



Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Hatice Yorulmaz* Arkun Tatar** Gaye Saltukoğlu*** Gönül Soylu****

Özet

Araştırma, diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya dört farklı hastanenin üç farklı kliniğinden 218 diyabet hastası katılmıştır. Veri, hastalara tanıtıcı bilgi formu ve Hastalık Algısı Ölçeği uygulanarak toplanmıştır. Diyabet hastalarında yaşın, cinsiyetin, medeni durumun, eğitim durumunun, çalışma durumunun, sosyo-ekonomik durumun, diyet durumunun, hastalıkla ilgili eğitim alma durumunun, psikolojik destek alma durumunun, hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma durumunun, diyabet tipi ve tanı konma süresinin hastalık algısını etkilediği belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun, hastalıklarıyla ilgili olduğunu düşündükleri semptomlar yaşadıkları, hastalıklarını kronik olarak algıladıkları, fiziksel, sosyal, psikolojik işlevlerine hastalığın etkisi olduğunu düşündükleri, tedavilerinin etkin olduğuna inanışları ve hastalıklarından duygusal olarak etkilendikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Hastalık algısı, Hastalık belirtisi, Kronik hastalık

Analysis of the Factors Influencing Illness Perception in Patients with Diabetes

Abstract

The purpose of the study was to examine the factors influencing illness perception in patients with diabetes. The participants of the study were 218 diabetes in four different hospitals in three different clinics. A socio-demographic questionnaire and the Illness Perception Questionnaire were applied to patients to collect the data. It was found that the variables of age, gender, marital status, education level, work status, socio-economic

* Doç. Dr., Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, haticeyorulmaz@hotmail.com

** Yrd. Doç. Dr., Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul/Türkiye, arkuntatar@yahoo.com (Sorumlu Yazar)

*** Yrd. Doç. Dr., Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul/Türkiye, sgaye983@hotmail.com

**** Hemşire, Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği, gonulcelk@hotmail.com

status, dietary status, state of being educated about the illness, psychological support received, state of knowledge about the illness, type of diabetes, and length of time after diagnosis have influenced the illness perception in diabetes. It was also determined that most of the patients experienced symptoms they thought to be related to their illness, perceived their illness as chronic, thought that their illness affected their physical, social and psychological functions, believed that their therapies were effective and were affected emotionally by their illness.

Keywords: Diabetes, Illness perception, Illness symptom, Chronic illness

Giriş

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışlar, hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu algı veya bilişsel süreçler, bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler.¹ Özellikle son yirmi yılda, kronik hastalıklar ölüm oranını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıklar yaşam kalitesinde azalmaya neden olmakta ve kronik ağrının da önde gelen nedenlerini oluşturmaktadır.² Bu doğrultuda kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili sahip oldukları algılarının pozitif yönde değiştirilmesiyle, kendi kendini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilmeleri ve hastalığa eşlik eden günlük stresin üstesinden gelebilmeleri için beceri kazandırılabilir gibi görünmektedir.³

Diyabet tedavisi gören hastaların tüm yaşam alanları ve yaşam kaliteleri etkilanmaktadır. Çünkü diyabet hastaları, bir yandan tedavi sürecinde, belirli bir diyeti sürdürerek hastalığın semptomları ile başetmeye uğraşarak bedenlerindeki fiziksel değişikliklere uyum sağlamaya çalışırlar. Diğer yandan da bireysel ve toplumsal amaçlarını yeniden gözden geçirmek zorundadırlar. Günümüzde, belirtilenlerden dolayı diyabet tedavisinin bir yandan yaşam süresini uzatmaya yönelik diğer yandan da yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir.⁴ Hastalık algısının, diyabet, osteoartrit, diyaliz,⁵ astım, hemofili ve miyokard

- 1 N. Kocaman - M. Özkan - Z. Armay - S. Özkan, "Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 2007, s. 271-280.
- 2 F. Mili - C. Helmick - D. Moriarty, "Health related quality of life among adults reporting arthritis: analysis of data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, US, 1996-1999", *Journal of Rheumatology*, 30(1), 2003, s. 160-166.; L. Cheng - S. Cumber - C. Dumas - R. Winter - K. Nguyen - L. Nieman, "Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics", *Health Qual Life Outcomes*, 1, 2003, s. 63.; C. L. Haggerty - R. Schulz - R. B. Ness, "Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease" *Obstet Gynecol*, 102, 2003, s. 934-939.; M. Wehler - U. Reulbach - R. Nichterlein - K. Lange - B. Fischer - M. Farnbacher - E. G. Hahn - T. Schneider, "Health-related quality of life in chronic pancreatitis: a psychometric assessment", *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 2003, s. 1083-1089.
- 3 J. Chilcot, "The Importance of Illness Perception in End-Stage Renal Disease: Associations with Psychosocial and Clinical Outcomes", *Seminars in Dialysis*, 25(1), 2012, s. 59-64.
- 4 S. K. Mittal - L. Ahern - E. Flaster - J. K. Maesaka - S. Fishbane, "Self- assessed physical and mental function of haemodialysis patients", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(7), 2001, s. 1387-1394.; S. Özkan - M. Turgay, "Olgularında Psikiyatrik Morbidite: Psikososyal uyum ve kanser organ kaybı-psikopatoloji ilişkisi", *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29(4), 1992, s. 207-215.
- 5 J. Chilcot - S. Norton - D. Wellsted - K. Farrington, "The factor structure of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in end-stage renal disease patients", *Psychology, Health and Medicine*, 17(5), 2012, s. 578-588.

enfarktüs⁶ hastalarda yaşam kalitesiyle⁷, yaşam kalitesinin psikolojik boyutuyla, depresyonla⁸, stresle başa çıkma⁹, öz-yönetimle, ilaca uyumla ve dinsel inançla¹⁰ ilişkili olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir.¹¹ Bu bağlamda özet olarak, hastalık algısının, pek çok farklı hasta gruplarında fiziksel ve psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren artan sayıda yeni çalışmalar bulunmaktadır.¹²

Diyabet hastalarında, hastalık algısının, hastalığı yönetim davranışlarını etkilediğini ve bunun da glisemik kontrolde önemli etkisini olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.¹³ Bu çalışmalar, fiziksel hastalığı olan kişilerde hastalığın nasıl algılandığını belirlemenin, etkin bir tedavi uygulamak için kritik düzeyde önemde olduğunu ortaya koymaktadır. Hastalık algısı değerlendirmeleri, sunulan hizmetler açısından da önemli ipuçları oluşturmakta ve diyabet hastalarının hastalık algısını çok boyutlu olarak değerlendirmek önemli hale gelmektedir.¹⁴ Bu çalışmada, yu-

-
- 6 P. Steca - A. Greco - D. Monzani - A. Politi - R. Gestra - G. Ferrari - G. Malfatto - G. Parati, "How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs", *Psychology and Health*, 28(7), 2013, s. 765-783.
 - 7 H. Goodman - A. Firouzi - W. Banya - M. Lau-Walker - M. R. Cowie, "Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients A longitudinal questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies*, 50, 2013, s.945-953.
 - 8 Chilcot, *a.g.m.*, s. 59-64.
 - 9 A. Pagels - B. K. Söderquist - S. Heiwe, "Evaluating the illness perception questionnaire on patients with chronic kidney disease in Sweden", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 2012, s. 474-484.
 - 10 N. Ibrahim - A. Desa - N. K. Chiew-Tong, "Religious Coping as Mediator between Illness Perception and Health-Related Quality of Life among Chronic Kidney Disease Patients", *Asian Social Science*, 8(9), 2012, s. 23-31.
 - 11 C. Paschalides - A. J. Wearden - R. Dunkerley - C. Bundy - R. Davies - C. M. Dickens, "The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus", *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 2004, s. 557-564.; D. C. Jessop - D. R. Rutter, "Adherence to asthma medication: The role of illness representations", *Psychology and Health*, 18, 2003, 595-612.; C. D. Llewellyn - A. H. Miners - C. A. Lee - C. Harrington - J. Weinman, "The illness perceptions and treatment beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment", *Psychology and Health*, 18(2), 2003, s. 185-200.; K. J. Petrie - J. Weinman - N. Sharpe - J. Buckley, "Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study", *British Medical Journal*, 312, 1996, s. 1191-1194.
 - 12 Chilcot, *a.g.m.*, s. 59-64.
 - 13 R. E. Glasgow - S. E. Hampson - L. A. Strycker - L. Ruggiero, "Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management", *Diabetes Care*, 20(4), 1997, s. 556-561.; Paschalides, Wearden, Dunkerley, Bundy, Davies, Dickens, *a.g.m.*, s. 557-564.
 - 14 D. L. Buick, *Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy*; K. J. Petrie, J. Weinman (Ed.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Pub., 1997, s. 379-409.

karıda belirtilenler doğrultusunda, diyabet hastalarında, sosyo demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin, hastalık algısına olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Katılımcılar

Araştırmanın katılımcılarını, aşağıda uygulama kısmında belirtilen tarihte belirtilen servis ve polikliniklere başvuran gestasyonel (gebelik) diyabeti olmayan 845 diyabet hastasından, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 218'i oluşturmuştur. Bu hastaların, 18-87 yaşları arasında (ort.=50,88 ± 12,24 yıl) 118 kadın (%54,1) ve 100 erkek (%45,9) olduğu görülmüştür.

Araç-Gereç

Araştırmanın verisi, Hastalık Algısı Ölçeği ile birlikte, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin bilgilerini belirlemeye yönelik anket formu kullanılarak elde edilmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık Algısı Ölçeği, Weinman ve arkadaşları¹⁵ tarafından geliştirilmiş, Armay ve arkadaşları¹⁶ tarafından da Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Hastalık algısı ölçeği üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar, Belirtiler (Kimlik Boyutu), Algı ve Nedenler'dir.

Belirtiler (Kimlik Boyutu): Kimlik A ve Kimlik B olmak üzere iki alt ölçekten oluşan bir bölümdür. Kimlik A, hastaların hastalıkları ile ilgili belirti yaşamaları, Kimlik B ise hastaların yaşadıkları belirtileri hastalıklarının bir parçası olarak görmelerini içermektedir. Her iki alt ölçek "evet" (1) – "hayır" (0) şeklinde puanlanmakta ve her iki alt ölçek de 14 belirti içermektedir.

Algı bölümü, "kesinlikle böyle düşünmüyorum" (1) – "kesinlikle böyle düşünüyorum" (5) arası puanlanan 5'li likert tipi 38 madde içeren bir bölümdür. Bölüm 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler, Süre (Akut / Kronik), Süre (Döngüsel), Sonuçlar, Kişisel Kontrol, Tedavi Kontrolü, Hastalık Tutarlılığı ve Duygusal Temsiller'dir. Alt ölçek içerikleri ise şu şekildedir. Süre (Akut / Kronik) alt ölçeği, kişilerin hastalıklarını akut ya da kronik olarak algılamalarını; Süre (Döngüsel) alt ölçeği, kişilerin hastalıklarını bazen akut, bazen de kronik döngüsel bir seyir içinde algılamalarını; Sonuçlar alt ölçeği, kişilerin fiziksel, sosyal

15 J. Weinman - K. J. Petrie - R. Moss-Morris - R. Horne, "The illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness", *Psychology and Health*, 11, 1996, s. 431-445.

16 Z. Armay - M. Özkan - N. Kocaman - S. Özkan, "Hastalık Algısı Ölçeğinin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması", *Klinik Psikiyatri*, 10, 2007, s. 192-200.

ve psikolojik işlevlerine hastalığın etkisini; Kişisel Kontrol alt ölçeği, kişilerin hastalığın süresi ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarını; Tedavi Kontrolü alt ölçeği, kişilerin hastalıklarının geçeceğine ve hastalıklarının kontrol altında tutulabileceğine, tedavinin etkinliğine dair inançlarını; Hastalık Tutarlılığı alt ölçeği, kişilerin hastalıklarını kavrama durumunu; Duygusal Temsiller alt ölçeği, kişilerin hastalıklarından duygusal olarak etkilenme durumunu değerlendirmektedir.

Üçüncü bölüm olan Nedenler bölümü ise “kesinlikle böyle düşünmüyorum” (1) – “kesinlikle böyle düşünüyorum” (5) arasında değerlendirilen 5’li likert tipi 18 maddeden oluşmaktadır. Bu bölüm 5 alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçekler, Kişisel Atıflar, Dış Atıflar, Yaşam Şekli Atıfları, Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıflar ve Şans’tır. Alt ölçeklerin içerikleri ise şu şekildedir. Kişisel Atıflar alt ölçeği, kişilerin hastalık nedenini stres ya da endişeye, kendi tutumuna, kişilik özelliklerine, duygusal durumuna, aile problemlerine, vücut direncinin azalmasına, kendi davranışı gibi faktörlere bağlama düzeyini; Dış Atıflar alt ölçeği, kişilerin hastalık nedenini geçmişindeki kötü tıbbi bakıma, çevre kirliliğine, kaza ya da yaralanmaya, aşırı çalışmaya ve benzeri faktörlere bağlama düzeyini; Yaşam Şekli Atıfları alt ölçeği, kişilerin hastalık nedenini sigara içmeye, alkole, diyet yemek alışkanlıkları gibi faktörlere bağlama düzeyini; Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıflar alt ölçeği, kişilerin hastalık nedenini bir mikrop ya da virüse, kalıtsalılık, yaşlanma gibi faktörlere bağlama düzeyini; Şans alt ölçeği, kişilerin hastalık nedenini şans ya da kötü talih gibi faktörlere bağlama düzeyini göstermektedir.

Uygulama

Kesitsel tipteki bu araştırma, çalışmanın yapılması için izin alınan tarihlerde, iki ay sürecinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan 119 hasta (%54,6) iki özel, 70 hasta (%32,1) bir devlet ve 29 hasta (%13,3) bir üniversite hastanesinin Dahiliye Servisi, Organ Transplantasyonu Kliniği ve Diyabet Polikliniği’nden alınmıştır. Tüm uygulama, bireysel uygulamalarla yürütülmüştür. Bir katılımcının uygulamayı bitirmesi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür ve isteyen katılımcıya uygulamayı yarıda bırakması için izin verilmiştir.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde önce, katılımcı grubun hastalığa ve sosyo-demografik özelliklerine ilişkin değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Daha sonra Hastalık Algısı Ölçeği’nin alt boyutlarına ilişkin olarak tanımlayıcı istatistikleri, içtutarlılık analizleri ve alt boyutlar arası bağıntıları göstermek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Son olarak da bağımsız değişkenlerin gruplarının, ölçeğin alt boyut toplam puanları açısından çok yönlü ve tek yönlü çok değişkenli varyans analizleri (MANOVA) ile karşılaştırma sonuçlarına yer verilmiştir. Varyans analizi sonrası gruplar arası karşılaştırmalar ise Tukey-B testi ile yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmada önce, katılımcı hasta grubun, hastalığa ilişkin ve sosyo-demografik özelliklere göre dağılımlarının incelenmesi yapılmıştır. Katılımcıların, çalışmada incelenen değişkenlerin kategorilerine dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların, hastalığa ilişkin ve sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.

Değişkenler (n=218)	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	44 yaş ve altı grup	66	30,3
	45-54 yaş grubu	83	68,3
	55 yaş ve üzeri grup	69	31,7
Medeni Durum	Evli	169	77,5
	Bekar	49	22,5
Eğitim Durumu	İlk ve Orta Öğretim	123	56,4
	Lise	67	30,7
	Lisans ve Lisans Üstü	28	12,8
Çalışma Durumu	Çalışan	128	58,7
	Çalışmayan	90	41,3
	Kötü	11	5,0
Sosyo-Ekonomik Durum	Orta	137	62,8
	İyi	70	32,1
	0-2 yıl	66	30,3
Hastalığın Tanı Konma Zamanı	2 yıl-6 yıl	80	36,7
	7 yıl-30 yıl	72	33,0
	Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	Eğitim alanlar	113
Eğitim almayanlar		105	48,2
Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Yeterli	113	51,8
	Az miktarda	105	48,2
Özel Diyet Uygulama Durumu	Diyet Uygulamayan	38	17,4
	Şekerden Yoksun Diyet	173	79,4
	Tuzdan Yoksun Diyet	7	3,2
Psikolojik Yardım Alma Durumu	Yardım alan	7	3,2
	Yardım almayan	211	96,8
Diyabet Tipi	Tip 1	27	12,4
	Tip 2	191	87,6

Çalışmada daha sonra araştırma için kullanılan Hastalık Algısı Ölçeği'nin güvenirlik analizi yapılmış ve alt boyutların içtutarlılık katsayılarının 0,24 ile 0,76 arasında değiştiği görülmüştür. Alt boyutların içtutarlılık katsayıları ve betimleyici istatistikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutlarının içtutarlılık katsayıları ve betimleyici istatistikleri.

	(n=218)	k	Alfa	En Düşük Değer	En Yüksek Değer	Ort.	S.S.
Belirtiler (Kimlik Boyutu)	Kimlik A	14	0,73	0	14	5,56	2,99
	Kimlik B	14	0,63	0	12	4,07	2,39
Algı	Süre (Akut / Kronik)	6	0,74	10	67	23,30	5,60
	Sonuçlar	6	0,76	7	30	19,64	5,21
	Kişisel Kontrol	6	0,58	8	61	21,90	5,25
	Tedavi Kontrolü	5	0,55	10	25	18,46	3,26
	Hastalık Tutarlılığı	5	0,71	6	25	18,76	3,66
	Süre (Döngüsel)	4	0,57	4	20	12,64	3,59
	Duygusal Temsiller	6	0,72	7	30	17,46	4,98
	Nedenler	Kişisel Atıflar	7	0,72	7	48	20,71
Dış Atıflar		4	0,35	4	18	9,86	2,84
Yaşam Şekli Atıfları		3	0,44	3	30	8,26	2,85
Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıflar		3	0,24	3	20	9,46	2,01
Şans*		1	-	1	12	3,02	1,54

*Şans alt boyutu bir maddeden oluştuğu için içtutarlılık katsayısı hesaplanamamaktadır.

Çalışmanın bu kısmında ele alınan bazı değişkenlerin, Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutları ve alt boyutların birbirleri ile olan ilişki düzeyleri incelenmiş ve elde edilen ilişki katsayılarından amaç açısından önemli olan birkaç tanesi aşağıda verilmiştir. Yaş ile Süre (Akut / Kronik) alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif yönde ($r=0,22$; $p<0,001$), Süre (Akut / Kronik) alt boyutu ile Kişisel Kontrol alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif yönde ($r=0,22$; $p<0,001$); Süre (Akut / Kronik) alt boyutu ile Sonuçlar alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif yönde ($r=0,32$; $p<0,001$), Süre (Döngüsel) alt boyutu ile Kişisel Kontrol alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif yönde ($r=0,31$; $p<0,001$), Süre (Döngüsel) alt boyutu ile Sonuçlar alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif yönde ($r=0,18$;

$p<0,001$) ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşın ve alt boyutların birbirleri ile olan ilişki düzeyleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutları arası korelasyon analizi sonuçları.

(n=218)	Süre (Akut / Kronik)	Sonuçlar	Kişisel Kontrol	Tedavi Kontrolü	Hastalık Tutarlılığı	Süre (Döngüsel)	Duygusal Temsiller	Kişisel Atıflar	Dış Atıflar	Yaşam Şekli Atıfları	Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıflar	Şans
Sonuçlar	0,32**											
Kişisel Kontrol	0,22**	0,18**										
Tedavi Kontrolü	0,01	0,01	0,30**									
Hastalık Tutarlılığı	0,18**	0,02	0,03	0,13								
Süre (Döngüsel)	0,03	0,18**	0,31**	0,11	-0,08							
Duygusal Temsiller	0,17*	0,32**	0,22**	0,12	-0,24**	0,15*						
Kişisel Atıflar	0,06	0,14*	0,13	0,21**	-0,24**	0,25**	0,36**					
Dış Atıflar	0,14*	0,22**	0,07	0,16*	-0,13	0,11	0,18**	0,48**				
Yaşam Şekli Atıfları	-0,09	0,04	0,07	0,24**	-0,12	0,12	0,12	0,28**	0,30**			
Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıflar	0,03	-0,04	-0,20**	0,06	0,05	-0,03	0,04	0,28**	0,25**	0,19**		
Şans	0,06	0,03	-0,07	-0,04	0,03	-0,11	0,01	0,00	0,26**	-0,08	-0,03	
Yaş	0,22**	0,06	0,06	-0,12	0,08	-0,04	0,09	0,11	0,04	-0,04	0,18**	0,11

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Diyabet hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği'nin hastalık belirtileri (Belirtiler) bölümü bulgularının dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların en fazla yorgunluk yaşadıkları (%75,2) ve bu belirtinin büyük oranda (%69,3) hastalıkla ilgili olduğunu düşündükleri görülmüştür. Bu belirtiyi %62,8 oranındaki hastanın hastalıklarıyla ilgili gördükleri, güç kaybı (%67,4) ve %17,4'ünün hastanın hastalıklarıyla ilgili bulduğu ağrı (%44,5) izlemiştir. Hastalık başlangıcından sonra en düşük düzeyde bildirilen belirti ise hırıltılı soluma (%17,0) olmuştur. Bu belirtiyi hastalıkla ilgili görenlerin oranı ise daha da düşüktür (%5,0).

Tablo 4. Hastalık Algısı Ölçeği, Belirtiler bölümü işaretlenme oranları.

Belirtiler	Hastalık başlangıcından sonra belirti yaşayanlar (%)	Belirtiyi hastalığıyla ilgili görenler (%)
Yorgunluk	75,2	69,3
Güç kaybı	67,4	62,8
Ağrı	44,5	17,4
Bulantı	32,1	25,7
Uyku güçlükleri	39,0	21,6
Mide yakınmaları	28,9	17,9
Sersemlik hissi	52,3	40,4
Baş ağrıları	47,2	27,1
Kilo kaybı	59,6	56,4
Eklem sertliği	21,6	19,3
Boğazda yanma	22,5	12,8
Soluk almada güçlük	18,8	11,5
Gözlerde yanma	29,4	20,2
Hırıltılı soluma	17,0	5,0

Çalışmada son olarak hastalarının hastalığa ve sosyo-demografik özelliklerine göre oluşturulan grupların (bkz. Tablo 1) Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyut toplam puanları açısından çok yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile yapılan karşılaştırmalarına yer verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutları için yaş gruplarının (Wilk's $\lambda=0,81$, $F_{28,374}=1,53$, $p<0,05$, $\eta^2=0,10$), sosyoekonomik durumun (Wilk's $\lambda=0,75$, $F_{28,374}=2,08$, $p<0,001$, $\eta^2=0,14$), hastalıkla ilgili eğitim almanın (Wilk's $\lambda=0,82$, $F_{14,187}=2,85$, $p<0,001$, $\eta^2=0,18$), özel diyet uygulama durumunun (Wilk's $\lambda=0,74$, $F_{28,374}=2,17$, $p<0,001$, $\eta^2=0,14$), psikolojik yardım alıp almamanın (Wilk's $\lambda=0,87$, $F_{14,187}=2,03$, $p<0,05$, $\eta^2=0,13$) ve diyabet tipinin (Wilk's $\lambda=0,88$, $F_{14,187}=1,84$, $p<0,05$, $\eta^2=0,12$) etkisi

istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çok yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile yapılan karşılaştırmada etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmayan diğer değişkenler ise tek yönlü çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile yeniden incelenmiştir. Sonuçlara göre Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutları için cinsiyetin (Wilk's $\lambda=0,83$, $F_{14,203}=2,95$, $p<0,001$, $\eta^2=0,17$), medeni durumun (Wilk's $\lambda=0,88$, $F_{14,203}=1,96$, $p<0,05$, $\eta^2=0,12$), eğitim durumunun (Wilk's $\lambda=0,76$, $F_{28,2404}=2,14$, $p<0,001$, $\eta^2=0,13$), çalışma durumunun (Wilk's $\lambda=0,84$, $F_{14,203}=2,85$, $p<0,001$, $\eta^2=0,16$), hastalığa tanı konulma zamanının (Wilk's $\lambda=0,77$, $F_{28,404}=1,97$, $p<0,01$, $\eta^2=0,12$) ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumunun (Wilk's $\lambda=0,88$, $F_{14,203}=1,98$, $p<0,05$, $\eta^2=0,12$) etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Çok değişkenli varyans analizleri ile elde edilen sonuçlar gruplar arası farklılık sonuçları ve çoklu karşılaştırma testi ile detaylandırılmıştır.

Cinsiyet grupları karşılaştırmasında kadın ve erkek hastalar arasında Kişisel Kontrol ($F(1,216)=5,29$, $p<0,05$, $\eta^2=0,02$), Duygusal Temsiller ($F(1,216)=6,81$, $p<0,01$, $\eta^2=0,03$) ve Kişisel Atıflar ($F(1,216)=5,67$, $p<0,05$, $\eta^2=0,03$) alt boyutlarına ilişkin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık vardır. Her üç alt boyutta da kadın hastaların toplam puan ortalamaları erkek hastaların puan ortalamasından daha yüksektir.

Yaş gruplarına göre Süre (Akut / Kronik) alt boyutunda ($F(2,200)=7,61$, $p<0,001$, $\eta^2=0,07$) ve Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler alt boyutunda ($F(2,200)=3,70$, $p<0,05$, $\eta^2=0,04$) gruplar arası istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gözlenmiştir. Tukey-B çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre Süre (Akut / Kronik) alt boyutunda yaşı 45-54 ile 55 yaş ve üzeri olan iki grubun puan ortalaması 44 yaş altı grubun puan ortalamasından yüksektir. Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler alt boyutlarında ise üç yaş grubunun da puan ortalamaları birbirinden farklılık göstermektedir. Yaş grubu büyüdükçe bu alt boyuta ilişkin puan ortalamalarının da arttığı şeklinde bir farklılık gözlenmektedir.

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmada bekar hastaların Kimlik B ($F(1,216)=10,34$, $p<0,01$, $\eta^2=0,05$) ve Kişisel Atıflar ($F(1,216)=4,59$, $p<0,05$, $\eta^2=0,02$) alt boyutlarında toplam puan ortalamalarının evli hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumu üniversite olan hastaların toplam puan ortalamalarının, eğitim durumu ilköğretim ve lise olan hastalara göre Kimlik A ($F(2,215)=7,49$, $p<0,001$, $\eta^2=0,07$) ve Kimlik B ($F(2,215)=4,37$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$) alt boyutlarında yüksek, Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler ($F(2,215)=3,21$, $p<0,05$, $\eta^2=0,03$) alt boyutunda ise düşük olduğu görülmüştür. Süre (Akut / Kronik) alt boyutunda ($F(2,215)=4,49$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$) eğitim durumu ilköğretim olanların lise olan hastalara göre daha yüksek toplam puan ortalamasına sahip oldukları; Duygusal

Temsiller alt boyutunda ($F(2,215)=4,92$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$) eğitim durumu ilköğretim olanların üniversite ve lise mezunlarından ve eğitim durumu üniversite olanların da lise mezunlarından daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları; Şans alt boyutunda da ($F(2,215)=7,05$, $p<0,001$, $\eta^2=0,06$) eğitim durumu ilköğretim olanların üniversite ve lise mezunlarından ve eğitim durumu lise olanların da üniversite mezunlarından daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları izlenmiştir.

Çalışmayan hastaların, çalışan hastalara göre Kimlik A ($F(1,216)=7,11$, $p<0,01$, $\eta^2=0,03$), Kimlik B ($F(1,216)=3,97$, $p<0,05$, $\eta^2=0,02$), Kişisel Kontrol ($F(1,216)=4,15$, $p<0,05$, $\eta^2=0,02$), Duygusal Temsiller ($F(1,216)=13,51$, $p<0,001$, $\eta^2=0,06$) ve Kişisel Atıflar ($F(1,216)=6,04$, $p<0,01$, $\eta^2=0,03$) alt boyutlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Sosyoekonomik duruma göre yapılan karşılaştırmada farklı üç grup hastanın Tedavi Kontrolü ($F(2,200)=5,56$, $p<0,01$, $\eta^2=0,05$), Hastalık Tutarlılığı ($F(2,200)=9,20$, $p<0,001$, $\eta^2=0,08$), Duygusal Temsiller ($F(2,200)=3,60$, $p<0,05$, $\eta^2=0,4$) ve Kişisel Atıflar ($F(2,200)=7,75$, $p<0,001$, $\eta^2=0,07$) alt boyutlarına ilişkin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Tedavi Kontrolü alt boyutunda sosyoekonomik durumunu orta düzey olarak tanımlayanların kötü ve iyi olarak tanımlayanlara göre, Hastalık Tutarlılığı alt boyutunda sosyoekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların orta ve iyi olarak tanımlayanlara göre daha düşük puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Duygusal Temsiller ve Kişisel Atıflar alt boyutlarında her üç grup da birbirinden farklılık göstermektedir. Bu alt boyutlarda sosyoekonomik durumu orta olanlar iyi ve kötüden, iyi olanlarda kötü olanlardan daha düşük puan ortalamasına sahiptirler.

Diyabet hastalarının hastalığa ait özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırma sonuçları ise şu şekildedir. Hastaların, hastalığa tanı konma zamanı açısından üç grupta toplandığı ve bu üç grubun Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyut toplam puanları açısından karşılaştırıldığı durumda Süre (Akut / Kronik) ($F(2,215)=2,97$, $p<0,05$, $\eta^2=0,03$) ve Tedavi Kontrolü ($F(2,215)=4,50$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$) alt boyut toplam puanları açısından istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık elde edilmiştir. Süre (Akut / Kronik) alt boyutunda her üç grup arasında da farklılık vardır ve tanı konma zamanı artıkça alt boyut toplam puanı da artmaktadır. Tedavi Kontrolü alt boyutunda ise 0-2 yıl zaman diliminde tanı konmuş hastaların puan ortalaması 2,5-6 yıl ve 7-30 yıl zaman diliminde tanı konmuş hastaların puan ortalamasından yüksektir.

Hastalıkla ilgili eğitim alan hastaların, almayan hastalara göre Süre (Akut / Kronik) ($F(1,200)=8,37$, $p<0,01$, $\eta^2=0,04$), Kişisel Kontrol ($F(1,200)=11,75$, $p<0,001$, $\eta^2=0,06$), Tedavi Kontrolü ($F(1,200)=5,78$, $p<0,05$, $\eta^2=0,03$) ve Kişisel Atıflar ($F(1,200)=4,33$, $p<0,05$, $\eta^2=0,02$) alt boyutlarında istatistiksel olarak an-

lamlı düzeyde yüksek puan ortalamaları olduğu görülmüştür.

Hastaların hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre oluşturulmuş iki grubun karşılaştırma sonucuna göre yeterli miktarda bilgi sahibi olan hastaların, hastalıkla ilgili az miktarda bilgi sahibi olan hastalara göre Kişisel Kontrol ($F(1,216)=14,37, p<0,001, \eta^2=0,06$) ve Süre (Döngüsel) ($F(1,216)=9,22, p<0,01, \eta^2=0,04$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan ortalaması aldıkları bulunmuştur.

Özel diyet uygulama durumuna göre özel diyet uygulamayan, şekerden yoksun diyet uygulayan ve tuzdan yoksun diyet uygulayan hasta grupları arasında Tedavi Kontrolü ($F(2,200)=12,11, p<0,001, \eta^2=0,11$) ve Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıflar ($F(2,200)=4,15, p<0,05, \eta^2=0,04$) alt boyutlarına ait toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Tedavi Kontrolü alt boyutunda tuzdan yoksun diyet uygulayan hasta grubunun puan ortalaması diğer iki grubunkinden daha düşüktür. Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıflar alt boyutunda ise diyet uygulamayan grubun puan ortalaması şekerden ve tuzdan yoksun diyet uygulayan hasta gruplarının puan ortalamalarından, şekerden yoksun diyet uygulayan hasta grubunun puan ortalaması da tuzdan yoksun diyet uygulayan hasta grubunun puan ortalamalarından daha düşüktür.

Psikolojik yardım alan ve psikolojik yardım almayan hastaların Kimlik B ($F(1,200)=11,01, p<0,001, \eta^2=0,05$) ve Duyusal Temsiller ($F(1,200)=3,73, p<0,05, \eta^2=0,02$) alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır. Her iki alt boyutta da psikolojik yardım alan hasta grubunun puan ortalaması psikolojik yardım almayan hastalarından daha yüksektir.

Son olarak ele alınan diyabet tipine göre yapılan karşılaştırmada Tip 1 diyabetli hastaların, Tip 2 diyabetli hastalara göre istatistiksel düzeyde anlamlı olacak şekilde Sonuçlar ($F(1,200)=6,39, p<0,01, \eta^2=0,03$) alt boyutunda daha yüksek, Şans ($F(1,200)=4,61, p<0,05, \eta^2=0,02$) alt boyutunda daha düşük toplam puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür.

Tartışma

Bu çalışmada diyabet hastalarında, hastalığa ilişkin özelliklerin ve sosyo demografik özelliklerin, hastaların hastalık algısına olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, diyabet hastalarının hastalıklarına ilişkin algılarını açıklamaktan çok anlamaya yöneliktir. Bu ve katılımcı grubunun sayısının da görece küçük oluşu nedeniyle elde edilen sonuçların, konuya ilişkin mutlak değerler olarak değil, elde edilmiş ipuçları olarak değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar, incelenen bağımsız değişkenlerin hepsinin Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt boyutlarından bir veya birkaçında farklılık ortaya koyacak şekilde ilgili olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, diyabetli hastalarda, çalış-

mada alınan hastalıkla ilgili ve sosyo demografik değişkenlerin, bir açıdan önemini göstermiş olmaktadır. Elde edilen gruplar arası farklılıklar, gruplar arasındaki nitelik farklarını göstermesi yanı sıra diyabet hastalarında dikkat edilecek değişkenlerin neler olması gerektiğine de ışık tutması açısından önemlidir. Bu doğrultuda düşünüldüğünde, sonuçlar kısmında sunulan varyans analizi sonuçlarında yer verilen η^2 'in değeri, konuya ilişkin olarak değişkenlerin önem düzeyi olarak alınabilir görünmektedir. Buna göre (η^2 'nin büyüklüğüne ve en önemli görünen değişkenden başlamak koşuluyla) sırasıyla hastalıkla ilgili eğitim almanın, cinsiyetin, çalışma durumunun, sosyoekonomik durumun, özel diyet uygulama durumunun, psikolojik yardım alıp almamanın, eğitim durumunun, diyabet tipinin, medeni durumun, hastalığa tanı konulma zamanının, hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumunun ve yaş gruplarının, diyabetli hastalarda hastalık algısına etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin “Belirtiler” bölümünden elde edilen sonuçlara göre, hastaların çoğunluğunun hastalıkları ile ilgili semptomlar yaşadıklarını belirttikleri görülmüştür. Hastalar bu semptomların, hastalıklarıyla ilgili olduğunu, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevlerine hastalığın etkisi olduğunu, hastalıkla ilgili kontrol algılarının yüksek olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların, hastalıklarını kronik olarak algıladıklarını, tedavilerinin etkinliğine dair inançlarının yüksek seviyede olduğunu, hastalıkla ilgili yaşanan değişimlerin hastalığın süresine ilişkin algılarını etkilediğini, hastalıktan duygusal olarak etkilendiklerini ve hastalıklarını geçmişlerindeki kötü tıbbi bakım, çevre kirliliği gibi faktörlere bağladıklarını yine sonuçlardan izlemek mümkündür.

Sonuçlar, hastaların hastalığının başlangıcından bu yana en sık yaşadıkları belirtilerin sırasıyla, yorgunluk, güç kaybı, kilo kaybı, sersemlik hissi, baş ağrıları, ağrı, uyku güçlükleri, bulantı, gözlerde yanma, mide yakınmaları, boğazda yanma, eklem sertliği, soluk almada güçlük ve hırıltılı soluma olduğunu göstermiştir. İlgili alan çalışmalarında, diyabetli hastaların iştah azalması (bazılarında iştah artması), kilo kaybı, kabızlık, yorgunluk, bitkinlik, aşırı susama, sık sık idrara çıkma gibi semptomlar yaşadıkları bildirilmektedir.¹⁷ Hipoglisemi ve hipergliseminin ortaya koyduğu semptomlar yorgunlukla diyabet arasındaki doğrudan ilişkiyi ortaya koymaktadır.¹⁸ Çünkü yorgunluk, diyabetli hastaların bireysel günlük aktivitelerini ve diğer kişilerle ilişkilerini etkilemesi yoluyla hayatlarında önemli bir sorun olabilmektedir. Bu çalışmadaki sonuçlara göre de diyabetli has-

17 H. Turhan, *Tip II Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete*. Uzmanlık tezi, İstanbul, 2007.

18 I. Weijman - I. Kant - G. M. Swaen - W. J. Ros - G. E. Rutten - W. B. Schaufeli - M. J. Schabracq - J. A. Winnubst, “Diabetes, employment and fatigue-related complaints: a comparison between diabetic employees, “healthy” employees, and employees with other chronic diseases”, *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 46, 2004, s. 828-836.

taların en çok yorgunluk ve güç kaybından yakındıkları görülmektedir.

Bu çalışmada 55-94 yaş grubundakiler 18-44 yaş grubundakilere göre Süre (Akut / Kronik), Duygusal Temsiller, Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler alt boyutundan, 45-54 yaş grubundakiler 18-44 yaş grubundakilere göre Süre (Akut / Kronik) alt boyutundan, 55-94 yaş grubundakiler 45-54 yaş grubundakilere göre Kişisel Atıflar alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Ayrıca hastaların hastalık algısını etkileyen faktörlere bakıldığında yaş ile Süre (Akut / Kronik) alt boyutu arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptanmıştır. Bu da hastaların yaşı arttıkça hastalığı kronik algılamalarının arttığını göstermektedir. Ayrıca 55-94 yaş grubundaki hastaların, 18-44 yaş grubundakilere göre hastalığından duygusal olarak daha fazla etkilendiği görülmektedir. Aynı zamanda bu yaş grubundakiler Kontrol Edilemeyen Bedensel Atıf alt boyutundan daha yüksek puan almışlardır. Bu da bu gruptakilerin hastalıklarını kalıtsal, yaşlanma, bir mikrop ya da virüs gibi faktörlere bağlama eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Kadın hastaların Kişisel Kontrol, Duygusal Temsiller, Kişisel Atıflar alt boyutlarından erkek hastalara göre daha yüksek puan aldıklarını görülmüştür. Bu sonuç temelde cinsiyet farklılıklarına bağlanabilecek gibi görünen bir sonuçtur. Ayrıca kadın hastaların, hastalıkla ilgili kontrol algılarının erkeklere göre yüksek olması, Kayış'ın¹⁹ yaptığı çalışma bulgularıyla da paralellik göstermektedir.

Bu çalışma sonuçlarına göre eğitim durumu lisans ve üstü olan hastaların, diğer gruplara göre, fiziksel yakınmalarını hastalıklarına bağladıkları ve hastalıklarını daha kronik bir durum olarak düşündükleri izlenmektedir. Bir diğer sonuç da ilköğretim mezunlarının diğer eğitim gruplarına göre hastalıklarından duygusal olarak daha fazla etkilenmeleri ve hastalıklarının nedenlerini daha çok kalıtsal, yaşlanma, bir mikrop ya da virüs gibi kontrol edilemeyen faktörlere bağlamalarıdır. Eğitim seviyesi arttıkça kişinin farkındalığının artması sonucu hastalıklarıyla ilgili belirtilere daha fazla odaklanacakları düşünülebilir. Ayrıca uygun tedavi ve hastalık kontrolü ile hastalıkları ile baş edebileceklerine ilişkin inançları da artırılabilir gibi görünmektedir.

Çalışan hastaların grubunun, sosyal yaşam içinde olmaları nedeniyle kendilerini ifade etme ve dikkatlerini farklı alanlara dağıtma fırsat ve olanaklarının daha fazla olduğu bildirilmektedir.²⁰ Bu çalışmada da hastaların bir işte çalışıp çalışmama durumlarına göre oluşturulan iki grubun karşılaştırılmasında çalışmayan diyabetli hastaların çalışan hastalara göre fiziksel yakınmalarını hastalıklarına, hastalık nedenini de stres, endişe, kendi kişilik özellikleri vb. kişisel atıflara bağladıkları ve hastalıklarından duygusal olarak daha fazla etkilendikleri görülmüş-

19 A. Kayış, *Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri*, Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2009.

20 Kayış, *a.g.m.*

tür. Bu sonuç belirtilen alan bilgisiyle tutarlılık göstermektedir.

Diyabetli hastaların sosyoekonomik durumları iyileştikçe hastalığın seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının arttığını ve hastalıklarının daha iyi kavradıkları, sosyoekonomik durum kötüleştikçe ise hastalıklarından duygusal açıdan daha çok etkilendikleri ve hastalıklarının stres, endişe, kişilik özellikleri gibi kişisel atıflara bağladıkları görülmüştür. Kişilerin sosyoekonomik olanaklarının yeterli olması sağlıkla ilgili birçok olanaklara da daha kolay ulaşabilecekleri anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılması ise kişilerin hastalığa ilişkin kontrol algısını etkilemektedir. Olanakların yetersizliğinin, hastaların hastalığından duygusal olarak daha fazla etkilenmesine ve stres düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde olmasına neden olduğu söylenebilir. Bu durumun da hastalıklarının kişisel özelliklerine bağlamasına neden olduğu gözlenmektedir.

Sonuçlar, bir diyet uygulamayan hastaların, diyet uygulayan hastalara göre ve şekerden yoksun diyet uygulayanların tuzdan yoksun diyet uygulayanlara göre hastalıklarının geçeceğine ve hastalıklarının kontrol altında tutabileceklerine yönelik inançlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Petricek ve arkadaşları²¹ Tip 2 diyabet hastalarında Tedavi Kontrolü alt boyunda, diyet uygulayanların kişisel kontrollerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada da bir diyet uygulamayan hastaların hastalığından duygusal olarak daha fazla etkilendikleri görülmüştür. Ayrıca diyabet hastalarında, fiziksel ve zihinsel işlevlerin, kişilerin hastalık hakkındaki olumsuz düşüncelerinden, kaygı ve depresyon düzeylerinden olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir.²² Bu nedenle, hastaların diyetlerine dikkat etmeleri onların hastalık semptomlarından daha az etkilenmelerine yol açacaktır. Bu durumda da hastaların duygu durumlarının pozitif yönde etkileneceğini söylemek mümkündür.

Bu çalışmadaki bir diğer sonuç, hastalık eğitimi almış hastaların, hastalıklarının kronik olduğu bilgisine ve hastalığı kontrol altında tutabileceklerine yönelik inanca daha fazla oranda sahip olmalarıdır. Ayrıca bu gurubun hastalıklarından duygusal olarak da daha fazla etkilenmiş olmalarıdır. Yani sonuçlar, aldıkları hastalık eğitimini yeterli gören hastaların, eğitimini az bulan hastalara göre, hastalıklarını kronik olarak algıladıkları ve hastalığın süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak diyabet eğitimi alan hastaların tedavi kontrolü daha fazladır. Eğitim, bireyin davranışında, kendi yaşantısı yoluyla istenilen yönde değişim oluşturma süreci olduğuna göre Podolsky'nin²³ belirttiği gibi diyabetli hastanın, diyabetle ilgili istenilen davranış-

21 G. Petricek - M. Vrcic-Keglevic - G. Vuletic - V. Cerovecki - Z. Ozvacic - L. Murgic, "Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study", *Croatian Medical Journal*, 50(6), 2009, s. 583-593.

22 Paschalides, Wearden, Dunkerley, Bundy, Davies, Dickens, *a.g.m.*, s. 557-564.

23 S. Podolsky, *Clinical Diabetes: Modern Management*, Appleton-Century-Crofta, New York, 1980.

ları geliştirmesi ve kazanılmış istenilmeyen davranışları değiştirmesi için eğitim zorunludur. Bu yolla eğitim alan kişinin hastalığın semptomları hakkında daha fazla bilgi sahibi olması, hastalığı yönetmesi ve süreci kontrol etmesi daha kolay mümkün olabilecektir.

Psikolojik yardım alan hastaların yaşadıkları semptomları hastalıklarının bir parçası olarak gördükleri ve hastalıklarından duygusal olarak daha fazla etkilenedikleri görülmüştür. Bu çalışmada psikolojik yardım almayan hastaların oranı (% 96,8) oldukça yüksektir. İki grup arasındaki bu büyük oransal farklılık bu değişkene ilişkin bu çalışma sonucunu da oldukça güvenilmez hale getirmektedir. Ancak diyabet hastalarının psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları²⁴ ve gerekli olan bu destekle gözlenen depresif semptomların ortadan kaldırılmasının amaçlandığı²⁵ ilgili çalışmalarda dile getirilmektedir. Oysa bu çalışmadaki oranlar, ülke gerçeğini yansıtmamasının yanı sıra psikolojik destek alan ve almayan hastaların karşılaştırmasına bile olanak vermeyecek düzeyde birbirinden uzak düzeydedir. Bütün bu nedenlerden dolayı sadece bu konu bile sonraki benzer çalışmaların yapılmasında başlı başına bir çalışma alanı olarak görünmektedir.

Elde edilen bir diğer sonuca göre Tip 1 diyabetli hastalar, Tip 2 diyabetli hastalara göre hastalıklarının fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevlerini daha fazla etkilediğini düşünmektedirler. Tip 1 diyabet hastalarının pankreasları insülin üretmediğinden dolayı insülin enjeksiyonuna bağımlıdırlar ve hastalıklarının seyri Tip 2 diyabet hastalarına göre daha ağır geçmektedir. Bu durumda Tip 1 diyabetli hastaların hastalıklarından daha fazla etkilenecekleri anlamına gelmektedir. Ayrıca Tip 2 diyabetli hastalarının Şans alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Bu da bu hasta grubunun hastalıklarının nedenlerini daha çok kadere ve şansa bağladıklarını göstermektedir.

Katılımcı grubun, hastalık sürelerine göre yapılan grupta 7-30 yıl tanı süreli hastaların, hastalıklarını akut olmaktan çok kronik olarak algıladıkları izlenmiştir. Bu sonuca göre hastaların hastalıkla ve belirtileriyle yaşamayı öğrendikleri anlaşılmaktadır. 0-2 yıl tanı süreli hastaların ise hastalığın geçeceğine ve hastalıklarını kontrol altında tutabileceklerine dair inançlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuca, bu hasta grubunun hastalıklarının başlangıç döneminde olmaları sebebiyle tedavi yoluyla hastalıklarıyla baş edebileceklerini düşüncelerinin kaynaklık ettiği anlaşılmaktadır.

Diyabet hastalarında, hastalık algısının, kan şekeri hedef değerlerine ulaş-

24 C. E. Lloyd - P. H. Dyert - A. H. Barnett, "Prevalance of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population", *Diabetic Medicine*, 17, 2000, s. 198-202.

25 M. Pibermik-Okanovic - K. Peros - S. Szabo - D. Begic - Z. Metelko, "Depression in Croatian Type 2 Diabetic Patients: Prevalence and Risk Factors. A Croatian Survey From The European Depression in Diabetes Research Consortium", *Diabetic Medicine*, 22, 2005, s. 942-945.

mada önemli olduğu düşünülebilir. Çünkü hastalık algısının sorun oluşturduğu durumların birtakım araştırmalarla ayrıntılı analizlerinin yapılması ve bu durumlar için gerekli önlemlerin alınması, bu hasta grubunda tedavi başarısını artırabilir. Ayrıca hastanın, hastalığa uyumunu artırmak için farklı özelliklere sahip grupların özelliklerinin de dikkate alınmasının, yapılacak eğitim programları ve yöntemler için gereklilik olduğu açıktır. Ancak bu yolla diyabetli hastalarda hastalık algısı beklenen yönde değiştirilebilir görünmektedir. Sonuç olarak diyabetli hastalarda, hastalıklarına yönelik algılarının anlaşılmasına hizmet edecek konuyu değişik açılardan alan farklı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu açık olarak görünmektedir. Bu doğrultuda bu çalışma sonuçları, konuya yönelik bir sonuç değil başlangıç niteliği taşımaktadır.

Kaynakça

Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., - Özkan, S., “Hastalık Algısı Ölçeğinin Kansere Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”, *Klinik Psikiyatri*, 10, 2007, s. 192-200.

Buick, D. L. *Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy*. K. J. Petrie, J. Weinman (Ed.). *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Pub., 1997, s. 379-409.

Cheng, L., Cumber, S., Dumas, C., Winter, R., Nguyen, K., - Nieman, L. “Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics”, *Health Qual Life Outcomes*, 1, 2003, s. 63.

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

Chilcot, J., Norton, S., Wellsted, D., - Farrington, K., “The factor structure of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in end-stage renal disease patients”, *Psychology, Health and Medicine*, 17(5), 2012, s. 578-588.

Glasgow, R. E., Hampson, S. E., Strycker, L. A., - Ruggiero, L., “Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management”, *Diabetes Care*, 20(4), 1997, s. 556-561.

Goodman, H.- Firouzi, A. - Banya, W.- Lau-Walker, M. - Cowie, M. R., “Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey”, *International Journal of Nursing Studies*, 50, 2013, s. 945-953.

Haggerty, C. L.- Schulz, R. - Ness, R. B., “Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease” *Obstet Gynecol*, 102, 2003, s. 934-939.

Ibrahim, N. - Desa, A. - Chiew-Tong, N. K., “Religious Coping as Mediator between Illness Perception and Health-Related Quality of Life among Chronic Kidney Disease Patients”, *Asian Social Science*, 8 (9), 2012, s. 23-31.

Jessop, D. C. - Rutter, D. R., “Adherence to asthma medication: The role of illness representations”, *Psychology and Health*, 18, 2003, s. 595-612.

Kayış, A., *Kansere hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri*, Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul, 2009.

Kocaman, N. - Özkan, M. - Armay, Z. - Özkan, S., “Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 2007, s. 271-280.

Llewellyn, C. D.- Miners, A. H.- Lee, C. A. - Harrington, C.- - Weinman, J. “The illness perceptions and treatment beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment”, *Psychology and Health*, 18(2), 2003, s. 185-200.

Lloyd, C. E - Dyert, P. H. - Barnett, A. H., “Prevalance of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population”, *Diabetic Medicine*, 17, 2000, s. 198-202.

Mili, F. - Helmick, C. - Moriarty D., “Health related quality of life among adults reporting arthritis: analysis of data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, US, 1996–1999”, *Journal of Rheumatology*, 30(1), 2003, s. 160-166.

Mittal, S. K. - Ahern, L. - Flaster, E. - Maesaka, J. K. - Fishbane, S., “Self- assessed physical and mental function of haemodialysis patients”, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(7), 2001, s. 1387-1394.

Özkan, S. - Turgay, M., “Olgularında Psikiyatrik Morbidite: Psikososyal uyum ve kanser organ kaybı-psikopatoloji ilişkisi”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29(4), 1992, s. 207-215.

Pagels, A. - Söderquist, B. K. - Heiwe, S., “Evaluating the illness perception questionnaire on patients with chronic kidney disease in Sweden”, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 2012, s. 474-484.

Paschalides, C. - Wearden, A. J. - Dunkerley, R. - Bundy, C. - Davies, R. - Dickens, C. M., “The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus”, *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 2004, s. 557-564.

Petricek, G. - Vrcic-Keglevic, M. - Vuletic, G. - Cerovecki, V. - Ozvacic, Z. - Murgic, L., “Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study”, *Croatian Medical Journal*, 50(6), 2009, s. 583-593.

Petrie, K. J. - Weinman, J. - Sharpe, N. - J. Buckley, “Role of patients’ view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study”, *British Medical Journal*, 312, 1996, s. 1191-1194.

M. Pibermik-Okanovic - K. Peros - S. Szabo - D. Begic - Z. Metelko, “Depression in Croatian Type 2 Diabetic Patients: Prevalence and Risk Factors. A Croatian Survey from the European Depression in Diabetes Research Consortium”, *Diabetic Medicine*, 22, 2005, s. 942-945.

Podolsky, S., *Clinical Diabetes: Modern Management*, Appleton-Century-Crofta, New York, 1980.

Steca, P. - Greco, A. - Monzani, D. - Politi, A. - Gestra, R. - Ferrari, G. - Malfatto, G. - Parati, G., “How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs”, *Psychology and Health*, 28(7), 2013, s. 765-783.

Turhan, H., *Tip II Diabetes Mellitus 'lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete*. Uzmanlık tezi, İstanbul, 2007.

Wehler, M. - Reulbach, U. - Nichterlein, R. - Lange, K.- Fischer, B.- Farnbacher, M. - Hahn, E. G. - Schneider, T., “Health-related quality of life in chronic pancreatitis: a psychometric assessment”, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 38, 2003, s. 1083-1089.

Weijman, I. - Kant, I. - Swaen, G. M. - Ros, W. J. - Rutten, G. E. - Schaufeli, W. B. - Schabracq, M. J. - Winnubst, J. A., “Diabetes, employment and fatigue-related complaints: a comparison between diabetic employees, “healthy” employees, and employees with other chronic diseases”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 2004, s. 828-836.

Weinman, J.- Petrie, K. J.- Moss-Morris, R. - Horne, R., “The illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness”, *Psychology and Health*, 11, 1996, s. 431-445.

