



T.C.

**SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)**

**TİP II DİYABETLİ HASTALARDA TEDAVİYE UYUMUN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

SİBEL KORKMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2018

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)

**TİP II DİYABETLİ HASTALARDA TEDAVİYE UYUMUN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
SİBEL KORKMAZ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Medet KORKMAZ

GAZİANTEP

2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Sibel KORKMAZ	Tez Savunma Tarihi	27.08.2018
Tez Adı	Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (İç Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Doç. Dr. Medet KORKMAZ	SANKO Üni./SBF/İç Hast. Hem. A.D.	
Üye	Prof. Dr. Arzu TUNA	SANKO Üni./SBF/Cerrahi Hast. Hem. A.D.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sibel SEVİNÇ	Hatay Mustafa Kemal Üni./Hatay Sağlık Yüksekokulu/İç Hast. Hem. A.D.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../..... Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

27.07.2018

Sibel KORKMAZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve araştırmamın her aşamasında değerli bilgi, görüş ve önerileri ile çalışmama ve eğitimime katkı sunan danışman hocam Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a,

Hayatım boyunca emek verip bugünlere gelmemi sağlayan AİLEME,

Eğitim hayatım boyunca emek veren tüm ÖĞRETMENLERİM'e,

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca bana yardımcı olan nöbet listesinde ve çalışma hayatımda bana kolaylık sağlayan başta Başhekimimiz Muazzez VELİPAŞAOĞLU ile birlikte tüm Musabeyli İlçe Entegre Devlet Hastanesi çalışanlarına; özellikle Yüksek Lisans öğrenimini istediğim anda beni cesaretlendirdiği için Başhekim Vekilimiz Dt. Hacı Aslan IŞIK'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin Değerli Öğretim Üyelerine,

Araştırmama katılmayı kabul ederek beni kırmayan hastalara, meslektaşlarıma ve emeği geçen herkese en içten teşekkürlerimi sunarım.

Sibel KORKMAZ

ÖZET

Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi.

Bu çalışma Tip II diyabetli hastalarının tedaviye uyumunun yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Gaziantep'te bulunan Şehitkâmil Devlet Hastanesi'nde Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında en az bir yıldır Tip II Diabetes Mellitus tanısı almış 382 hasta ile yapılmıştır. Veri toplama araçları olarak hastalara “Diyabetli Hasta Tanıtım Formu”, “Diyabet Yaşam Kalite Ölçeği” ve “Tip II Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği” ölçeklerinde bulunan sorular yüz yüze görüşme tekniği ile sorularak toplanmıştır. Veriler yüzdelik ve frekanslar yöntemleri kullanmıştır. Araştırma sonucunda Diabetes Mellitus hastalarının sosyo-demografik ve metabolizma değerlerinin kişinin yaşam kalitesi, tedavi memnuniyeti, psikolojisi, kaygı ve endişesi tedaviye uyum ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastaların Diyabetli olma süresi uzadıkça ve insülin kullanan hastaların zamanla tedaviye uyumlarının azaldığı ve sağlık okur oranlarının eğitim durumu yetersizliğinden dolayı az olduğu görülmüştür. Hastalık ile ilgili zamanla uyumun azalması ile yaşam kalitesi de haliyle olumsuz etkilenmiştir. Hastaların DM tedavisinde uyumuna ve yaşam kalitesinin artması için sağlık okuryazar oranının artırılması ve kişilerin hastalığın sonuçları konusunda bilinçlendirmenin üzerinde durulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip II Diabetes Mellitus; DM Hastalığına uyum; DM yaşam kalitesi; Diabetes Mellitus

ABSTRACT

An investigation of the effect of Type 2 Diabetic patients' adherence to treatment on their Quality of Life.

This descriptive study was conducted to investigate the effect of Type 2 diabetic patients' adherence to treatment on their quality of life. The study was conducted between January and April 2018 in Şehitkâmil State Hospital in Gaziantep with 382 patients diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus for at least one year. The "Diabetic Patient Identity Form", "Diabetes Quality of Life Scale" and "Patient Compliance Scale in Type 2 Diabetes Mellitus Treatment" scales were used to collect data through face-to-face interviews. The data used percentage and frequency methods. Metabolism as well as the sociodemographic characteristics of Diabetes Mellitus patients were found to affect individuals' quality of life, satisfaction and adherence to the treatment, psychology, fear and anxiety. The research also revealed that when the disease period of diabetes is prolonged, the patients' adherence to treatment, particularly those who use insulin, decreases; and that health literacy rates were low due to low education level. The decrease in patients' adherence to treatment over time also affected quality of life. Increasing patients' adherence to treatment in diabetes mellitus and raising their awareness on the prognosis and results of the disease as well as raising the literacy rates should be a focus to improve quality of life.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, adherence to DM, quality of life, Diabetes Mellitus

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Diabetes Mellitus	3
2.1.1. Etiyoloji	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.2. Diyabette Tanı	4
2.2.1. DM patofizyolojisi	5
2.2.2. Diabetes mellitusun klinik belirtileri.....	7
2.2.3. DM komplikasyonları	8
2.2.3.1. DM'nin akut komplikasyonları	8
2.2.3.1.1. Diyabetik ketoasidoz (DKA)	8
2.2.3.1.2. Hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD).....	8
2.2.3.1.3. Laktik asidoz (LA)	8
2.2.3.1.4. Hipoglisemi	8
2.2.4. DM'nin kronik komplikasyonları	9
2.2.4.1. Mikrovasküler komplikasyonlar	9
2.2.4.2. Makrovasküler komplikasyonlar	9
2.2.5. DM tedavisi.....	10
2.2.5.1. Tıbbi beslenme tedavisi	10

2.2.5.2. Fiziksel aktivite	11
2.2.5.3.Eğitim	12
2.2.5.4. Medikal tedavi	13
2.2.5.4.1. İnsülin tedavisi	13
2.3. Diyabet Tedavisinde Hemşirenin Rolü	13
2.4. Diabetes Mellitus ve Yaşam kalitesi	15
2.5. Diabetes Mellitus ve Tedaviye Uyum	16
2.5.1. Psikolojik uyum	16
2.5.2. Sosyal uyum	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.4.1. Veri Toplama Araçları	19
-Diyabetli hasta tanıtım formu	19
-Diyabet yaşam kalitesi ölçeği	20
-Tip II diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği.....	20
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
-Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	21
-Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	21
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	21
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	57
EK-1 Diyabetli Hasta Tanılama Formu	
EK-2 Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL)	
EK-2 Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL) Devamı 1	
EK-2 Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL) Devamı 2	

- EK-3 Tip II Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği
- EK-3 Tip II Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği Devamı
- EK-4 Tip II DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeğinin Skor Hesaplama Yönergesi
- EK-5 Tip II Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği Kullanım İzni
- EK-6 Diyabetli Hasta Tanılama Formu Kullanım İzni
- EK-7 Etik Kurul Karar Formu
- EK-8 Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Klinik Araştırma Uygulama İzni
- EK-8 Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Klinik Araştırma Uygulama İzni Devam 2
- EK-9 İntihal Raporu
- EK-10 Özgeçmiş



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	23
Tablo 4.2. Hastaların Bazı Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.3. Hastaların Bazı Metabolik Değerlerine Göre Dağılımları.....	26
Tablo 4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Uyum Skorları	27
Tablo 4.5. Hastaların Mevcut Komplikasyonları ve Diğer Kronik Hastalıkları.....	28
Tablo 4.6. Hastaların Beden Kütle İndeksi Değerlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	29
Tablo 4.7. Hastaların Diyabet Tedavi Şekillerinin Hastalık Süresine Göre Dağılımları.....	30
Tablo 4.8. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Hastaların BKİ Gurubuna Göre Dağılımı	31
Tablo 4.9. Hastaların Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Diyabet Süresi Gurubuna Göre Dağılımı	32
Tablo 4.10. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının İnsülinin Günlük Kullanım Dozuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.11. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Skorları ve Uyum Ölçeği Skorlarının İlaç Kullanım Şekline Göre Dağılımı	34
Tablo 4.12. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Cinsiyete Göre Dağılımı ..	35
Tablo 4.13. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Ailede Diyabetli Birey Olma Durumuna Göre Dağılımı	36
Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi Alt Skor ve Uyum Skorlarının Son Bir Ayda Hipoglisemi Olma Durumuna Göre Dağılımı	37
Tablo 4.15. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Son Bir Ayda Kan Şekeri Yüksek Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.16. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Son Bir Ayda Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumuna Göre Dağılımı	39
Tablo 4.17. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Kronik Komplikasyonu Olma Durumuna Göre Dağılımı	40
Tablo 4.18. Bazı Metabolik Değerler İle Uyum ve Yaşam Kalitesi Alt Skorlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Diyabet Tanı Kriterleri4



KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists)
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
APG	: Açlık Plazma Glikozu
BAG	: Bozulmuş Açlık Glikozu
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DM	: Diabetes Mellitus
DQOL	: Diyabet Yaşam Kalitesi (Diabetes Quality of Life)
DSG	: Diyabet Süresi Gurubu
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
GİKD	: Günlük İnsülin Kullanım Dozu
HDL Kolesterol	: High Density Lipoprotein Kolesterol
HgA1c	: Glikozillenmiş Hemoglobin
HHD	: Hiperozmolar Hiperglisemik Durum
HPLC	: Yüksek Performanslı Likid Kromatografi (High Performance Liquid Chromatography)
IADPSG	: Uluslararası Gebelikte Diyabet Derneği Çalışma Grubu (International Association of the Diabetes in Pregnancy Study Group)
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
KŞ	: Kan Şekeri
LA	: Laktik Asidoz
MI	: Miyokart Enfarktüsü
NGSP	: Ulusal Glikohemoglobin Standardizasyon Programı (National Glycohemoglobin Standardization Program)
OAD	: Oral Anti Diyabetik

OGTT	: Oral Glikoz Toleransı
PG	: Plazma Glikozu
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences)
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği
TKŞ	: Tokluk Kan Şekeri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık rgt (World Health Organization)
YRG	: Yüksek Risk Grubu
YKAS	: Yaşam Kalitesi Alt Skorları

1. GİRİŞ

Diyabet, gün geçtikçe hızla artan prevalansı ve sebep olduğu sorunlar nedeniyle ülkemizde ve tüm dünyada önemli bir sağlık sorununa dönüşmüştür. Tip II diyabet prevalansı gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda hızla yükselmektedir. Araştırmalara göre dünyadaki diyabet hastası birey sayısı 2013 yılında 382 milyona ulaşmışken, 2035 yılında bu sayının 592 milyona ulaşacağı düşünülmektedir. Her gün 8700 kişi diyabet ve komplikasyonları sebebi ile hayatını kaybetmektedir. Başka bir deyişle her 6 saniyede bir diyabetli birey hayatını kaybetmektedir (Satman ve ark., 2002).

Diyabetli birey sayısındaki artışın başlıca sebepleri kentleşme ve yaşlanan nüfusla birlikte artan obezite ve fiziksel aktivitede azalma, nüfus artışı olarak gösterilebilir (TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017,2017). Gelişmekte olan ülkelerde diyabetin görüldüğü yaş ortalaması düşükken, gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeridir (IDF Diabetes Atlas Sixth Edition, 2013). Beslenmeye bağlı olarak son yıllarda çocuklarda ve gençlerde de Tip II diyabet prevalansında da artış görülmektedir (Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi Ve İzlem Kılavuzu, 2013). Gebelik hiperglisemisi prevalansındaki artış doğurganlık çağındaki kadınların diyabet ve obezite prevalansının artmasına sebep olmaktadır (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2014). Diyabet tüm dünyada ölüm nedenleri arasında kalp hastalığı, inme, solunum yolu enfeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyare, insan immün eksiklik virüsü/sendromu (HIV/AIDS) ve çeşitli kanserlerden sonra 8. sırada yer almaktadır (Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025., 2017). Dünyada 2013 yılında 5,1 milyon insanın diyabet ve komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, 2017) Bu görülen ölümler az gelişmiş bölgelerde 60 yaş ve altı hastalarda %75'e kadar çıkmaktadır. Kontrolsüz diyabet, kardiyovasküler hastalıkların prevalansı, insidansı ve mortalitesi diyabetli bireylerde, diyabeti olmayanlara göre 2-8 kat daha fazladır. Diyabet böbrek yetersizliği ve travma dışı ampütasyon olgularının başlıca sebebinin oluşturmaktadır. Diyabetli bireylerde alt ekstremitte ampütasyon olma olasılığı, diyabetli olmayanlara göre 25 kat daha yüksektir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, 2017).

Diyabet kronik bir hastalık olduğu için bireye ve ülkelere maliyeti oldukça yüksektir. Tüm dünyada diyabet ve ilişkili hastalıklar için harcanan para 2013 yılında 548 milyar Amerikan Doları olarak belirlenmiştir (Satman ve ark.,2002). Ülkemizde SGK tarafından

yapılan harcamaların 2008 yılında %16'sı diyabet için yapılmış 2012 yılında bu oran %23'e yükselmiştir (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2014). Diyabet ve sebep olduğu hastalıkların takip ve tedavi maliyetleriyle oluşan doğrudan maliyetlere ek olarak, iş verimliliğinin azalması, yaşam süresinin kısalması ve hasta yakınlarının verimliliğinin azalmasıyla oluşan dolaylı maliyetler de göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm dünyadaki diyabetlilerin %46'sına henüz tanı konulmamıştır (IDF Diabetes Atlas Sixth Edition, 2013). Tarama programları için yeterli kaynak ayrılamayan ülkelerde diyabetli bireylerin %90'ı hastalığından haberdar değildir. Tanı konulamamış hastalarda çoktan diyabet hastalığı komplikasyonları görülmeye başlamıştır (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2014). Ülkemizde TURDEP-II çalışması verilerine göre diyabet hastalarının %45,5'i hastalıklarından haberdar değildir (Satman ve ark.,2013) . Diyabetin birey ve toplum üzerindeki yükünü azaltmak için gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde tanımlanması ve uygun şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir. Günümüzde Tip I diyabetli bireylerde hastalık gelişimi ya da ilerlemesini önleyecek güvenilir bir koruma/televi yöntemi oluşturulamamışken, yapılan klinik araştırmalarla, Tip II diyabetin yalnızca sağlıklı yaşam tarzı benimsenerek %40-58 oranında önlenebileceği gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation, IDF) ve diyabetle ilgili diğer sivil toplum örgütleri diyabetle savaşmaktadır. Bu kuruluşlar diyabet ve komplikasyonlarının önlenmesi, diyabetli insanların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve erken ölümlerin azaltılabilmesi için yoğun çaba harcamaktadırlar. DSÖ'nün IDF ile birlikte 2004 yılında başlattığı 'Diabetes Action Now'programı ile özellikle gelişmekte olan ülkelerde diyabetin önlenmesi ve kontrolü için etkin önlemlerin alınması ve farkındalıklarının artırılması hedeflenmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2014).

Tedavi sürecinde hastanın hastalığı kabullenmesi verilen eğitimlerle kaygı ve endişenin azaltılması tedavi uyumunu arttırmaktadır. Araştırmada kullanılan " Diyabetli Hasta Tanıtım Formu ", "Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeği (DQOL)" ve " Tip II Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği" ile DM'li hastaların tedavi uyumu ve uyum düzeyinin yaşam kalitesine etkileri incelenmiş olup yeni veriler elde edilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Tip II DM'li hastalarda tedaviye uyumun yaşam kalitesine etkisini incelemektir

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

Diyabet, insülinin yetersiz salgılanması ya da salgılanan insülinin etkin olarak kullanılmaması sonucu ortaya çıkan kronik bir hastalıktır. Vücudun birçok sistemini etkileyen (kalp, böbrek, sinir sistemi vb.) bu hastalık, her geçen gün artış göstermektedir (Guyton ve ark., 2013).

2.1.1. Etiyoloji

Tip II diyabetin bilinen en önemli sebebi genetik faktörler ve obezitedir. Hastaların çoğunun yakınlarında da bu hastalık bulunmaktadır. Tüm bunlarla birlikte hareketsiz yaşam, sık doğum, gebelikte diyabet tespiti, hipertansiyon, trigliserit yağ metabolizmasında yaşanan dengesizlikler ve yetersiz beslenme gibi nedenler de bu hastalığın ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Kullanılan kortizonlu ilaçlar, doğum kontrol ilaçları ve idrar söktürücü antihipertansif ilaçlar DM'nin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2013).

2.1.2. Epidemiyoloji

Diyabetin, bireylerin gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde; gelişmekte olan ülkelerde en çok 45-64 yaş arasında ve kişinin en verimli olduğu yıllarda ortaya çıktığı bilinmektedir. Kentleşme, obez bireylerin artışı, çabuk hazırlanan yiyeceklerin yaygınlaşması ve fiziksel inaktivite ile diyabetli bireylerin sayısı her gün geçtikçe artmaktadır (IDF Diabetes Atlas Seventh Edition, 2015).

IDF tarafından iki yılda bir yayınlanan 7. Diyabet Atlasında (2015) tüm dünyada 20-79 yaş arasında diyabetli kişi sayısının 415 milyona ulaştığı belirtilmiş ve 2040 yılında bu sayının 642 milyon olacağı tahmin edilmiştir. Ancak 2017 yılında yayınlanan 8. Diyabet Atlasında (IDF Atlas Eighth Edition, 2017) 20-79 yaş arasında diyabetli birey sayısının 424,9 milyon olduğu belirtilmiş ve 2045 yılında bu sayının 628,6 milyon olacağı tahmin edilmiştir. Bu rakamlar ile diyabetli kişi sayısı hızla arttığını göstermektedir (Wild at al.,2004). IDF 8. Diyabet Atlasına göre küresel diyabet prevalansı %8,8 gerçekleşmiş olup 2045 yılında bu rakam %9,9 olarak tahmin edilmektedir.

Ülkemizde 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji çalışması sonuçlarına göre Tip II diyabet prevalansı %7,2, bozulmuş glikoz toleransı (BGT) sıklığı ise %6,7 olarak bulunmuştur (Satman ve ark., 2002). Yakın zamanda yayımlanan TURDEP-II çalışmasında ise ülke genelinde 20 yaş üzerinde 26.499 kişi incelenmiş ve Tip II diyabet sıklığının geçen yıllarda önemli derecede arttığı ve %13,7'ye vardığı görülmüştür (Satman ve ark., 2013).

2.2. Diyabette Tanı

Tanı için Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) yapılması en güvenilir yöntemdir. Ancak maliyetli ve kişi de günden güne değişiklik gösterdiği için rutinde kullanılması tercih edilmemektedir. Açlık Plazma Glikozu (APG) daha ucuz ve pratikte kolay olması nedeniyle tercih edilmektedir.

Şekil 1.Diyabet Tanı Kriterleri

	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 (39-46 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. ^(**)2006 yılı WHO/IDF Raporunda normal APG kesim noktasının 110 mg/dl ve BAG 110-125 mg/dl olarak korunması benimsenmiştir. ^(***)Standardize metotlarla ölçülmelidir.

DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1C: Glikozillenmiş 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:(TEMDDiabetesMellitusveKomplikasyonlarınınTanıTedaviveİzlemKılavuzu-2017, 2017)

HbA1c

HbA1c, glikolize hemoglobin anlamına gelir. Glikoz hemoglobine geri dönüşsüz olarak bağlanır. Normoglisemik kanda eritrositlerin %6'dan azı glikolize olmalıdır. Hiperglisemik ortamda glikolize hemoglobin yüzdesi artar. Bağlanma geri dönüşsüz olduğundan ve

eritrositlerin yaşamı ile sınırlı olduğundan HbA1c, eritrositlerin ömrü ile doğru orantılı olarak son 100-120 günün ortalama glisemik göstergesi gibidir.

Ölçüm araçlarının standardizasyonun yapılmaması nedeniyle ülkemizde HbA1c tanı kriterleri arasında yer almamaktadır. Ancak HbA1c ölçümleri ile ilgili olarak uluslararası bir standart getirilmesi hedeflenmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) tüm laboratuvarlarda kullanılan HgA1c ölçüm yöntemlerinin “Ulusal Glikohemoglobin Standardizasyon Programı” (NGSP=National Glycohemoglobin Standardization Program) tarafından sertifikalandırılması ve sonuçların DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) çalışmasında kullanılan ve altın standart olarak kabul edilen HPLC (yüksek performanslı likid kromatografi) yöntemine göre kalibre edilmesi şart koşulmaktadır. Uluslararası Klinik Kimyacılar ve Laboratuvar Tıbbı Federasyonu (IFCC: International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine), ADA, Avrupa Diyabet Çalışmaları Derneği (European Association for the Study of Diabetes: EASD) ve IDF’in oluşturduğu Uluslararası Diyabet Uzmanlar Komitesi, diyabet tanısı için A1c kesim noktasını %6,5 (48 mmol/mol) olarak belirlemiştir (TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017).

2.2.1. DM patofizyolojisi

İnsülin direnci, hücre-reseptör harabiyeti; insülin vücutta etkin olarak kullanılamaması ve glikozun hücre içine alınamaması ile enerji üretimi de olmaz. Beta-hücresindeki insülin salgılanmasındaki hârâbiyet ile birlikte kan glikoz seviyesine yanıt olarak yeterli insülin salgılanamaz (Guyton ve ark., 2013). Bu iki hârâbiyet birbirini baskıladığı sürece hastalık aşikâr hale kadar ilerlemez. Ancak beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite eksikliği, stres ya da ilaç gibi çevresel faktörler nedeniyle hârâbiyetler arasındaki bozukluklar belirtilerin hızla ortaya çıkmasına neden olur. Günümüzde inkreatin hormonların salgılanmasındaki yetersizlik nedeniyle glukagon hormonunun yüksekliğinin de Tip II diyabete neden olduğu bilinmektedir. DM çoğunlukla 40’lı yaşlarda görülür; ancak son yıllarda obez bireylerin artışı sonucu çocukluk ya da adölesan döneminde ortaya çıkan Tip II diyabet olgu sayısında artış vardır. Güçlü genetik yatkınlık nedeniyle ve ailede diyabetli sayısı arttıkça hastalığın ortaya çıkış yaşı düşmektedir. Hastalar genellikle obez ya da kiloludur (BKİ > 25 kg/m² bel çevresi kadınlarda 90 cm ve erkeklerde 110 cm) (TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017).

DM belirtileri çoğu kez sessiz başlangıçlı olup, pek çok hastada uzun yıllar hiçbir klinik belirti yoktur. Bazı hastalar tekrarlayan mantar enfeksiyonları, görmede bulanıklık, yara

iyileşmesinde gecikme, el ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma, kaşıntı, ayak ağrıları nedeniyle başvurabilir. Hastalığın ilk zamanlarında diyabetik ketoasidoza yatkınlık yoktur. Uzun süreli kan şekeri yüksekliği veya beta-hücre sayısının azaldığı durumlarda diyabetik ketoasidoz görülebilir (Dinççağ, 2011).

Tip II diyabet açısından riskli bireylerin özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Obez veya kilolu olan bireyler [beden kütle indeksi (BKİ) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$],
- ✓ Birinci derece yakınlarında diyabet hastalığı olan bireyler,
- ✓ Dislipidemisi bulunanlar (HDL-kolesterol $\leq 35 \text{ mg/dl}$ veya trigliserid $\geq 250 \text{ mg/dl}$),
- ✓ 4 kilo ve üzeri doğum yapan kadınlar veya jinekolojik öyküsünde gestasyonel diyabet olan kadınlar,
- ✓ Polikistik over sendromu olan kadınlar,
- ✓ Kan basıncı yüksek olan bireyler (kan basıncı $\geq 140/90 \text{ mmHg}$),
- ✓ Daha önce BAG veya BGT saptanan bireyler,
- ✓ Şizofreni veya başka bir sebeple antipsikotik ilaç kullanan kişiler,
- ✓ İnsülin direnci sendromu ile ilgili klinik hastalığı veya bulgusu (acanthosi nigricans) olan bireyler,
- ✓ Koroner, periferik veya serebrovasküler arter hastalığı bulunan bireyler,
- ✓ Düşük doğum tartısıyla doğmuş olanlar,
- ✓ Sedanter yaşamı ya da fizik aktivitesi az olan bireyler,
- ✓ Doymuş yağlardan zengin ve posası az olan besinler ile beslenme alışkanlığı olan bireyler (Nuray Enç ve ark., 2014; TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017).

2.2.2. Diabetes mellitusun klinik belirtileri

Diyabetin klinik belirtileri aşağıda sıralanmıştır;

- ✓ Polidipsi (susama hissi ve sıvı alımındaki aşırı artış),
- ✓ Poliüri (çok ve sık idrara çıkma),
- ✓ Polifaji (iştah artışı),
- ✓ İstem dışı kilo kaybetme,
- ✓ Yorgunluk ve halsizlik,
- ✓ Sık ve aşırı acıkma,
- ✓ Bulanık görme,
- ✓ İnatçı enfeksiyonlar,
- ✓ Noktüri,
- ✓ Ağız kuruluğu,
- ✓ Ayaklarda hissizlik veya uyuşma, karıncalanma,
- ✓ Tekrarlayan mantar enfeksiyonları,
- ✓ Kaşıntı (Bırol ve Akdemir, 2005).



2.2.3. DM komplikasyonları

2.2.3.1. DM'nin akut komplikasyonları

2.2.3.1.1. Diyabetik ketoasidoz (DKA)

Daha çok Tip I DM'de görülür. İnsülinin tamamen yokluğunda yağ metabolizmasının aşırı çalışmasından kaynaklanır. DKA'da temel sorun primer anyon açığı nedeniyle gelişen asidozdur. Ortalama 5-7 litre sıvı açığı olduğu durumlarda bu hastalık tablosu görülmektedir. Hiperglisemiden dolayı vücuttaki Na⁺, K⁺ pompasının çalışmasında aksaklıklar oluşur. Na⁺'un hücre içine fazla girişi ve K⁺'un hücre dışına fazla çıkışı çeşitli komplikasyonları (ödem, kalp ritim bozukluğu vb.) beraberinde getirir. (Sayın ve Cesur, 2008)

2.2.3.1.2. Hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD)

Tip II DM'de görülür. Vücutta azda olsa insülin bulunur ancak yine de lipolizi engellemek için yeterli değildir. Yaşlılık ve bununla birlikte gelen geriatrik sorunlar susama hissinde azalmaya neden olmakla birlikte böbreğin disfonksiyonları ile de idrar konsantrasyonunun yetersiz olması durumunda dehidratasyon ile birlikte görülmektedir (Araz, 2016).

2.2.3.1.3. Laktik asidoz (LA)

Ağır bir travma, ciddi hastalıklarda zorunlu immobilizasyon ve dokulara giden oksijen sirkülasyonunun yetersizliği gibi durumlarda nadir olarak görülen ciddi bir metabolik asidoz tablosudur (Sayın ve Cesur, 2008).

2.2.3.1.4. Hipoglisemi

Kanda glikoz seviyesinin düşmesine bağlı olarak görülen hastalık tablosudur. Diyabetli hastalarda kan glikoz seviyesinin çoğu kez yüksek seyretmesinden ötürü Amerikan Endokrin Cemiyeti (American Endocrine Society) 2009 yılı rehberinde, hipoglisemi sınırını Plazma Glikozu 70 mg/dl altında (PG<70 mg/dl) olarak kabul etmiştir. Hastada hipoglisemi tablosunun her an gelişebilme riskinden ötürü evde kendi kan şekerini ölçmesi için gerekli alet bulundurmalı ve ölçümü doğru yapmayı öğrenmelidir (TEMED Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017).

2.2.4. DM'nin kronik komplikasyonları

2.2.4.1. Mikrovasküler komplikasyonlar

- ✓ Diyabetik Nefropati
- ✓ Diyabetik Retinopati
- ✓ Seksüel Disfonksiyon
- ✓ Diyabetik Nöropati
- ✓ Nörojenik Mesane
- ✓ Bozulmuş Kardiyovasküler Refleksler Türkiye (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025; Türkiye Diyabet Programı 2015-2020, 2014)

2.2.4.2. Makrovasküler komplikasyonlar

- ✓ Hipertansiyon
- ✓ Miyokard İnfarktüsü
- ✓ Dislipidemi
- ✓ İnme
- ✓ Diyabetik Ayak (Gülay,2017)



2.2.5. DM tedavisi

2.2.5.1. Tıbbi beslenme tedavisi

Diyabetli hastalarda karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmaları alınan besinler ile dengede tutulmaya çalışılmaktadır. Tip I ve Tip II diyabetli hastalarda hedefler biraz farklı olsa bile temel olarak en üst düzeyde hastalık yönetiminde tıbbi beslenme tedavisi bileşenleri aynı sayılır (Dinççağ, 2011).

- ✓ Tıbbi beslenme tedavisinde en önemlisi glikoz seviyesinin normal düzeyde olmasını sağlamak, kalp hastalıkları ve yağ metabolizmasını etkileyecek durumları kontrol altına almak ve kan basıncı değerlerini normal düzeye getirmektir.
- ✓ Tıbbi beslenme tedavisi ile A1c düzeylerinde Tip I diyabette %1, Tip II diyabette %1-2; LDL-kolesterol düzeyinde %15-25 mg/dl azalma olduğu saptanmıştır.
- ✓ Tıbbi beslenme tedavisi kişiye özel olmalı; hazırlanan programda hastanın beslenme alışkanlığı, boy, ağırlık, sosyoekonomik durumu göz önünde bulundurulmalıdır. (Evrans ve Özcan, 2015)
- ✓ Hazırlanan programlarda hastaya “tabak modeli” ve “karbonhidrat sayım tekniği” öğretilmelidir. Tabak modeli, tabağın %50 si sebze, meyve, süt, yoğurt ve meyve; %25’i peynir, yumurta, kırmızı et, tavuk ve balık; %25’i nişastalı besinler ve tahıllar olmalıdır. Karbonhidrat sayım tekniği, tüketilecek karbonhidratlı besinde kaç gram karbonhidrat olduğunun öğretilmesidir. Örneğin; bir dilim beyaz ekmek 25 mg karbonhidrat, 1/3 su bardağı pirinç pilavı 40-50 mg karbonhidrat, bir orta boy su bardağı yoğurt 240 mg karbonhidrat içerir. Besinlerdeki karbonhidrat miktarlarına göre birey insülin dozu hesaplaması yapmayı öğrenerek besin seçimine dikkat edecektir.
- ✓ Yapılan program alınan besinler ile oluşabilecek akut komplikasyonların gelişmesini önlemeli ve kronik komplikasyonların azalmasını sağlamalıdır.
- ✓ Tip I ve Tip II diyabetli bireylerin kontrolleri birinci ayda, gestasyonel diyabetli bireylerin, tanısını aldıktan sonra bir hafta içinde diyetisyen tarafından yapılmalıdır (Yıldız, 2015).

2.2.5.2. Fiziksel aktivite

Hastalara hastanın özelliklerine uygun ve mevcut komplikasyonlarına uyum sağlayan planlanmış bir düzenli egzersiz önerilir. Egzersiz programı, genel sağlık durumunun korunması ve kilo verilmesinin kolaylaştırılması bakımından önemlidir (Tura Bahadır ve Atmaca, 2012). Egzersizin de oluşturabileceği yan etkiler vardır, bu nedenle egzersiz öncesi, sırasında ve sonrasında dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda verilmiştir;

- ✓ Kronik komplikasyonların olup olmadığına bakılır.
- ✓ Kan şekeri seviyesi ve HgA1c gözden geçirilir.
- ✓ Kardiyak değerlendirme yapılır. Otuz beş yaşından büyük olanlar, yaşı 25'ten büyük olup diyabet süresi 10 yıldan fazla olan Tip II ya da 15 yıldan fazla Tip I diyabetli olanlar, koroner arter hastalığı risk faktörleri bulunan hastalar, periferik damar rahatsızlığı, mikrovasküler hastalık ya da otonom nöropatisi olanlara efor testi yapılmalıdır (Özyazgan ve ark. 2017).
- ✓ Egzersiz yaparken baş dönmesi, denge kaybı, göğüste sıkışma hissi, dolgunluk, ağrı, ciddi nefes almada sıkıntı veya bulantı oluşursa fiziksel aktivite hemen sonlandırılmalıdır.
- ✓ Nörolojik ve kas-iskelet sistemi muayenesi, ayak muayenesi vb. değerlendirmeler yapıldıktan sonra kişiye özel ve uygun fiziksel aktivite programı belirlenir.
- ✓ Fiziksel aktivite hareketleri haftada en az üç gün olmalı ve egzersizler arasında iki günden fazla boşluk olmamalıdır.
- ✓ Fiziksel aktivite boyunca hastanın kalp hızı izlenmeli, maksimum kalp atım sayısı %60-75'ini aşmayacak bir hız ile fiziksel aktivite yapması önerilir. "Maksimum kalp hızı = 220-yaş" formülü ile hesaplanır.
- ✓ Kan glikozu >250 mg/dl ve keton (+) olan diyabetlinin egzersiz yapmasına izin verilmemelidir.
- ✓ Fiziksel aktivite öncesi ve sonrası ısınma ve soğuma hareketleri mutlaka yapılmalıdır.
- ✓ Fiziksel aktivitenin uygun olmadığı durumlar; kan glikoz seviyesinin düzensizliği (glikoz seviyesi <80 veya > 250 mg/dl), proliferatif retinopati, duyuşal polinöropati, kardiyovasküler hastalık ile birlikte hipoglisemiden haberdarsızlık (Hypoglycemia unawareness) olmasıdır (TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017).

2.2.5.3. Eğitim

Eğitimin amacı: hastaya hastalığın tanımı, belirti ve bulguları, uyması gereken davranışları, tedavinin yetersiz olduğu durumlarda gelişebilecek komplikasyonlar ve bunları nasıl önleyebileceği ve hastalıkla başedebilmenin yöntemlerini öğretmektir (Karaca Sivrikaya, 2006). DM’de öncelikle beslenme, egzersiz ve ilaç tedavisinin etkin olarak sürdürülmesi gereklidir. Hasta, sağlık hizmetini sunan kişiler ile iletişimini aktif tutmalı, hangi durumlarda hastaneye gelmesi gerektiğini bilmelidir (Kahraman ve Olgun, 2015). Eğitimde önemli olan diğer bir husus hastanın evde kendi kendine kan şekeri ölçümü yapmayı öğrenmesidir.

Konuyla alakalı TEMD’nin önerileri aşağıda verilmiştir:

- ✓ Gebe (gestasyonel diyabet veya pregestasyonel diyabet) diyabetliler, Tip I diyabetliler, ve bazal-bolus insülin tedavisi alan Tip II diyabetli hastalarda günde öğün öncesi 3-4 kez ve kişiye göre gerek görüldüğünde öğünün ilk lokmasından iki saat sonra, ayrıca haftada bir gün gece uyumadan hemen önce ve ayda bir gün sabaha karşı saat 02.00-04.00 arasında kan şekeri seviyesi ölçümleri yapılmalıdır.
- ✓ İnsülin kullanan diyabetli hastalarda evde kendi kendine kan şekeri ölçümü diyabet hastalığının öz-yönetiminin de esas bileşenlerdendir.
- ✓ Tıbbi beslenme tedavisi ve OAD (oral anti diyabetik ilaç) ile takip edilen Tip II diyabetli bireylerde glisemik kontroller, tedavi şekli ve sahip olunan kişisel özelliklere göre haftada 3-4 kez evde kendi kendine kan şekeri ölçümü önerilmelidir.
- ✓ Uzmanlar tarafından onaylanmış ve plazma glikoz seviyelerine göre kalibre edilmiş kan şekeri ölçüm cihazları kullanılmalı, cihazın doğru ölçümleme yaptığından emin olmak için yılda bir kez ve ayrıca şüpheli durumlarda açlık venöz plazma ile aynı anda ölçüm yapılmalıdır.
- ✓ Tedavinin değişmesinin gerekli olduğu dönemlerde, akut durumlar ve özel durumlarda ve ayrıca insülin pompası tedavisi alanlarda daha sık bir şekilde evde kendi kendine kan şekeri ölçümü yapılmalıdır.
- ✓ Sadece bazal insülin ile birlikte OAD ilaç tedavisi alan Tip II diyabetli hastalarda en azından günde bir kez ve farklı zamanlarda evde kendi kendine kan şekeri ölçümü yapılmalıdır.
- ✓ Gebelerde açlık ve birinci saat sonunda tokluk kan şekeri ölçümleri tercih edilmelidir (TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017).

2.2.5.4. Medikal tedavi

Oral antidiyabetik ilaçlar

- ✓ A. Karbonhidrat emilimini azaltanlar; α -glikozidaz inhibitörleri,
- ✓ B. İnsülin sekresyonunu artıran ilaçlar; sülfonilüreler, meglitinid analogları,
- ✓ C. İnsülin duyarlılığını artıran ilaçlar; metformin, tiazolidinedionlar,
- ✓ D. İncretin bazlı tedaviler; gliptinler: Glukagon-likepeptid-1 reseptör agonistleri (GLP-1RA) ve dipeptidil Peptidaz-4 inhibitörleri (DPP-4 Inh) (Dinççağ, 2011).

2.2.5.4.1. İnsülin tedavisi

İnsülin, pankreasın langerhans adacıklarının beta-hücrelerinde salgılanan protein yapısında, anabolik işlevde bir hormondur (Guyton ve ark., 2013). İnsülinin salgılanmasını nörotransmitterler, gastrointestinal peptidler, aminoasitler vb. etkiler ise de insülin salgılanmasını asıl düzenleyen madde glikozdur. Kan glikoz seviyesi 70 mg/dl değerinin üzerinde ise tepkisel olarak insülin sentezi uyarılmaktadır. Ancak salgılanan bu insülin karaciğer de işlev görmek için salgılanır ve glikozun karaciğerden çıkışını kontrol etmektedir (ADA Diabetes Care, 2017). BU mekanizma çalışmadığında insülin hormonu dışarıdan alınması insülin tedavisidir.

2.3. Diyabet Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik, hasta bireylerin hastalık anında daha çabuk iyileşmesi, var olan durumda optimal seviyede bireyin hayatını devam ettirmesi için bireye, ailesine ve topluma karşı sorumlu olan multidisipliner bir meslektir (Güncel Hemşirelik Roller , 2012, <http://www.e-hemsire.com/blog/mesleki-bilgiler/guncel-hemsirelik-rolleri> Erişim Tarihi: 16.06.2018).

DM toplumda sık görülen kronik hastalıklardan biridir. Hastalığın her gün artması hemşirelerin bu hastalarla sık karşılaşması demektir. Hastalığı akut komplikasyonları ve kronik komplikasyonları bireyde hastaneye yatarak tedavi görmesine neden olmakta ve hemşireler hasta bakıcı rolü ve hastalığın özel diyet gereksinimleri egzersiz tedavisi ile hemşireler hastaların bu hastalıkta yaşam tarzı değişiminde onların eğitimini de eğitici hemşire rolü olarak üstlenmektedir.

Teknolojinin ilerlemesi kronik hastalıkların yönetimine katkı sağlamaktadır. Artan diyabet hastalarının sayısı ile hemşireler daha fazla ihtiyaç olmaktadır. Bu durumda ortaya "Diyabet Hemşiresi" tanımı ortaya çıkmıştır. Diyabet hemşiresi, diyabetin yönetiminde ileri bilgi ve becerisi olan, uygulayıcı, eğitici, danışman, yönetici, araştırmacı, koordinatör,

yenilikçi, mesleki faaliyetlerden sorumlu meslek üyesidir (Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği, 2005, http://www.tdh.org/diyabet_hemsireligi.php Erişim Tarihi: 15.07.2018). Diyabet hemşireleri, bireyin tarama ve değerlendirmesinin yapılmasında, sağlığı geliştirme ve korumasında, vaka yönetiminde, akut kritik bakım ve sürekli bakımın sürdürülmesinde ve bireysel yönetim eğitiminde etkin olarak diğer sağlık çalışanları ile aktif iş birliği yapmaktadır (Kahraman ve Olgun, 2015; Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği, 2005, http://www.tdh.org/diyabet_hemsireligi.php Erişim Tarihi: 15.07.2018).

Diyabet yaşam tarzında değişikliklerini zorunlu kılan bir hastalıktır. Diyabetli bireyin eğitimindeki amaç; verilen bilgiler doğrultusunda hasta bireyin öz bakımını üstlenmesi, var olan hastalığa daha çabuk adapte olması ve kalıcı davranış değişiklikleri edinmesini sağlamaktır. Bu doğrultu da hemşireler:

- ✓ Eğitim programının içeriğini hazırlar ve eğitim materyallerini geliştirir,
- ✓ Grup eğitimi ve bireysel eğitim için programları organize eder, uygular ve değerlendirir.
- ✓ Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişki içinde hastaları evlerinde ziyaret ederek eğitim ve bakım programlarını toplum sağlığı hizmetlerine entegre eder,
- ✓ Diyabetlilerle ilişkisi olan bireylere (öğretmen, polis vb.) eğitim programları geliştirir,
- ✓ Hastanelerde ve toplumda diyabetli bireyler için hizmetleri koordine eder,
- ✓ Bölgesel diyabet merkezlerindeki sağlık bakım elemanlarına kaynak ve danışman olur,
- ✓ Araştırmaya dayanan klinik uygulamalarda (kanıta dayalı bakımda) aktif olur.
- ✓ Ekibin yürüttüğü çalışmalara katılabildiği gibi bağımsız hemşirelik araştırmaları da yapar,
- ✓ Diyabet ile ilgili her düzeyde eğitim programının geliştirilmesinde rol alır (Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği, 2005, http://www.tdh.org/diyabet_hemsireligi.php Erişim Tarihi: 15.07.2018).

2.4. Diabetes Mellitus ve Yaşam kalitesi

Bireyin hayatını sürdürebilmesi için gerekli fizyolojik, psikolojik, ekonomik ve bireysel ihtiyaçların karşılanması, bununla birlikte bireyin yaşamını kendi algılama düzeyine göre değerlendirmesine "yaşam kalitesi" denilmektedir. (Boulé at all., 2001) Birçok filozof yaşamın ne olduğunu sorgulamış ve günümüze kadar yaşam ve yaşamda insanı etkileyen birçok şey konu alınmıştır. İnsanın birçok ihtiyaçları bulunmaktadır. Abraham Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi piramidi (Kula ve Çakar, 2015) kişinin ihtiyaçlarının belirlenmesinde uzun yıllar boyunca kabul görmektedir. Bu ihtiyaçların giderilmesi kişinin hayatını daha huzurlu geçirmesi ve haliyle yaşam kalitesinin de artmasına katkı sağlayacaktır. Sanayi devrimi ile kentsel yaşantı artmış, ekonomik gelişim ve insanoğlunun alım gücünün artması ile birçok gelişmeler yaşamın daha iyi sürdürülmesinde etkili olmuş, kişinin yaşamında öznel ihtiyaçlarını da etkilemiştir. Kişinin en önemli öznel ihtiyacı ise yaşamın kaynağı olan sağlıktır (Argüden, 2000).

Yaşam kalitesi yalnızca sağlığı içeren bir kavram değildir. Bu tanımın çok yönlü olması kişiden kişiye değişim göstermesi, kültürel faktörlerden, sosyal, psikolojik etkilerden ve ekonomiden etkilenmesi nedeniyle kesin bir tanımlaması yapılamamaktadır. Günümüzde daha çok hastanın var olan hastalığına karşın ne algıladığı, kendini nasıl hissettiği ve kişinin içinde bulunduğu durumdan aldığı doyum olarak tanımlanır. Bu anlamda birçok uzman yaşam kalitesini çok farklı yönleri ile değerlendirmiştir (Akbulduk, 2011).

DM tedavisinde amaç; semptomların azaltılması ve/veya yaşam kalitesindeki düzenlemeler ile yaşam süresinin uzatılmasıdır. Sağlıkta yaşam kalitesi, sağlığın hizmet alanına giren etmenler ile doğrudan ilişkilidir. Diyabetli bireylerde yaşam kalitesi, tedavi ve bakım sonucunun önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Tıp II diyabet tedavi kılavuzunda, diyabet tedavisinde birincil amacın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu belirtilmektedir (El Achhabat all., 2008). Yapılan araştırmalarda diyabetli bireylerde komplikasyonların yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği gösterilmiştir. Diyabet semptomları, nefropati, ağır diyet kısıtlamaları, günlük düzenli ilaç kullanımı, hipertansiyon, obezite ve insülin tedavisi, DM'li hastaların yaşam kalitesini kötü yönde etkilemektedir (Gökpınar, 2015).

2.5. Diabetes Mellitus ve Tedaviye Uyum

Hastalık kavramının bireyde oluşturduğu olumsuz etkilerinden ötürü hasta bireylerde içinde bulunduğu ortama ve yeri geldiğinde özel hayatında aksaklıklara sebep olmaktadır. Hasta bireylerin; fiziksel, çevresel emosyonel vb. faktörlerden etkilenmesi ile gerek öz benliğine gerekse sosyal çevreye adapte olmakta sorunlar yaşamaktadır. Hasta bireylerin tedaviye uyumu hayatlarını daha kaliteli yaşamasında önemli bir etkidir (Demirtaş ve Akbayrak, 2009).

2.5.1. Psikolojik uyum

Psikolojik uyum, hastanın yaşamından edindiği tecrübeler, kayıplar, mücadelelerle alakalı psikolojik ve biyolojik yönleri olan bir süreçtir. Psikolojik uyum, öz bakım kaybı ile ilgili istek ve değişimlere, hastalığın kötüleşmesi, teşhis ve tedavi için hastaneye yatma, tedavilerin yetersizliği vb. etkenlere bağlıdır. Kronik hastalığı olan hastalarda önsezi ve kontrol kaybı, duyu kaybı, bireyin toplumda üstlendiği rolleri ve arkadaşlık ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi, cinsel hayatta yetersizlikler, geleceğe dair belirsizlikler, yaşamın anlamını ve amacını kaybetme, ölümden korkma, prosedürlerden korkma gibi kaygı ve korkuları görülür (Türten Kaymaz ve Akdemir, 2016). Hastalığa uyumda en önemli etken hastalığın olduğu süreç içinde bireyin sosyal, fiziksel ve psikolojik değişiklikleri tanınması, kısa sürede kabullenmesi ve uyumda kendisi için etkili olan yöntemleri belirlemesidir (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018).

2.5.2. Sosyal uyum

Kronik hastalığı olan hastalarda iş ve eğlence, yaş, aile, cinsiyet, medeni durum gibi özellikler bireyin sosyal rollerini etkiler. Sosyal uyumu etkileyen faktörler ise iletişim yeteneği, fiziksel görünüş, fiziki çevre, maddi durum, insan ve toplumsal hizmetler gibi sosyal kaynaklar, toplumsal ve bireysel inanç, değer ve tutumları içermektedir. (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018). Sağlık alanında uyum (adherence) terimi, hastaların hekimin önerdiği gibi davranma derecesidir. Hastaların kültürel değerleri, yaşam şekli ve inançları ile birlikte hizmeti sunanlar arasındaki iş birliğinin yaklaşımıdır. Uyum; diyet, egzersize, önerilen yaşam tarzına, tedaviye uyum ve verilen randevuya düzenli gelme gibi uyum çeşitlerini kapsayarak hekim-hasta işbirliği ile hastadan beklenen davranışlar bütününden oluşur (Metin, Kav ve Bulut, 2007).

Tedaviye uyum kavramı; tedavide itaat ve tedaviyi sürdürme terimlerini barındırmaktadır. Tedaviye uyumun zıttı olan uyumsuzluk durumu ise; sağlık hizmeti verenler tarafından “görünmez epidemik” olarak adlandırılmış olup, kronik hastalıklarda tedavinin aksamasında önemli bir etmendir. Tedaviye uyumsuzluk; hastaların sağlık hizmeti

verenlerin önerdiği tedavi ile ilgili tavsiyelere göre davranmaması olarak tanımlanmaktadır (Akaltun ve Ersin, 2016).

Uyumsuzluk olduğu zaman hasta, doktorun verdiği tedaviyi uygun şekilde, dozda ve sürede yapmamakta, randevulara gelmemekte veya geç katılmakta, uygun görülen tedavi davranışlarını ve ilaç kullanımı ile ilgili önerileri yerine getirmemekte ve bazen de kendi isteği ile tedaviyi sonlandırmaktır (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018).

Tedaviye uyumsuzluk kronik hastalıklarda ölüm ve yatağa bağımlılık gibi bireyde yıkıcı sonuçlarla kendini gösterir. Tedaviye uyumda başarısız olmanın sonucunda, hastaların semptomları yönetememesi, günlük rutinleri yeterince yapamama, okul ve iş yaşamında çalışılmayan günler ve gereksiz hastane ziyaretlerini kaçınılmaz hale getirmektedir. Bunlar ile boş yere harcanan zaman ve maliyet kaybına, özellikle kronik hastalıkların neden olduğu yaşam kalitesine olumsuz etkileri ile tedaviye uyum konusunda hassasiyet ise haliyle artmaktadır (Demirtaş ve Akbayrak, 2009).

Son zamanlarda diyabet tedavisinde kullanılmak için çok sayıda kullanımı kolay ve etkili ilaç üretilmiş olsa bile, diyabet hastalarında ilaca uyum seviyesinin düşük olması nedeniyle, klinik tabloda tedavi sınırlı kalmaktadır. Hastada DM'ye çoğu kez diğer bazı sık görülen kronik hastalıklar eşlik etmektedir. Bu nedenle hastalar, glisemik hedefler ve diğer hastalıkların komplikasyonlarını azaltmak için birçok ilaç kullanmaktadır. Haliyle hastada iyilik durumunun sürdürülmesi için bu kompleks tedaviye uyum, diyabet hastaları için bir problem olmaktadır. Genel olarak tedaviye uyumsuzluk, ilacın yan etkileri nedeniyle ilacı bırakma veya ilacın tedavide hastalığı iyileştirme ve hastalık semptomlarını azaltmada etkin olmadığı düşüncesiyle olmaktadır (Akaltun ve Ersin, 2016).

Diyabet hastalığında uyumsuzluk genellikle belirtiler olmadığı zaman, ilaç kullanma lüzumu olmadığı düşüncesiyle olmaktadır. Diyabete uyumsuzluk diğer hastalıklara göre daha fazla görülmektedir. Diyabet tedavisinde uyumu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Hastanın tedaviye uyumunu etkileyen etmenlerin neler olduğuna dair çalışmalar 1950'li yıllardan beri yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu etkileyen etmenleri beş ana başlık altında toplamıştır. Bu başlıklar (World Health Organization,2003,http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/);

1. Hastalık ile ilgili faktörler (hastalığın durumu, tipi, şiddeti ve süresi, seyri, başka hastalıkların varlığı vb.)
2. Sağlık sistemi ve sağlık personeli ile ilgili faktörler (sosyal güvencenin olması, ilaç temini için gerekli kuruluşların varlığı, sağlık personelinin bilgisi, sağlık personelinin hasta ile iletişimi vb.)

3. Hasta ile ilgili faktörler,
4. Sosyal ve ekonomik faktörler (hastanın ailesinden ve arkadaşlarından aldığı destek, tedavi maliyetini karşılama gücü vb.)
5. Tedavi ile ilgili faktörler (tedavi rejiminin karmaşıklığı, alınan ilacın sayısı ve cinsi, ile tedavinin yan etkileri vb.)'dir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında Şehitkâmil Devlet Hastanesi Dâhiliye-Endokrin servisinde yatan hastalar ile yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Şehitkâmil Devlet Hastanesi Dâhiliye-Endokrin servisine tedavi için yatışı yapılan Tip II diyabetli hastalar oluşturmaktadır. Hastalar basit rastgele örneklem seçim yöntemiyle seçilmiştir. Araştırma, tanımlayıcı nitelikte olup, araştırmanın örneklem sayısı, Ocak 2016-Ocak 2017 (1 yıl) tarihleri arasında gerek poliklinik tedavisi için gerekse diyabet hastalığının akut ve kronik komplikasyonları nedeni ile hastaneye başvuran hasta sayısı (50.003) temel alınarak belirlenmiştir. Yapılan güç analizine göre, %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 382 olarak bulunmuştur.

Gönüllülerin Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Çalışmaya katılıma gönüllü olmak,

İletişim engeli bulunmamak,

En az 1 yıl önce Tip II diyabet tanısı almış olmak,

18 yaş üstü olmak.

Gönüllülerin Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

Dâhil edilme kriterlerini karşılamamak,

Araştırma başladıktan sonra ayrılmak istemek.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin Toplanmasında ‘‘Diyabetli Hasta Tanıtım Formu’’, ‘‘Diyabet Yaşam Kalitesi Ölçeği ve ‘‘Tip II Diabetes Mellitus Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeği’’ kullanılmıştır.

-Diyabetli hasta tanıtım formu

Diyabetli hasta tanıtım formu, literatürden yararlanılarak düzenlenmiştir Bu formda demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, sağlık güvencesi, aile ile yaşama vb.), aldıkları tedaviye ilişkin (insülin kullanma veya oral diyabetik ilaç kullanma, diyabet hastası olma süresi vb.) ve diyabet hastalığına ilişkin (retinopati, hipertansiyon, DM komplikasyonları,

AKŞ, TKŞ vb.) Demografik Özellikler, Hastalık İle İlişkili Değişkenler ve Metabolik Kontrol Sonuçları olmak üzere üç bölüm ve toplam 28 soru yer almaktadır (Çelik, 2002).

-Diyabet yaşam kalitesi ölçeği

Diyabet yaşam kalitesi ölçeğinin ilk versiyonunu 1988 yılında Jacobson, Barofsky ve arkadaşları geliştirmiş, ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's alpha değerlerinin 0,78-0,92 arasında değiştiğini belirtmişlerdir (Jacobson at all., 1988). Diyabet yaşam kalitesi ölçeği (DQOL- Diabetes Quality of Life); "Tedavinin Psikolojik Etkisi", "Şeker Hastalığının Gelecekteki Seyri/Etkileri Hakkında Duyulan Endişe" ve "Sosyal Ve Mesleki Kaygı/Endişe" şeklinde dört bölüm olup toplam 45 sorudan oluşmaktadır. Bölümler; 15 sorudan oluşan "tedaviden memnuniyet", 19 sorudan oluşan "tedavinin psikolojik etkisi", 4 sorudan oluşan "şeker hastalığının gelecekteki seyri/etkileri hakkında duyulan endişe" ve 7 sorudan oluşan "sosyal ve mesleki kaygı/endişe" şeklindedir. İyi veya kötü yaşam kalitesi için her hangi bir kesme noktası olmayan ölçekte, yüksek puanlama düşük puanlamaya göre daha iyi bir yaşam kalitesini göstermektedir. Bu araştırmada "Şeker Hastalığının Gelecekteki Seyri/Etkileri Hakkında Duyulan Endişe" ve "Sosyal Ve Mesleki Kaygı/Endişe" bölümleri "kaygı ve endişe toplam skoru" olarak birleştirildi. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmış olup tüm ölçeğin Cronbach's alpha değerleri, 0,89 olarak bulunmuş, alt skalaların alfa skorlarının 0,80-0,94 arasında değiştiği, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirtilmiştir. Ölçekten en az 45 en fazla 225 puan alınabilmektedir (Yıldırım ve ark.,2007).

-Tip II diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği

Tip II diabetes mellitus tedavisine hasta uyum ölçeği Ayla Demirtaş ve Nalan Akbayrak tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik güvenirliği aynı araştırmacılar tarafından yapılmış ve cronbach alfa değeri 0.77 bulunarak geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 13 olumlu, 17 olumsuz tutum içeren madde bulunmaktadır. Puanlamada, olumlu maddeler (1, 3, 5, 8, 13, 15, 16, 17, 19, 23, 25, 26, 29) için puanlama 1 den 5'e doğru yapılmaktadır. Olumsuz ifadeler içeren maddeler (2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12,14, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 30) ters puanlanmaktadır (5'den 1'e doğru).

Toplam ölçek için düşük puan Tip II DM tedavisine hasta uyumun yüksek/iyi olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen puanların yorumlanmasında toplam ölçek puanları kullanılmaktadır; ölçek toplam puanlarının yorumlanmasında; %0-20'lik dilimde olan puanlar (30-54) "tedaviye uyum iyi", %20-80'lik dilimde olan puanlar (55-125) "tedaviye

uyum orta” ve %80-100’lik dilimde olan puanlar (126-150) “tedaviye uyum kötü” olarak yorumlanacaktır. Ölçekten alınan en yüksek puan 150 en düşük puan 30’dur. Ölçek 7 alt boyuttan oluşmaktadır.

1. Tutum ve duygusal etmenler,
2. Bilgi ve kişisel faktörler,
3. Yaşam tarzı değişikliği,
4. Öfke duyguları,
5. Uyuma uygun duygu ve davranışlar,
6. Diyet pazarlığı ve
7. İnkâr duygusu şeklinde isimlendirilmiştir (Demirtaş, 2014).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

-Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri uyum ve yaşam kalitesi ölçeklerinden alınan puanlardır.

-Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastaların bazı sosyo-demografik ve tıbbi özellikleridir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 paket programı kullanıldı. Güven aralığı olarak %95 olarak kabul edildi. Alfa 0,05 den küçük değerler anlamlı olarak değerlendirildi. Bu çalışmadaki verilerin normal dağılıma uyup uymadığını test etmek için Basıklık (kurtosis) ve Çarpıklık (skewness) katsayıları hesaplandı. Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hataya bölünmesinden sonra ± 2 arasında olması durumunda dağılımın normal olduğu ve parametrik test varsayımlarının geçerli olduğu kabul edilmiştir. Bu değerlerden herhangi birinin ± 2 aralığının dışında kalması durumunda ise non-parametrik testlerin yapılmasına karar verilmiştir (Büyüköztürk, 2017). Yapılan analizler sonucunda parametrik test varsayımları gerçekleştiği için verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, Independent Sample T Test, Pearson Korelasyon Analizi, One Way ANOVA, Post Hoc Test Olarak Least Significant Difference (LSD) ve Ki-Kare Analizlerinden yararlanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma Gaziantep il sınırları içinde yer alan bir devlet hastanesinde yürütüldüğünden veriler Türkiye’deki tüm DM hastaları genellenemez.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmanın uygulanabilmesi için SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan etik uygunluk kararı alındı (Etik Kurul Oturum No: 2017/05 Karar No: 05 Tarih: 28.09.2018) Araştırmanın yapıldığı devlet hastanesi için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğünden uygulama izni alındı.



4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyodemografik Özellikler (n: 382)	Sayı	%
Yaş (min:30 mak: 90 $\bar{X}\pm Sd$: 59,13 \pm 12,360)	30-40	9 2,3
	41-50	95 24,9
	51-64	157 41,1
	65 ve üzeri	121 31,7
Cinsiyet	Erkek	131 34,3
	Kadın	251 65,7
Beden Kütle İndeksi (Min-Mak:17,8-53,42 $\bar{X}\pm Sd$:30,14 \pm 6,24)	Zayıf	2 0,5
	Normal	68 17,8
	Fazla kilolu	141 36,9
	Obez	171 44,8
Medeni durum	Evli	335 87,7
	Bekâr	47 12,3
	Okuryazar değil	191 50,0
Eğitim düzeyi	Okuryazar+ilkokul	114 29,8
	Ortaokul+lise	69 18,1
	Üniversite	8 2,1
Aile de diyabetli yakını olma durumu	Evet	271 70,9
	Hayır	111 29,1
Yaşanılan yer	İl	39 10,2
	İlçe	291 76,2
	Kasaba/köy	52 13,6
	Okuma yazma bilmiyor	290 75,9
Annenin eğitim durumu	Okuma yazma biliyor	58 15,2
	İlkokul	12 3,1
	Ortaokul	3 0,8
	Lise	9 2,4
	Diğer	10 2,6
	Okuma yazma bilmiyor	266 69,6
Babanın eğitim durumu	Okuma yazma biliyor	75 19,6
	İlkokul	22 5,8
	Ortaokul	3 0,8
	Lise	11 2,9
	Diğer	5 1,3
	Yalnız	10 2,6
Birlikte yaşadığı kişiler	Ailesiyle yaşayan	347 90,8
	Diğer	25 6,5
Sosyal güvencesi	Var	327 85,6
	Yok	55 14,4
Çalışma durumu	Çalışan kişiler	112 29,3
	Çalışmayan kişiler	270 70,7
	Gelir Gideri Karşılıyor	106 27,7
Gelir Durumu	Gelir Gideri Karşılamiyor	268 70,2
	Gelir Giderden Fazla	8 2,1

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşları 30-90 arasında değişmekte olup ortalaması 59.13 \pm 12.36’tür. Araştırmaya katılan hastaların %41,1’i 50-64 yaş arasında, %65,7’si

kadıdır. Hastaların %50'sinin okuryazar olmadığı; %44,8 'inin obez olduğu, %87,7'sinin evli, %70,9'unun diyabetli bir yakını olduğu, %76,2'sinin ilçede yaşadığı, %75,9'unun annesinin ve %69,9'unun babasının okuma yazma bilmediği, %90,8'inin ailesi ile birlikte yaşadığı, %85,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %70,7'sinin çalışmadığı ve %70,2'sinin gelirinin gideri karşılamadığı saptanmıştır.



Tablo 4.2. Hastaların Bazı Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı

Tıbbi Özellikler (n: 382)		Sayı	%
Hastalık süresi Min-Mak: 1-30 yıl $\bar{X}\pm Sd$: 8,98 \pm 6,10	1-4 Yıl	113	29,6
	5-9 Yıl	103	27,0
	10-14 Yıl	83	21,7
	15 Ve Üzeri Yıl	83	21,7
Diyabet tedavi şekli	Başlangıçtan itibaren insülin	45	11,8
	OAD+insülin	143	37,4
	Daha önce OAD iken şu an insülin	194	50,8
Günlük kullanılan insülin dozu (İnsülin kullanma süresi: min-mak: 1-20 yıl, $\bar{X}\pm Sd$: 5,41 \pm 5,051)	1 kez	40	10,5
	2 kez	122	31,9
	3 kez ve üzeri	134	35,1
	Cevapsız	86	22,5
Son bir ayda hipoglisemi yaşama durumu	Evet	192	50,3
	Hayır	190	49,7
Son bir ayda kan şekeri yükselme durumu	Evet	321	84,0
	Hayır	61	16,0
Son bir yılda diyabet komplikasyonları nedeniyle hastaneye yatma durumu	Evet	291	76,2
	Hayır	91	23,8
	Akut komplikasyon	130	34,0
Hastaneye yatış sebebi	Diğer	161	42,1
	Cevapsız	91	23,8

Tablo 4.2’de Hastaların %29,6’sı 1-4 yıldır diyabet hastası olduğunu, %50,8’i tedavisinde daha önce OAD kullanırken şu an insülin kullandığını, %35,1’i günlük 3 kez ve üzeri insülin uyguladığını, %50,3’ü son bir ayda hipoglisemi nedeniyle hastaneye yattığını, %84’ü kan şekeri yüksekliği nedeniyle hastaneye yattığını ve %76,2’si son bir yılda hastaneye yattığını ve %42,1’i diğer nedenler ile yattığını belirtmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Bazı Metabolik Değerlerine Göre Dağılımları

Metabolizma Değerleri (n:382)	Sayı	%	Min	Mak	$\bar{X}\pm Sd$	
Açlık Kan Şekeri(mg/dl)	50-150 mg/dl	140	36,6			
	151-300 mg/dl	191	50,0	120	450	188,45±85,761
	300 mg/dl Ve Üzeri	51	13,4			
Tokluk Kan Şekeri (Mg/dl)	250 mg/dl Ve Altı	186	48,7			
	251-350 mg/dl	116	30,4	128	600	293,51±116,646
	351-450 mg/dl	27	7,1			
	450 mg/dl Ve Üzeri	53	13,9			
	%6,5 Altı	10	2,6			
HgA1c %	%6,51-8,50	60	15,7			
	%8,51-10,50	93	24,3	6,4	16,1	10,304±2,2700
	%10,51-12,50	66	17,3			
	%12,51 Ve Üzeri	63	16,5			
	Cevapsız	90	23,6			
Toplam	382	100				

Tablo 4.3'te Hastaların %50'sinin açlık kan şekerinin 151-300 mg/dl arası olduğu, %48,7'sinin tokluk kan şekeri düzeyinin 250 mg/dl altı olduğu ve %24,3'ünün HbA1c düzeyinin %8,51-10,50 arası olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Uyum Skorları

Skorlar (n: 382)	Min	Mak	$\bar{X} \pm Sd$
Diyabet Tedavisi Memnuniyet Skoru	24	64	38,72 \pm 8,37
Diyabetin Psikolojik Etkileri Skoru	38	79	55,28 \pm 7,43
Diyabet Kaygı Endişe Skoru	34	52	43,88 \pm 4,21
Diyabet Tedavisi Memnuniyeti Toplam Skoru	99	184	137,87 \pm 16,11
Diyabete Uyum Skoru	68	102	87,11 \pm 7,675

Tablo 4.4'te hastaların yaşam kalitesi ve uyum skoru ortalamaları görülmektedir. Hastaların diyabet tedavisi memnuniyet skorunun 38,72 \pm 8,37, diyabetin psikolojik etkileri skorunun 55,28 \pm 7,433, diyabet kaygı ve endişe skorunun 43,88 \pm 4,21, diyabet tedavisi memnuniyeti toplam skorunun 37,87 \pm 16,11 ve diyabete uyum skorunun 137,87 \pm 16,11 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hastaların Mevcut Komplikasyonları ve Diğer Kronik Hastalıkları

Diyabet ile birlikte diğer hastalıkların olma durumu (n: 382)	Sayı *	%
Diyabetik retinopati	203	53,1
Diyabeti nefropati	116	30,4
Diyabetik nöropati	46	12,0
MI öyküsü	89	23,3
Diyabetik Ayak	74	19,4
Ampütasyon	13	3,4
Hipertansiyon	219	57,3
Herhangi bir kronik komplikasyon varlığı	295	77,2

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Tablo 4.5'te, hastalarda mevcut olan komplikasyonlar ve eşlik eden kronik hastalıkları görülmektedir. Hastaların %77,2'si herhangi bir kronik komplikasyonu olduğunu ve %53,1'i retinopati, %30,4'ü nefropati, %12'si nöropati, %23,3'ü Mİ öyküsü, %19,4'ü diyabetik ayak, %3,4'ü ampütasyon ve %57,3'ü hipertansiyonu olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Beden Kütle İndeksi Değerlerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

		Beden Kütle İndeksi (n:382)										
		Zayıf		Normal		Fazla Kilolu		Obez		Toplam		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ² -p
Cinsiyet	Erkek	0	0	38	29,0	51	38,9	42	32,1	131	100	
	Kadın	2	0,8	30	12,0	90	35,9	129	51,4	251	100	22,517-0,000
	Toplam	2	0,5	68	17,8	141	36,9	171	44,8	382	100	

X²: Ki-Kare

Tablo 4.6 'da Erkeklerin %32,1'i obez iken kadınların %51,4 ü obezdir. Beden Kütle İndeksi değerlerinin cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (X²= 22,517, p<0.05). Kadınların daha fazla oranda obez oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.7. Hastaların Diyabet Tedavi Şekillerinin Hastalık Süresine Göre Dağılımları

Diyabet Süresi Gurubu	Diyabet Tedavi Şekli (n:382)								X ² -P
	B. İnsülin		OAD+İnsülin		Önce OAD Sonra İnsülin		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1-4 Yıl	16	14,2	44	38,9	53	46,9	113	100	
5-9 Yıl	8	7,8	52	50,5	43	41,7	103	100	
10-14 Yıl	0	0	26	31,3	57	68,7	83	100	40.710-0.00
15 Yıl Ve Üzeri	21	25,3	21	25,3	41	49,4	83	100	
Toplam	45	11,8	143	37,4	194	50,8	382	100	

B. İnsülin= Başlangıçtan İtibaren İnsülin Tedavisi, OAD+İnsülin = Oral Anti Diyabetik ve İnsülin Tedavisi, Ö. OAD ve S. İnsülin = Önce Oral Anti Diyabetik Daha Sonra İnsülin Tedavisi

Tablo 4.7 'de 1-4 yıldır diyabetli olan kişilerin %46,9'unun daha önce OAD kullanıyor iken şu an insülin tedavisi gördüğü; 5-9 yıldır diyabetli olan kişilerin %50,5'inin OAD+ insülin kullandığı; 10-14 yıl diyabetli olan kişilerin %68,7'sinin önce OAD iken sonra insülin tedavisi gördüğü; 15 yıl ve üzeri diyabetli olan kişilerin ise %49,4'ünün daha önce OAD kullanıyor iken şu an insülin tedavisi gördüğü saptandı. Diyabet tedavi şekillerinin hastaların DM süresi gurubuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=40,710$, $p<0,05$). Tüm gruplarda hastaların çoğunluğunun daha önce OAD kullanıyor iken şu anda insülin tedavisine geçtikleri görülmektedir.

Tablo 4.8. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Hastaların BKİ Gurubuna Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	BKİ gurubu	Sayı	$\bar{X} \pm Sd.$	F	p
YKASDTM	Normal	70	43,01± 9,41	13,300	0,000
	Fazla kilolu	141	38,57±7,96		
	Obez	171	37,09±7,65		
YKASDTPE	Normal	70	57,64± 8,38	4,679	0,010
	Fazla kilolu	141	54,42±7,36		
	Obez	171	55,02±6,91		
YKAS Kaygı Toplam	Normal	70	44,07± 3,82	1,667	0,190
	Fazla kilolu	141	44,30±4,41		
	Obez	171	43,45±4,17		
YKASDTMT	Normal	70	144,73± 17,19	8,523	0,000
	Fazla kilolu	141	137,28±15,17		
	Obez	171	135,56±15,72		
Uyum Toplam	Normal	70	85,16± 8,37	4,008	0,019
	Fazla kilolu	141	86,82±7,99		
	Obez	171	88,15±6,95		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.8’de Hastaların diyabet tedavisinden yaşam kalitesi alt skorları; memnuniyet skorunun (F=13,300, p=0,000), diyabet tedavisinin psikolojik etkileri skorunun (F=4,679, p=0,010), diyabet tedavisinden memnuniyet toplam skorunun (F=8,523, p=0,000) ve diyabetli hasta uyum toplam skorunun (F=4,008, p=0,019) hastaların BKİ gurubuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Diyabet tedavisi kaygı toplam skorunun BKİ’ye göre dağılımları arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

Anlamlı farklılık tespit edilen gruplar arasındaki farkların kaynağını belirlemek üzere post hoc test olarak LSD analizi yapılmıştır. Diyabet tedavisinden memnuniyet, diyabet tedavisinin psikolojik etkileri ve diyabet tedavisinden memnuniyet toplam skorlarının dağılımları arasındaki farkların kaynağının BKİ değeri normal olan grup olduğu, bu gurubun her üç skor ortalamalarının da anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabetli hasta uyum toplam skorunun ise normal gurubu ile obez gurubu arasında anlamlı olduğu, en düşük uyumun normal gurubunda, en yüksek uyum skorunun ise obez gurubunda olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.9. Hastaların Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Diyabet Süresi Gurubuna Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	Diyabet Süresi	Sayı	$\bar{X}\pm Sd.$	F	p
YKASDTM	1-4 Yıl	113	39,68±9,55	3,167	0,02
	5-9 Yıl	103	36,76±7,38		
	10-14 Yıl	83	40,06±9,23		
	15 Yıl Ve Üzeri	83	38,51±6,32		
YKASDTPE	1-4 Yıl	113	58,87±10,08	17,063	0,00
	5-9 Yıl	103	54,27±3,57		
	10-14 Yıl	83	55,01±4,22		
	15 Yıl ve Üzeri	83	51,90±7,33		
YKAS Kaygı Toplam	1-4 Yıl	113	45,44±4,27	22,084	0,00
	5-9 Yıl	103	43,97±4,68		
	10-14 Yıl	83	44,52±2,96		
	15 Yıl ve Üzeri	83	40,99±3,01		
YKASDTMT	1-4 Yıl	113	143,99±20,62	12,313	0,00
	5-9 Yıl	103	135,00±12,52		
	10-14 Yıl	83	139,59±12,71		
	15 Yıl ve Üzeri	83	131,40±12,70		
Uyum Toplam	1-4 Yıl	113	91,25±5,17	19,310	0,00
	5-9 Yıl	103	84,19±8,36		
	10-14 Yıl	83	86,24±9,33		
	15 Yıl ve Üzeri	83	85,96±5,18		
	Toplam	382	87,11±7,68		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.9’da Hastaların yaşam kalitesi alt skoru diyabet tedavisi memnuniyet skorunun diyabet süresi gurubuna (DSG) göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=3,167, p=0,02), farkın 5-9 yıldır diyabet hastası olan gruptan kaynaklandığı ve diğer gruplardan daha düşük olduğu saptandı. Yaşam kalitesi alt skorları; diyabet tedavisinin psikolojik etkileri (F=17,063, p=0,00), diyabet tedavisinde kaygı ve endişe toplam (F=22,084, p=0,00) diyabet tedavisi memnuniyet toplam (F=12,313, p=0,00) ve diyabet tedavisine uyum skorlarının (F=19,310 ve p:0.00), DSG’na göre dağılımları arasındaki farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Skorların dağılımları arasındaki farkın kaynağının tüm skorlar için 1-4 yıldır diyabet hastası olan grup olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmada 1-4 yıldır diyabet hastası olan bireylerin tüm skorlarının diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.10. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının İnsülinin Günlük Kullanım Dozuna Göre Dağılımı

	Günlük Kullanım Dozu (N=296*).	Sayı	Skorlar $\bar{X} \pm Sd.$	F	p
YKASDTM	1 Kez	40	42,13±5,360	21,381	0,00
	2 Kez	122	34,61±4,654		
	3 Kez ve Üstü	134	38,94±9,082		
YKASDTPE	1 Kez	40	55,43±6,909	3,100	0,05
	2 Kez	122	53,41±3,765		
	3 Kez ve Üstü	134	53,08±5,858		
YKAS Kaygı Toplam	1 Kez	40	44,73±3,616	6,867	0,00
	2 Kez	122	44,48±4,666		
	3 Kez ve Üstü	134	42,81±3,485		
YKASDTMT	1 Kez	40	142,28±12,268	9,940	0,00
	2 Kez	122	132,51±9,310		
	3 Kez ve Üstü	134	134,83±13,983		
Uyum Toplam	1 Kez	40	88,28±3,266	9,177	0,00
	2 Kez	122	88,63±7,893		
	3 Kez ve Üstü	134	84,85±7,789		
	Toplam	296	86,87±7,597		

*İnsülin kullanan hastalar alınmıştır, YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.10'da Hastaların yaşam kalitesi alt skoru; diyabet tedavisi memnuniyet skorunun Günlük İnsülin Kullanım Dozuna (GİKD) göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=21,381 ve p=0,00). Farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan LSD analizi sonucunda skorların tüm gruplarda anlamlı derecede farklı olduğu, en düşük ortalamanın günde iki kez ve en yüksek ortalamanın ise günde bir kez insülin uygulayan guruba ait olduğu saptandı.

Yaşam kalitesi alt skoru; diyabetin psikolojik etkileri skorunun (F=3,100 ve p=0,05) ve diyabet tedavisinden memnuniyet toplam skorunun (F=9,940, p=0,00) GİKD'a göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan LSD analizi sonucunda her iki skor için de farkın kaynağının günde bir kez insülin uygulayan grup olduğu, bu gurubun skorlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların yaşam kalitesi alt skoru; diyabet kaygı ve endişe toplam skoru (F=6,867 ve p=0,00) ve Diyabetli hasta uyum toplam skorunun (F=9,177 ve p=0,00) GİKD'a göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Farkın kaynağını belirlemek üzere yapılan LSD analizi sonucunda farkın kaynağının her iki skor için de günde üç kez insülin uygulayan grup olduğu, bu gurubun hem uyum hem de kaygı ve endişe skorlarının anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.11. Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Skorları ve Uyum Ölçeği Skorlarının İlaç Kullanım Şekline Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	İlaç Kullanım Şekli	Sayı	$\bar{X}\pm Sd$	F	p
YKASDTM	B. İnsülin	45	37,84±9,293	7,648	0,000
	OAD +İnsülin	143	40,84±8,609		
	Ö.H Ve S. İnsülin	194	37,36±7,659		
YKASDTPE	B. İnsülin	45	54,60±6,110	18,834	0,000
	OAD +İnsülin	143	58,12±9,547		
	Ö.H Ve S. İnsülin	194	53,34±4,863		
YKAS Kaygı Toplam	B. İnsülin	45	42,82±3,466	5,182	0,010
	OAD +İnsülin	143	44,72±4,046		
	Ö.H Ve S. İnsülin	194	43,50±4,381		
YKASDTMT	B. İnsülin	45	135,27±13,589	16,090	0,000
	OAD +İnsülin	143	143,68±18,890		
	Ö.H Ve S. İnsülin	194	134,20±12,952		
Uyum Toplam	B. İnsülin	45	85,67±6,230	1,555	0,210
	OAD +İnsülin	143	86,75±8,170		
	Ö.H Ve S. İnsülin	194	87,71±7,574		
	Toplam	382	87,11±7,675		

B. İnsülin= Başlangıçtan İtibaren İnsülin Tedavisi, OAD +İnsülin = Oral Anti Diyabetik ve İnsülin Tedavisi, Ö. OAD ve S. İnsülin = Önce OAD ve Daha Sonra İnsülin Tedavisi, YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.11’de Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarından diyabet tedavisinden memnuniyet skorunun (F=7,648 ve p=0,000), diyabet tedavisinin psikolojik etkileri skorunun (F=18,834, p=0,000), diyabet kaygı ve endişe toplam skorunun (F=5,182, p=0,010) ve diyabet tedavisinden memnuniyet toplam skorunun (F=16,090, p=0,000) hastaların ilaç kullanım şekline göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Hastaların diyabetli hasta uyum toplam skorunun hastaların ilaç kullanım şekline göre dağılımları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Farkın kaynağının OAD+İnsülin gurubu olduğu bu gurubun ortalamalarının diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.12. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet (n:382)	Sayı	$\bar{X}\pm Sd.$	t	p
YKASDTM	Erkek	131	42,72±11,151	7,179	0,00
	Kadın	251	36,63±5,415		
YKASDTMT	Erkek	131	144,45±21,686	6,024	0,00
	Kadın	251	134,44±10,799		
YKASDTPE	Erkek	131	58,05±9,870	5,453	0,00
	Kadın	251	53,83±5,239		
YKAS Kaygı Toplam	Erkek	131	43,6870±5,12923	-0,637	0,52
	Kadın	251	43,9761±3,63860		
Uyum Toplam	Erkek	131	88,2443±7,20693	2,096	0,04
	Kadın	251	86,5179±7,85689		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.12’de Hastaların yaşam kalitesi alt skorları; diyabet tedavisinde memnuniyet (t=7,179 ve p=0,00), diyabet tedavisinden memnuniyet toplam (t=6,024 ve p=0,00), diyabet tedavisinin psikolojik etkileri (t=5,453 ve p=0,00) ve diyabetli hasta uyum toplam skorlarının (t=2,096 ve p=0,04), cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Tüm skorlar erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. Hastaların kaygı toplam skorunun cinsiyete göre dağılımı ise benzer bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4.13. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Ailede Diyabetli Birey Olma Durumuna Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	Ailede DM'li birey Olma Durumu	Sayı	$\bar{X}\pm Sd$	t	p
YKASDTM	Evet	271	38,53±7,679	-0,688	0,49
	Hayır	111	39,18±9,875		
YKASDTMT	Evet	271	137,03±15,563	-1,598	0,11
	Hayır	111	139,93±17,283		
YKASDTPE	Evet	271	54,88±7,610	-1,644	0,10
	Hayır	111	56,25±6,920		
YKAS Toplam	KaygıEvet	271	43,6236±4,23461	-1,846	0,07
	Hayır	111	44,4955±4,08517		
Uyum Toplam	Evet	271	86,2620±7,95459	-3,421	0,00
	Hayır	111	89,1802±6,52714		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.13'de Hastaların yaşam kalitesi alt skorları; diyabetli hasta uyum toplam skorunun ($t=-3,421$ ve $p=0,00$) Ailede DM'li birey olma durumuna göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Diğer skorların dağılımı benzerdir ($p>0,05$).



Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi Alt Skor ve Uyum Skorlarının Son Bir Ayda Hipoglisemi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	Son Bir Ayda Hipoglisemi Olma Durumu	Sayı	$\bar{X} \pm Sd$	t	p
YKASDTM	Evet	192	37,24±7,186	-3,527	0,00
	Hayır	190	40,22±9,193		
YKASDTMT	Evet	192	133,29±12,731	-5,832	0,00
	Hayır	190	142,51±17,792		
YKASDTPE	Evet	192	52,78±5,142	-7,001	0,00
	Hayır	190	57,80±8,482		
YKAS Toplam	KaygıEvet	192	43,2656±4,08128	-2,884	0,00
	Hayır	190	44,4947±4,24856		
Uyum Toplam	Evet	192	87,7240±8,64554	1,575	0,12
	Hayır	190	86,4895±6,51392		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.14’de Hastaların yaşam kalitesi alt skorları; DMT (Diabetes Mellitus Tedavisi) memnuniyet ($t=-3,527$ ve $p=0,00$), DMT memnuniyet toplam ($t=-5,832$, $p=0,00$), kaygı ve endişe toplam skor ($t=-2,884$, $p=0,00$) ve DMT psikolojik etkileri ($t=-7,001$ ve $p=0,00$) skorlarının son bir ayda hipoglisemi olma durumuna göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Uyum toplam skorlarının dağılımı ise her iki grupta benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Son Bir Ayda Kan Şekeri Yüksek Olma Durumuna Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	Son Bir Ayda Hiperglisemi	Sayı	$\bar{X}\pm Sd$	t	p
YKASDTM	Evet	321	37,95±7,169	-4,232	0,00
	Hayır	61	42,79±12,269		
YKASDTMT	Evet	321	135,79±13,262	-6,072	0,00
	Hayır	61	148,85±23,764		
YKASDTPE	Evet	321	54,15±5,779	-7,249	0,00
	Hayır	61	61,21±11,406		
YKAS Kaygı Toplam	Evet	321	43,6916±4,16926	-1,984	0,05
	Hayır	61	44,8525±4,29277		
Uyum Toplam	Evet	321	86,4517±7,76762	-3,917	0,00
	Hayır	61	90,5738±6,14128		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.15’de Hastaların yaşam kalitesi alt skorları; diyabet tedavisinden memnuniyet (t=-4,232 ve p=0,00), diyabet tedavisinden memnuniyet toplam (t=-6,072 ve p=0,00), diyabet tedavisinin psikolojik etkileri (t=7,249 ve p=0,00) ve uyum toplam (t=-3,917, p=0,00) skorlarının son bir ayda hiperglisemi olma durumuna göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Kaygı ve endişe toplam skorlarının dağılımı ise benzerdir (p>0,05).

Tablo 4.16. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Son Bir Ayda Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumuna Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	Komplikasyonlara Hastaneye Yatış (son bir yıl)	Bağlı Sayı	$\bar{X} \pm Sd$	t	p
YKASDTM	Evet	291	37,84±6,904	-3,728	0,00
	Hayır	91	41,53±11,507		
YKASDTMT	Evet	291	135,40±12,076	-5,570	0,00
	Hayır	91	145,78±23,369		
YKASDTPE	Evet	291	53,96±5,365	-6,531	0,00
	Hayır	91	59,49±10,843		
YKASKaygı Toplam	Evet	291	43,6014±4,12301	-2,303	0,02
	Hayır	91	44,7582±4,36486		
Uyum Toplam	Evet	291	86,7835±7,70655	-1,489	0,14
	Hayır	91	88,1538±7,51875		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.16’da Hastaların yaşam kalitesi alt skorlar; kaygı toplam ($t=-2,303$, $p=0,02$), diyabet tedavisinde memnuniyet toplam ($t=-5,570$, $p=0,00$), diyabet tedavisinin psikolojik etkileri ($t=-6,531$, $p=0,00$), diyabet tedavisinde memnuniyet ($t=-3,728$, $p=0,00$) ve uyum toplam skorlarının diyabet ya da komplikasyonları nedeniyle son bir yıl içinde hastaneye yatma durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.17. Yaşam Kalitesi Alt Skorları ve Uyum Skorlarının Kronik Komplikasyonu Olma Durumuna Göre Dağılımı

Skorlar (n:382)	Kronik Durumu	Komplikasyonu	Olma Sayı	$\bar{X}\pm Sd$	t	p
YKASDTM	Evet		295	37,32±6,974	-6,328	0,00
	Hayır		87	43,47±10,695		
YKASDTMT	Evet		295	134,36±12,856	-8,575	0,00
	Hayır		87	149,80±19,966		
YKASDTPE	Evet		295	53,78±5,974	-7,801	0,00
	Hayır		87	60,36±9,434		
YKAS Kaygı Toplam	Evet		295	43,2576±3,95141	-5,500	0,00
	Hayır		87	45,9770±4,38013		
Uyum Toplam	Evet		295	88,3322±7,57804	5,988	0,00
	Hayır		87	82,9655±6,49051		

YKASDTM: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet, YKASDTPE: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinin Psikolojik Etkileri, YKASDTMT: Yaşam Kalitesi Alt Skor Diyabet Tedavisinden Memnuniyet Toplamı.

Tablo 4.17’de Hastaların yaşam kalitesi alt skorları; diyabet tedavisinden memnuniyet (t=-6,328, p=0,00), memnuniyet toplam (t=-8,575, p=0,00), diyabet tedavisinin psikolojik etkileri (t=-7,801, p=0,00), kaygı toplam (t=-5,50, p=0,00) ve uyum toplam (t=5,988, p=0,00) skorlarının kronik komplikasyonu olma durumuna göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Uyum skoru hariç tüm skorlar kronik komplikasyonları olmayanlarda daha yüksektir. Uyum skoru ise herhangi bir kronik komplikasyonu olanlarda yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.18. Bazı Metabolik Değerler İle Uyum ve Yaşam Kalitesi Alt Skorlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

(n:382)		AKŞ	TKŞ	HbA1c %	YKASDM Tedavisinde Mem. Skoru	YKASDM Tedavisinin Psikolojik Etkileri Skoru	YKASDM Kaygı ve E.Toplam Skoru	YKASDM Ted. Mem. T. Skoru	Uyum Toplam Skoru
Yaş	r	0,107*	0,138**	-0,086	-0,002	-0,113*	0,188**	-0,004	-0,053
	p	0,037	0,007	0,141	0,973	0,027	0,000	0,938	0,304
	n	382	382	292	382	382	382	382	382
BKİ	r	0,046	0,060	-0,072	-0,220**	-0,111*	-0,100	-0,191**	0,080
	p	0,371	0,242	0,220	0,000	0,030	0,050	0,000	0,118
	n	382	382	292	382	382	382	382	382
DM Süresi	r	-0,039	0,041	0,323**	-0,048	-0,293**	-0,310**	-0,241**	-0,190**
	p	0,448	0,427	0,000	0,348	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	382	382	292	382	382	382	382	382
İnsülin Kullanma Süresi	r	0,105	0,138*	-0,009	0,124*	-0,163**	-0,269**	-0,084	-0,107
	p	0,071	0,017	0,885	0,033	0,005	0,000	0,152	0,066
	n	296	296	243	296	296	296	296	296
Son 1 Ayda Hipoglisemi Sayısı	r	0,030	0,139	0,067	-0,107	-0,206**	-0,103	-0,178*	-0,474**
	p	0,676	0,054	0,433	0,138	0,004	0,156	0,014	0,000
	n	192	192	138	192	192	192	192	192
Son 1 Ayda 250mg>KŞ Sayısı	r	0,098	0,325**	0,105	-0,212**	-0,296**	0,016	-0,238**	-0,471**
	p	0,075	0,000	0,095	0,000	0,000	0,774	0,000	0,000
	n				331	331	331	331	331
Uyum Toplam Skoru	r				-0,264**	-0,192**	-0,266**	-0,295**	
	p				0,000	0,000	0,000	0,000	
	n				382	382	382	382	

*YKAS: Yaşam Kalitesi Alt Skoru

Tablo 4.18’de hastaların bazı sosyo-demografi ve tıbbi özellikleri ile ölçek skorları arasındaki ilişkinin Pearson korelasyon analizi görülmektedir. Hastaların yaşı ile AKŞ ve TKŞ değerleri arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça her iki değerde de artış görülmektedir. Hastaların yaşı ile YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri skoru arasında negatif yönlü zayıf, YKASDM tedavisi kaygı ve endişe toplam skoru arasında ise pozitif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiştir. Buna göre hastaların yaşı arttıkça psikolojik etki skoru düşerken endişe ve kaygı toplam skoru artmaktadır.

Hastaların BKİ değerleri ile YKASDM tedavisinden memnuniyet, DM tedavisinin psikolojik etkileri ve DM tedavisinden memnuniyet toplam skoru arasında negatif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiş olup BKİ arttıkça bu skorların düştüğü anlaşılmıştır.

DM süresi ile HbA1c arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki saptanmış olup süre arttıkça HbA1c düzeyi de yükselmektedir. DM süresi ile YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri ve YKASDM tedavisi kaygı ve endişe toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta düzey ilişki tespit edilmiştir. DM süresi ile YKASDM tedavisinden memnuniyet toplam ve uyum toplam skorları arasında ise yine negatif yönlü ancak zayıf

ilişki tespit edilmiştir. Bu değerlerin tümü hastaların DM süresi arttıkça düşmektedir.

Hastaların insülin kullanma süreleri ile HbA1c arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki saptanmış olup süre arttıkça HbA1c düzeyi de yükselmektedir. YKASDM tedavisinden memnuniyet skoru ile pozitif anlamlı ve zayıf ilişki tespit edilmiş olup insülin kullanma süresi arttıkça YKASDM tedavisinden memnuniyet puanı artmaktadır. Hastaların insülin kullanma süreleri ile YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri ve YKASDM kaygı ve endişe toplam skoru arasında negatif yönlü sırasıyla zayıf ve orta düzey ilişki tespit edilmiş olup insülin kullanma süresi arttıkça skorlar düşmektedir.

Son bir ay içerisinde görülen hipoglisemi sayısı ile YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri, YKASDM tedavisinden memnuniyet toplam ve uyum toplam skorları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki tespit edilmiş olup hipoglisemi sayısı arttıkça ölçeklerden alınan skorlar düşmektedir.

Son bir ay içerisinde 250 mg/dl den yüksek kan şekeri ölçüm sayısı ile TKŞ arasında anlamlı pozitif ve orta düzey ilişki tespit edilmiştir. Yaşanan hiperglisemi sayısı arttıkça TKŞ düzeyi de artmaktadır. Hiperglisemi sayısı ile YKASDM tedavisinden memnuniyet ve YKASDM tedavisinden memnuniyet toplam skorları arasında negatif yönlü anlamlı ancak zayıf ilişki, YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri ve uyum total skorları arasında ise yine negatif yönlü anlamlı ancak orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Buna göre hiperglisemi sayısı arttıkça bu skorlar düşmektedir.

Uyum toplam skorları ile diğer tüm skorlar arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. İlişkinin gücü YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri skoru için zayıf diğerleri için ise orta düzeydedir. Uyum düzeyi arttıkça skorlar düşmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada olguların diyabet tedavisi alma süresi 1-30 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların %29,6'sı 1-4 yıl, %27'si 5-9 yıl arasında ve %21,7'si 10-14 yıl, %21,7'si ise 15 ve üzerinde ve ortalama $8,98 \pm 6,095$ tedavi gördüğü tespit edilmiştir. Koç ve arkadaşları (2015) araştırmasında hastaların %37,4'ü 1-4 yıldır, %28,6'sı 5-9 yıldır ve %34,1'i 10 yıl ve daha fazla süredir diyabet hastasıdır. Hastaların ortalama diyabet süresi $6,8 \pm 6,2$ 'dir ve hastaların %72,4'ünü Tip II diyabetliler oluşturmaktadır. Küçük ve Yapar (2016) birlikte yapmış oldukları (2016) çalışmada hastaların %31,6 0-4 yıldır, %21,1'i 5-9 yıldır, %19'u 10-14 yıldır, %13,3'ü 15-19 yıldır ve %15,1'i 20 yıldan daha fazla süredir diyabet tedavisi aldığı görülmektedir. Tedavi görme süresi bakımından bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların aldığı tedavi şekli incelendiğinde %11,8'inin oral antidiyabetik ilaç, %37,4'ünün oral antidiyabetik ilaç ile birlikte insülin tedavisi ve %50,8'inin insülin tedavisi gördükleri saptanmıştır. Günalay ve arkadaşları (2016) yapmış olduğu " Tip II Diyabetes Mellitus Hastalarında Tedavi Yöntemleri, Glisemik Kontrol Ve Diyabet Komplikasyonları İle Depresyon Ve Anksiyete Riski Arasındaki İlişki" adlı çalışmada hastaların %47,7'sinin oral antidiyabetik, %34,4'ünün insülin, %18'inin oral antidiyabetik ile birlik insülin kombinasyonu tedavisi aldığı görülmektedir. Özdemir ve arkadaşları (2016) "Diyabetik Hastaların Beslenme Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeylerinin Metabolik Kontrolle İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmalarında hastaların %58,3'nün diyet, %18'inin insülin, %32,7'sinin OAD, %21'inin diyet+OAD ve %20'sini diyet+insülin tedavisi aldığı saptanmıştır. Araştırma sonuçlarının literatürden farklı olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın verileri Gaziantep ilinde yaşayan bireylerin sosyodemografik özelliklerini yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun okuryazar olmaması sonuçların farklı çıkmasına etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada hastaların 1-20 yıl ve ortalama $5,41 \pm 5,051$ yıldan bu yana insülin tedavisi gördüğü, %10,5'inin günde 1 kez, %31,9'inin günde 2 kez ve %35,1'inin günde 3 ve üzeri sayıda insülin uyguladığı tespit edildi. Aslan ve Korkmaz (2015) birlikte yapmış olduğu "Diyabetli Bireylerin İnsülin Uygulama Bilgi-Beceri Düzeyleri: Doğru ve Yanlışlar" isimli çalışmada hastaların %7,3'ünün günde 1 kez, %19,1'inin günde 2 kez, %5,4'ünün günde 3 kez ve %68,2'sinin günde 4 kez insülin uyguladığı saptanmıştır. Korkmaz Binay (2015) yapmış olduğu çalışmada hastaların %52,4 günde 1-2 kez, %41,8 günde 3-4 kez ve %5,8

günde 5 kez ve üzeri insülin uyguladığı tespit edilmiştir. Sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların BKİ'leri 17,58-53,42 arasında ve ortalaması $30,14 \pm 6,24$ olup hastaların 0,5'i zayıf, 17,8'i normal kiloda, 36,9'u fazla kilolu ve 44,8'i obez olarak saptanmıştır. Küçük ve Yapar (2016), yapmış oldukları çalışmada hastaların %15,1'inin normal, 37,9'unun fazla kilolu, %31,4'ünün I. derece obez, 13'ünün II. derece obez ve %2,6'sının III. derece obez olduğu tespit edilmiştir. Özdemir ve arkadaşları (2016) çalışmalarında hastaların %12,2'sinin normal kiloda, %34,6'sının kilolu, %53,2'sinin şişman olduğunu belirtmektedir. Ustaaloğlu ve Tan (2015) araştırmalarında hastaların %22,7'sinin normal, %34,6'sının fazla kilolu, %30'unun I. derece obez, %10'unun II. derece obez ve %2,7'sinin III. derece obez olduğunu belirtmiştir. Elde edilen veriler literatür ile benzerdir.

Araştırmamızda hastaların %76,2'si son bir yılda diyabet komplikasyonları nedeniyle hastaneye yattığını beyan etmiştir. Küçük ve Yapar (2016)'ın yaptıkları çalışmada, hastaların %30,5'i diyabet nedeniyle hastaneye yattığı saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların AKŞ düzeyleri 120-450 mg/dl arasında ve ortalaması $188,45 \pm 85,761$ mg/dl olarak ölçülmüştür. TKŞ düzeylerinin 128-600 mg/dl, ortalamasının $293,51 \pm 116,65$ olduğu saptanmıştır. HgA1c değerleri %6,4-16,1 arasında ve ortalaması $10,304 \pm 2,27$ 'dir. Ersoy ve arkadaşları çalışmalarında eğitim gurubundaki hastaların bazal AKŞ: 249 ± 68 , TKŞ: 271 ± 71 ve HgA1c: $8,2 \pm 2,1$ olduğu tespit edilmiştir. Bilgin Demir ve arkadaşları (2015) çalışmalarında hastaların AKŞ düzeylerinin 83-423 mg/dl arasında ve ortalama $167,51$ mg/dl, HgA1c %4,9-14,8 mg/dl arasında ve ortalama $7,93 \pm 2$ mg/dl olduğunu belirtmiştir. Yağcı ve Yılmaz Karabulutlu (2017) yaptıkları çalışmada, hastaların AKŞ ortalamasını $216,8 \pm 58,2$ mg/dl, TKŞ ortalamasını $217 \pm 45,1$ mg/dl, HbA1c ortalamasını $9,2 \pm 2,2$ saptamıştır. Aslan ve Korkmaz (2015) çalışmalarında AKŞ 71,0-572,0 mg/dl, ortalama $187 \pm 86,3$ mg/dl, TKŞ 71,0-500,0 mg/dl arasında olup ortalama $213 \pm 83,1$ mg/dl ve HbA1c %5,4- 14,1 arasında olup ortalama $8,8 \pm 2,1$ olduğunu tespit etmişlerdir. Sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların %77,2'sinde DM dışında bir kronik hastalık saptanmıştır. Kızıltaş ve arkadaşları (2016) yapmış olduğu çalışmada hastaların %70'i diyabet hastalığına ek hastalığının olduğunu beyan etmiştir. Akaltun ve Ersin (2016) hastaların %80'inin diyabet dışında başka bir hastalığının olduğunu, Güzel (2014) hastaların %70,5'inin DM'ye eşlik eden ek bir kronik hastalığı bulunduğunu belirtmiştir. Sonuçlara bakıldığında literatür ile benzer olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada hastaların yaşam kalitesi alt skoru tedaviden memnuniyet skoru 24-64 arasında olup ortalaması $38,72 \pm 8,368$ ve yaşam kalitesi alt skoru Tedavinin Psikolojik Etkisi skoru 38-79 arasında olup ortalaması $55,28 \pm 7,433$ ve yaşam kalitesi alt skoru kaygı ve endişe toplam skoru 34-52 arasında olup ortalaması $43,88 \pm 4,205$ olduğu saptanmıştır. Gökpinar (2015) alışmasında kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha iyi olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada ise yaşam kalitesinin cinsiyete göre verileri incelendiğinde erkeklerin yaşam kalitesi alt skoru ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada verilerin literatürden farklı olduğu ve bu farklılığın sebebinin erkeklerin eğitim durumunun kadınlardan daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir

Akbudak (2011) alışmasında beş yıldan daha az diyabetli olan bireylerin yaşam kalitesi ortalamaların istatistiksel olarak beş yıldan daha fazla süredir diyabet hastası olan bireylerden yüksek olduğunu saptamıştır. Araştırmamızda 1-4 yıldır diyabet hastası olan bireylerin ortalamalarının diğer gruplardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

zdemir ve arkadaşları (2011) yaptıkları araştırmada, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, zindelik, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt alanları ile hastalık süresi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, hastalık süresi uzadıkça yaşam kalitesi düzeyinin düştüğü gözlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında diyabet yaşam kalitesi ve diyabetli olma süresi arasında zayıf ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Ket (2017) yaptığı çalışmada DM süresi ile AKş ve HbA1c arasında pozitif korelasyon saptamıştır. Bu alışmada DM süresi ile AKş arasında ilişki saptanmamıştır. DM süresi ile HbA1c arasında orta güçte ve pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Diyabet süresi uzadıkça HgA1c değeri yükselmektedir. Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların DM hastalığına uyum skoru 68-102 arasında olup ortalaması $87,11 \pm 7,675$ olarak saptanmıştır. Hastaların tamamının tedaviye uyumu orta düzey olarak değerlendirilmiştir. Özönük (2017) araştırmasında DM'li bireylerin diyabet tedavisi uyum puanı ortalaması $66,5 \pm 16,1$ (min-mak: 15-95) olarak bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre uyum puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada erkeklerin kadınlara göre uyum puanlarının ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. sonuçların literatüre göre farklılık göstermesinin kadınların eğitim durumunun erkeklerden daha düşük olması ve araştırmamıza katılan kadınların çoğunun evli ve ev hanımı olmaları nedeniyle diyabet eğitiminden yeterince yararlanamamaları olduğu düşünülmektedir.

Arslan (2011) araştırmasında; araştırmaya katılanların %57,3'ünün tedaviye uyumunun iyi olduğunu belirtmiştir. Çalışmada 19 yıldan fazla süredir DM tanılı olanların %71,8'inin tedaviye uyumu iyi iken, beş yıldan daha az tanılı olanların sadece %46,6'sının tedaviye uyumunun iyi olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada 1-4 yıldır DM hastası olan bireylerin diğer gruptaki bireylere göre tedaviye daha uyumlu olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız farklılık göstermektedir. Yeni tanı alan hastaların uyum düzeylerinin daha yüksek olması bu grubun yaş ortalamasının daha küçük olmasının yanı sıra eğitim seviyelerinin yüksek olmasına bağlanabilir.

Turan (2018) yaptığı çalışmada insülin kullanmayan bireylerin kullanan bireylere göre tedaviye daha uyumlu olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada benzer bir ilişki saptanmamıştır.

Baykal ve Kapucu (2015) yaptığı çalışmada bireylerin kendi ifadelerine göre %66,2'sinin tedaviye iyi uyum gösterdiği, %29,3'ünün orta derecede uyum gösterdiği ve %4,5'inin tedaviye uyum göstermediği belirlenmiştir. Araştırmamıza katılan hastaların tedaviye uyumu orta olarak saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşları 30-90 arasında değişmekte olup ortalaması 59.13 ± 12.36 'tür. Araştırmaya katılan hastaların %41,1'i 50-64 yaş arasında, %65,7'si kadındır. Hastaların %50'sinin okuryazar olmadığı; %44,8 'inin obez olduğu, %87,7 'sinin evli, %70,9'unun diyabetli bir yakını olduğu, %76,2'sinin ilçede yaşadığı, %75,9'unun annesinin ve %69,9'unun babasının okuma yazma bilmediği, %90,8'inin ailesi ile birlikte yaşadığı, %85,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %70,7'sinin çalışmadığı ve %70,2'sinin gelirinin gideri karşılamadığı saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun eğitim durumunun düşük olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların glisemik göstergeleri genellikle kötüdür. Birçoğu hipoglisemi veya hiperglisemi yaşamakta olup HbA1c değerleri genellikle yüksektir. Çoğu hastada en azından bir kronik komplikasyon gelişmiş durumdadır.

Genel olarak memnuniyet ve uyum skorları düşüktür. Kadınların erkeklere oranla daha obez oldukları saptanmıştır. Hastaların önemli bir kısmı daha önce OAD kullanıyor iken şimdi insülin tedavisine geçmiş olup DM tedavisinin istenen şekillerini yürütemedikleri anlaşılmaktadır. BKİ düzeyi normal olan gurubun psikolojik etkiler ve YKASDM tedavisinden memnuniyet skorları yüksek bulunmuştur. İlginç bir şekilde en yüksek uyum skorları obez gurubunda tespit edilmiştir. Obez olan grup mevcut durumlarını dikkate alarak daha yüksek uyum göstermektedir. Yeni tanı almış ve 1-4 yıldır DM olan gurubun skorlarının olumlu yüksek olduğu bulunmuştur. insülin kullanım sıklığı azaldıkça uyum artmaktadır. İnsülin kullanım sıklığı arttıkça kaygı skoru artmaktadır. Erkek hastaların uyum ve memnuniyet skorları daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların yaşı artıkça yaşam kalitesi alt skorları psikolojik etki skoru düşerken endişe ve kaygı toplam skoru artmaktadır. Hastaların BKİ değerleri ile YKASDM tedavisinden memnuniyet, YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri ve YKASDM tedavisinden memnuniyet toplam skoru arasında negatif yönlü zayıf ilişki tespit edilmiş olup BKİ arttıkça bu skorların düştüğü anlaşılmıştır.

DM süresi ile HbA1c arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki saptanmış olup süre arttıkça HbA1c düzeyi de yükselmektedir. DM süresi ile YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri ve YKASDM tedavisi kaygı ve endişe toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı

negatif yönlü orta düzey ilişki tespit edilmiştir. DM süresi ile YKASDM tedavisinden memnuniyet toplam ve uyum toplam skorları arasında ise yine negatif yönlü ancak zayıf ilişki tespit edilmiştir. Bu değerlerin tümü hastaların DM süresi arttıkça düşmektedir.

Hastaların insülin kullanma süreleri ile HbA1c arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki saptanmış olup süre arttıkça HbA1c düzeyi de yükselmektedir. YKASDM tedavisinden memnuniyet skoru ile pozitif anlamlı ve zayıf ilişki tespit edilmiş olup insülin kullanma süresi arttıkça YKASDM tedavisinden memnuniyet puanı artmaktadır. Hastaların insülin kullanma süreleri ile YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri ve YKASDM kaygı ve endişe toplam skoru arasında negatif yönlü sırasıyla zayıf ve orta düzey ilişki tespit edilmiş olup insülin kullanma süresi arttıkça skorlar düşmektedir.

Son bir ay içerisinde görülen hipoglisemi sayısı ile YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri, YKASDM tedavisinden memnuniyet toplam ve uyum toplam skorları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki tespit edilmiş olup hipoglisemi sayısı arttıkça ölçeklerden alınan skorlar düşmektedir.

Son bir ay içerisinde 250 mg/dl den yüksek kan şekeri ölçüm sayısı ile TKŞ arasında anlamlı pozitif ve orta düzey ilişki tespit edilmiştir. Yaşanan hiperglisemi sayısı arttıkça TKŞ düzeyi de artmaktadır. Hiperglisemi sayısı ile YKASDM tedavisinden memnuniyet ve YKASDM tedavisinden memnuniyet toplam skorları arasında negatif yönlü anlamlı ancak zayıf ilişki, YKASDM tedavisinin psikolojik etkileri ve uyum total skorları arasında ise yine negatif yönlü anlamlı ancak orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Buna göre hiperglisemi sayısı arttıkça bu skorlar düşmektedir.

Uyum toplam skorları ile yaşam kalitesi alt skorları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. İlişkinin gücü DM tedavisinin psikolojik etkileri skoru için zayıf diğerleri için ise orta düzeydedir. Uyum düzeyi arttıkça skorlar düşmektedir.

Öneriler

Eğitim düzeyi düşük DM'li bireyler için özel olarak hazırlanmış eğitim planlamalarının yapılması,

DM tanılı bireylerin glisemik değışkenlerin yakından takip edilerek gerekli önlemlerin alınması,

Kronik komplikasyon taraması yapılarak gerekli önlemlerin alınması,

Kronik komplikasyonu olan veya obez olup yeni tanı alan bireylere henüz uyum düzeyleri iyi iken gerekli eğitimlerin verilmesi ve tedavi uyumunun sürdürülmesine yönelik girişimlerin planlanması,

BKİ değerinin artması ile uyumun düştüşü veya daha önce uzun süredir uyum düşük olduğu için BKİ nin kötü olduğu değerlendirildiğinden özellikle kilo kontrolüne yönelik tedbirlerin düşünülmesi,

DM süresi arttıkça uyum skorları düştüşüğünden eğitimlerin periyodik olarak tekrar edilmesi, Uyum skorları ile diğer skorlar arasında negatif korelasyon olduğundan DM hastalarını tedavi uyumunu artırmaya yönelik çalışmaların planlanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

ADA Diabetes Care. (2017). American diabetes association standarts of medical care in diabetes 2017. The Journal of Clinical and Applied Research and Education Diabetes Care,40(1): 1-135.

Akaltun, H., Ersin, F. (2016). Evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların diyabet tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Elektronik Dergisi, 9(4): 126-133.

Akbudak P. (2011). Tip II diyabetli hastalarda beslenme durumu ve bazı biyokimyasal bulgular ile diyabet yaşam kalitesi arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Araz, M. (2016). Diyabetik ketoasidoz ve hiperglisemik hiperosmolar durum tedavisi. Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics, 9(2):89-93.

Argüden (2000). Yaşam kalitesinin tanımı. <http://www.arguden.net/tr/makaleler/yasam-kalitesi-2/>, (Erişim Tarihi: 10.07.2018).

Arslan, E. (2011). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır.

Aslan Ü., Korkmaz, M. (2015). Diyabetli bireylerin insülin uygulama bilgi-beceri düzeyleri: doğru ve yanlışlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1):18-26.

Baykal, A., Kapucu, S. (2015). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi: 44-58.

Biol, L., Akdemir, N. (2011). İç hastalıkları hemşireliği. Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara: Akademisyen kitapevi, 1-908.

Boulé, N. G., Haddad, E., Kenny, G.P., at all. (2011). Effects of exercise on glyceimic control and body mass in typ 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. JAMA, 286(10): 1218-1227.

Büyüköztürk, Ş., (2017). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Atf İndeksi: 1-213.

Çelik, S. (2002). Tıp 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilik hallerinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Demir, B., Sezer Demiral, S., Topaloğlu, Ö. ve ark. (2015). Tıp 2 diabetes mellitus tanımlı hastalarda nefropati, retinopati, obezite ve arteriyel sertlik arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 1(2): 59-67.

Demirtaş, A. (2014). Tıp 2 diabetes mellitus tedavisinde hasta uyumunun değerlendirmesine yönelik yeni bir ölçek oluşturulması (Doktora Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Demirtaş, A., Akbayrak,N. (2009). Tıp 2 diabetes mellituslu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. AJCI, 3(1): 10-18.

Dinççağ, N. (2011). Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. İç Hastalıkları Dergisi, 18(4): 181-223.

El Achhab, Y., Nejjari, C., Chikri, M., Lyoussi,B. (2008). Disease spesific health-related quality of life instruments among adults diabetic: a systematic review. Diabetes Research and Clinical Practice, 80(2): 171-184.

Enç, N., Can, G., Tülek, Z. ve ark. (2014). İç hastalıkları hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Ersoy, C., Tuncel, E., Özdemir, B. ve ark. (2006). İnsülin kullanan tıp 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet eğitimi ve metabolik kontrol. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 32(2): 43-47.

Evrar, M., Özcan, S. (2015). Diyabet ve beslenme. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 6(1): 63-67.

Gökpınar, E. (2015). Tıp 2 diyabetli bireylerde uyku ve yaşam kalitesi (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.

Guyton, A.C., Hall, J.E., Çavuşoğlu, H., ve ark. (2013). Tıbbi fizyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 1-1043.

Gülay, M., (2017). Diyabet epidemiyolojisi, komplikasyonları ve maliyeti. <https://estibiraz.wordpress.com/2017/02/14/diyabet-epidemiyolojisi-komplikasyonlari-ve-maliyeti/> (Erişim Tarihi: 18.06.2018).

Güncel Hemşirelik Rollerini (2012). <http://www.e-hemsire.com/blog/mesleki-bilgiler/guncel-hemsirelik-rolleri> (Erişim Tarihi: 16.06.2018).

Gülenay, S., Taşkıran, E., Demir, B. ve ark. (2016). Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riskleri arasındaki ilişki. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2(1): 16-19.

Güzel, S.(2014). Tip 2 diyabetli bireylerin yeme tutum ve davranışları ile yaşam kalite düzeylerinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Hançerlioğlu, S., Aykar, F. Ş. (2018). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1): 175-183.

IDF Diabetes Atlas Eighth Edition. (2017). In s. Karuranga, j. D. R. Fernandes, y. Huang, and b. Malanda (Eds.). IDF Diabetes Atlas: International Diabetes Federations: 1-147.

IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. (2015). In n. H.Cho, d. Whiting, n. Forohi, l. Guariguata, i. Hambleton, r. Li, a. Majeed, j. C. Mbanya, p. A. Montoya, a. Motala, k. M.V. Narayan, a. Ramachandran, w. Rathmann, g. Roglic, j. Shaw, m. Silink, and p. Zhang (Eds.). IDF Diabetes Atlas: International Diabetes Federations: 1-142.

IDF Diabetes Atlas Sixth Edition. (2013). In n. H.Cho, d. Whiting, l. Guariguata, p. A. Montoya, n. Forohi, i. Hambleton, r. Li, a. Majeed, j. C. Mbanya, a. Motala, k. M.V. Narayan, a. Ramachandran, w. Rathmann, g. Roglic, j. Shaw, m. Silink, d. R. R. Williams, and p. Zhang (Eds.). IDF Diabetes Atlas: International Diabetes Federations: 1-155.

Jacobson, A., Barofsky, I., Cleary, P. and Rand, L. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*, 11(9): 725-732.

Kahraman, A., Olgun, N. (2015). Diyabet eğitimi ve diyabet hemşiresinin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 6(1): 87-92.

Karaca Sivrikaya, S. (2006). Tip 2 diabetes mellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına, iyilik hallerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisi (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

Kızıldaş, Ö., Arslan İ., Tekin, O. ve ark. (2016). Tip 2 diyabet hastalarında psikolojik belirtilerin incelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(3): 187-194.

Koç E. M., Başer, D. A., Özkara, A. ve ark. (2015). Diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi: Türkiye için bir pilot çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 7(2): 76-82.

Korkmaz Binay, Ş. (2015). Tip 2 diyabetli bireylerde, hastalığı kabullenme ile etkin insülin uygulama ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul.

Kula, S., Çakar, B. (2015). Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6 (12): 191-210.

Küçük, E., Yapar, K. (2016). 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*, 15(4): 285-292.

Küet, O., (2017). Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda tedavi şekline göre oksidatif stres durumunun ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya.

Metin, E. Z., Kav,S., Bulut, Y. (2007). Tip 2 diyabet hastalarında ilaç uyumu ve uyumu etkileyen faktörler. 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Uluslararası Katılımlı, İstanbul: 1-512.

Özdemir, İ., Hocaoglu, Ç., Koçak, M., Ersöz, H.Ö. (2016). Diyabetik hastaların beslenme alışkanlıkları ve bilgi düzeylerinin metabolik kontrolle ilişkisinin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBID, 1(2): 1-17.

Özdemir, M., Aksoydan, E., Çakır, R. E. ve ark. (2011). Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler/ quality of life and psychiatric symptoms in the patients with type 2 diabetes mellitus. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences: 128-138.

Özonuk, E., (2017). Bir aile sağlığı merkezine başvuran tip 2 diabetes mellitus tanılı hastalarda tedaviye uyum ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir.

Özyazgan, A. A., Pehlivan, E., Özer, A. (2017). Diyabetli hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Ankara: 1-589.

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, (2017). T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı (Ed.). Ankara.

Sağlık istatistikleri yıllığı 2016 (2017). T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı (Ed.). T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.

Satman, İ., Dinççağ, N., Türker, F. at all. (2013). Twelve- year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. TURDEP-II Study Grup, Eur J Epidemiol, 28(2): 169-180.

Satman, İ., Yılmaz, T., Şengül, A. at all. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. TURDEP-I Study Grup, Diabetes Care, 25(9): 1551-1556.

Sayın, I., Cesur, M. (2008). Diyabetik ketoasidoz, hiperglisemik hiperozmolar durum ve laktik asidoz. Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics, 1(1): 71-83.

TEMĐ Diabetes Mellitus ve Komplkasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Klavuzu-2017 (2017). TEMĐ Diabetes Mellitus alışma ve Eğitim Grubu, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, 9. Baskı, Ankara.

TEMĐ Diabetes Mellitus ve Komplkasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Klavuzu (2014). TEMĐ Diabetes Mellitus alışma ve Eğitim Grubu, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, Ankara.

Tura Bahadır, . Atmaca, M. H. (2012). Diyabet ve egzersiz. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 29(1): 16-22.

Turan, N. (2018). Tip 2 Diyabeti olan hastalarda yönetim planlarına uyum. (Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Aile Hekimliđi Anabilim Dalı, Aydın.

Türkiye Diyabet Hemşireliği Derneği (2005). Diyabet hemşireliği nedir? http://www.tdh.org/diyabet_hemsireligi.php (Erişim Tarihi: 15.07.2018).

Türkiye Diyabet Programı 2015-2020 (2014). T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.

Türden Kaymaz, T., Akdemir N. (2016). Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 7(2): 61-67.

Ustaaliöğü, S., Tan, M. (2015). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4): 12-20.

Wild, S., Roglic, G., Green, A. at all. (2004). Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, 27(5): 1047-1053.

World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (Erişim Tarihi: 17.04.2007).

Yağcı, S., Yılmaz Karabulutlu, E., (2017). Tip 2 diyabetli hastaların sağlık inancı, hastalık tutumları ve metabolik kontrolünün değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 19(3): 149-157.

Yıldırım, A., Akıncı, F., Gozu, H. at all. (2007). Translation, cultural adaptation, cross-validation of the Turkish diabetes quality-of-life (DQOL) measure. *Quality of Life Research*, 16(5): 873-879.

Yıldız, E. (2015). Tıbbi beslenme tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 8(2): 56-61.



8. EKLER



EK-1 Diyabetli Hasta Tanılama Formu

A. Demografik özellikler

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

1. erkek 2. kadın

3. 1. Kilonuz:..... Bki: $18.5 \text{ kg/m}^2 >$ zayıf

2. Boyunuz:..... $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise normal kilolu

3. Bki: $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise fazla kilolu
 $30 \text{ kg/m}^2 <$ ise obez

4. En son diploma alınan okul (belirtiniz)

1. sml.....

2. anadolulisesi.....

3. düz lise.....

4. meslek lisesi.....

5. ön lisans.....

6. lisans.....

7. diğer.....

5. Çalışıyor musunuz?

1. evet 2. hayır

6. (eğer 5. Soruya cevabınız evet ise) hangi alanda çalışıyorsunuz işaretleyiniz.

1. sağlıkla ilgili 2. sağlık dışı.....

7. Gelir düzeyiniz

1. gelir gideri karşılıyor 2. gelir gideri karşılamıyor 3. gelir giderden fazla

8. Sosyal güvence

1. var 2. yok

9. Medeni durum

1. evli 2. bekar 3. boşanmış

10. Ailenizde diyabetes mellitus tanısı konan birey/bireyler var mı?

1. evet 2. hayır

11. uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri.

1 il 2 ilçe..... 3

kasaba/köy.....

12. Geldiği şehir

13. Annenizin eğitim durumu

1. okuma yazma bilmiyor 2. okuma yazma biliyor 3. ilkokul 4.

orta okul 5. lise 6. önlisans 7. lisans 8. diğer

14. Babanızın eğitim durumu

1. okuma yazma bilmiyor 2. okuma yazma biliyor 3. ilkokul 4.

orta okul 5. lise 6. önlisans

7. lisans 8. diğer

15. Kiminle yaşıyorsunuz?

1. yalnız yaşıyorum 2. ailemle 3. diğer...

B. Hastalık ile ilişkili değişkenler

1. Diyabet süresi:.....
 2. Diyabet tedavinizin şekli aşağıdakilerden hangisidir?
 1. başlangıçtan itibaren insülin
 2. ağızdan alınan şeker düşürücü hap (tatlandırıcı hariç) + insülin
 3. daha önce ağızdan alınan şeker düşürücü hap (tatlandırıcı hariç) tedavisiyken, şu an insülin tedavisi
 3. İnsülin kullanma süresi:.....
 4. Günde kaç kez insülin yapıyorsunuz?
 1. 1 kez
 2. 2 kez
 3. 3 kez ve üstü
 5. Son 1 ayda hipoglisemi (kan şekeri düşmesi) yaşadınız mı?
 1. Evet
 2. hayır

Evet ise;kez/ay
 6. Son 1 ayda kan şekerinizi 250 mg/dl'nin üzerinde buldunuz mu?
 1. evet
 2. hayır

Evet ise;kez/ay
 7. Diyabet ya da komplikasyonları nedeniyle son 1 yıl içinde hastaneye yattınız mı?
 1. Evet
 2. hayır
 8. Hastaneye yatış sebebiniz nedir?
 1. akut komplikasyon
 2. diğer
- C. Metabolik kontrol sonuçları
1. Açlık kan şekeri :.....mg/d
 2. Tokluk kan şekeri :.....mg/dl
 3. HbA1c %.....
4. Kronik komplikasyon var mı?
 1. Var
 2. yok
- 5 (4. Soruya cevabınız "var" ise ona göre cevaplayınız) varsa nedir?
- | | | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1.diyabetik retinopati | 1. <input type="checkbox"/> var | 2. <input type="checkbox"/> yok |
| 2.diyabetik nefropati | 1. <input type="checkbox"/> var | 2. <input type="checkbox"/> yok |
| 3.diyabetik nöropati | 1. <input type="checkbox"/> var | 2. <input type="checkbox"/> yok |
| 4. Geçirilmiş mi | 1. <input type="checkbox"/> var | 2. <input type="checkbox"/> yok |
| 5.ayak yarası | 1. <input type="checkbox"/> var | 2. <input type="checkbox"/> yok |
| 6.amputasyon | 1. <input type="checkbox"/> var | 2. <input type="checkbox"/> yok |
| 7. Hipertansiyon | 1. <input type="checkbox"/> var | 2. <input type="checkbox"/> yok |

EK-2 Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL)

Lütfen her soruyu dikkatle okuyunuz. Aşağıdaki soruların doğru ya da yanlış şeklinde yanıtları yoktur. Lütfen sorularda görüşlerinizi ve yaşam biçiminizi en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz. Sizlerden aldığımız tüm bilgiler kesinlikle saklı tutulacaktır.

Sizlere çok teşekkür ederiz.

• Tedaviden memnuniyet

Sorular	Çok memnun ediyor	Orta derecede memnun ediyor	Hiçbiri	Az derecede memnun ediyor	Hiç memnun etmiyor
A1. Diyabetinizin tedavisi için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
A2. Diyabet kontrolleriniz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
A3. Şu anki diyabet tedaviniz sizi ne derece memnun ediyor?					
A4. Kan şekerinizi ölçmek için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
A5. Diyetinizdeki esneklik sizi ne derece memnun ediyor?					
A6. Diyabetle ilgili sıkıntılarınızın ailenize yansımaları sizi ne derece memnun ediyor?					
A7. Diyabetiniz hakkındaki bilgileriniz sizi ne derece memnun ediyor?					
A8. Uykunuzdan ne derece memnunsunuz?					
A9. Sosyal ilişkilerinizden ve arkadaşlıklarınızdan ne derece memnunsunuz?					
A10. Cinsel hayatınız sizi memnun ediyor mu?					
A11. İşiniz, okulunuz ve ev işleri ile ilgili aktivitelerinizden ne derece memnunsunuz?					
A12. Vücudunuzun görüntüsü sizi ne derece memnun etmekte?					
A13. Egzersiz için harcadığınız zaman sizi ne derece memnun ediyor?					
A14. Boş zamanlarınız sizi ne derece memnun ediyor?					
A15. Genel olarak yaşantınızdan ne derece memnunsunuz?					

EK-2 Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL) Devamı 1

• Tedavinin psikolojik etkisi

Sorular	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
B1. Diyabetinizin tedavisi nedeniyle ne sıklıkla ağrı hissediyorsunuz?					
B2. Toplum içinde diyabetli olarak yaşıyor olmanız sizi ne sıklıkla sıkıntıya sokuyor?					
B3. Kan şekeriniz ne sıklıkta düşüyor?					
B4. Kendinizi ne sıklıkta fiziksel olarak hasta hissediyorsunuz?					
B5. Diyabetiniz aile yaşantınızda ne sıklıkta problem yaratıyor?					
B6. Ne sıklıkta gece kâbus görüyorsunuz?					
B7. Diyabetinizin sosyal ilişkilerinizi ve arkadaşlıklarınızı ne sıklıkta sınırladığını hissediyorsunuz?					
B8. Ne sıklıkta kendinizi iyi hissediyorsunuz?					
B9. Ne sıklıkta diyetiniz nedeniyle sınırlandığınızı hissediyorsunuz?					
B10. Diyabetiniz sizi araba veya herhangi bir makine (mikser, matkap vb) kullanmaktan ne sıklıkta alıkoymuyor?					
B11. Diyabetiniz egzersiz yapmanıza ne sıklıkta engel oluyor?					
B12. Diyabetiniz nedeniyle işinizi, okulunuzu veya ev işlerinizi ne sıklıkta aksatıyorsunuz?					
B13. Diyabetli olmanızın ne anlama geldiğini hangi sıklıkta açıklamak zorunda kalıyorsunuz?					
B14. Boş vakitlerdeki aktivitelerinize diyabetiniz ne sıklıkta engel olmakta?					
B15. Başkaları ile diyabetiniz hakkında ne sıklıkta konuşuyorsunuz?					
B16. Diyabetli olduğunuz ne sıklıkta ima ediliyor?					
B17. Diyabetiniz nedeniyle tuvalete diğerlerinden fazla gittiğinizi ne sıklıkta fark ediyorsunuz?					
B18. Birine diyabetli olduğunuzu söylemek yerine yememeniz gereken bir yiyeceği ne sıklıkta yemek durumunda kalıyorsunuz?					
B19. İnsülinin neden olabileceği problemleri (şeker düşmesi, insülini yaptığınız yerlerde meydana gelebilecek iğne izleri gibi) başkalarından ne sıklıkta saklıyorsunuz?					

EK-2 Diyabet Yaşam Kalitesi Anketi (DQOL) Devamı 2

Şeker hastalığını gelecekteki seyri/ etkileri hakkında duyulan kaygı/endişe

Sorular	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
C1. Her an bayılabileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
C2. Vücudunuzun diyabetli olduğunuz için farklı görüldüğü konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
C3. Diyabetinizin oluşturabileceği komplikasyonları (yan etkileri) düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
C4. Diyabetiniz olduğu için başkalarının sizinle birlikte olmak istemeyeceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					

•Sosyal ve mesleki kaygı endişe

Sorular	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
D1. Evlenip evlenemeyeceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
D2. Çocuğunuzun olup olmayacağı konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
D3. İstedığınız gibi bir işe sahip olmayabileceğiniz konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
D4. Sigorta talebinizin reddedilebileceği konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
D5. Eğitiminizi tamamlayıp tamamlayamayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
D6. İşinizi kaybedebileceğinizi düşünerek ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					
D7. Bir seyahate ya da tatile çıkıp çıkamayacağınız konusunda ne sıklıkta endişe duyuyorsunuz?					

EK-3 Tip II Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği

Sayın katılımcı, aşağıda Tip II diabetes mellitus (Şeker hastalığı) hastalığı konusunda çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeye vereceğiniz yanıt sizin genellikle inandıklarınızın, düşündüklerinizin göstergesi olmalıdır. Her bir ifade için, “Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kısmen Katılıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum” şıklarından, sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüzü işaretleyerek cevaplayınız. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır. Bu ölçekte “doğru” ya da “yanlış” cevap yoktur. Toplam 30 madde bulunmaktadır. Aşağıda yer alan ifadeleri cevaplamanız yaklaşık olarak 10-15 dk. sürecektir.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Kan şekerimi düzenli olarak ölçüp/ölçtürüp, takip ediyorum.					
Kendimi şeker hastası gibi hissetmiyorum. *					
Şeker haplarımı/insülinimi hiç aksatmadan kullanıyorum.					
Hayatımdaki üzüntü ve sıkıntılar geçince hastalığımın da tamamen iyileşeceğine inanıyorum. *					
Uzmanın önerdiği şekilde ve miktarda besleniyorum.					
Şeker hapları veya insülin kullanmaktansa diyet yaparak hastalığımı idare etmek istiyorum. *					
Kan şekerim yüksek olsa da bana bir şey olmaz diye düşünüyorum. *					
Doktor kontrollerimi önerilen sıklıkla düzenli olarak yaptırıyorum.					
Şeker hastası olduktan sonra hayatımda hiçbir değişiklik olmadı*					
Hasta olduktan sonra arkadaş ve akrabalarım daha çabuk kızıyor.*					
Ağızdan ilaç/insülin dozlarımı o gün yediğim yiyeceklere göre kendim ayarlarım.*					
Şeker hastalığının zorluklarından dolayı, eskisinden daha sinirli ve öfkeliyim *					

EK-3 Tip II Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği Devamı

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Şeker hastalığı ile ilgili bilgimi her fırsatta artırmaya çalışıyorum.					
Şeker hastası olduğum için daima geleceğimle ilgili karamsar düşüncelere sahibim.*					
Şeker hastası olduğumu herkese saklamadan rahatlıkla söyleyebilirim.					
Şeker hastası olduktan sonra bana zararlı olduğunu düşündüğüm alışkanlıklarımı bıraktım.					
Şekerimin düştüğünü hissedirim.					
Sağlık personeline güvenmiyorum, bana yararları yok*					
Önerildiği şekilde yazın ve kışın düzenli egzersiz yaparım.					
Başka insanlardan farklı beslenme ve ihtiyaçlarımın olmasına kızıyorum. *					
Bu hastalık neden beni buldu diye çok kızıyorum.*					
İlaç/insülin zamanım gelince gergin oluyorum. *					
Şeker hastalığının gerektirdiği her şeyi yaparak, bu hastalıkla rahatlıkla yaşayabilirim.					
Hastalığının keşke diyeti olmasaydı. *					
Şekerimin yükseldiğini hissedirim.					
Şeker hastası olduktan sonra ayak bakıma özel önem gösteriyorum.					
Egzersiz yapmamak için çoğunlukla bir bahanem vardır. *					
Hastalığıma katlanmak zorunda olmak beni üzüyor. *					
Kendimi, hastalığımla mücadele edebilecek güçte hissediyorum.					
Diyetime tam uyarsam şeker hastalığının geçeceğini düşünüyorum. *					

* Ters kodlama yapılacaktır.

EK-4 Tip II DM Tedavisinde Hasta Uyum Ölçeğinin Skor Hesaplama Yönergesi

Bu ölçek, “Tip II DM Tedavisinde Hasta Uyumunun” değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri ile geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konmuştur, ölçekten elde edilen puanlara göre, tedaviye uyumu etkileyen faktörlere rağmen, hastalar tedavi sürecinde yapması gerekenleri yapıyor, yapmaması gerekenleri yapmıyor ise tedaviye uyum iyidir yorumu yapılmaktadır,

Ölçek;

En az 1 yıllık Tip II diyabet hastalarına uygulanmaktadır.

Toplam 30 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek puanlamasında 5’li likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır.

Hastalar, ölçekte yer alan ifadeler için kendilerine göre en uygun olan seçeneği 5’li likert tipi ölçekte (Kesinlikle katılıyorum=1, Katılıyorum=2, Kısmen katılıyorum=3, Katılmıyorum=4 ve Kesinlikle katılmıyorum=5) işaretlemektedir.

Ölçekte 13 olumlu, 17 olumsuz tutum içeren madde bulunmaktadır. Puanlamada, olumlu maddeler (1, 3, 5, 8, 13, 15, 16, 17, 19, 23, 25, 26, 29) için puanlama 1 den 5’e doğru yapılmaktadır. Olumsuz ifadeler içeren maddeler (2, 4,6, 7, 9, 10, 11, 12,14, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 30) ters puanlanmaktadır (5’den 1’e doğru).

Ölçekten alınan en yüksek puan 150 en düşük puan 30’dur.

Ölçekte yer alan her bir maddenin puanlarının toplamı, ölçek toplam puanını oluşturmaktadır.

Toplam ölçek için düşük puan Tip II DM tedavisine hasta uyumun yüksek/iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçekten elde edilen puanların yorumlanmasında toplam ölçek puanları kullanılmaktadır; ölçek toplam puanlarının yorumlanmasında; %0-20’lik dilimde olan puanlar (30-54) “tedaviye uyum iyi”, %20-80’lik dilimde olan puanlar (55-125) “tedaviye uyum orta” ve %80-100’lik dilimde olan puanlar (126-150) “tedaviye uyum kötü” olarak yorumlanacaktır.

Ölçek 7 alt boyuttan oluşmaktadır.

29, 24, 30, 21, 23, 25, 14,12 ve 11. maddeler birinci faktörü, 27, 13, 7, 16, 3, 9 ve 8. maddeler ikinci faktörü, 20, 28 ve 5. maddeler üçüncü faktörü, 18, 22 ve 10. maddeler dördüncü faktörü, 17, 26,15 ve 1. maddeler beşinci faktörü, 31 ve 6 maddeler altıncı faktörü, 4 ve 2. maddeler ise yedinci faktörü oluşturmaktadır.

1. Faktör: Tutum ve duygusal etmenler, 2. Faktör: Bilgi ve kişisel faktörler, 3. Faktör: Yaşam tarzı değişikliği, 4. Faktör: Öfke duyguları, 5. Faktör: Uyuma uygun duygu ve davranışlar, 6. Faktör: Diyet pazarlığı ve 7. Faktör: İnkâr duygusu şeklinde isimlendirilmiştir.

Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanın düşük olması, bireyin tedavi sürecinde olumlu ve beklenen davranışları gösterdiğini belirtmektedir. Puanın yüksek olması bireyin tedavisine uyumsuz olduğunu ve beklenen duygu ve davranışları gösteremediği anlaşılmaktadır.



EK-5 Tip II Diabetes Mellitus Tedavisine Hasta Uyum Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek kullanımı hakkında



Gelen Kutusu x



ayla demirtas <ayserdemir@yahoo.com>

24 May 2017 Çar 17:11



Alıcı: ben

Merhabalar Sibel Hanım,

"Tip 2 DM Tedavisinde Hasta Uyum ölçeğini" çalışmalarınızda kullanmak istediğinizi belirten mailinizi aldım. Ölçeğin kullanılmasına müsade ediyor ve çalışmalarınızda başarılar diliyorum. Çalışmanızda ölçeğin kullanımı ile ilgili İhtiyacınız olan konularda beni aramaktan çekinmeyin lütfen. Kolay gelsin. Medet hocamıza'da saygı ve selamlarımı sunuyorum.



EK-6 Diyabetli Hasta Tanılama Formu Kullanım İzni



sibel korkmaz <sibellimkorkmaz@gmail.com>

29 May 2017 Pzt 09:37



Alıcı: Selda

Günaydınlar hocam

Ben sizden diyabetli hastalarda kullanmak için tanılama formunu istiyorum. İzin verirseniz çok sevinirim ve form da tubes ulaşımı var sizden bu tanılama formunu e mail atmanızı rica ediyorum

Saygılarımla



Yrd. Doç. Dr. Selda ÇELİK <selda.celik@sbu.edu.tr>

30 May 2017 Sal 20:21



Alıcı: ben

Merhaba ,

Ekte gönderiyorum, kolay gelsin



EK-7 Etik Kurul Karar Formu

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	18.08.2017
	Araştırmanın Türü	Anket çalışması
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2017/05	Karar No: 05	Tarih: 28.09.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyostatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Mtiyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X		X	Katılmadı
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

EK-8 Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Klinik Araştırma Uygulama İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep
Eğitim - Arge Birimi
08/02/2018 14:57 - 65587614 / 774.99 / 40



00062472116

Sayı : 65587614-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni
Sibel KORKMAZ

Sayın: SİBEL KORKMAZ
SANKO Üniversitesi
İncili Pınar Mah. Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36
27090 Şehitkamil/GAZİANTEP

İlgi : 19.12.2017 tarihli ve 58753899 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazı ile Müdürlüğümüze bağlı Şehitkamil Devlet Hastanesi'nde "Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi", konulu bilimsel araştırma ile ilgili anket çalışması yapma talebiniz başvuru dosyanızın incelenmesi sonucunda; araştırmayı bizzat yapmanız, araştırma sonuçlarının Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığımıza bildirilmesi ve başkanlığımızdan izin alınmadan yayınlanmaması kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

e-İmzalıdır.
Mehmet Ali ASLAN
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı V.

EKLER:

-Resmi Yazı (2 Sayfa)

Kayaönü Mh. 42035 Nolu Sk. Şehitkamil, Gaziantep

Faks No:0 (342) 220 93 34

e-Posta:ayfer.ozmuscevik@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e386a7ff-9822-4b91-a515-40f0301245de kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için:Ayfer ÖZMÜŞ ÇEVİK

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 342 338 26 00

EK-8 Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Klinik Araştırma Uygulama İzni Devam 1

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

Tarih ve Sayı: 05.02.2018/01

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi:

Sibel KORKMAZ

Çalışma Adları :

**- Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi
(Şehitkamil Devlet Hastanesi)**

Komisyon Kararı:

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile çalışmanın belirtilen sağlık tesisinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Uzm. Dr. Davut Vecdî ERSÖZ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

ÜYE

Gökhan KURT
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkan V.

ÜYE

Mehmet Emin BINDAL
İlaç, Tıbbi Cihaz ve Sağlık
Hizmetleri Başkanı

07.02/2018

OLUR

Doç. Dr. Abdulkadir TURGUT
İl Sağlık Müdürü

EK-8 Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Klinik Araştırma Uygulama İzni Devam 2

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü ile Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Şhitkâmil Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Doç. Dr. Medet KORKMAZ ve Hem. Sibel KORKMAZ

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir. Çalışma başlangıç günü 1. Gün kabul edilerek her 90 günün sonucunda çalışmanın yapıldığı hastanenin Eğitim-Arge birimine ara rapor sunulacaktır. Bu raporun sunulmaması halinde protokol hükümsüz kalacak ve çalışmanın devam ettirilmesine izin verilmeyecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinde de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 105 gün (üç buçuk ay) süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç 01.01.2018 /Bitiş 15.04.2018
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

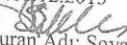
Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Gaziantep ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve ceza müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Tarih: 18.12.2015

İmza: 
Başvuran Adı: Soyadı:
Hem Sibel KORKMAZ

OLUR
07.02.2018
Doç. Dr. Abdulkadir Turgut
İl Sağlık Müdürü

Doç. Dr. Medet KORKMAZ
Doç. Dr. Medet KORKMAZ
Sanko Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

EK-9 İntihal Raporu

 SANKO UNİVERSİTESİ	T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU	TEZ FORM 2b
---	--	--

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Sibel Anabilim Dalı : Hemşirelik
Soyadı : KORKMAZ Programı : Hemşirelik Tezli (İç Hast. Hem.)
Öğrenci No : 161101013 Statüsü : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Doç. Dr. Medet KORKMAZ
Tez Adı : Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	8	27/08/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	7	23/10/2018

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 51 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %7'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve dizin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri
23/10/2018

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.
*Rapordaki verilerde gerçek bir intihal tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-10 Özgeçmiş

Sibel KORKMAZ

Tel:0544 564 12 63

Adres: Kilis İl Sağlık Müdürlüğü Musabeyli İlçe Entegre Devlet Hastanesi



Doğum Tarihi : 07.08.1990

Doğum Yeri : Mersin/ Tarsus

Uyruğu : T.C.

Medeni Hali : Bekâr

Eğitim Durumu :

2009 – 2013 Bitlis Eren Üniversitesi

Sağlık Yüksek Okulu

2005-2009– Tarsus Cumhuriyet Lisesi

Fen Bilimleri

Yabancı Diller : İngilizce

Okuma-Yazma orta seviyede, konuşma orta seviyede

Deneyimler :

2013 Ağustos- Aralık: Özel Ömer Sayar Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi Cerrahi servisi ve Yenidoğan servisi

2014 Ocak : Kilis İl Sağlık Müdürlüğü Musabeyli Toplum Sağlığı Merkezi Tayin ile İş Başlama

2014 Ocak-2015 Ocak: Kilis Beşiriye Suriyeli Misafirlerin Konaklama Konteynır Kentinde bulunan Acil Servisinde

2015 Ocak ve halen: Musabeyli Toplum Sağlığı Merkezi Sağlık Bakanlığının ilgili mevzuat düzenlemeleri ile 2016 yılında Musabeyli İlçe Entegre Devlet Hastanesine Dönüştürülmüştür. Halende orda çalışmaktayım.

Katıldığı Kurslar:

2014 – 2008 Kilis İl Sağlık Müdürlüğü

-Üreme Sağlığı Eğitimi

- Anne ve Bebek Sağlığı Eğitimi

-Aşı Takip Sistemi Eğitimi

-Bulaşıcı Hastalıklar "Hasta Doğrudan Gözetim" Eğitimi

-UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi) Eğitimi

2017-..

British Town Dil Merkezi

İngilizce Dil Kursu (halen devam)

2013

Özel Ömer Sayar Hastanesi

Kurum İçi Hizmet Eğitimleri (Resüsitasyonlu hasta müdahale ve Akreditasyon kapsamı Eğitimler)

Bilgisayar Bilgisi : * Microsoft Windows

* Word – Excel

* SPSS

İlgilenilen Alanlar: Resim, Sinema, Müzik, Yüzme, Puzzle, Kickbox

