuş olabilir. YT hastalarının hastalık nedenleri puanı arttıkça tedavi uyum düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bu durumun nedeni hastalığının kaynağını öğrenen bireylerin hastalık ve tedavi yönetiminde daha etkin rol alırsa hastalığının seyrini olumlu yönde etkileyeceğine inanmasından kaynaklı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada YT grubunda kadınların daha ağırlıkta olduğu ve daha genç hastalardan oluştuğu saptanmıştır. ET grubunda ise erkek hastaların daha ağırlıkta olduğu ve daha yaşlı hastalardan oluştuğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan her iki gruptaki hastaların eğitim durumlarının daha çok ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Tedavi şekillerinin YT hastalarında OAD tedavisi, ET hastalarında ise insülin ve insülin + OAD tedavisi olduğu saptanmıştır.

ET hastalarının diyabete bağlı hastalıklardan yatış oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

YT hastalarının sigara ve alkol kullanma oranlarının ET hastalarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Diyabet kontrolü için YT hastalarının en sık üç ayda bir kez, ET hastalarının ise yılda bir kez doktor kontrolüne gittikleri tespit edilmiştir.

Hem ET hem YT hastalarında egzersiz yapma ve TBT uygulama oranlarının benzer ve düşük seviyelerde olduğu saptanmıştır.

Diyabet komplikasyonu sıklığının ET hastalarında YT hastalarına göre daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir.

ET hastalarında evde kan şekeri cihazı bulundurma oranı YT hastalarına göre daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Fakat her iki grupta ölçüm yapma sıklığının düşük olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Diyabet hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirme oranlarının ET hastalarında daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

HAÖ hastalığıyla ilgili belirtiler alt boyutlarında ET hastalarında en sık yorgunluk, sersemlik hissi, ağrı belirtileri yaşadıkları saptanmıştır. YT hastalarının ise en sık baş ağrısı, ağrı ve yorgunluk belirtileri yaşadıkları tespit edilmiştir. Hem ET hastaları

hem YT hastaları sersemlik hissi, baş ağrısı ve yorgunluk belirtilerini hastalıkları ile ilişkili buldukları tespit edilmiştir.

Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda süre (akut/kronik) puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. Süre (akut/kronik) puanı baz alındığında ET hastalarının hastalık algısının YT hastalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastalık sonuçları puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır. Hastalık sonuçları puanı baz alındığında ET hastalarının hastalık algılarının, YT hastalarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Tedavi kontrol puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Tedavi kontrol puanı baz alındığında ET hastalarında hastalık algısı, YT hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır. Kişisel kontrol puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha düşük saptanmıştır. Kişisel kontrol puanına göre hastalık algısı ET hastalarında daha düşük saptanmıştır.

Hastalığı anlayabilme puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha düşük tespit edilmiştir. Hastalığı anlayabilme puanına göre ET hastalarında hastalık algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Süre (döngüsel) puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha düşük saptanmıştır. Süre (döngüsel) puanı baz alındığında ET hastalarının hastalık algısı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal temsiller puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Duygusal temsiller puanı göre ET hastalarının hastalık algısı daha düşük saptanmıştır.

Hastalık nedenleri alt boyutunda hem ET hastalarında hem YT hastalarında sıklık sırası kaza/şans, psikolojik atıflar, risk faktörleri ve bağışıklık şeklinde tespit edilmiştir. Psikolojik atıflar ET hastalarında YT hastalarına göre daha düşük saptanmıştır. Risk faktörleri puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır. Bağışıklık puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kaza/şans puanı ET hastalarında YT hastalarına göre daha düşük saptanmıştır.

ET hastalarının YT hastalarına göre hastalık hakkındaki görüş puanları daha yüksek tespit edilmiştir. Hem ET hem YT hastalarında hastalık tipi boyutu ve hastalık nedenleri boyutu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hem ET hem YT hastalarında hastalığa neden olan en önemli birinci faktör stres, ikinci faktör genetik olarak saptanmıştır. ET hastaları hastalığa neden olan en önemli üçüncü faktörün genetik olduğunu belirtirken, YT hastaları ise stresi neden olarak göstermişlerdir.

Tedaviye uyum ölçeğinin toplam puanı üzerinden değerlendirildiğinde ET ve YT grubunda uyum düzeylerinin ortalamanın altında ve düşük olduğu saptanmıştır. ET grubunun YT grubuna göre tedavi uyum oranı daha yüksek tespit edilmiştir. ET hastalarının hastalık algısı ölçeği alt boyutlarıyla tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. YT hastalarının hastalık tipi ve hastalık nedenleri boyutu ile tedavi uyumu arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Eski ve yeni tanı tip 2 dm hastalarında hastalık algısı ölçeği alt boyutlarına göre hastalık algılarının farklı olduğu saptanmıştır. Bazı alt ölçeklere göre yeni tanı hasta grubunun, bazılarında göre ise eski tanı grubunun hastalık algılarının daha iyi olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Tip 2 DM hastalarında, tanı anından başlamak üzere belirli aralıklarla hastalık algısı ölçülmeli ve tedavi uyumları değerlendirilmelidir.

Diyabette hastalık algısının tedavi uyumuna etki eden faktörleri tespit edilerek tedavi uyumlarını arttırmak hedeflenmelidir..

ET hastalarında YT hastalarına göre tedavi uyumu daha yüksek çıkmıştır. YT hastalarının erken dönemde hastalık algıları belirlenerek tedavi uyumunu arttıracak girişimler planlanmalı ve diyabette komplikasyon riski en aza indirilmelidir.

Hastalar hastalıklarına neden olan en önemli birinci faktör olarak stresi belirlemişlerdir. Bu bağlamda stres ile baş etme teknikleri öğretilmelidir.

Yapılan literatür incelemesinde hastalık algısı ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Bu tür çalışmalar daha farklı örneklem gruplarında da yapılmalıdır.



KAYNAKLAR

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

Acehan, O., Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2010, Adana.

ADA. Classification and diagnosis of diabetes. Diabetes Care. 2018; 41: 13- 27.

Akdemir N, Birol, L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., Genişletilmiş 5. Baskı. 2020, p: 893-937.

Akdemir R, Vatan MB. 2017 Avrupa Kardiyoloji Derneği Periferik Arter Hastalığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nun getirdiği yenilikler. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2017; 45(8), 681-686.

Akgüç N. Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Doctoral Dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).

Araz M. Diyabetik Ketoasidoz ve Hiperglisemik Hiperosmolar Durum Tedavisi. Türkiye Klinikleri Endocrinology-Special Topics. 2016; 9(2): 89-93.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri, 2007, 10: 192-200.

Arslan E, Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, 2011, Diyarbakır (Danışman: Prof. Dr. M. Melikşah Ertem).

Arslantaş D, Ünsal A, Metintaş S, Koç F. Knowledge of diabetic patients about diabetes at the primary stage in Eskisehir, Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences 2008; 24(2): 263.268.

Atalıkoğlu Başkan, S. Tip 2 Diyabetli Hastaların Problem Alanları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Mehtap Tan).

Atasoy A, Atay A, Ahbab S, Hanedar M, Yenigün, M. Diyabetik nefropatiye genel bir bakış. Haseki Tıp Bülteni. 2015; 53: 16-19.

Ay FA. Temel hemşirelik. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2008, p:35-44.

Ayanoğlu S. Diyabetik Ayak Hastalığına Güncel Yaklaşımlar. Okmeydanı Tıp Dergisi 31(Ek sayı), 2015; 63-71.

Ayman S and Abd-El-Aziz A, Degree of Compliance towards Therapeutic Tasks among Diabetic Patients Attending a Health Insurance Setting In Cairo. The Egyptian Journal of Hospital Medicine, 2007;27:234-244.

Badur F., Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, 2009, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şeyda Özcan).

Bahar A, Tanrıverdi D. Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Diyabet: Bir Gözden Geçirme. Yeni Symposium; 2017.

Bahar, G., Savaş, H. A., Ünal, A., Savaş, E., Kaya, H., ve Bahar, A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2014, 15(2).

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

Balducci S, Zanuso S, Nicolucci A, Fernando F, Cavallo S, Cardelli, P et al. Anti-inflammatory effect of exercise training in subjects with type 2 diabetes and the

metabolic syndrome is dependent on exercise modalities and independent of weight loss. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* 2010; 20 (8): 608-617.

Banister N.A, Jastrow S.T, Hodges V. et al. Diabetes Self-Management Training Program in A Community Clinic Improves Patient Outcomes at Modest Cost. *Journal of The American Dietetic Association*, 2004; p: 07-810.

Bayram D. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Bolu (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yurdanur Demir).

Bayram, E. H., Sezer, A. D., & Elçioğlu, H. K.. Diabetic neuropathy and treatment strategy-new challenges and applications. *Smart Drug Delivery System*, 2016, 2(3), 24-35.

Berman A, Snyder S. *Fundamentals of Nursing in: Health, Wellness, and illness.*, 9. th Ed., USA: Person Education limited; 2014, p:321-336.

Biçer EK, ve Çelik S.. Diyabetli Hastalar İçin Kapsamlı Ayak Muayenesi ve Risk Değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 2016, 8(1); 62-70.

Birol L. Pankreas hastalıkları, İç Hastalıkları Hemşireliği. Akdemir N, Birol L (ed). İstanbul, 2003; p: 707-725.

Buick, D. L., Petrie, K. J., & Weinman, J. A.. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. *Perceptions of health and illness*, 1997, 1, 379-409.

Buzlu S. Diyabetin Psikososyal Yönü. İçinde: Semre Erdoğan (ed), *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, İstanbul, Yüce Yayın Dağıtım, 2002.

Cengiz M, Yaldiran AL. Diyabetik Ketoasidoz. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2015; 6(1): 20-23.

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

Ciddi, S., Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Mert).

Çalışkan N, Aslan D. Mehmetoğlu HÇ, Alper Z, Uncu Y. Diyabet açısından bazı risk faktörleri: Marmara adası sağlık taraması sonuçları, Türk Aile Hek Dergisi 2007; 11(2): 75-79.

Çolak R. Hipoglisemi. Türkiye Klinikleri Endocrinology-Special Topics. 2016; 9(2): 56-65.

Dabelea D. The predisposition to obesity and diabetes in offspring of diabetic mothers. Diabetes Care. United States; 2007 Jul;30 Suppl 2:S169-74.

De Long D.E. Stepita R.A. Taylor V.H. and Holloway D.C.. Major Depressive Disorder and Diabetes: Does Serotonin Bridge the Gap. Curr Diabetes, 2015, Rev, 11:71-78

Demir A., Tip 2 Diyabeti Olan Kişilerde Hastalık Algısının ve İlaç Uyumunun Diyabet Kontrolü Üzerine Etkisinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2021, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Berrin Telatar).

Diabetes Care and Research in Europe: The St Vincent Declaration Action Programme/Implementation Document. In Krans HMJ, Keen H, Porta M (eds). World Health Organization, Copenhagen, 1992.

Diabetes, U. K. (2016). Type 1 diabetes. Accessed, 17, 16.

Erdoğan Ç, Ongun N. Deneysel Diyabetik Nöropati Modelleri. Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics. 2014; 7(2): 22-28.

Ertek S. Diabetes Mellitusun Makrovasküler Komplikasyonları. Türkiye Klinikleri Endocrinology-Special Topics. 2015; 8(1): 53-60.

Gardner D.G. ve Shoback D. (2013). Greenspain Temel ve Klinik Endokrinoloji. Baskı, Güneş Kitabevleri

Gardner DG, Shoback D. Greenspain Temel ve Klinik Endokrinoloji. Güneş Kitabevleri; 2012, p: 1-150.

Griva K, Jatasena D, Davenport A, Harrison M, Newman SP. An Evaluation of İllness, Treatment Perceptions, And Depression in Hospital- Vs Home-Based Dialysis Modalities. Journal of Psychosomatic Research 2010; 69(4): 363-370.

Günelay S, Taşkiran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi. 2016; 2(1): 16-19.

Gündüz F, Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi Tez Çalışması, Atatürk Üniversitesi; 2014, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu).

Gündüz F., Karabulutlu EY., Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19(2): 109-113.

<http://www.diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=32>, Erişim Tarihi: 01.01.2020

IDF, International Diabetes Federation, Diabetes Atlas, 2019, 2021.

İmamoğlu Ş, Özyardımcı C ve Gürdal B. Diyabetes Mellitus'ta Tıbbi Beslenme Tedavisi. Ş. İmamoğlu, C Ersoy. (Eds.). Deomed Medikal Yayıncılık, 2009; İstanbul, 2. Baskı, s:177-183.

İzgi C. Tip II Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısının Diyabet Yönetimine Etkisi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Medet Korkmaz).

J. Mc Sharry, R. Moss-Morris and T. Kendrick. İllness perceptions and glycaemic control in diabetes: a systematic review with meta-analysis. Diabetic Medicine, 2011.

Kara, B.. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi, 2007, 49 (2), 132.

Karabulutlu EY, Gündüz F.. Tip II diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(2): 106-115.

Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi (Evaluation of Cancer Patients Perception of Illness) 2015;2(3):271-284.

Karabulutlu EY. ve Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(4): 25-30.

Karadeniz G, Dedeli Ö, Gökdere H, Aslan GG, İstek E, Ayaz AT, Tosun B. İç Hastalıkları hemşireliğinde teoriden uygulamaya temel yaklaşımlar. Ankara: Baran Ofset; 2008, p: 4-6.

Karadeniz Y, Çakır H, Şimşek B, Can G. Tekharf 2014 Taraması ve Coğrafi Bölgelere Göre Ölüm Oranı ile Koroner Hastalık İnsidansı. 2015.

Kavak F, Aktürk Ü. Diyabet Hastalarında Hastalık Algısının Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. 2019; 10(4): 740-747.

Kayacan Ç. Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Gülay Görak).

Kepenek B., Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü ile Hastalık Algısı Arasındaki İlişki, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu).

Kurt, M., Atmaca, A., Gürlek, A. (2004). Diyabetik nefropati. Acta Medica, 35(1), 12-17.

Küçükbakar, A., Kanser Tanısını Yeni Alan ve Hastalığı Tekrarlayan Bireylerin Hastalığı Algılamalarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Prof . Dr. Fatma Öz).

Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2005, 14: 166-170.

Küçük, E. Yapar, K. Tip II diyabetli hastalarda sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlar ve ilaç tedavisine uyum: Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde bir çalışma. TAF Preventi and Medicine Bulletin, 2016, 15(4): 285-292.

Morisky, DE, Green, LW ve Levine, DM. Kendi kendine bildirilen bir ilaç uyumu ölçüsünün eşzamanlı ve öngörücü geçerliliği. Tıbbi bakım, 1986, p:67-74.

Olgun N, Eti Aslan F, Coşansu G, Çelik S. Diyabetes Mellitus. İçinde: Dâhili ve Cerrahi hastalıklarda Bakım. Karadokvan A. Eti Aslan F. Adana: Nobel Kitabevi; 2010, p: 829-865.

Olgun N, Yalın H, Demir HG.. Diyabetle Mücadelede Diyabet Risklerinin Belirlenmesi ve Tanılama. Turkish Family Physician. 2012; 2(2): 37-38.

Önmez A. Diabetes Mellitus' ta Mikrovasküler Komplikasyonların Yönetimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017; 7(2): 117-119.

Özata M, Yörem A. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet. 1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2006, p:275– 427.

Öztepe İ, TİP 2 Diyabet Hastalarında Tedavi Uyumu ve Hastalık Algısının Değerlendirilmesi (tez). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, 2017, İzmir (Danışman: Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü; Uzm. Dr. Sibel Demiral Sezer)

Öztürk, Y. E., Kırac, R. Sağlık ve Hastalık. Scientific Developments, 2019, 382.

Pala T, Eser E, Özmen B, Aydemir Ö, Boyvoda S. The determinants of quality of life including treatment satisfaction in patients with type two diabetes mellitus: Are different generic Qol instruments sensitive to the same determinants?. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2004; 8(3): 91-99.

Ruggiero, L., Glasgow, R., Dryfoos, JM, Rossi, JS, Prochaska, JO, Orleans, CT, ... & Johnson, S.. Diyabet öz yönetimi: geniş bir popülasyonda kendi kendine bildirilen öneriler ve kalıplar. Diyabet bakımı, 1997, 20 (4), 568-576.

Ruta LM, Magliano DJ, Lemesurier R, Taylor HR, Zimmet PZ, Shaw JE. Prevalence of diabetic retinopathy in Type 2 diabetes in developing and developed countries. *Diabet Medicine*. 2013, 30(4): 387-398.

Samancıoğlu S. Endokrin Fonksiyonlar. Çukurova Nobel Kitabevleri; 2016, p: 295-316.

Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J. TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal Epidemiology*, 2013, 28: 169-80.

Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, Velzen-Verkaik E, Akker MD, Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. *Support Care Cancer* 2010;18(9):1137–1145.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia.

TEMED, Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2019, 2020.

Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, Weinman J. Illness Perceptions in Dialysis Patients And Their Association with Quality of Life. *Psychology And Health* 2008; 23(6): 679-690.

Turan İ, Yüksel B, Topaloğlu AK. Diyabetik Ketoasidoz. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports*. 2016; 24(2): 48-50.

TURKDİAB, Ulusal Diyabet Konsensus Grubu , Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi (2016).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF). Avrupa Diyabet Strateji Belirleme Grubu: Tip 2 Diabetes Mellitus Masa Üstü Rehberi, Gri Tasarım, İstanbul; 2021.

Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Cukurova Medical Journal*. 2013; 38(1): 31-40.

Vileikyte L, Rubin RR, Eventhal H. Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications: An overview. *Diabetes Metabolism Research Reviews Journal*. 2004, 20: 8-13.

Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*, 1996, 11: 431-445.

World Health Organization. WHO chronic disease raport diabetes, 2018.

Wijesuriya M.A, De-Abrew WK, Weerathungal A, Perera A, Vasantharajah L. Association of chronic complications of type 2 diabetes with the biochemical and physical estimations in subjects attending single visit screening for complications. *Journal of Diabetology* 2012; 1(3): 1-9.

Yılmaz, C., Fadıloğlu, Ç., & Çetinkalp, Ş.. Diyabet hemşiresi el kitabı. Asya Tıp Yayıncılık, İzmir, 2002, 5-149.

Yiğit, G. Hematoloji ve Endokrin Fizyolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri; 2011, p:121-249.

Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*. 2013; (2): 367-387.

EKLER

Ek 1.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız :

1) Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınız:

3) Eğitim Durumunuz:

- a) Okur yazar değil b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Lisans üstü mezunu

4) Sağlık güvenceniz var mı?

- a) var b) yok c) yeşilkart

5) Hastalığa Ait ve Bilgi Alma Durumuna Yönelik Özellikler:

5-1) Kaç Aydır/Yıldır Diyabet Hastasıınız

5-2) Diyabetinizin Tedavi Şekli Nedir?

- a) Oral Antidiyabetik İlaç b) İnsülin c) Diyet + oral antidiyabetik ilaç d) sadece diyet

6) Kaç Aydır / Yıldır Bu Tedaviyi Görüyorsunuz?

7) Diyabete Bağlı Sorunlar Nedeniyle Hastaneye Yattınız Mı?

- a) Evet b) Hayır

8) Sigara Kullanıyor Musunuz?

- a) Evet b) Hayır

9) Alkol Kullanıyor Musunuz?

- a) Evet b) Hayır

10) Diyabet Kontrolü İçin Hangi Sıklıkla Kontrole Gidiyorsunuz?

- a) Ayda 1 kez b) 2 Ayda 1 kez c) 3 Ayda 1 kez d) 6 Ayda 1 kez e) Yılda 1 kez

11) Düzenli Egzersiz Yapıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

12) Düzenli Tıbbi Beslenme Tedavinizi (TBT) Uyguluyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

13)Diyabete Bağlı Oluşan Başka Bir Hastalığınız Var Mı?

- a) Evet b) Hayır

14) Evde Kan Şekeri Ölçüm Cihazınız Var mı?

- a) Evet b) Hayır

14-1) Evetse Kan Şekeri Ölçümünü Yapıyorsunuz Musunuz?

- a) Evet b) Hayır

14-2) Evetse Kan Şekeri Ölçümünü Ne Kadar Sıklıkla Yapıyorsunuz ?

- a) Her gün b) Ara sıra c) Düzensiz

15) Daha önce Diyabet Hastalığına İlişkin Bilgi Aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığınızla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır -----	Evet	Hayır

- | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 3. Bu hastalık uzun sürecek | | | | | |
| 4. Bu hastalık çabuk geçecek | | | | | |
| 5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum | | | | | |
| 6. Ciddi bir hastalığım var | | | | | |
| 7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var | | | | | |
| 8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor | | | | | |
| 9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor | | | | | |
| 10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var | | | | | |
| 11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor | | | | | |
| 12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var | | | | | |
| 13.Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir | | | | | |
| 14. Hastalığımın seyri bana bağlı | | | | | |
| 15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez | | | | | |
| 16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var | | | | | |
| 17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek | | | | | |

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

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

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Ek 3.

KULLANDIĞINIZ İLAÇ/İLAÇLARIN ADI			
SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	☐	☐
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	☐	☐
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	☐	☐
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	☐	☐

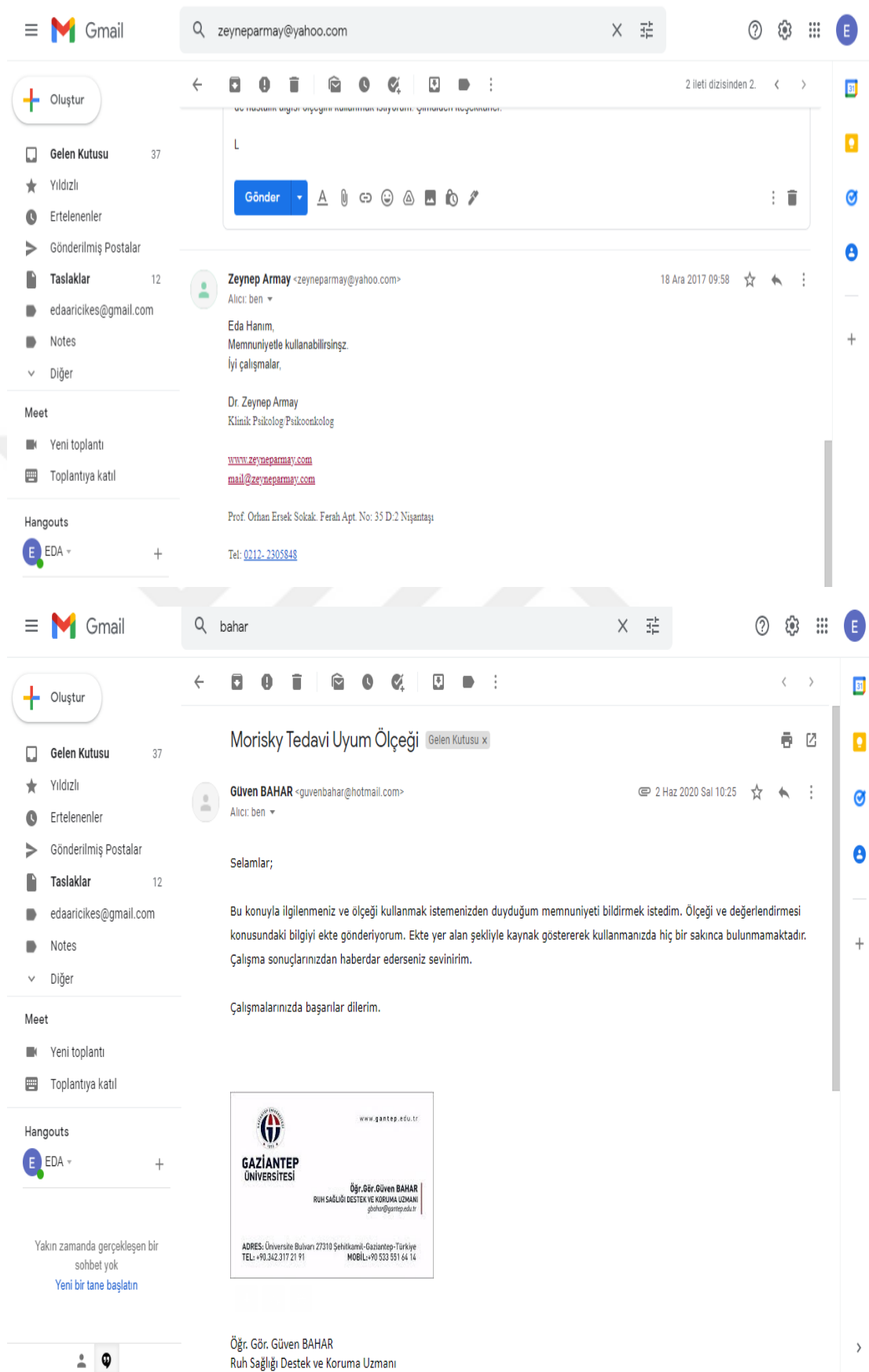
Ek 4.

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

2021

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Nusret YILMAZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Eski ve Yeni Tanılı Tip 2 Diyabet Hastalarında Hastalık Algısının Tedavi Uyumuna Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 830	Tarih: 01.12.2021
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. 31.05.2017/325 nolu kararın revize edilmiş halidir.	

Ek 5.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Eda	Uyruğu	T.C
Soyadı	ARICI TÜRKER	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Kemer Anadolu Lisesi	2010
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2014
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Diyabetik Hasta Eğitici	2016-Devam

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2014-Devam

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	30

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
-	-	-

Burslar-Ödüller:-

Yayınlar ve Bildiriler:-