



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DİYABETES MELLİTUS TANISI OLAN HASTALARIN YAŞAM
DOYUMLARININ VE KRONİK HASTALIĞA UYUM DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. İbrahim KELEŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA-2021



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DIYABETES MELLİTUS TANISI OLAN HASTALARIN YAŞAM
DOYUMLARININ VE KRONİK HASTALIĞA UYUM DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Dr. İbrahim KELEŞ
ORCID ID: 0000-0002-4543-1758**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA-2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ- AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Epidemiyoloji	3
2.1.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus	4
2.1.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus	4
2.2. Tanı	6
3. MATERYAL VE METOD.....	9
3.1. Araştırmanın Evreni	9
3.2. Veri Toplama Araçları	9
3.3. Araştırmanın Veri Analizi.....	9
4. BULGULAR.....	11
5. TARTIŞMA	21
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	24
KAYNAKLAR	25
EKLER.....	28
EK-1. Etik Kurul Kararı	28

TEŞEKKÜR

Şükrünü hakkıyla eda edemediğim bunca nimeti bahşeden Rabbime hamd ve senalar olsun.

Eğitim ve tez sürecinde desteklerini her zaman hissettiğim değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik'e,

Bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim değerli hocam sayın Doç. Dr. Engin Burak Selçuk'a,

Tecde Aile Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki mesai arkadaşlarıma,

Hiçbir zaman, her türlü desteklerini esirgemeyen sevgili eşim ve aileme,

Teşekkür ediyorum...

ÖZET

Diyabetes Mellitus Tanısı Olan Hastaların Yaşam Doyumlarının Ve Kronik Hastalığa Uyum Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Diyabetes Mellitus (DM); beslenme ve yaşam stilimizdeki değişiklikler nedeniyle son yüzyılın sık görülen kronik hastalıkları arasındadır. Ülkemizde geniş katılımlı Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEPII) çalışmalarında 20 yaş üzeri diyabet prevalansı %13,7 olarak bildirilmiştir (1). Her geçen gün yeni vakaların eklendiği DM hastalığı toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Özellikle kronik hastalık varlığı bireylerin yaşam kalitesini bozabilmektedir. Bu çalışmada da DM tanısı olan hastaların kronik hastalığa uyum durumlarını ve mevcut hastalıklarının yaşam doyumlarını nasıl etkilediği değerlendirilmektedir.

Materyal ve Metot: Kesitsel olarak planlanan çalışmada yürütücüler tarafından literatür baz alınarak oluşturulmuş Sosyodemografik Veri Formu ile Yaşam Doyum Ölçeği ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği kullanıldı. Malatya Yeşilyurt Tecde Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı Diyabetes Mellitus hastaları içinden çalışmaya katılmayı kabul edenlere uygulandı. Veriler SPSS 22 programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması $67,0 \pm 10,5$ olan toplam 172 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 109'u (%63,4) kadın, 63'ü (%36,6) ise erkektir. Kadınların yaş ortalaması $66,9 \pm 11,2$ iken erkeklerin yaş ortalaması ise $69,8 \pm 8,8$ olarak bulunmuştur. Hastaların en fazla oranda ev hanımı olduğu (%58,7) ve en fazla oranda birden fazla oral antidiyabetik (OAD) kullandığı (%43) görülmüştür. Hastaların 156'sı (%90,7) düzenli ilaç kullanırken, 127'si (%73,8) düzenli hekim kontrolüne gittiği bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalıklar uyum ölçeği toplam puan ortalaması $83,7 \pm 10,5$ olarak, yaşam doyumu ölçeği ortancası ise 15 (13-17) olarak bulunmuştur. Düzenli ilaç kullananların düzenli hekim kontrolüne gitme oranı, düzenli ilaç kullanmayanların düzenli hekime gitme oranından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p < 0,001$). Düzenli hekim kontrolüne gidenlerin beslenmeye dikkat etme oranı, düzenli hekim kontrolüne gitmeyenlerin beslenmeye dikkat etme oranından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p = 0,001$). Düzenli ilaç kullananların fiziksel uyum alt boyut puanı, düzenli ilaç kullanmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p = 0,001$). Düzenli hekim kontrolüne gidenlerin her üç alt boyut puanları gitmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p < 0,001$, $p = 0,021$, $p = 0,001$). Erkeklerin yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan, kadınlarınkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p = 0,004$).

Çalışmamızda hastaların çoğunun oral antidiyabetik ilaç kullandığı, düzenli ilaç kullananların yaşam doyumlarının daha iyi olduğu, düzenli hekim kontrollerini aksatmadıkları, fiziksel uyum puanlarının daha iyi olduğu tespit edildi. Erkeklerin yaşam doyumlarının kadınlardan daha iyi olduğu bulundu. Bu veriler ışığında, kendi nüfusumuzdaki Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların, düzenli ilaç kullanmaları ve iyi iletişim tekniklerini kullanarak düzenli hekim kontrollerine gelmeleri sağlanarak, yaşam doyumlarının artırılacağı ve hastalığa uyumlarının daha kolay olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes Mellitus, Kronik Hastalık Uyum, Yaşam Doyumu

ABSTRACT

Evaluation of Life Satisfaction of Patients Diagnosed to Have Diabetes Mellitus and Their Adaptation to Chronic Disease

Objective: Diabetes Mellitus (DM); It is among the most common chronic diseases of the last century due to changes in our diet and lifestyle. In our country, the prevalence of diabetes over the age of 20 has been reported as 13.7% in the Turkey Diabetes Epidemiology Study (TURDEPII) having been carried out on a large population (1). DM disease, to which new cases are added every day, is regarded as a public health problem. Especially the presence of the chronic disease can impair the quality of life of individuals. In this study, how the patients diagnosed with DM adapt to chronic disease and how their current diseases affect their life satisfaction are evaluated

Materials and Methods: In the study, planned as a cross-sectional study, the Socio-demographic Data Form, which was created by the coordinators on the basis of the literature, and the Scale of Satisfaction with Life and the Scale of Adjustment to Chronic Diseases are used. The study was carried out on those who accepted to participate in the study, who are registered as patients with Diabetes Mellitus in Malatya Yeşilyurt Tecde Family Health Center. The data have been evaluated by using the SPSS 22 program.

Results: A total of 172 patients with an average age of 67.0 ± 10.5 were included in the study. Of those patients, 109 (63.4%) are female and 63 (36.6%) are male. While the average age of women is 66.9 ± 11.2 , the average age of men is 69.8 ± 8.8 . It is observed that the patients are housewives at the highest rate (58.7%) and that they use more than one oral antidiabetic (OAD) at the highest rate (43%). It is found that 156 (90.7%) of the patients use regular medication, while 127 (73.8%) of them get regular physician control.

The total average score of the chronic diseases adjustment scale of the patients having participated in the study is seen as 83.7 ± 10.5 , and the median of the life satisfaction scale is seen as 15 (13-17). The rate of those who have regular physician control and use regular medication is found to be significantly higher than the rate of those who see doctors regularly but do not use regular medication ($p < 0.001$). The rate of those who pay attention to their nutrition and who get regular doctor control is found to be significantly higher than the rate of those who pay attention to their nutrition but who do not get regular doctor control ($p = 0.001$). The physical adjustment sub-dimension score of those who regularly use drugs is found to be significantly higher than those who do not use drugs regularly ($p = 0.001$). All three sub-dimension scores of those who get regular physician control are found to be significantly higher than those who do not ($p < 0.001$, $p = 0.021$, $p = 0.001$, respectively). Men's scores on the life satisfaction scale are found to be significantly higher than the women's ($p = 0.004$). In our study, it is found that most of the patients use oral anti-diabetic drugs, and that those who use drugs regularly have better life satisfaction, and they do not interrupt their regular physician check-ups, and their physical adjustment scores are better. In addition, it is found that men are found to have better life satisfaction than women. In the light of these data, by having the patients diagnosed with Diabetes Mellitus in our population use regular medications and get regular physician controls through the good communication techniques, we think that their life satisfaction will be increased and their adaptation to the disease will be easier.

Key Words: Diabetes Mellitus, Adaptation to Chronic Disease, Life Satisfaction

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	: Amerikan Diyabet Derneği
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
APG	: Açlık Plazma Glukozu
BAG	: Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
CEL	: <i>Carboxyl Ester Lipase</i>
DM	: <i>Diabetes Mellitus</i>
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
EKG	: Elektrokardiyografi
GDM	: <i>Gestasyonel Diabetes Mellitus</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KH	: Karbonhidrat
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
PG	: Plazma Glukozu
SPSS	: <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YRG	: Yüksek Risk Grubu
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 4.1. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ile yaş ilişkisi.....	20
Şekil 4.2. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ile yaşam doyumu ölçeği toplam puan ilişkisi	20



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğerk bozukluklarında tanı kriterleri*	3
Tablo 2.2. Diyabetes Mellitusun Etiyolojik Sınıflaması	5
Tablo 2.3. Glukoz Metabolizması Bozukluğunun Tanı Kriterleri	6
Tablo 4.1. Hastaların demografik ve DM ile ilgili özellikleri.....	11
Tablo 4.2. Hastaların “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğı”ne verdikleri cevaplar.....	12
Tablo 4.3. Hastaların “Yaşam Doyumu Ölçeğı”ne verdikleri cevaplar	13
Tablo 4.4. Hastaların “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğı” ve “Yaşam Doyumu Ölçeğı”nden aldıkları skorlar	14
Tablo 4.5. Düzenli ilaç kullanımı ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu	14
Tablo 4.6. Beslenmeye dikkat etme ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu.....	15
Tablo 4.7. Yaşın çeşitli parametrelere göre karşılaştırılması	16
Tablo 4.8. “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğı” alt boyutlarının demografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre karşılaştırılması	17
Tablo 4.9. “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğı” toplam puanının ve “Yaşam Doyumu Ölçeğı” toplam puanının demografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre karşılaştırılması	18
Tablo 4.10. Ölçek puanlarının yaş ile ilişkisi	19

1. GİRİŞ- AMAÇ

Diyabetes Mellitus (DM), pankreasta insülin üreten hücrelerden insülin üretiminde eksiklik ya da insülin yıkımında bozukluk nedeniyle, vücudumuzda karbonhidrat, yağ ve proteinlerin yeterince kullanılamadığı, kan şekeri yüksekliği ile seyreden kronik, ilerleyici bir metabolizma bozukluğudur (1). Özellikle son yıllarda görülme sıklığının artması ve meydana getirdiği komplikasyonların ilerleyici olması nedeniyle müdahale edilmesi gereken halk sağlığı problemidir. Sanayileşmedeki artış nedeniyle oluşan yaşam tarzı değişimleri ile tip 2 diyabet sıklığı daha da artmakta ve görülme yaşı daha da düşmektedir. Dünya genelinde diyabet tanısı alarak tedavi edilen vaka sayısı 2013 yılında 382 milyon iken, 2035 yılında 592 milyona ulaşacağı yani %55 oranında bir artış olacağı öngörülmektedir (2). Dünya genelinde ölüm nedenleri incelendiğinde, koroner arter hastalığı, nörolojik inme, alt solunum yolu infeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ishalli hastalıklar, AIDS ve solunum yolu neoplazileri gibi hastalıklardan sonra 8.sırada yer aldığı görülmektedir (3).

Kontrol altına alınmayan diyabetes mellitus, kan glukozunda yükselmeye yol açarak öncelikle kalp-damar sistemi, göz, böbrek, santral sinir sistemi gibi vücudun bütün hayati sistemlerini etkileyen komplikasyonlara hatta ölüme neden olabilir. 2013 yılında 5.1 milyon insanın diyabet ve komplikasyonları nedeniyle tüm dünyada hayatını kaybettiği bildirilmiştir (1). Literatürü incelediğimizde Türkiye’de daha tanı konulmamış çok fazla diyabet hastasının varlığını da düşünürsek karşımızdaki sorunun büyüklüğünü daha iyi anlayabiliriz. Diyabetin bireye ve ülkeye olan yükünü azaltmak için hastalığın ve oluşabilecek komplikasyonların mümkün olduğunca erken dönemde tanınması ve uygun şekilde tedavi edilmesi şarttır.

Dünya’da toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilen DM, hem bireysel hem de toplumsal olarak insan sağlığını olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini ciddi anlamda bozmakta ve ekonomik olarak yük getirmektedir. Bu nedenle DM ve komplikasyonlarını önlemek amacıyla, ülkelerin ulusal sağlık politika hedefleri içerisinde değerlendirilmesi oldukça önem arz etmektedir.

Bu çalışma da, DM tanısı olan hastaların, kronik hastalığa uyum durumlarını ve mevcut hastalıklarının yaşam doyumlarını nasıl etkilediğini değerlendirmek ve mevcut kılavuzlara bu konuda bilgi aktarmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Diyabetes Mellitus (DM), pankreasta insülin üreten hücrelerden insülin üretiminde eksiklik ya da insülin yıkımında bozukluk nedeniyle, vücudumuzda karbonhidrat, yağ ve proteinlerin yeterince kullanılamadığı, kan şekeri yüksekliği ile seyreden kronik, ilerleyici bir metabolizma bozukluğudur (1). Özellikle son yıllarda görülme sıklığının artması ve meydana getirdiği komplikasyonların ilerleyici olması nedeniyle müdahale edilmesi gereken halk sağlığı problemidir. Sanayileşmedeki artış nedeniyle oluşan yaşam tarzı değişimleri ile tip 2 diyabet sıklığı daha da artmakta ve görülme yaşı daha da düşmektedir. Dünya genelinde diyabet tanısı alarak tedavi edilen vaka sayısı 2013 yılında 382 milyon iken, 2035 yılında 592 milyona ulaşacağı yani %55 oranında bir artış olacağı öngörülmektedir (2). Dünya genelinde ölüm nedenleri incelendiğinde, koroner arter hastalığı, nörolojik inme, alt solunum yolu infeksiyonları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, ishalli hastalıklar, AIDS ve solunum yolu neoplazileri gibi hastalıklardan sonra 8.sırada yer aldığı görülmektedir (3).

Amerikan Diyabet Derneği (ADA) diyabet ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarının tanı ve sınıflamasını 1997 yılında yayımladı. Ardından 1999'da Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bu kriterleri kabul ederek kullanılmasını önerdi. Şu anki bilgilerimize göre açlık kan şekeri (AKŞ) 126 mg/dl ve üzerinde, herhangi bir andaki kan şekeri değeri 200 mg/dl ve üzerinde ise beraberinde diyabet semptomları varsa veya OGTT 2. saat kan şekeri 200 mg/dl üzerindeki değerlerde diyabet tanısı konulmaktadır. HbA1C $\geq$ %6.5 üzerindeki değerlerde yurtdışında diyabet tanısı koymada yeterli iken ülkemizde kabul görmemektedir. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri tablo 2.1 de verilmiştir.

Tablo 2.1. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri* (1)

	Aşık DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG+ BGT	YRG
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 Plazma Glukozu	≥200 mg/dl + Diyabet septomları	-	-	-	-
A1C**	≥%6.5 (≥48 mmol/mol)	-	-	-	%5.7-6.4 (39-47 mmol/mol)

*Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz veya heksokinaz yöntemi ile 'mg/dl' olarak ölçülür. 'Aşık DM' tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken 'İzole BAG', 'İzole BGT' ve 'BAG + BGT' için her iki kriterin bulunması şarttır. **Standardize metodlarla ölçülmelidir. DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1C: Glükosillenmiş hemoglobin A1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu (impaired fasting glucose), BGT: Bozulmuş glukoz toleransı (impaired glucose tolerance), YRG: Yüksek risk grubu

2.1. Epidemiyoloji

Tüm dünyada, gittikçe sıklığı artan DM, önemli bir toplum sağlığı sorunu halinde görülmekte ve her geçen gün sayısı artarak pandemi haline dönüşmektedir. Özellikle genetiğin rol oynadığı Tip 1 DM, ek olarak yaşam tarzındaki değişiklikler, sedanter yaşam tarzının yaygınlaşması ve beslenme alışkanlıklarının değişerek fastfood tarzının kabul edilmesi nedeniyle Tip 2 DM sıklığı da artmaktadır. Uluslararası Diyabet Fedarasyonu 2019 yılında 463 milyon DM hastası olduğunu bildirdi ve 2045 yılında bu sayının 700 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (4)

Diyabetes Mellitus sıklığı obezite, sağlıksız beslenme, daha az yapılan fiziksel aktivite ve ortaya çıkan kronik ek hastalıklar, nedeniyle yaşla birlikte artmaktadır. Ayrıca DM komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranının yüksek olması nedeniyle mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir. 2016 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı Küresel Diyabet Raporu'nda DM prevalansının %8.5'e yükseldiği rapor edilmiştir (5). 1998'de TURDEP-1 (Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması) çalışmasında DM prevelansı 6.7 bulunmuş ve 2010 yılında yapılan TURDEP -2 çalışmasında prevelans 13.7 e yükselmiştir. Yaklaşık 12 yılda neredeyse iki kat artmış

bir DM prevalansı ile karşılaşmıştır (6). Türk toplumunda DM yaygın görülmesinin sebepleri olarak; tedavinin ve yaşam tarzı değişikliğinin hastaya tam olarak anlatılamaması veya bireylerin nasıl beslenmesi gerektiğini algılayamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sanayileşme ve kentsel hayatın getirdiği yaşam tarzı değişiklikleri ve beslenme alışkanlığının değişikliği nedeniyle özellikle tip 2 DM sıklığı her geçen gün artmaktadır. 2013 yılı ile kıyaslandığında 2035 yılında dünyadaki DM hasta sayısının %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (7). Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association, ADA)'ne göre; Diabetes Mellitus; tip 1 diabetes mellitus, tip 2 diabetes mellitus, gestasyonel diabetes mellitus ve diğer spesifik tipler olmak üzere dört ana tipte sınıflandırılır (8). Tip 1 ve 2 diyabetes mellitusun klinik olarak başlama süresi ve semptomların oluş şekli standart değildir.

2.1.1. Tip 1 Diyabetes Mellitus

İnsuline bağımlı diyabet olarak bilinen bu form, çocukluk çağında başlayan pankreasın beta hücrelerindeki hasar nedeniyle insülin üretilmemesi durumudur. Hastaların %90'ında otoimmün β -hücre yıkımı söz konusudur. Tüm diyabet vakaları içinde prevalansı %5.0-10.0 civarındadır (9). En sık görülen semptomları ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, susama hissi, sık acıkma, ani kilo kaybı ve enürezis sayılabilir (10). Ortaya çıkış şekli çocuk ve gençlerde akut hiperglisemi veya diyabetik ketoasidoz (DKA) ile başladığı söylenebilir.

2.1.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus

Tüm DM vakalarının %90 nını oluşturan bu formu erişkin ya da geç başlangıçlı olarak kabul edilir. Patofizyolojisinde, bozulmuş insülin sekresyonu veya oluşan insülin direnci nedeniyle meydana gelir. Tip 2 diyabetin erişkinlerde hafif ve nispeten yavaş seyirli olarak başladığı kabul edilir ve semptomları tip 1 diyabete benzerdir (10). Tablo 2.2 de Diyabetes Mellitusun etyolojik sınıflaması yer almaktadır.

Tablo 2.2. Diyabetes Mellitusun Etiyolojik Sınıflaması (1)

I. Tip 1 Diyabet; Vücutta insülin üretimi yapan pankreas beta hücrelerinde yıkım olmuştur.	
II. Tip 2 Diyabet; Vücutta insülin vardır ancak yeterli salınımı ve kullanımında defekt vardır.	
III. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM); gebelik öncesinde herhangi bir diyabet tanısı olmayan kadının gebelik ile birlikte başlayan diyabet kliniği yakınmalarıyla tanının netleştirilmesidir.	
IV. Diğer spesifik diyabet tipleri	E. İlaç veya kimyasal ajanlar
A. Beta hücrelerde oluşan genetik defekt	• Psikoz tedavisi ilaçlarından atipik olanlar • Antiviral ilaçlar • Beta adrenerjik agonistler • Diazoksid • Fenitoin • Alfa-İnterferon • Pentamidin • Nikotinik asit • Tiyazid grubu diüretikler • Glukokortikoid ve türevleri • Proteaz inhibitörleri • Tiroid hormonu • Statin gibi hiperlipidemikler • Transplantasyon yapılan bireyde doku reddini önlemek için kullanılan ilaçlar
• MODY1 (20. Kromozom defekti) • MODY2 (7. Kromozom defekti) • MODY3 (12. Kromozom defekti) • MODY4 (13. Kromozom defekti) • MODY5 (17. Kromozom defekti) • MODY6 (2. Kromozom defekti) • MODY7 (2. Kromozom defekti) • MODY8 (9. Kromozom defekti) • MODY9 (7. Kromozom defekti) • MODY10 (11. Kromozom defekti) • MODY11 (8. Kromozom defekti) • MODY12 (11. Kromozom defekti) • MODY13 (11. Kromozom defekti) • MODY14 (3. Kromozom defekti) • Diğerleri	
B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler	F. Nadir diyabet formları
• Rabson-Mendenhall sendromu • Tip A insülin direnci • Diğerleri	Anti-insülin reseptörü antikoru
C. Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları	G. Diyabetle ilişkili genetik sendromlar
• Kanserler • Pankreatitis • Fibrokalkülöz pankreatopati • Hemokromatozis • Pankreas travması • Kistik fibrozis • Diğerleri	• Laurence-Moon-Biedl sendromu • Alström sendromu • Wolfram DIDMOAD sendromu • Klinefelter sendromu • Down sendromu • Ataksi (Friedreich tipi) • Prader-Willi sendromu • Huntington korea • Miyotonik distrofi • Porfiria • Turner sendromu • Diğerleri
D. Endokrinopatiler	H. Enfeksiyonlar
• Akromegali • Glukagonoma • Aldosteronoma • Hipertiroidi • Cushing sendromu • Feokromositoma • Somatostatinoma • Diğerleri	Kabakulak, Adeno virüs, Konj. Rubella Sitomegalovirüs enfeksiyonları

DIDMOAD sendromu (Wolfram sendromu): Diabetes insipidus, diabetes mellitus, optik atrofi ve sağırılık ile seyreden sendrom.

2.2. Tanı

Diyabette kan glukozunun normal seviyelerde tutulması, oluşabilecek makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar ile kardiyovasküler risk faktörlerini kontrol altına almaya yardımcı olacaktır. Ancak uygun tedavi yöntemleri ile kontrol altına alınmazsa uzun dönem komplikasyonların ilerlemesi hızlanır. Bu nedenle, diyabetin iyi kontrol altına alınması ve hasta eğitimi ile bireyin kan şekeri kontrolünü geliştirmesi amaçlanmalıdır. Diyabet ve glukoz metabolizmasının diğer bozuklukları için güncel tanı kriterleri Tablo 2.3’de görülmektedir.

Tablo 2.3. Glukoz Metabolizması Bozukluğunun Tanı Kriterleri (1)

	Aşık DM	İzole BAG	İzole BGT	BAG + BGT	YRG
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 Plazma Glukozu	≥200 mg/dl + Diyabet semptomları	-	-	-	-
A1C**	≥%6.5 (≥48 mmol/mol)	-	-	-	%5.7-6.4 (39-47 mmol/mol)

*Kan glukozu venöz plazmada glukoz oksidaz veya heksokinaz yöntemi ile 'mg/dl' olarak ölçülür. 'Aşık DM' tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken 'İzole BAG', 'İzole BGT' ve 'BAG + BGT' için her iki kriterin bulunması şarttır. **Standardize metodlarla ölçülmelidir. DM: Diabetes mellitus, APG: Açlık plazma glukozu, 2.st PG: 2. saat plazma glukozu, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, A1C: Glikozillenmiş hemoglobin A1c, BAG: Bozulmuş açlık glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı, YRG: Yüksek risk grubu

Diyabet tanısı koymak için kesin veya şüpheli semptom varlığında açlık kan şekeri ölçümü yada herhangi bir anda kan şekeri ölçümü ile tanı konulmaktadır. Ülkemizde kullanılsa da yurt dışında HbA1C tetkiki ile de tanı konulabilmektedir. Eğer başlangıçta iki farklı test uygulanmış ancak sonuçlar birbiri ile uyumsuz ise, sonucu eşik değerin üstünde çıkan test tekrarlanmalıdır. Ancak sonuç bir önceki ile aynı şekilde tespit edilirse diyabet tanısı konulmalıdır. Tam olarak tanı konulamayan durumlarda ise Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) uygulanarak DM tanısı netleştirilmelidir. OGTT 8 saatlik açlık sonrası 75 gr glukoz ile yapılan bir testtir. (1).

Rutin olarak her kontrolde hastanın; tansiyon takibi, EKG, idrar tetkikleri yapılmalıdır. Bu tetkiklere ek olarak 3 ila 6 ay aralarla HbA1C, yılda bir kez lipid paneli, karaciğer enzimleri ve 24 saatlik idrar tetkiki ile geniş kapsamlı komplikasyon

taraması yapılmalıdır. Özellikle, diyabete bağlı oluşabilecek komplikasyonları, diyabetik retinopati, nefropati, nöropati ve diyabetik ayak gelişimini önlemek için düzenli kontroller yapılmalıdır. (1)

Diyabet tedavisinde en önemli basamaklardan birisi hasta uyumudur. Bu nedenle hasta eğitimleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve hastanın eğitim sonrasında tam olarak anlayıp anlamadığı teyit edilmelidir. Beceri gerektiren uygulamalar olan kan şekeri ölçümü, insülin uygulama gibi uygulamalar eğitimci gözetiminde birkaç kez tekrar ettirilmelidir. Verilecek eğitimin, donanımlı bir eğitim hemşiresi tarafından verilmesi sağlanmalıdır.

Eğitimlerde;

- Beslenme düzeni ve neleri nasıl yemesi gerektiğini,
- Sporu ne zaman yapacağını, öncesinde ve sonrasında uyulması gerekenleri,
- Lüzumu halinde insülin ve glukagon uygulaması yapmayı,
- Evde kendi kendine kan şekeri takibi yapmayı ve tedavi düzenlemeyi,
- Ek hastalık oluşması durumunda kan şekerini nasıl düzenleyebileceğini ve sağlık ekibine ulaşması gereken zamanı,
- Oluşabilecek makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlardan korunmayı,
- Diyabete bağlı yaşayacağı anksiyete ve psikolojik sıkıntılarla baş etmeyi,
- Düzenli ayak bakımı yapmayı,
- Doğurgan yaştaki diyabetli kadınların doğum kontrol yöntemlerini uygulama ve gebelik döneminde kan şekeri kontrolünü bilmesi gerektiği anlatılır.

Tip 1 ve tip 2 diyabetli tüm hastalara diş ve diş eti hastalıkları hakkında bilgi verilmeli ve yılda bir diş hekimi kontrolü önerilmelidir. Ayrıca tüm diyabetli hastalara aşı uygulamaları ve zamanlaması konusunda bilgi verilmelidir (1).

Kronik hastalıklar, bireyin alışmasının zor olduğu sürekli ve ilerleyici hastalıklardır. Bireyin bu durumu kabullenmesi, verilen tedaviye uyumunu artırmaktadır. Kronik hastalıklara uyum oldukça önemli kavramdır. Kronik hastalıklara uyum, hastanın davranışının ilaç kullanma, gerekli diyeti uygulama veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini yapma gibi klinik önerilere uyma düzeyidir (12). Özellikle kronik hastalık yaşanması durumunda bireyin beden imajı ve yaşam biçimindeki bozulma,

kronik hastalıkların yönetimini, fizyolojik ve psiko-sosyal problemlerin yönetimini etkileyebilmektedir (13).

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği: Kronik hastalığın şikayetleri, komplikasyonları ve yaşadığı psikososyolojik değişiklikler, kişide stres yaratabilir ve adaptasyon kapasitesini bozabilir. Bu amaçla 2016 yılında Atik ve Karatepe tarafından Kronik Hastalık Uyum ölçeği geliştirilmiştir. 25 maddelik ölçeğin fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 125'tir. Alt ölçeklerden ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir (14). Üç alt boyutlu ve 25 maddeli olan ölçekte; 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler fiziksel uyumu; (maksimum 55, minimum 11 puan), 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), sosyal uyumu; 4., 6., 8., 11., 12., 20., 21. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), psikolojik uyumu ölçmektedir. Puanlama yapılırken 1., 2., 3., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 13., 14., 15., 16., 18., 21., 22., 23. maddeler normal sırası ile 5., 6., 12., 17., 19., 20., 24., 25. maddeler tersten yani 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde puanlanmaktadır.

Yaşam Doyumu Ölçeği: Diener ve ark tarafından 1985 yılında geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirliği 2016 yılında Dağlı ve Baysal tarafından yapılmıştır. Diener ve ark geliştirdikleri ölçek beş maddeden ve 7'li likert tipinde (1: Kesinlikle Katılmıyorum – 7: Tamamen Katılıyorum) ölçektir. 1991 yılında Köker (1991) tarafından Türkçeye uyarlanmış ölçeğin bazı sorularının Türk yaşantısına uygun olmadığı düşünülerek 7'li derecelendirme 5' li likert (1: Kesinlikle Katılmıyorum – 5: Tamamen Katılıyorum) olarak değiştirilmiştir. 2016 yılında Dağlı ve Baysal tarafından Türkçeye modifiye edilen ölçek tekrar analiz edilmiş ve 5' li likert olarak bulunan formun toplumumuza uygun olduğu ve geçerli bir ölçek olduğu bildirilmiştir (15).

Diyabet yönetiminde başarılı olmak için hastaların ilaç tedavisine uymaları ve hayat stilini değiştirmeleri sağlanmalıdır (15).

Bu çalışmada da, diyabetes mellitus tanısı olan hastaların kronik hastalığa uyum durumlarını ve mevcut hastalıklarının yaşam doyumlarını nasıl etkilediği değerlendirilmektedir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini, Tecde Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı diyabetes mellitus tanısı olan hastalar oluşturmaktadır. Kesitsel olarak planlanan çalışmada, literatür incelenerek son hali verilen ankette sosyodemografik veri formu ile Yaşam Doyum Ölçeği ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanılmıştır. Güç analizi ile örneklem büyüklüğü; Tip I. hata oranı (alfa) 0,05 ve testin gücünü gösteren beta 0,8, etki büyüklüğü 0,22 alternatif hipotez (H1) iki yönlü iken bu test kullanılarak anlamlı bir fark bulunabilmesi için toplanması gereken minimum örneklem büyüklüğü 166 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya, Mart-Aralık 2020 döneminde, Malatya Yeşilyurt Tecde Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı diyabetes mellitus tanısı olan 172 gönüllü katılmıştır. 18.02.2020 tarihinde İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Yayın Etiği Kurulu (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)'ndan 2020/4-427 numaralı etik kurul onayı (EK-1) alınarak çalışmaya başlanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Tüm çalışmaya katılan katılımcılara sosyodemografik veri formu, kronik hastalıklar uyum ölçeği ve yaşam doyumu ölçeği hasta onamları alındıktan sonra bire bir görüşülerek dolduruldu. Çalışmamıza, diyabetes mellitus tanısı olan ve Tecde Aile Sağlığı Merkezinde takipli olan hastalar dahil edildi.

3.3. Araştırmanın Veri Analizi

Çalışmanın verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket uygulama programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler ile kategorik verilerde n ve yüzde değerleri, sürekli verilerde ise ortalama ve standart sapma ($\text{Ort} \pm \text{SS}$) ve medyan interquartile range değerleri kullanılmıştır. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-kare ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin genel dağılıma uygunluğu ve normal dağılım uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İkili grupların kıyaslanmasında normal dağılımın uygunluğu student t-testi, normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney U-testi ile değerlendirilmiştir. İki'den fazla grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerde One Way ANOVA testi,

normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında normal dağılım gösterenlerde Pearson korelasyon testi, anormal dağılım gösterenlerde de Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Analizlerde istatistiksel olarak anlamlılık düzeylerinde $p < 0,05$ ve üzerindeki değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması $67,0 \pm 10,5$ olan toplam 172 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 109'u (%63,4) kadın, 63'ü (%36,6) ise erkektir. Kadınların yaş ortalaması $66,9 \pm 11,2$ iken erkeklerin yaş ortalaması ise $69,8 \pm 8,8$ olarak bulunmuştur. Cinsiyetler arasında yaş açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,087$). Hastaların en fazla oranda ev hanımı olduğu (%58,7) ve en fazla oranda birden fazla OAD kullandığı (%43) görülmüştür. Hastaların 156'sı (%90,7) düzenli ilaç kullanırken 127'sinin (%73,8) düzenli hekim kontrolüne gittiği bulunmuştur. Katılımcıların 94'ü (%54,7) yürüyüş ve spor yapmıyor iken, 80'i (%46,5) beslenmesine dikkat ediyor (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların demografik ve DM ile ilgili özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	109	63,4
	Erkek	63	36,6
Meslek	Emekli	53	30,8
	Ev hanımı	101	58,7
	Memur	8	4,7
	İşçi	1	,6
	Serbest Meslek	9	5,2
Kaç yıldır DM hastasıdır	0-5 yıl	33	19,2
	5 yıl 1 gün- 10 yıl	56	32,6
	10 yıl 1 gün ve üzeri	83	48,3
Hangi ilacı kullanıyorsunuz	Tek OAD	70	40,7
	Birden fazla OAD	74	43,0
	İnsülin	2	1,2
	İnsülin+OAD	26	15,1
Düzenli ilaç	Evet	156	90,7
	Hayır	16	9,3
Düzenli hekim	Evet	127	73,8
	Hayır	45	26,2
Günlük spor yapma durumu	Yürüyüş ve spor yapmıyorum	94	54,7
	En az yarım saat olacak şekilde yürüyorum	74	43,0
	En az yarım saat olacak şekilde orta tempolu spor yapıyorum	1	,6
	Haftada en az 3 gün olacak şekilde yürüyüş veya orta tempolu spor yapıyorum	3	1,7
Beslenmeye dikkat etme durumu	Evet	80	46,5
	Hayır	51	29,7
	Fikrim yok	41	23,8

Hastaların “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği”ne verdikleri cevaplar Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği”ne verdikleri cevaplar

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.	1 (,6)	11 (6,4)	4 (2,3)	91 (52,9)	65 (37,8)
Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.	61 (35,5)	79 (45,9)	14 (8,1)	15 (8,7)	3 (1,7)
Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.	20 (11,6)	62 (36,0)	35 (20,3)	55 (32,0)	0 (,0)
Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.	21 (12,2)	49 (28,5)	15 (8,7)	64 (37,2)	23 (13,4)
Hastalığımın dolayısıyla aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.	14 (8,1)	40 (23,3)	23 (13,4)	42 (24,4)	53 (30,8)
Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.	10 (5,8)	33 (19,2)	35 (20,3)	51 (29,7)	43 (25,0)
Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.	29 (16,9)	46 (26,7)	21 (12,2)	58 (33,7)	18 (10,5)
Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.	26 (15,1)	28 (16,3)	47 (27,3)	54 (31,4)	17 (9,9)
Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.	21 (12,2)	39 (22,7)	68 (39,5)	38 (22,1)	6 (3,5)
Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.	7 (4,1)	11 (6,4)	17 (9,9)	115 (66,9)	22 (12,8)
Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.	8 (4,7)	14 (8,1)	34 (19,8)	83 (48,3)	33 (19,2)
Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.	26 (15,1)	41 (23,8)	20 (11,6)	60 (34,9)	25 (14,5)
Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.	13 (7,6)	27 (15,7)	6 (3,5)	70 (40,7)	56 (32,6)
Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.	15 (8,7)	24 (14,0)	7 (4,1)	47 (27,3)	79 (45,9)
Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.	30 (17,4)	49 (28,5)	33 (19,2)	54 (31,4)	6 (3,5)
Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.	51 (29,7)	78 (45,3)	18 (10,5)	22 (12,8)	3 (1,7)
Hastalığımın dolayısıyla arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.	5 (2,9)	26 (15,1)	30 (17,4)	67 (39,0)	44 (25,6)

Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.	15 (8,7)	24 (14,0)	11 (6,4)	75 (43,6)	47 (27,3)
Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.	11 (6,4)	15 (8,7)	10 (5,8)	53 (30,8)	83 (48,3)
Hasta olmak beni endişelendiriyor.	22 (12,8)	51 (29,7)	23 (13,4)	51 (29,7)	25 (14,5)
Sağlık çalışanlarına güveniyorum.	1 (,6)	5 (2,9)	9 (5,2)	53 (30,8)	104 (60,5)
Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.	8 (4,7)	25 (14,5)	66 (38,4)	63 (36,6)	10 (5,8)
Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.	9 (5,2)	31 (18,0)	65 (37,8)	59 (34,3)	8 (4,7)
Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.	7 (4,1)	19 (11,0)	12 (7,0)	58 (33,7)	76 (44,2)
Hastalığımдан dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.	7 (4,1)	40 (23,3)	24 (14,0)	53 (30,8)	48 (27,9)

Hastaların “Yasam Doyumu Ölçeği”ne verdikleri cevaplar Tablo 4.3’te verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların “Yasam Doyumu Ölçeği”ne verdikleri cevaplar

	Hiç Katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Orta düzeyde katılıyorum	Büyük oranda katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.	16 (9,3)	23 (13,4)	93 (54,1)	33 (19,2)	7 (4,1)
Yasam koşullarım mükemmeldir.	11 (6,4)	20 (11,6)	106 (61,6)	31 (18,0)	4 (2,3)
Yaşamımdan memnunum.	10 (5,8)	17 (9,9)	85 (49,4)	53 (30,8)	7 (4,1)
Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.	25 (14,5)	20 (11,6)	88 (51,2)	32 (18,6)	7 (4,1)
Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	41 (23,8)	31 (18,0)	45 (26,2)	19 (11,0)	36 (20,9)

Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalıklar uyum ölçeği toplam puan ortalaması $83,7 \pm 10,5$ olarak, yaşam doyumu ölçeği ortancası ise 15 (13-17) olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği” ve “Yasam Doyumu Ölçeği”nden aldıkları skorlar

		Ortanca	IQR
Kronik Hastalıklar Uyum Ölçeği	Fiziksel uyum alt boyutu	38,0*	34,0-41,0
	Sosyal uyum alt boyutu	23,0*	19,5-26,0
	Psikolojik uyum alt boyutu	24,0*	21,0-27,0
	Toplam puan, Ort±SS	83,7**	10,5
Yasam Doyumu Ölçeği	Doyum toplam	15,0*	13,0-17,0

*Normal dağılım göstermediği için Ortanca (IQR), **Normal dağılım gösterdiği için Ort±SS şeklinde gösterilmiştir.

Düzenli ilaç kullananların düzenli hekim kontrolüne gitme oranı, düzenli ilaç kullanmayanların düzenli hekime gitme oranından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p<0,001$). Düzenli ilaç kullanma durumu ile cinsiyet, meslek, DM hastalığı süresi, günlük spor yapma durumu ve beslenmeye dikkat etme durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Düzenli ilaç kullanımı ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu

		Düzenli ilaç kullanma durumu				p *
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	100	64,1	9	56,3	0,535
	Erkek	56	35,9	7	43,8	
Meslek	Emekli	49	31,4	4	25,0	0,205
	Ev hanımı	92	59,0	9	56,3	
	Memur	8	5,1	0	,0	
	İşçi	1	,6	0	,0	
	Serbest Meslek	6	3,8	3	18,8	
Kaç yıldır DM hastasısınız	0-5 yıl	31	19,9	2	12,5	0,758
	5 yıl 1 gün- 10 yıl	50	32,1	6	37,5	
	10 yıl 1 gün ve üzeri	75	48,1	8	50,0	
Düzenli hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	122	78,2	5	31,3	<0,001
	Hayır	34	21,8	11	68,8	
Günlük spor yapma durumu	Var	72	46,2	6	37,5	0,508
	Yok	84	53,8	10	62,5	
Beslenmeye dikkat etme durumu	Evet	74	47,4	6	37,5	0,704
	Hayır	45	28,8	6	37,5	
	Fikrim yok	37	23,7	4	25,0	

*Kikare analizi yapılmıştır.

Düzenli hekim kontrolüne gidenlerin beslenmeye dikkat etme oranı düzenli hekim kontrolüne gitmeyenlerin beslenmeye dikkat etme oranından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,001$). Düzenli hekim kontrolüne gitme durumu ile cinsiyet, meslek, DM hastalığı süresi ve günlük spor yapma durumu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Beslenmeye dikkat etme ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu

		Düzenli hekim kontrolüne gitme durumu				p *
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	82	64,6	27	60,0	0,585
	Erkek	45	35,4	18	40,0	
Meslek	Emekli	41	32,3	12	26,7	0,681
	Ev hanımı	74	58,3	27	60,0	
	Memur	6	4,7	2	4,4	
	İşçi	1	,8	0	,0	
	Serbest Meslek	5	3,9	4	8,9	
Kaç yıldır DM hastası sınız	0-5 yıl	26	20,5	7	15,6	0,766
	5 yıl 1 gün- 10 yıl	41	32,3	15	33,3	
	10 yıl 1 gün ve üzeri	60	47,2	23	51,1	
Günlük spor yapma durumu	Var	63	49,6	15	33,3	0,06
	Yok	64	50,4	30	66,7	
Beslenmeye dikkat etme durumu	Evet	68	53,5	12	26,7	0,001
	Hayır	28	22,0	23	51,1	
	Fikrim yok	31	24,4	10	22,2	

*Kikare analizi yapılmıştır.

Günlük spor yapanların yaş ortalaması, yapmayanlardan anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,004$). Beslenmeye dikkat etme durumu arasında yaş açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,011$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Yaşın çeşitli parametrelere göre karşılaştırılması

		Yaş	
		Ort±SS	p
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	62,1±10,4	0,582*
	Hayır	60,6±11,4	
Düzenli hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	61,5±10,2	0,298*
	Hayır	63,4±11,2	
Günlük spor yapma durumu	Var	59,5±8,9	0,004*
	Yok	64,1±11,2	
Beslenmeye dikkat etme durumu	Evet	61,2±9,9 ^{a,b}	0,011**
	Hayır	65,5±10,1 ^a	
	Fikrim yok	59,2±11,1 ^b	

*Student t testi, **One Way ANOVA testi uygulanmıştır.

Erkeklerin sosyal uyum alt boyutundan aldıkları puan, kadınlarınkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,012$). Meslek grupları arasında, fiziksel uyum alt boyut puanı açısından, anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,005$). Kullanılan ilaç arasında psikolojik uyum alt boyut puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,028$). Düzenli ilaç kullananların fiziksel uyum alt boyut puanı, düzenli ilaç kullanmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Düzenli hekim kontrolüne gidenlerin her üç alt boyut puanları, gitmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,021$, $p=0,001$). Günlük spor yapanların her üç alt boyut puanları yapmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,002$, $p<0,001$, $p=0,01$). Beslenmeye dikkat etme durumu arasında fiziksel ve psikolojik alt boyut açısından anlamlı farklılık görülmüştür (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,021$)(Tablo 4.8).

Tablo 4.8. “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği” alt boyutlarının demografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre karşılaştırılması

		Fiziksel Uyum		Sosyal Uyum		Psikolojik Uyum	
		Ortanca (IQR)	p	Ortanca (IQR)	p	Ortanca (IQR)	p
Cinsiyet	Kadın	37 (34-41)	0,347*	22 (19-25)	0,012*	24 (21-27)	0,384*
	Erkek	39 (34-42)		24 (21-26)		25 (22-27)	
Meslek	Emekli	39 (34-42)	0,005**	23 (21-26)	0,057**	25 (22-27)	0,768**
	Ev hanımı	37 (34-41)		22 (19-25)		24 (21-27)	
	Memur	45 (39,5-47)		26 (24-27,5)		25 (21-26,5)	
	İşçi	28 (28-28)		22 (22-22)		26 (26-26)	
	Serbest Meslek	34 (33-39)		24 (21-24)		23 (22-25)	
Kaç yıldır DM hastasıdır	0-5 yıl	38 (36-41)	0,456**	23 (21-26)	0,759**	24 (22-26)	0,647**
	5 yıl 1 gün-10 yıl	37 (33,5-41)		23 (19-25)		25 (21,5-27)	
	10 yıl 1 gün ve üzeri	38 (33-41)		23 (19-26)		24 (20-27)	
	Tek OAD	37 (32-40)		23 (19-25)		24 (22-27)	
Kullanılan ilaç	Birden fazla OAD	38 (35-41)	0,216**	24 (21-26)	0,092**	25 (22-26)	0,028**
	İnsülin	36 (33-39)		23,5 (21-26)		20 (20-20)	
	İnsülin+OAD	38,5 (35-41)		21 (19-24)		21,5 (19-26)	
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	38 (34,5-41)	0,001*	23 (19,5-26)	0,554*	24,5 (21-27)	0,173*
	Hayır	34 (29-36)		24 (20-26)		22,5 (21,5-25)	
Düzenli hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	40 (36-42)	<0,001*	23 (20-26)	0,021*	25 (22-27)	0,001*
	Hayır	35 (31-37)		22 (17-24)		23 (20-25)	
Günlük spor yapma durumu	Var	39 (36-42)	0,002*	24 (22-27)	<0,001*	25 (22-27)	0,01*
	Yok	36,5 (32-40)		21,5 (18-24)		24 (20-26)	
Beslenmeye dikkat etme durumu	Evet	39 (36-42)	<0,001**	23 (20-26)	0,578**	25,5 (22-27)	0,021**
	Hayır	35 (31-38)		22 (18-26)		23 (20-25)	
	Fikrim yok	38 (35-41)		24 (20-26)		24 (21-27)	

*Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. IQR: İnterquartile Range

Erkeklerin yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puan kadınlarınkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,004$). Meslek grupları arasında kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ve yaşam doyumu ölçeği puan açısından anlamlı farklılık görülmüştür (sırasıyla $p=0,025$, $p=0,014$). Düzenli hekim kontrolüne gidenlerin kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı, gitmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Günlük spor yapanların kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı ve yaşam doyumu ölçeği puanı yapmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,002$). Beslenmeye dikkat etme durumu arasında kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı açısından, anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. “Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği” toplam puanının ve “Yaşam Doyumu Ölçeği” toplam puanının demografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre karşılaştırılması

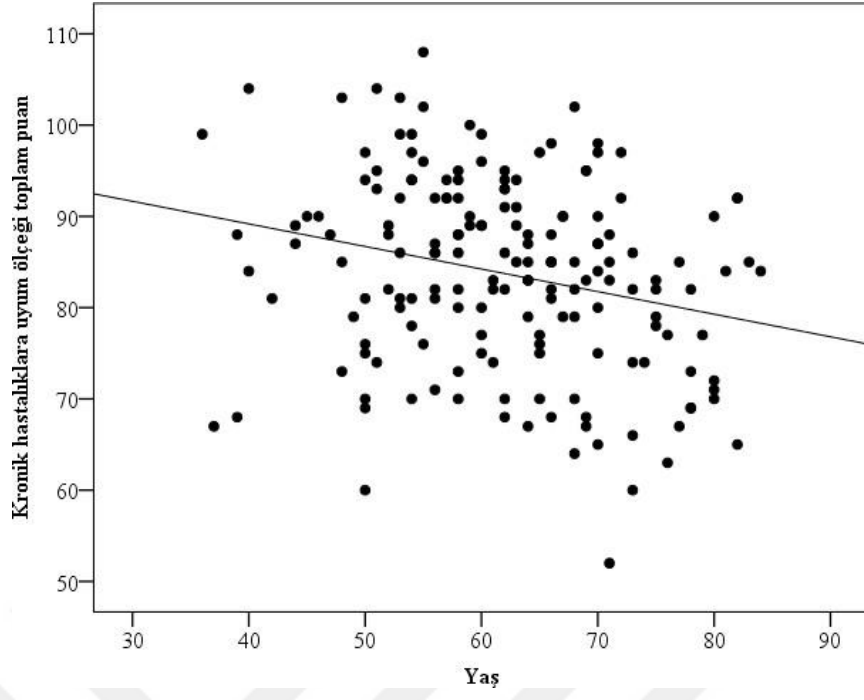
		Toplam Uyum		Toplam Doyum	
		Ort±SS	p	Ortanca (IQR)	p
Cinsiyet	Kadın	82,7±10,1	0,083*	14 (12-17)	0,004**
	Erkek	85,6±10,9		15 (14-19)	
Meslek	Emekli	85,2±11,5	0,025***	15 (13-19)	0,014****
	Ev hanımı	82,5±9,9		14 (13-17)	
	Memur	93,8±9,2		16,5 (15-19)	
	İşçi	76,0±-		5 (5-5)	
	Serbest Meslek	80,8±5,8		15 (15-17)	
Kaç yıldır DM hastasıınız	0-5 yıl	85,1±9,7	0,701***	15 (13-17)	0,157*****
	5 yıl 1 gün- 10 yıl	83,6±10,6		14 (12-15,5)	
	10 yıl 1 gün ve üzeri	83,3±10,8		15 (13-18)	
Kullanılan ilaç	Tek OAD	82,6±10,9	0,087***	14,5 (13-17)	0,152*****
	Birden fazla OAD	86,0±9,2		15 (14-19)	
	İnsülin	79,5±,7		15,5 (15-16)	
	İnsülin+OAD	80,8±12,2		14 (11-17)	
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	84,2±10,5	0,058*	15 (13-17)	0,832**
	Hayır	79,0±9,5		14,5 (13-18)	
Düzenli hekim kontrolüne gitme durumu	Evet	86,1±9,8	<0,001*	15 (13-17)	0,420**
	Hayır	77,0±9,4		14 (13-17)	
Günlük spor yapma durumu	Var	87,5±9,4	<0,001*	15 (14-18)	0,002**
	Yok	80,6±10,4		14 (13-16)	
Beslenmeye dikkat etme durumu	Evet	86,1±9,7	<0,001***	15 (13,5-17)	0,846****
	Hayır	79,0±10,8		15 (12-17)	
	Fikrim yok	85,0±9,7		15 (13-18)	

*Student t testi ** Mann Whitney U testi, *** One Way ANOVA testi ****Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. IQR: İnterquartile Range

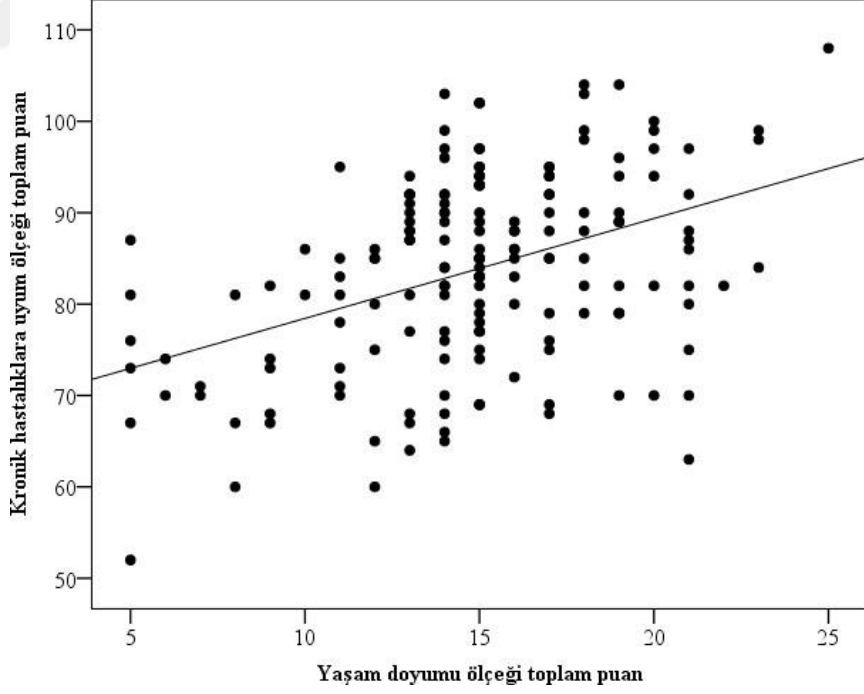
Yaş ile kronik hastalıklara uyum ölçeği alt boyutları ve toplam puan arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Fiziksel uyum ile sosyal uyum, psikolojik uyum, kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı ve yaşam doyumu ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Sosyal uyum ile psikolojik uyum, kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı ve yaşam doyumu ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Psikolojik uyum ile kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı ile yaşam doyumu ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 4.10, Şekil 4.1 ve 4.2).

Tablo 4.10. Ölçek puanlarının yaş ile ilişkisi

		Yaş	Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam uyum
Fiziksel uyum	r	-,238				
	p	,002				
Sosyal uyum	r	-,194	,431			
	p	,011	,000			
Psikolojik uyum	r	-,159	,368	,389		
	p	,037	,000	,000		
Toplam uyum	r	-,247	,803	,781	,709	
	p	,001	,000	,000	,000	
Toplam doyum	r	,062	,356	,363	,118	,362
	p	,420	,000	,000	,124	,000



Şekil 4.1. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ile yaş ilişkisi



Şekil 4.2. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puan ile yaşam doyumu ölçeği toplam puan ilişkisi

5. TARTIŞMA

Diyabetes Mellitus, ilk tanı aldığı andan itibaren uyum sağlanması ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasının zor olduğu hastalık gruplarından birisidir. Uyum sağlanması zor olduğundan da mortalitesi ve morbiditesi yüksek hastalıklardandır. Bu nedenle uyum sağlayamayan hastaların yaşam doyumları da azalmaktadır. Bu çalışmada da, DM tanısı olan hastaların kronik hastalığa uyum durumlarını ve yaşam doyumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Dünya genelinde her geçen gün sayıları artan Diyabet hastalığı ortalama 40-59 yaş aralığında görülmektedir (17). Karakurt ve ark yapmış olduğu çalışmada çalışmaya katılanların %30'u 50-59 yaş aralığında ve %66'sı kadın olarak bulunmuş. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde %63'ü kadın idi. Yaş ortalamamız literatürden farklı olarak bulunmuştur. Yaş ile birlikte diyabet prevalansının arttığı ve genel olarak her yaş grubunda kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (18). İslam ve ark çalışmasında, diyabet tanısı olan 35 yaşından küçük hastaların hastalıkları ile ilgili tutumlarının, 65 yaş üzeri hastalardan daha iyi olduğu bulunmuştur (19). Kartal ve ark çalışmasında ise yaştan hastalığı ile ilgili tutumla bir ilgisi olmadığı bulunmuştur (20).

Erdem'in kronik hastalığı olan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, katılımcıların %74 ünün düzenli hekim kontrolüne gittiği bulunmuştur (21). Özdemir ve ark, 2012 yılında yaptıkları çalışmada, düzenli hekim kontrolüne gitme oranları %56 olarak bulunmuştur (22). Çalışmamızda ise düzenli hekim kontrolüne gittiğini söyleyenlerin oranı %70 olarak bulunmuştur. Hastalarımızın yaş ortalamasının 65 yaş üzerinde olması ve genellikle boş vakitlerinin daha fazla olması ve aile hekimlerinin telkinleri nedeniyle kontrollerini aksatmamalarına bağlanabilir.

Diyabetes mellitus oldukça dinamik süreçleri olan komplikasyon ve morbiditesi hakkında hastaların bilinçlendirilmesi gereken hastalıklardandır. Hasta ve hasta yakınının evde kan şekeri takibi yapmasını ve çıkan kan şekeri değerine göre alacakları tedavi üzerinde karar verme yetisine sahip olması ve hipoglisemi, hiperglisemi durumunda ilk yapması gerekenleri iyi biliyor olması gerekmektedir (23). Çalışmamızda, diyabet tanısı olan hastalarımızın yaklaşık yarısının evde kendi kendilerine kan şekeri takibi yaptıkları bulunmuştur. Bu da hastalarımızın yaşları gereği

uzun zamandır kan şekeri takibi yaptıkları için hastalığa ve takibine uyum sağlamalarına bağlanabilir.

Diyabetes mellitus, hastaların tüm yaşam alanlarında değişiklik yapmasını gerektiren bir hastalıktır. Bu nedenle hastaların, tanı anında hastalığını kabullenerek, hastalığına uyum sağlaması oldukça önem arz etmektedir. Ancak literatürde diyabetli hastalarda tanı süresi ile kronik hastalıklarına uyum arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (24). Çalışmamızda hastalarımızın kronik hastalık uyum ölçeklerine uyumlarının yüksek olması daha uzun süreli diyabet tanısı almalarına bağlanabilir. Tanı süresi uzadıkça hastaların hastalıklarını kabullenmeleri ve tedavi uyumlarının artması ve daha içselleştirmesi nedeniyle kronik hastalıklarına uyumlarının daha iyi olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde, kronik hastalıkların tedavisindeki başarının en önemli ayağını, eğitimlerin oluşturduğu bahsedilmektedir (25). Özellikle kronik hastalıklarda eğitim alan hastaların tedavi uyumlarının daha iyi olduğu görülmektedir (26). Yapılan çalışmalarda DM tanılı hastaların, hem hastalık hem de korunma konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmektedir (27, 28). Fakat 2013 yılında Dündar ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada ise, katılımcıların diyabet konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise katılımcıların sadece %7 si diyabet hastalığı ile ilgili hastanelerde verilen eğitimlere katıldığını belirtmiştir. Bu sayının literatürden oldukça düşük olması hastalarımızın ortalama yaşının 65 yaş üzeri bireyler olmasına ve okuma yazma durumlarının çok iyi olmamasına bağlanmıştır. Diyabetin ömür boyu sürececek bir hastalık olması ve eğitimin diyabet kontrolünde verilen tedavi kadar önemli olması nedeniyle hastaların düzenli olarak eğitim almaları konusunda farkındalıklarının oluşturulması sağlanmalıdır.

Literatürde yaş ilerledikçe hastaların diyabete karşı yönetimlerinin daha iyi olduğu ve psikososyal uyumlarının arttığı bilinmektedir (29). Çalışmamızda ise, hastaların yaklaşık yarısının evde kendi takiplerini yaptıkları, %90'ının düzenli ilaçlarını kullandıkları ve %73'ünün düzenli hekim kontrolüne gittiği tespit edilmiştir. Bu kadar yüksek oranlarda hastalarımızın düzenli ilaçlarını kullanmaları ve düzenli hekim kontrolüne gitmeleri hastalarımızın yaşları gereği hastalıklarını kabullendikleri ayrıca yaşam doyumlarının da yüksek çıkması nedeniyle daha uzun sağlıklı yaşamak istemelerine bağlı olabilir.

Tutum, bireyin yaşıyarak öğrendiği, süreklilik gerektiren, olumlu/olumsuz davranışları ifade eden bir kavramdır (16). Diyabet hastalarının hastalığını algılaması, hastalığına yönelik tutumlarını, hastalıkla baş etmelerini olumlu yönde etkileyecektir. Diyabete yönelik yanlış algı ve tutumlar hastanın hastalığını doğru yönetememesine ve sorunlarının çözümsüz olmasına ve mutsuzluk yaşamalarına neden olacaktır. Düzenli ilaç kullananların düzenli hekim kontrolüne gitme oranı, düzenli ilaç kullanmayanların düzenli hekime gitme oranından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur. Düzenli hekim kontrolüne gidenlerin beslenmeye dikkat etme oranı düzenli hekim kontrolüne gitmeyenlerin beslenmeye dikkat etme oranından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur. Özellikle sağlık sistemi ile ilk temas noktası olan aile hekimliği sisteminde hastalar üzerinde iyi bir tutum oluşturulursa, hastaların kendi hastalıklarının kontrolünü daha iyi yapacağı ve tedavilerinde daha başarı sağlanacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda erkeklerin sosyal uyum alt boyutundan aldıkları puan kadınlarınkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum daha gelenekçi ataerkil bir özelliğe sahip olan şehrimizde, erkeklerin daha fazla sosyal hayata katılması, kadınların daha çok ev ve çocuk ile ilgili işlerle uğraşması nedeniyle daha fazla sosyalleşememesine bağlanmıştır.

Çalışmamızda düzenli hekim kontrolüne gidenlerin kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı, gitmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Günlük spor yapanların kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı ve yaşam doyumu ölçeği puanı, yapmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Beslenmeye dikkat etme durumu arasında kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Kronik hastalığa uyumun hastanın çoğu aktivite ve günlük rutininde ne kadar etkili olduğu çalışmamızda da görülmüştür. Bu verilere bakılarak kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına uyumlarının sağlanarak yaşam doyumlarının artırılabilirliğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Diyabetes Mellitus tanısı olan hastaların kronik hastalıklarına uyumunu ve yaşam doyumunu araştırdığımız çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı, düzenli doktor kontrolüne gittikleri ve hastalığa uyumuna ilişkin herhangi bir sorunları olmadığı bulundu. Ancak yaşam doyumlarını araştırdığımız ölçekteki sorulara verilen yanıtlara bakıldığında yarıdan biraz fazla katılımcıların yaşam doyumlarının yetersiz olduğu bulundu. Bu veriler ışığında özellikle kırılganlığın daha fazla olduğu ve fiziksel aktivite olarak kısıtlı bir hayat süren bireylerin yaşam doyumlarını artıracak bir yaşam tarzının oturtulabilmesi için hasta ile birlikte günlük aktivite planı oluşturulmalı ve plana uyabilmeleri için motivasyonlarının artırılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği, Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu 2020 Ankara 14. Baskı
2. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 6th edition, 2013. <http://www.idf.org/diabetesatlas>.
3. World Health Organization. The top ten causes of death <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/#>
4. <https://www.diabetesatlas.org/en/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>.
5. World Health Organization. Global report on diabetes. World Health Organization; 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871> [Accessed: Mar 26, 2018].
6. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tutuncu Y, Sargın M, Dinccag N, Karsidag K, Kalaca S, Ozcan C, King H, The TURDEP Group. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results Of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care. 2002; 25 (9): 1551-1556.
7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017. Available from: https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/ [Accessed: Sep 16, 2020].
8. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2010; 33 (Suppl 1): S62-S69.
9. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care. 2019; 42 (Supplement 1): S13-S28.
10. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017. Available from: https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/ [Accessed: Sep 16, 2019].

11. Vatansever Ö, Ünsar S. Determination of medical treatment adherence, self-efficacy levels of patients with Scale development study: adaptation to chronic illness 141 Ort $\pm$ SS r p ACIS 106.08 $\pm$ 7.45 -0.77 0 PAIS-SR 39.87 $\pm$ 11.08 Table 10: Findings regarding Criterion Validity. essential hypertension and affecting factors. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2014; 5 (8): 66-74.
12. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111.
13. Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2016; (59): 1250-1262.
14. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26 (2): 79-92.
15. Tutum ve Tutum Ölçekleri. Available from: http://www.google.com.tr/#hl=tr&client=psy-ab&q=diyabet+ve+tutum+%C3%B6l%C3%A7ekleri&oq=diyabet+ve+tutum+alksagligi.med.ege.edu.tr/.../2003.../TutumOlcegiGelistirme_SK.pdf. (Erişim tarihi:11 Mart 2013)
16. Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler. Available from: http://www.tsn.org.tr/folders/file/Diyabet_2020_Sonuc_Dokumani.pdf (Erişim tarihi: 09 Ekim 2020).
17. Yıldız M, Küçükazman M. Hipertansiyon epidemiyolojisi. Güncel İç Hastalıkları Dergisi 2008, 1, 1-3; WHO, 2015.
18. Islam FMA, Chakrabarti R, Dirani M, Islam MT, Ormsby G, Wahab M, et al. Knowledge, Attitudes and Practice of Diabetes in Rural Bangladesh: The Bangladesh Population Based Diabetes and Eye Study (BPDES). PLoS One 2014; 9: e110368.
19. Kartal A, Çağırğan G, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2008; 7: 223-30.

20. Erdem E., Kaya, C., Sarı A., Özen, F., Aslan, M. S., Dilek, M. Akpolat, T. (2012). Hipertansiyon hastalarına ait kan basıncı takiplerinin ve tansiyon aletlerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6 (2), 81–85.
21. Özdemir Ö., Akyüz, A. ve Doruk, H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Medical Journal of Bakırköy*, 12(4), 195–201.
22. Uğur Altun B. Poliklinikte Diyabet Hasta Takibi *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010; 27 Suppl 1: 19-25).
23. İnkaya BV, Karadağ E. Tip 2 diyabetli bireylerin hastalıkları ve tedavilerine yönelik tutumlarını etkileyen faktörler. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi* 2011; 3: 1-8.
24. Malathy R, Narmadha MP, Ramesh S, Alvin Jose M, Dinesh Babu N. Effect of a diabetes counseling programme on knowledge, attitude and practice among diabetic patients in erode district of South India. *J Young Pharm* 2011; 3: 65-72.
25. Hartayu TS, Izham MM, Suryawati S. Improving of type 2 diabetic patients' knowledge, attitude and practice towards diabetes self-care by implementing community-based interactive approach-diabetes mellitus strategy. *BMC Research Notes* 2012; 5: 315-20.
26. Maina WK, Ndegwa ZM, Njenga EW, Muchemi EW. Knowledge, attitude and practices related to diabetes among community members in four provinces in Kenya: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J* 2010; 7: 2.
27. Foma MA, Saidu Y, Omoleke SA, Jafali J. Awareness of diabetes mellitus among diabetic patients in the Gambia: a strong case for health education and promotion. *BMC Public Health* 2013; 13: 1124-31.
28. Türten Kaymaz T, Akdemir N. Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum *Journal of Psychiatric Nursing* 2016; 7 (2): 61–67

EKLER

EK-1. Etik Kurul Kararı

