

Diyabetli Bireylerde İnsülin Enjeksiyon ve Parmak Delme Korkusu

Insulin Injection and Finger Sticking Fear in People with Diabetes

Selda CELİK,¹ Rukiye PINAR²

ÖZ

Karmaşık bakım ve tedavi gerektiren diyabette bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmeleri, gıda alımlarını ve egzersiz ayarlarını yapmaları, insülin enjeksiyonunu uygulamaları, önerilen şekilde kan şekeri ölçmeleri beklenmektedir. Ancak bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini yapmada zorlandıkları ve uyum güçlüğü yaşadıkları bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda insülin enjeksiyon ve parmak delme korkusunun tedaviye başlama, tedaviyi sürdürme, kan şekeri takibi yapma konularında engel oluşturduğu, kötü metabolik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hem evrensel bir tanımının olmaması, hem de sağlık profesyonelleri tarafından gözardı edilmesi, yaygın görülen bu sorunun görünür kılınmasında ve yönetiminde güçlük yaratmaktadır. Diyabetin sonuçlarını önemli ölçüde etkileyen insülin enjeksiyonu ve parmak delme korkusunun belirlenmesi ve yönetiminde diyabet hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Diyabet hemşiresi öncelikle bireyin yaşadığı korkunun nedenini tanımlamalı, derecesini tespit etmeli, korkunun yönetiminde hastalara eğitim vermeli, bu konuda diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde çalışmalıdır. Bu derleme diyabetli bireylerde insülin enjeksiyon ve parmak delme korkusu, sonuçları ve yönetme stratejilerini gözden geçirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Diyabet; insülin enjeksiyonu; korku; parmak delme.

SUMMARY

Diabetes mellitus requires complex care and treatment where patients should take the responsibility of their own health: they should follow dietary recommendations, exercise, inject insulin regularly and measure blood glucose level as recommended. However, it seems very hard for patients to change their lifestyle and to adhere to treatment plans. Studies have shown that insulin injection and finger sticking fear might negatively affect the start of a treatment, to continue treatment and to track blood glucose level which result in poor metabolic control and diabetes complications. The lack of a global definition and healthcare professional ignorance cause difficulties in increasing awareness and management of this problem. At this point, diabetes nurses have an important role to identify and manage insulin injection and finger sticking fear, which significantly affects diabetes treatment. First, diabetes nurses should look for the cause of this phobia and determine the fear level. Then, they should give education to the patient regarding fear management and work in collaboration with other health care professionals for this problem. This review aims to determine insulin injection and finger sticking fear in diabetic people, to examine its results and its management strategies.

Key words: Diabetes; self-injecting; fear; self-testing.

Giriş

Başarılı diyabet yönetiminin temel öğeleri, tıbbi beslenme tedavisi (TBT), düzenli egzersiz programı, oral antidiyabetik tedavi (OAD) ve insülini içeren ilaç tedavisi, bireysel kan şekeri izlemi ve bütün bunları içermesi gereken diyabet eğitimidir.

Günümüzde TBT kişinin kalori gereksinimlerine göre düzenlenmiş kompleks karbonhidrat içeriği yüksek, buna karşın protein ve yağ içeriği düşük beslenme programı olarak adlandırılmaktadır. TBT planlanırken tip 1 ve tip 2 diyabette insülin salgılama kapasitesinde farklılıklar olduğu için, temel

ilkeler aynı olmasına karşın önerilerde öncelik sırası farklılık göstermektedir. Tip 1 diyabette, öğün zamanlaması, günlük tüketilen besin grupları ve egzersize göre besin tüketimi değerlendirilirken; tip 2 diyabette öncelikli yaklaşım, kalori kısıtlaması ile az ve sık beslenmedir.^[1]

Egzersiz diyabet tedavi planının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Egzersiz düzenli yapıldığında açlıkta ve toklukta kan şekeri yükselmesini engeller, insülin reseptör sayısını artırır, periferik dokularda insülin duyarlılığını artırır, antidiyabetik ajanlara olan ihtiyacı azaltır ve uygun beslenme tedavisi ile birlikte uygulandığında kilonun korunması ya da kaybında yardımcı olur. Ayrıca egzersiz kan basıncını düşürerek, total kolesterolü azaltarak ve HDL kolesterolü yükselterek kardiovasküler risk faktörlerini azaltır.^[2]

Diyabetli bireylerde ilaç tedavisi diyabetin tipine ve komplikasyonların varlığına göre değişir. Tip 2 diyabetlilerde insülin direnci, bozulmuş insülin salgısı ve/veya hepatik glikoz üretiminde artış görülmektedir. Bu hastalarda OAD tedavisinin hedefi bu sorunların azaltılarak kan şekeri düzeyini regüle etmektir.^[3] Tip 1 diyabetliler yaşamın devamı için tanı konulduğu andan itibaren insülin kullanmak durumundadırlar. Tip 2 diyabetliler ise kısmi insülin rezervi olduğu

¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul;
²Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, İstanbul

İletişim (Correspondence): Dr. Selda CELİK.
e-posta (e-mail): seldacelik40@gmail.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2014;5(2):104-108
Journal of Psychiatric Nursing 2014;5(2):104-108

Doi: 10.5505/phd.2014.85698

Geliş tarihi (Submitted): 21.02.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 09.07.2014

için TBT, egzersiz ve OAD'ler ve/veya bunların kombinasyonu ile bir süre insüline gereksinim duymadan yaşayabilirler; ancak çalışmalar tip 2 diyabetlilerin tanı konulmasını izleyen on yıl içinde insüline bağımlı hale geleceğini öngörmektedir.^[4-7] Yapılan çalışmalarda insülin tedavisinin diyabetin kronik komplikasyonlarının ortaya çıkması ve ilerlemesinin yavaşlatılmasında etkili olduğu gösterilmiştir.^[8-10] Diyabet tedavisinde istenilen hedeflere ulaşılabilmesinde, uygun insülin dozlarının ayarlanmasında ve hipoglisemilerin önlenmesi ya da erken tanısında bireysel olarak yapılan kan şekeri takibinin önemli bir yeri vardır.^[11] Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (Diabetes Control and Complications Trial - DCCT) ve İngiltere Prospektif Diyabet Çalışması (United Kingdom Prospective Diabetes Study-UKPDS), özellikle makrovasküler komplikasyonların önlenmesi, geciktirilmesi ve hafif seyretmesinde, sıkı kan şekeri kontrolünün yararlı olduğunu gösteren kesin kanıtlar sağlamıştır.^[8,9]

Yoğun insülin tedavisi kullanan diyabetlilerin TBT, egzersiz ve insülin tedavisi arasındaki dengeyi iyi anlamaları ve bu dengeyi korumak için bazı uygulamalar yapmaları gerekir; bu durumda diyabetlilerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmeleri, gıda alımlarını ve egzersiz ayarlarını yapmaları, insülin enjeksiyonunu uygulamaları, önerilen şekilde kan şekerlerini ölçmeleri beklenmektedir. Ancak, karmaşık bakım ve tedavi gerektiren diyabette bireylerin yukarıda sıralanan yaşam tarzı değişikliklerini yapmada zorlandıkları, uyum güçlüğü yaşadıkları, özellikle insülin tedavisine başlamada, sürdürmede ve önerilen şekilde kan şekeri takibini yapmada korku ve endişenin önemli yer tuttuğu görülmektedir.^[12-28]

İnsülin Enjeksiyonunun ve Parmak Delme Korkusunun Tanılanması

Enjeksiyon ve insülin anksiyetesinin/korkusunun, hastaların diyabet tedavisine uyumunu etkilediğinin bilinmesi, yaygın görülmesi ve sağlık personelinin gözünden kaçtığı tespit edilmesine rağmen, kavram olarak evrensel bir tanımlamanın henüz yapılamadığını ve hem tanımlamada, hem de tanılamada farklı yaklaşımların olduğu görülmektedir. 2009 yılında Amerika'da yayınlanan bir derleme de, 'EMBASE, Ovid MEDLINE, PubMed ve PsycINFO tıbbi veritabanlarından, 1990-2008 yılları arasında, "diyabet, insülin, enjeksiyon, fobi, korku" ve daha detaylı olarak "diyabet (insülin ya da enjeksiyon) ile birlikte fobi, fobik, korku, psikolojik insülin direnci" anahtar kelimelerini içeren makaleler taranmıştır.^[29] Sonuç olarak, bu anahtar kelimeleri ve kombinasyonlarını içeren 252 makale tespit edilmiş ve bunlardan altı tanesi seçim kriterlerine uygun bulunmuştur. Tarama esnasında "insülin korkusu" ya da "enjeksiyon korkusu"nun, tıbbi kayıtlarda ve veritabanlarında bu başlıkla kolayca tespit edilemediği görülmüştür. Bu başlıkların yanı sıra "kendi kendine enjeksiyon yapma korkusu", "enjeksiyon anksiyetesi", "enjeksiyon fobisi",

"diyabetteki engeller (kendi kendine enjeksiyon yapma gibi)", "insülin sınırlaması" ve "psikolojik insülin direnci" gibi farklı farklı konu başlıklarıyla anlatıldığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca insülin/enjeksiyon korkusunun değerlendirilmesinde de, psikometrik araştırma anketlerinden, basit sorulara kadar değişkenlik gösteren ve evrensel olmayan farklı metodların kullanıldığı görülmüştür. Fu ve ark.nın (2009) gözden geçirme çalışmasında, korku ve fobinin çoğu zaman eş anlamlı olarak ele alındığı, oysa korku ve fobinin ortak özellikleri olmasına rağmen, farklı kavramlar olduğu belirtilmiştir.^[29]

Korku bilinçli olarak tanınan ve genellikle bilinen bir dış tehdit ve tehlikeye karşı verilen tepki, kişinin kendi düşüncelerinin sebep olduğu bir duygudur. Bu düşüncelerin içeriğinde 'tehlike' olduğu için korku reaksiyonu verilir. Bu nedenle aynı durumla karşılaşan değişik kişiler, farklı düşünceleri neticesinde motor gerilim, otonomik aşırı faaliyet, endişe, beklenti ve tetikte olma gibi farklı reaksiyonlar verebilirler. Ancak çoğu zaman korkuyu yaşayan kişiler bunun kendi düşüncelerinden kaynaklandığını bilmedikleri için, etkili bir çözüm üretme yoluna gitmezler ve çaresizlik yaşayarak, korkularını kriz boyutuna taşıyabilirler. Yaşanan bu krizler de kaçınma davranışlarını artırarak, kendisi için önemli ve zevkli olabilecek birçok faaliyeti yaşama ihtimalini kısıtlamış olacaktır. Bu kısıtlamaların yanı sıra, korkudan kaçmayı alışkanlık haline getiren kişi, birçok beceriyi geliştirme fırsatını da kaçıracaktır. Öte yandan korku hissini yaratan ortamdaki düşüncelerini sorgulayan kişiler, bu duygularını yenmeleri sonucunda, hem önemli beceriler kazanırlar, hem de kendilerine olan güven ve yeterlik hislerinin artması gibi anlamlı gelişmeler gösterirler.^[30] Korku, birçok tehlikeli durumdan kaynaklanan bir heyecan halidir. Herkes korku ve kaygı yaşar. Korku aslında, tehlikeli durumlardan sakınmamıza yardım eden sağlıklı ve uyum sağlayıcı bir tepkidir. Korku, hayali şeylere tepki olarak gösterildiğinde veya normal günlük işleyişi aksattığında problem olmaya başlar. Korkunun aşırı gelişimi ve sürekliliği fobileri yaratır.^[31]

Fobi, psikiyatrideki tarifine göre, bireyin bir şeyden korkusu ona saçma ve mantıksız gelmesine ve bundan korkmaması demesine rağmen bu korku ve kaçınmadan kendini alıkoyamamasıdır. Bunu saçma bulduğu için başkalarına anlatamaması, hayatını ya da bir işlevini aksatması nedeniyle duyulan sıkıntı, ızdırap ve engelleme durumu da fobinin bir parçasıdır.^[31]

Fobi ile korku farklı olgulardır. Fobik kişi sadece fobik olduğu şeyden kaçınır. Fobi psikiyatride anksiyete bozuklukları başlığı altında toplanır. Anksiyete, hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan ve "kaygı", "bunaltı" kelimeleri ile ifade edilen bir duygulanım şeklidir. Bazı tanımlar anksiyeteyi, kaynağı büyük ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisiyle sınırlandırarak korkudan ayırırlar. Bu ayırım, normal hayatın bir parçası olan korkunun, büyük oranda tedavi gerektirmeyen bir duygu olması ile uyumludur.^[31]

İğne korkusu; yükseklik, dar alan ve yılan korkusu kadar doğal bir korkudur. Diyabetli olmayanlar için iğneyle enjeksiyon yapılması problem yaratmayabilir. Ancak insülin kullanan kişilerde iğne fobisi, insülin enjeksiyonu uygulama ve kan şekeri ölçmeyi engellemek adına sağlığı korumada ciddi engeller yaratabilir. Hastalık ya da özel stres yaratacak durumlarda, ağırlı enjeksiyonlarda reaksiyonlar gelişebilir. Ost (1991) enjeksiyon fobisinin sıklıkla çocukluk çağında kazanılmış bir negatif koşullandırmanın sonucu olduğunu ileri sürmektedir.^[32]

Amerikan Diyabet Eğitimciler Birliği'nin 2005 yılında yaptıkları 32. Geleneksel Toplantı'sında, insülinin enjeksiyon olarak uygulanması nedeniyle hastalarda iğne korkusu ve enjeksiyon acısı düşüncesinin insülin tedavisine başlamadaki en önemli engeller arasında yer aldığı bildirilmiştir.^[23] Hunt ve ark.nın (1997) tip 2 diyabetlilerin insülin tedavisi hakkında korku ve umutlarını incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada ise, diyabetlilerin insülin enjeksiyon uygulaması hakkında 'ağırlı enjeksiyon yapmayı gerektirir' düşüncesinde olduğu sonucuna varmışlardır. Mollema ve ark.nın (1996) çalışmada diyabet polikliniğinde izlenen ve insülin kullanan 240 erişkin diyabetliye, 'Diyabette Engeller Sorgulama Formu (BDQ)' uygulanmış; diyabetlilerden %8.6'sı kan şekeri ölçümünün, %12.5'i insülin enjeksiyonunun ağırlı olduğunu, %2.6'sı kendi kendine insülin enjeksiyonu yapmaktan ve %2.6'sı da parmak delmekten korktuğunu ifade etmiştir.^[11] İnsülin enjeksiyon tedavisinde engellerin sorgulandığı bir başka çalışmada ise, diyabetlilerin %20'si enjeksiyon anksiyetesi veya yara izinin olduğunu, %27'si enjeksiyon hassasiyeti, %37'si ise enjeksiyon ağrısının olduğunu ifade etmişlerdir.^[33]

Snoek (2002) insülin tedavisine başlamayı diyabetlinin 'şimdi ciddi şekilde hastayım' diye düşünerek korku, endişe yaşaması ve hastalık üzerindeki kontrolünü kaybetme duygusunun başarısızlık ve çaresizliğe yol açmasının bir göstergesi olarak algıladığı bir sorun olarak tanımlamaktadır.^[21]

Özellikle tip 2 diyabetlilerin büyük çoğunluğunun, önerilen insülin tedavisine başlamakta gönülsüz olduğu, insülin ilk reçete edildiğinde hastaların tedaviyi reddettikleri görülmektedir. Nakar ve ark.nın (2007) çalışmada, hastaların %24'ünün insülin enjeksiyonuna bağlı, %3'ünün ise parmak delinmesi ile ilgili acı hissedeceği için, gerektiği halde insülin tedavisine başlamak istemediği belirlenmiştir.^[24] Aynı çalışmada, aile hekimlerinin, hastalarının %48.4'ünün insülin enjeksiyonu sırasında acı çekeceği ve bu acı ile baş edemeyecekleri, %53.9'unun da tekrarlanan kan testleri sırasında parmaklarının delinmesine dayanamayacakları düşüncesi ile insülin tedavisine başlamadıkları belirlenmiştir. Ayrıca hekimlerin %50'sinden fazlası, enjeksiyona bağlı ağrının, insülin tedavisine başlamada önemli bir engel olduğunu belirtmişlerdir. Polonsky ve ark.nın (2005) yapmış olduğu çalışmada, insülin reçete edildiğinde hastaların %28.2'sinin tedaviye gö-

nülsüz olduğu sonucuna varılmış; ayrıca %50.8'i ağırlı ve acılı bir işlem olduğu için her gün iğne yapmak istemediklerini belirtmişlerdir.^[22] Khan ve ark.nın (2008) çalışmada tip 2 diyabetlilerin %83.7'sinin insülin uygulamak istemediğini,^[34] Morris ve ark.nın (1997) tip 1 diyabetlilerin %28'nin, kendilerine reçete edilen dozdan daha az dozda insülin kullandığını bildirmişlerdir.^[15]

Zambanini ve ark.nın (1999) insülin kullanan diyabetlilerle yapmış olduğu bir çalışmada, hastalarının %72'sinin insülin enjeksiyon anksiyetesi yaşadığı ve günlük insülin enjeksiyon sayısı ile enjeksiyon anksiyetesi arasında negatif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.^[19] Çalışmanın en önemli bulgusu, çalışma grubundaki hastaların %25'inin, insülin enjeksiyonunun yapılmasıyla birlikte psikolojik bir takım problem yaşadığı, bunun da yüksek enjeksiyon anksiyetesi ya da yüksek genel anksiyete ortalama puanı ile ilişkili olduğudur. Üstelik bu hastaların, daha önceki yıllarda insülin enjeksiyonu yapmaktan kaçınan ya da insülin enjeksiyonunu günde üç-beş kez uygulamaktan endişe ettiğini ifade eden hastalar olduğu tespit edilmiştir. Bu da, bu hastalardaki enjeksiyon anksiyetesinin, genel bir psikolojik bozukluğun bir parçası olabileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca enjeksiyon fobisi olan hastanın, sağlık personeli tarafından enjeksiyon fobisi varlığının tanılanmadığı görülmüştür. Aynı zamanda, diyabet sağlık ekibinin, insülin kullanan hastaların psikolojik problemlerini, özellikle de enjeksiyon fobi ve anksiyetesini önceden tespit etmesinin, hastaların kendi diyabetlerini yönetmelerinde yardımcı olacağı sonucuna varılmıştır.^[19]

Berlin ve ark.nın (1997) fobik semptomlar, özellikle kan şekeri ölçümü sırasında parmakten gelen kan ve iğnenin parmakta meydana getirdiği yara sonucu oluşan kan ve yaralanma korkusunun, tip 1 diyabetlilerde kötü kan şekeri kontrolü ile ilişkisini incelediği çalışmada, kötü kan şekeri kontrolü, yüksek depresyon, anksiyete ve fobik semptomlarla ilişkili bulunmuştur.^[13] Aynı çalışmada gün içerisindeki kan şekeri ölçüm sayısı ve kötü metabolik kontrol arasındaki temel etki, kan ve yara korkusuna bağlanmış, kan ve yara korkusu ortalama puanı yüksek olan diyabetlilerin kan şekeri ölçümlerini daha az yaptıkları, dolayısıyla kan şekeri kontrollerinin kötü olduğu; aksine kan ve yara korkusu olmayan diyabetlilerin günlük kan şekeri ölçümlerini düzenli olarak yaptıkları ve kan şekeri kontrollerinin iyi olduğu bildirilmiştir.

Ong ve ark.nın (2014) insülin kullanan tip 2 diyabetlilerin kan şekeri ölçümü yapmadaki engellerini araştırdığı kalitatif çalışmada, kan şekeri ölçümü yaparken duyulan ağrı ve parmak delme korkusu sebebiyle diyabetli bireylerin kan şekeri ölçümü yapmadıkları sonucuna varılmıştır. Çalışmada 48 yaşında bir yıldır diyabeti olan ev hanımı hasta 'Eğer her gün kan şekeri ölçersem, parmaklarımda birçok delik olacak ve çok ağrı hissedeceğim' ifadesinde bulunmuştur.^[28] Evans ve ark.nın (1999) kan şekeri ölçümü sıklığının, kan şekeri kont-

rolü ile ilişkisini inceleyen çalışmada ise, çalışmanın sürdüğü üç yıl boyunca %16 oranında tip 1 diyabetlinin ve %21 oranında insülin kullanan tip 2 diyabetlinin, hiçbir şekilde reçete edilen kan şekeri ölçüm striplerini almadıkları bildirilmiş; ayrıca, tip 1 diyabetlilerde, son altı ayda alınan strip miktarı ile kan şekeri kontrolü arasında pozitif ilişki bulunmuştur.^[18] Benzeri diğer çalışmalarda da, kan ve yaralanma korkusuyla daha az sıklıkta kan şekeri ölçümü yapıldığı,^[13,35] bunun da kötü kan şekeri kontrolüne yol açtığı gösterilmiştir.^[13,36] Konu ile ilgili 18 yıllık literatürün tarandığı bir çalışmada diyabetlilerde insülin korkusu ya da enjeksiyon korkusunun, kötü kan şekeri kontrolü, klinik komplikasyonlar, yüksek mortalite riski, düşük iyilik hali ve kötü genel sağlık durumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.^[29]

Pek çok diyabet hastası, başlangıçta kendi kendine enjeksiyon yapma, parmak delme konusunda endişelidir, ancak kısa süre içinde bu korkularını yenmeyi öğrenerek, insülin enjeksiyonunu ve kan şekeri ölçümünü günlük rutinleri haline getirebilirler. Ancak bir kısım diyabetli günlük olarak insülin uygulaması ve kan şekeri ölçümünü yapamamakta, insülin enjeksiyon ve parmak delme korkusunu kalıcı olarak yaşamaktadır. Enjeksiyon korkusu prevalansı, diyabetlilerde %2, genel popülasyonda %1 oranında bulunmuş; eskiden beri insülin tedavisi gören diyabetlilerde bile yaklaşık %1 oranında enjeksiyon korkusunun devam ettiği ve pek çoğunun bu korkuyu, doktor ve hemşireleriyle hiçbir zaman paylaşmadıkları, insülin kullanan yaklaşık %5 diyabetlinin, sık sık enjeksiyon yaparken stres yaşadığı ve kendi kendine enjeksiyon yapmaktan nefret ettiği bildirilmiştir.^[21,37]

İnsülin Enjeksiyon ve Parmak Delme Korkusunun Yönetimi

Korkuyla baş etmede ilk adım korku hissi uyandıran fikirlerin/nedenlerin doğruluğunun test edilmesidir. Bunun sonucunda kişi korku yaratan nedenle yüzleşecek ve korkuyu yenmede kontrolün kendisinde olduğunun farkına varacaktır. Korku yaratan durumla yüzleştikten sonra sorunun yönetimindeki en önemli adım bireyin bu sorunla mücadele etme konusundaki kararlılığıdır.^[30]

Kişinin korku yaratan durumdan kaçmama ve mücadele etme kararı aldığı anda, bir başka ifade ile korkusunu yönetmeye hazır olduğunda olayların üstesinden gelebilecek becerilerin öğretilmesi için en uygun zamandır.^[30]

Korkulan durumla karşılaşmaya karar verildiğinde, ufak basamaklar halinde ilerlemek, gerekiyorsa kişilerin kullanacakları rahatlatma tekniklerinden, yanısıra etkili problem çözme tekniklerinden yararlanmak ve durumun çözümü için gerekli becerileri geliştirmek, bu tecrübelerin başarıyla sonuçlanmasında önemli rol oynayacaktır. Bu şekilde bireyin hem korkularını yönetmede yeni beceriler kazanması sağlanacak, hem de kendine olan güvenini artırarak mücadeleyi bir

kişilik geliştirmesine katkı sağlayacaktır.^[30]

Feitosa ve ark.nın (2013) pre-gestasyonel ve gestasyonel diyabeti olan 65 gebe diyabetli kadında iğne korkusu sıklığı ve iğne korkusuna multidisipliner eğitim yaklaşımının etkisini araştırdıkları çalışmada, gebe diyabetli kadınlarda sıklıkla iğne korkusunun olduğu ve iyi organize edilmiş multidisipliner diyabet eğitim programının iğne korkusunu azalttığı sonucuna varmışlardır.^[26] Berlin ve ark.nın (1997) çalışmada da, düzenli yapılan diyabet eğitim programlarının fobik semptomları ortaya çıkarmada yarar sağlayacağı, sonuçta alınacak önlemlerle kan şekeri kontrolünün daha iyi olacağı vurgulanmıştır.^[13]

Bu noktada diyabet eğitmenlerine ve özellikle diyabet hemşiresine önemli görevler düşmektedir. Öncelikle insülin tedavisi başlanacak veya kendi kendine kan şekeri takibi yapacak olan diyabetli, bireysel ve grup eğitim programlarına alınmalı, süreçle ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalı; tedavi ve uygulamalar öncesinde, bunları yapmaya karşı istek ve becerileri değerlendirilmelidir. Funnell ve ark. (2004) çalışmalarında, diyabetliyi doğru açıklamalarla eğitmenin, psikolojik direnci azalttığını ve tedaviyi geliştirdiğini saptamışlardır.^[38] Bu değerlendirmeler esnasında, uygulamanın verimli olması açısından, geliştirilmiş ölçekler veya formlar kullanılarak diyabetlinin korkusunun olup olmadığı, varsa derecesi tespit edilmelidir. Hastalarda enjeksiyon ya da parmak delme korkusu varsa, öncelikle bu konu mercek altına alınmalı ve durumun üstesinden gelmek için sağlık ekibiyle birlikte hareket edilmelidir. Eğitim için enjeksiyon tekniği ve kan şekeri ölçümü ile ilgili malzemeler hazırlanmalı, sonra da bu malzemeler ve uygulama teknikleri hakkında bilgi verilmelidir. Gerekirse bu konuda deneyimli başka bir hastadan da destek alınabilir. İğne uçlarının özelliklerinden bahsedilmesi, ilk enjeksiyon ve parmak delme işlemi diyabetli ile birlikte yapılmalıdır. Sonrasında, diyabetliyi takip etmek ve ihtiyacı olduğu zamanlarda destek olmak son derece önemlidir. Eğer diyabetlinin anksiyete ya da korkudan daha ileri bir iğne fobisi olduğuna karar verirse, bu konuda uzman psikolog veya psikiyatri hemşirelerinden destek alınmalıdır.

Sonuç

Diyabetli bireylerin çoğunun insülin enjeksiyonu ve parmak delme korkusu yaşadıkları, korkunun kötü metabolik durum ve sonuçları ile ilişkili olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur. Yine farklı çalışmalarda korku, anksiyete ve fobinin ayrı kavramlar olmasına rağmen, eşanlı olarak ele alındığı ve farklı yöntemlerle değerlendirildiği görülmüştür. Diyabetin sonuçlarını önemli ölçüde etkileyen insülin enjeksiyonu ve parmak delme korkusunun belirlenmesi ve yönetiminde diyabet hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Diyabet hemşiresi öncelikle bireyin yaşadığı korkunun nedenini tanımlamalı, derecesini tespit etmeli, korkunun yö-

netiminde hastalara eğitim vermeli, bu konuda diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde çalışmalıdır.

Kaynaklar

1. İmamoğlu Ş, Özyardımcı C, Gürdal B. Diabetes mellitus'ta tıbbi beslenme tedavisi. İçinde: İmamoğlu Ş, Ersoy C, editör. Diabetes mellitus. 3. baskı, İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık; 2009. s. 113-21.
2. Arslan M. Diabetes mellitus'ta egzersiz tedavisi. İçinde: İmamoğlu Ş, Ersoy C, editör. Diabetes mellitus. 3. baskı, İstanbul: Deomed Medikal Yayıncılık; 2009. s. 125-31.
3. Koski RR. Practical review of oral antihyperglycemic agents for type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Educ* 2006;32:869-76.
4. Monahan FD, Neighbors M, editors. Nursing care of patient with diabetes mellitus. Medical surgical nursing, foundations for clinical practice. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1998. p. 1223-63.
5. Lebovitz HE. Treating hyperglycemia in type 2 diabetes: new goals and strategies. *Cleve Clin J Med* 2002;69:809-20.
6. Nathan DM. Clinical practice. Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2002;347:1342-9.
7. Wright A, Burden AC, Paisey RB, Cull CA et al. Sulfonylurea inadequacy: efficacy of addition of insulin over 6 years in patients with type 2 diabetes in the U.K. Prospective Diabetes Study (UKPDS 57). *Diabetes Care* 2002;25:330-6.
8. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
9. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *Lancet* 1998;352:837-53.
10. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000;321:405-12.
11. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care* 2013;36 Suppl 1:11-66.
12. Mollem ED, Snoek FJ, Heine RJ. Assessment of perceived barriers in self-care of insulin-requiring diabetic patients. *Patient Educ Couns* 1996;29:277-81.
13. Berlin I, Bisserbe JC, Eiber R, Balssa N, et al. Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycaemic control in type I diabetic adults. *Diabetes Care* 1997;20:176-8.
14. Hunt LM, Valenzuela MA, Pugh JA. NIDDM patients' fears and hopes about insulin therapy. The basis of patient reluctance. *Diabetes Care* 1997;20:292-8.
15. Morris AD, Boyle DI, McMahon AD, Greene SA, et al. Adherence to insulin treatment, glycaemic control, and ketoacidosis in insulin-dependent diabetes mellitus. The DARTS/MEMO Collaboration. *Diabetes Audit and Research in Tayside Scotland. Medicines Monitoring Unit. Lancet* 1997;350:1505-10.
16. Ruggiero L, Glasgow R, Dryfoos JM, Rossi JS, et al. Diabetes self-management. Self-reported recommendations and patterns in a large population. *Diabetes Care* 1997;20:568-76.
17. Bienvenu OJ, Eaton WW. The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychol Med* 1998;28:1129-36.
18. Evans JM, Newton RW, Ruta DA, MacDonald TM, et al. Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycaemic control: observational study with diabetes database. *BMJ* 1999;319:83-6.
19. Zambanini A, Newson RB, Maisey M, Feher MD. Injection related anxiety in insulin-treated diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 1999;46:239-46.
20. Mollema ED, Snoek FJ, Adèr HJ, Heine RJ, et al. Insulin-treated diabetes patients with fear of self-injecting or fear of self-testing: psychological comorbidity and general well-being. *J Psychosom Res* 2001;51:665-72.
21. Snoek FJ. Breaking the barriers to optimal glycaemic control-what physicians need to know from patients' perspectives. *Int J Clin Pract Suppl* 2002;129:80-4.
22. Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, et al. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. *Diabetes Care* 2005;28:2543-5.
23. Meece J. Dispelling myths and removing barriers about insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2006;32(1 Suppl):9-18.
24. Nakar S, Yitzhaki G, Rosenberg R, Vinker S. Transition to insulin in Type 2 diabetes: family physicians' misconception of patients' fears contributes to existing barriers. *J Diabetes Complications* 2007;21:220-6.
25. Snoek FJ, Malanda UL, de Wit M. Self-monitoring of blood glucose: psychological barriers and benefits. *European Diabetes Nurses* 2008;5:112-5.
26. Feitosa AC, Sampaio LN, Batista AG, Pinheiro CB. Frequency of fear of needles and impact of a multidisciplinary educational approach towards pregnant women with diabetes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35:111-6.
27. Bahrmann A, Abel A, Zeyfang A, Petrak F, et al. Psychological insulin resistance in geriatric patients with diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2014;94:417-22.
28. Ong WM, Chua SS, Ng CJ. Barriers and facilitators to self-monitoring of blood glucose in people with type 2 diabetes using insulin: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2014;8:237-46.
29. Fu AZ, Qiu Y, Radican L. Impact of fear of insulin or fear of injection on treatment outcomes of patients with diabetes. *Curr Med Res Opin* 2009;25:1413-20.
30. Gençöz T. Korku sebepleri, sonuçları ve baş etme yolları. *Kriz Dergisi* 1998;6:9-16.
31. Kırılı S. Anksiyete bozukluklarının oluşumu ve farmakolojik tedavisi. *Bursa: Özsan Matbabaçılık*; 2000. s. 1-10.
32. Ost LG. Acquisition of blood and injection phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav Res Ther* 1991;29:323-32.
33. Rubin RR, Peyrot M, Kruger DF, Travis LB. Barriers to insulin injection therapy: patient and health care provider perspectives. *Diabetes Educ* 2009;35:1014-22.
34. Khan H, Lasker SS, Chowdhury TA. Prevalence and reasons for insulin refusal in Bangladeshi patients with poorly controlled Type 2 diabetes in East London. *Diabet Med* 2008;25:1108-11.
35. Metsch J, Tillil H, Köbberling J, Sartory G. On the relation among psychological distress, diabetes-related health behavior, and level of glycosylated hemoglobin in type I diabetes. *Int J Behav Med* 1995;2:104-17.
36. Mollema ED, Snoek FJ, Pouwer F, Heine RJ, et al. Diabetes Fear of Injecting and Self-Testing Questionnaire: a psychometric evaluation. *Diabetes Care* 2000;23:765-9.
37. Snoek FJ, Mollema ED, Heine RJ, Bouter LM, et al. Development and validation of the diabetes fear of injecting and self-testing questionnaire (D-FISQ): first findings. *Diabet Med* 1997;14:871-6.
38. Funnell MM, Kruger DF, Spencer M. Self-management support for insulin therapy in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2004;30:274-80.