



**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DIYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLE DIYABETE
İLİŞKİN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Hemş. İlknur ÖRS

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Eylül 2016
BOLU**



**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DIYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLE DIYABETE
İLİŞKİN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Hemş. İlknur ÖRS

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA**

**Eylül 2016
BOLU**

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Yasemin YILDIRIM USTA*

(Hemşirelik Anabilim Dalı

Abant İzzet Baysal Üniversitesi)

Yrd. Doç.Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

(Hemşirelik Anabilim Dalı

Düzce Üniversitesi)

Yrd. Doç.Dr. Saadet CAN ÇİÇEK

(Hemşirelik Anabilim Dalı

Abant İzzet Baysal Üniversitesi)

07.09.2016

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, İlnur ÖRS'in Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof.Dr. Erol Ayaz

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

*Jüri Başkanı

*Tez Danışmanı

ÖZET

DIYABETLİ BİREYLERİN ÖZ-BAKIM GÜCÜ İLE DIYABETE İLİŞKİN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma, diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile diyabete ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemine; yapılan güç analizine göre 0.90 güç ve 0.05 tip I hata ile 89 hasta belirlenmiş olup 130 hasta alınmıştır. Veriler; Karaman Devlet Hastanesine Haziran–Kasım 2015 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından Hasta Bilgi Formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği ve Diyabet Tutum Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ise spearman2srho korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmaya alınan diyabetli bireylerin % 93,1'si Tip II diyabete sahip, %59,2'i 56 yaş ve üzeri, %57,7'si kadın, %83,1'inin evli olduğu, %73,8' sinin ilkokul mezunu, %63,8'sinin 6ay - 9 yıl süresince diyabet hastası olduğu, %53,1'inin OAD+insülin tedavisi gördüğü, %57,7'sinin birinci derece yakınlarında diyabet hastasının olduğu ve %56,2'sinin ise orta düzeyde tedaviye uyum sağladığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Diyabetli bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması $94,69 \pm 21,92$ olarak bulunmuştur. Birinci derece yakınlarında diyabet hastası olanlarda olmayanlara göre öz-bakım gücü anlamlı bir farklılık göstermektedir ($U=1602,500; p<0,05$). Birinci derece yakınlarında diyabet hastası bulunan hastalarda öz-bakım gücü ölçeği puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları diyabet tedavisine uyuma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($KW=9,892; p<0,05$). Tedaviye iyi uyum sağladığını düşünen hastaların öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yatma durumuna göre anlamlı bulunmuş olup ($U=798,500; p<0,05$) son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yatan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları daha düşüktür. Öz-bakım gücü puan ortalamaları sigara kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekle birlikte ($KW=16,140; p<0,05$) sigaraya bırakmış olan hastaların öz-bakım gücü puanları daha yüksek saptanmıştır. Egzersiz yapmayan katılımcıların öz-bakım gücü ölçeği puanları daha düşük olup öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları, egzersiz yapma durumuna göre ($KW=10,220; p<0,05$) anlamlı bir farklılık göstermektedir. Diyabetli bireylerin diyabet

tutum ölçeği puan ortalamaları $2,78 \pm 0,64$ olarak bulunmuştur. Alt gruplarda puan ortalaması en yüksek tip II diyabetin ciddiyeti alt grubunda (3,42), en düşük puan ortalaması ise özel eğitim gereksinimi alt grubunda (1,64) bulunmuştur. Tip I diyabetli bireylerin toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları ($3,36 \pm 0,66$) ve gestasyonel diyabetlilerin toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları ($3,45 \pm 0,01$) pozitif yönde olmasına karşın tip II diyabetli bireylerin toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalaması ($2,74 \pm 0,63$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları diyabet tedavisine uyumu iyi olanlarda ($2,97 \pm 0,59$), orta düzeyde olanlarda ($2,70 \pm 0,59$) ve uyumu kötü olanlarda ($2,22 \pm 1,00$) negatif yönde olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Öz-bakım gücü ile diyabet tutum ölçeği arasında ise negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki ($0,20 < r < 0,40$) ($r = -0.270$) saptanmıştır.

Sonuç olarak diyabetli bireylerin diyabet bakım ve tedavisine yönelik tutumların hastaların öz bakım düzeyi ile ilişkili olabileceği ve negatif tutumların öz-bakım aktivitelerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle diyabetli bireylere, öz-yönetim eğitimine göre planlanmış eğitim verilmesi ve sonrasında tutumlarının yeniden ölçülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Öz-bakım, Öz-bakım Gücü, Diyabet tutum

ABSTRACT

EVALUATION OF ASSOCIATION BETWEEN ATTITUDES REGARDING DIABETES AND SELF-CARE CAPABILITY OF DIABETIC INDIVIDUALS

This study was performed to evaluate the association between the attitudes regarding diabetes and self-care capabilities of diabetic individuals. According to power analysis, with 0.90 power and 0.05 type-I error 89 patients were sufficient for the study, 130 patients were recruited for the study. Data were gathered from patients attending Karaman Devlet Hastanesi between Haziran–Kasım 2015 who had Patient Data Sheet, Self-care capability scale and Diabetes attitudes scale by means of face-to-face interview. In analysis of the data, number, percent, mean and Standard deviation; Kruskal Wallis and Mann-Whitney U test to compare categorical variables, Spearman's rho correlation test to determine the association among the variables were performed. It has been determined that 93.1% of patients had type II diabetes, 59.2% were over 56 years old, 57.7% were female, 83.1% were married, 73.8% were graduated from elementary school, 63.8% had diabetes for 0-9 years, 53.1% received oral antidiabetic medications + insulin, 57.7% had diabetic primary relatives, 56.2% complied with treatment moderately. Mean score of Self-care capability of the diabetic patients was 94.69 ± 21.92 . Self-care capability was significantly different between persons who had and did not have primary relatives with diabetes ($U=1602,500$; $p<0,05$). Self-care capability scores were higher in persons who had diabetic patients among their primary relatives. Mean scores of self-care capability showed significant differences according to diabetes treatment ($KW=9,892$; $p<0,05$). Self-care capability scores were higher in patients who think that they comply with the treatment well. Self-care capability scores were determined to be significant according to hospitalization status during the last 1 year due to diabetes ($U=798,500$; $p<0,05$). Patients who 1 year had lower self-care capability scores. While Self-care capability mean scores showed significant differences according to smoking variable, ($KW=16,140$; $p<0,05$), patient who quit smoking had higher self-care capability scores. Participants who don't exercise had lower self-care capability scores. Mean self-care capability scores demonstrate significant difference according to exercise status ($KW=10,220$; $p<0,05$).

Diabetes attitudes scale means core was $2,78 \pm 0,64$ for diabetic subjects. Means core was highest in severity of diabetes subgroup (3,42), whereas it was lowest in sub group of special education requirement (1,64). Although total mean scores of diabetes attitudes of type-1 diabetic patients ($3,36 \pm 0,66$) and total means cores of diabetes attitudes of patients, total mean scores of diabetes attitudes of type II diabetes patients ($2,74 \pm 0,63$) was on negative side. Total mean scores of diabetes attitudes were on negative side in patients who complied treatments good ($2,97 \pm 0,59$), average ($2,70 \pm 0,59$) and bad ($2,22 \pm 1,00$), and the difference among them was significant ($p < 0,05$). There was a negative weak association between self-care capability and diabetes attitudes scale ($0,20 < r < 0,40$) ($r = -0,270$).

In conclusion, we think that attitudes of diabetic patients to diabetes care and treatment may be related to self-care level and negative attitudes may affect self-care activities. Thus, it is recommended that education planned according to self-care education should be delivered to diabetic individuals and after that attitudes should be re-evaluated.

KeyWords: Diabetes Mellitus, Self-care, Self-care capability, Diabetic Attitude

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde danışmanım olarak çalışmamın her aşamasında bilimsel desteği, önerileri, yapıcı ve olumlu yönde güdülemesiyle tezimi bitirmem de büyük katkılar sağlayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Yasemin Yıldırım Usta'ya,

Öğrenim hayatım boyunca bugünlere gelmemde emeği olan bütün hocalarıma,

Çalışmamın sürdürülmesinde beni destekleyerek yanımda olan beni motive eden hemşire arkadaşlarıma, dahiliye ve endokrinoloji polikliniğinde çalışan doktor ve hemşire arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve bu süreçte yardımlarını esirgemeyen tüm diyabet hastalarına,

Hayatımın her aşamasında beni yalnız bırakmayan, daima sabır ve anlayışla yanımda olan anneme, babama, kardeşime, benim her türlü kahrımı çeken, benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen eşime ve beni hayata bağlayan, yaşama sevincim, kızlarım İlay ve Simay'a çok teşekkür ederim.

İlknur Örs

İÇİNDEKİLER

• ONAY SAYFASI	ii
• ÖZET	iii
• ABSTRACT	v
• TEŞEKKÜR	vii
• İÇİNDEKİLER	viii
• TABLOLAR	xi
• SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv

1. GİRİŞ

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Diabetes Mellitus	3
2.1.1. Diabetes Mellitusun Epidemiyolojisi	3
2.1.2.Diabetes Mellitusun sınıflandırılması	5
2.1.2.1. Tip I Diyabetes Mellitus	6
2.1.2.2. Tip II Diyabetes Mellitus	7
2.1.2.3.Gestasyonel Diyabetes Mellitus	8
2.1.2.4. Diğer Spesifik Tipler	9
2.1.3. Diyabetes Mellitus Tanısı, Belirtileri ve Bulguları	9
2.1.4. Diyabetes Mellitus Etiyoloji ve Patogenezi	11
2.1.5. Diyabetes Mellitus Komplikasyonları	13
2.1.5.1. Diyabetes Mellitus Akut Komplikasyonları	13
2.1.5.2. DiyabetesMellitus Kronik Komplikasyonları	17
2.1.5.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar	17
2.1.5.2.2. Makrovasküler Komplikasyonlar	19
2.1.5.2.3. Diğer Komplikasyonlar	19
2.1.6. Diyabetes Mellitus Tedavisi ve Yönetimi	20
2.1.6.1. Medikal Tedavi	21
2.1.6.2. Cerrahi Tedavi	22
2.1.6.3. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)	23
2.1.6.4. Fiziksel Egzersiz	23

2.1.6.5. Diyabet Eğitimi	24
2.2. Öz-Bakım ve Öz-Bakım Gücü	26
2.2.1. Diyabet ve Öz-Bakım Gücü	28
2.3. Tutum ve Tutumun Davranışa Etkisi	29
2.3.1. Diyabetli Bireylerde Hastalığa İlişkin Tutum	31
2.3.2. Diyabet Eğitiminin Hasta Tutumuna Etkisi	33
2.3.3. Diyabet-Tutum İlişkisinde Hemşirenin ve Ailenin Rolü	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	36
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri	36
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	36
3.4. Araştırmanın Evreni	36
3.5. Araştırmanın Örneklemi	37
3.6. Araştırmanın sınırlılıkları	37
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.7.1. Bağımsız Değişkenler	37
3.7.2. Bağımlı Değişkenler	38
3.8. Veri Toplama Araçları	38
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	41
3.11. Araştırma planı	42
4. BULGULAR	
4.1. Diyabet Hastalarının Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulgular	43
4.2. Diyabet Hastalarının Öz-Bakım Gücüne İlişkin Görüşleriyle İlgili Bulgular	48
4.3. Diyabet Hastalarının Diyabet Tutum Ölçeğine İlişkin Görüşleriyle İlgili Bulgular	57

4.4.Diyabet Bakım Gücü ile Diyabet Tutum	75
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
5. TARTIŞMA	
5.1.Diyabet Hastalarının Demografik Ve	76
Hastalığa İlişkin Özellikleriyle İlgili Tartışma	
5.2. Diyabet Hastalarının Öz-Bakım Gücüne	78
İlişkin Bulguların Tartışılması	
5.3. Diyabet Hastalarının Diyabet Tutum Ölçeğine	81
İlişkin Görüşleriyle İlgili Bulguların Tartışılması	
5.4. Diyabet Hastalarının Öz-Bakım Gücü İle	84
Diyabet Tutumları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması	
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	85
7.KAYNAKLAR	87
8.EKLER	94
9.ÖZGEÇMİŞ	105

TABLÖLAR

Tablo 2.1.3.1. Diabetes mellitus ve glukoz metabolizmasının diğerk bozukluklarında tanı kriterleri	9
Tablo 3.11. 1Araştırma Planı	42
Tablo 4.1.1. Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri	44
Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılan kişilerin hastalığa ilişkin özellikleri	46
Tablo 4.1.3. Araştırmaya katılan kişilerin alışkanlıkları	47
Tablo 4.2.1. Öz -bakım gücü ölçeği madde ortalama ve standart sapmaları	48
Tablo 4.2.2. Diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamaları, ss ve min-max değerleri	49
Tablo 4.2.3.1. Diyabet tipine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	50
Tablo 4.2.3.2. Yaş gruplarına göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	50
Tablo 4.2.3.3. Cinsiyete göre öz-bakım gücü ölçeğinden Aldıkları puan ortalamaları	51
Tablo 4.2.3.4. Medeni duruma göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	51
Tablo 4.2.3.5. Eğitim duruma göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	51
Tablo 4.2.3.6. Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı olma duruma göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	52
Tablo 4.2.3.7. Mesleklere göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	52
Tablo 4.2.3.8. Gelir durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	52
Tablo 4.2.3.9. Hastaların diyabet süresi durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	53
Tablo 4.2.3.10. Hastaların diyabet tedavisine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	53
Tablo 4.2.3.11. Hastaların birinci derece yakınlarında diyabet hastası olan durumu göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	54

Tablo 4.2.3.12. Hastaların diyabet tedavisine uyum durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	54
Tablo 4.2.3.13. Hastaların diyabet nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre öz- bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	55
Tablo 4.2.3.14. Hastaların sigara kullanma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	55
Tablo 4.2.3.15. Hastaların alkol kullanma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	55
Tablo 4.2.3.16. Hastaların egzersiz yapma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	56
Tablo 4.2.3.17. Hastaların başka kronik hastalık bulunması durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	56
Tablo 4.2.3.18. Hastaların diyabete bağlı komplikasyon durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	56
Tablo 4.3.1. Diyabet tutum ölçeği madde ortalamaları ve standart sapması	57
Tablo 4.3.2. Diyabet hastalarının diyabet tutum ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları, ss ve min-max değerleri	59
Tablo 4.3.3. Hastaların diyabet türü durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	60
Tablo 4.3.4. Hastaların yaş gruplarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması	61
Tablo 4.3.5. Hastaların medeni durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	62
Tablo 4.3.6. Hastaların meslek durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	63
Tablo 4.3.7. Hastaların gelir durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	64
Tablo 4.3.8. Hastaların diyabet süresi durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	65
Tablo 4.3.9. Hastaların diyabet tedavisine göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	66

Tablo 4.3.10. Hastaların diyabet tedavisine uyum durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	67
Tablo 4.3.11. Hastaların sigara kullanma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	68
Tablo 4.3.12. Hastaların alkol kullanma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	69
Tablo 4.3.13. Hastaların egzersiz yapma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	69
Tablo 4.3.14. Hastaların cinsiyet durumuna göre diyabet tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	70
Tablo 4.3.15. Hastaların SGK bağımlı olma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	71
Tablo 4.3.16. Hastaların yakınlarda diyabet hastası olma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	71
Tablo 4.3.17. Hastaların diyabet nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	72
Tablo 4.3.18. Hastaların başka kronik hastalık olma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	73
Tablo 4.3.19. Hastaların diyabete bağlı komplikasyon durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	74
Tablo 4.4.1. Diyabet hastalarının öz-bakım gücü ve diyabet tutumu arasındaki ilişkiyi belirleyen spearman'srhokorelasyon katsayısı sonuçları	75
Tablo 4.4.2. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

2.st PG	2. Saat Plazma Glikozu
A1C	Glikozillenmiş Hemoglobin (HbA1c)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADA	Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
APG	Açlık Plazma Glukozu
BGİ	Bozulmuş Glukoz İntoleransı
VKİ	Vücut Kitle Endeksi
DCCT	Diabetes Control and Complications Trial
DKA	Diyabetik Ketoasidoz
DM	Diyabetes Mellitus
DNHK	Diyabetik Nonketotik Hiperozmolar Koma
EASD	Avrupa Diyabet Çalışma Birliği
GDM	Gestasyonel Diyabetes Mellitus
GFR	GlomerülFiltrasyon Hızı
HCs	Human Koryonik Somatotropin
HDL	High Density Lipoprotein
HHD	HiperglisemikHiperozmolar Durum
HLA	İnsan Lökosit Antijeni (Human Leucocyte Antigen)
Hpl	Plasental Laktojen
HPLC	Yüksek Performanslı Likid Kromatografi
IDF	Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
IFCC	Uluslararası Klinik Kimyacılar Federasyonu (International Federation of Clinical Chemistry)
IFG	Bozulmuş Açlık Glukozu (Impaired FastingGlucose)
IGT	Bozulmuş Glukoz Toleransı (Impaired GlucoseTolerance)

KAH	Koroner Arter Hastalığı
KATP	ATP duyarlı Potasyum Kanalları
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LA	Laktik Asidoz
LDL	Low Density Lipoprotein
MI	Miyokard İnfarktüsü
MODY	Maturity Onset Diabetes Of The Young
NADH	NikotinamidAdeninDinükleotid
NGSP	Ulusal Gliko hemoglobin Standardizasyon Programı (National Glyco hemoglobin Standardization Program)
OAD	Oral Antidiyabetikler
OGTT	Oral Glikoz Tolerans Testi
ORT	Ortalama
PKOS	PolikistikOver Sendromu
PVH	Periferik Vasküler Hastalığı
SPSS	Statistical Package for Social Science
SS	Standart Sapma
TBT	Tıbbi Beslenme Tedavisi
TG	Trigliserid
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
VLDL	Very Low Density Lipoprotein
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1.Problem Tanımı

Diyabet; yaşam boyu süren, her yaştaki bireyi ve yakınlarını doğrudan ilgilendiren, geriye dönüşümsüz ve kronik hasarları nedeniyle ekonomik yükü ağır olan, öz-bakım aktivitelerini etkileyen ve yaşam süresini kısaltan kronik bir hastalıktır (1-4).

Günümüzde diyabet, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle tüm dünyada önemi gittikçe artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle tip II diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. 2013 yılı itibari ile Dünya'daki diyabetli hasta sayısı 382 milyon iken bu sayının 2035 yılında %55 oranında artarak 592 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Türkiye'de ise 6 milyon diyabet hastasının olduğu bildirilmektedir (5). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-II)'ye göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7'ye ulaştığı görülmüştür (6).

Diyabet tüm Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de giderek artan bir hastalık olması nedeniyle sağlık bakım sitemine maliyeti yüksek, sosyal ve ekonomik etkisi olan bir patolojidir. Morsanutto ve arkadaşları majör komplikasyonların diyabetin toplam yıllık tıbbi maliyeti üzerine etkisini incelediği çalışmalarında iki ya da daha çok komplikasyonu olan diyabet hastalarının ortalama maliyetlerinin hasta başına 3141.21 euro olduğunu, ekonomik kaynakların daha büyük miktarını harcadıklarını belirtmişlerdir (7).

Diyabet gibi kronik hastalığı olanlarda öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması önemlidir. Diyabet tanısını alan bireylerin çoğu, yaşamlarının bazı evrelerinde öz-bakımları ile ilgili düzenlemeleri izlemek ve uygulamak zorundadırlar (8, 9). Öz-bakım, bireylerin bireysel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır (10). Sağlığı devam ettirmek ve yükseltmek için evrensel bir kavram olan öz-bakımda hedef, bireyin kendi sağlığına ilişkin tüm sorumlulukları yüklenmesini sağlamaktır (11).

Diyabet bakımının %98'ini öz-bakım oluşturmaktadır. Diyabet hastalarının hastalıklarını kontrol altında tutabilmeleri için; uygun beslenme, düzenli egzersiz, kan glikozunun kontrolü, oral antidiyabetiklerin uygun kullanımı, insülin tedavisinin etki ve yan etkilerinin tanınması, sigara ve alkol kullanılmaması, diyabetin komplikasyonlarını önleme, ömür boyu ilaç tedavisine uyum sağlama gibi öz-bakım aktivitelerini benimsemeleri gerekmektedir (12- 14).

Diyabetli bireylerin öz- bakım gücüne sahip olmaları ve öz-bakım becerilerini öğrenmeleriyle yaşamdan aldıkları doyumun arttığı böylece tedavilerine uyumu kolaylaştırıp akut ve kronik komplikasyonların gelişmesinin önlendiği belirtilmektedir (15). Diyabet hastalığının yönetimi için öz-bakım aktiviteleri ile birlikte kişilerin hastalıkları ile ilgili tutumlarının da önemli olduğu belirtilmektedir(16-17). Bununla birlikte diyabetli hastaların günlük diyabet yönetimlerini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için; diyabetle ilgili bilgiye ve aldığı bilgileri davranışa dönüştürebilmelerinde olumlu tutumlara sahip olmaları gerektiği, hastaların kendi sağlıklarıyla ilgili tutum ve davranışlarının diyabet tedavisinin temelini oluşturduğu vurgulanmaktadır (18). Buna karşın diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile diyabete ilişkin tutumları arasındaki ilişkiye değinen çalışmalara rastlanmamıştır. Sonuç olarak, diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile diyabete ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi ile bu alandaki eksikliğin giderilebileceği ve literatüre katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma, diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile diyabetet ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus

Diyabet kandaki glikoz miktarının artmasıyla ortaya çıkan bir metabolizma hastalığıdır. İnsülin hormonunun eksikliği veya etkisizliği sonucu oluşan ve ömür boyu süren bir hastalıktır. Normal koşullarda besinlerden elde edilen veya karaciğerdeki depolardan kana salınan glikoz, pankreas tarafından salgılanan insülin hormonunun yardımıyla hücre içine girer ve orada kullanılarak enerjiye dönüşür. İnsülin eksikliği veya insülinin etkisindeki azalma sonucunda vücut glikozu kullanamaz ve kan şekeri yükselir. Diyabette organizma yağ ve proteinleri de yeterince kullanamaz. Kan şekeri yüksekliğinin kontrol edilememesi ölüme yol açabilir, uzun dönemde gelişen göz, böbrek, sinir, kalp ve damar sistemi bozuklukları da yaşam kalitesini bozmaktadır (19-21).

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan Diabetes Mellitus'u (DM) yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir. DM'nin binlerce yıl öncesine dayanan tanımları, dünyadaki prevalansının yüksek olması, terminal böbrek yetmezliği olan vakaların %25' inde, tüm alt ekstremité amputasyonlarının %50'sinde ölüm sebebi olması, yılda yaklaşık 5000 yeni hasta ile körlüğe en çok sebep olan hastalık olması diyabetin önemini arttırmaktadır (15, 21- 23).

2.1.1. Diabetes Mellitusun Epidemiyolojisi

Çeşitli ülke ve toplumlarda diyabet epidemiyolojisi değişiklik göstermektedir. Bu durum çeşitli etnik gruplarda genetik ve çevre faktörlerinin derecesinin ve etkinliğinin ayrı oluşundan, sosyal ve ekonomik durumun değişik olmasından ve kullanılan araştırma yöntemlerinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Tahminlere göre, 2010 itibarı ile tüm Dünya'da erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabetin görülme sıklığı %6,6'dır ve 2030 yılında %18 artış ile bu değerin %7,8 olacağı öngörülmektedir. Diyabet Atlası'nda farklı ülkeler ve bölgelerdeki diyabet prevelanslarını karşılaştırmak için Dünya nüfusunun standart yaş grubu dağılımına göre de hesaplamalar yapılmıştır. Buna göre 2010 yılı standardize diyabet prevelansı

%6,4 iken 2030 yılında yaklaşık olarak %20 artış ile %7,7'ye ulaşacağı öngörülmektedir. Diyabet tüm Dünya'da yağın bir hastalık olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde daha sık (özellikle Tip II diyabet) görülmektedir. Bununla birlikte, ilerleyen yıllarda diyabet görülme sıklığındaki en büyük artışın, nüfus artışı ve toplam nüfus göz önüne alındığında Asya ve Afrika ülkelerinde görüleceği tahmin edilmektedir. 2030 yılında en fazla diyabet görüleceği tahmin edilen ülke yaklaşık 80 milyon kişi ile Hindistandır ve bu ülkeyi 40 milyon kişi ile Çin ve 30 milyon kişi ile de Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin izleyeceği tahmin edilmektedir (19-25)

Amerika Birleşik Devletleri'nde DM prevalansı 20 yaşından küçük bireylerde %0.22, 20 yaşından büyük bireylerde ise %9,6 olarak saptanmıştır. Yine ABD'de 60 yaş üstü bireylerin DM prevalansı %20,9 olarak bulunmuştur. Tüm yaş gruplarında kadınlar ve erkekler arasında DM prevalansı benzer olmakla birlikte 60 yaş üzeri erkeklerde biraz daha fazla saptanmıştır (21).

Tip I diyabet görülme sıklığı yaş, cinsiyet, etnik köken ve çevresel faktörler gibi birçok nedenden etkilenmektedir. İskandinav ülkelerinde daha sık görülmektedir. Araştırmalara göre dünyada 15 yaş altındaki çocuk nüfusunda tip I diyabet prevalansı %0.025'dir. Bir başka şekilde ifade etmek gerekirse 15 yaş altı 479.600 çocuğun tip I diyabetli olduğu sanılmaktadır. Buna karşılık; Afrika kökenli Amerikan toplumunda prevalansı %0-1.8 arasında değişmektedir. Avrupa'da 15 yaş altı tip I diyabet insidansı Finlandiya'da 49/100.000 çocuk/yıl ve Sardunya'da ise 37/100.000 çocuk/yıl gibi çok yüksek rakamlara ulaştığı, buna karşılık eski Doğu Bloku ülkelerinde her 100.000 çocuk için yılda 4-5, Makedonya'da ise sadece 3 yeni vaka ortaya çıktığı saptanmıştır. Diğer taraftan Doğu Asya'da Çin'in birçok bölgesinde ve Tayland'ta; ayrıca Orta ve Güney Amerika'daki Venezüella, Peru ve Paraguay gibi bazı toplumlarda ise tip I DM insidansının 1/100.000'den az olduğu bildirilmiştir (21, 22, 24, 28, 29).

Son yirmi yılda gerçekleştirilen geniş çaptaki epidemiyolojik araştırmalar, en gelişmiş toplumlarda bile, daha önceden tanı konmuş tip II diyabetli sayısı kadar da hastalığının farkında olmayan bireylerin olduğunu ortaya koymuştur (30). Bunun dışında tip II diyabet erişkin toplumda en yaygın görülen metabolizma hastalığıdır. Gelişmiş ülkelerde toplumun %5-10'u tip II diyabetlidir. Tip II diyabet görülme

sıklığı toplumdan topluma büyük farklılıklar göstermektedir. Özellikle Asya'nın güneyindeki bazı etnik gruplar, Amerikan yerlileri ve Meksika kökenli Amerikalılarda tip II diyabete genetik yatkınlığı daha fazladır. Tip II diyabet insidansının 1980 yılından 1994 yılına kadar %18 oranında arttığı bildirilmiştir. 1995-1997 yılları arasında ABD'de tip II diyabet insidansı araştırılmış ve 780.000 yeni diyabet vakası saptanmıştır. Bu rakam Amerika'da günde 2.200 yeni diyabet vakasının ortaya çıktığını göstermektedir (23, 24, 31, 33).

Ülkemizde ise diyabet, ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında %2,2 ile 8. sırada yer almaktadır; cinsiyetlere göre bakıldığında ise erkeklerde 11, kadınlarda ise 7. sırada ölüm sebebidir. Cinsiyete göre ilk yirmi hastalığın ölümlülük yüklerinin dağılımına bakıldığında, yaşam yılı kaybı olarak diyabet erkeklerde 16., kadınlarda ise 8. sırada yer almaktadır. 1997-1998 yıllarında ülke genelinde 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen ve random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24.788 kişiyi kapsayan TURDEP'in sonuçlarına göre ülkemizde Tip II diyabet prevalansı %7.2 olarak saptanmıştır. Bozulmuş glukoz toleransı ise %6.7 olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmada ülkemizde yaşayan diyabetlilerin %32'sinin hastalığının farkında olmadığı saptanmıştır. TURDEP-II grubunun 12 yıl sonra yaptığı çalışmada ise Ülke'mizde diyabet prevalansının %13.7'ye çıktığı saptanmıştır. Bunun anlamı, Türkiye'deki diyabetli hasta sayısında son 10 yılda yüzde 100'e yakın artış olduğudur. Bu veriler diabetes mellitusun ülkemizde üzerinde titizlikle durulması gereken bir sağlık sorunu olduğuna işaret etmektedir (21, 22, 28, 29).

2.1.2. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması

Diyabetes Mellitus; tip I, tip II, gestasyonel diyabet ve diğer spesifik tipler olmak üzere 4 grupta sınıflandırılır. Bununla birlikte diyabet vakalarının çok büyük bir kısmını tip I ve tip II diyabet oluşturmaktadır (21, 22).

2.1.2.1. Tip I Diyabetes Mellitus

Tip I diyabet veya insüline bağımlı olarak da adlandırılan çocukluk çağı diyabeti, vücutta insülin salgılayan pankreas bezindeki hücrelerin tahrip olması sonucu gelişir. Hipoglisemi ve ketoasidoz gibi ciddi akut komplikasyonların daha sık yaşandığı diyabet tipidir ve bireyin yaşamını sürdürebilmesi için mutlaka dışarıdan insülin verilmesi gereklidir. Ancak, yalnız insülin verilmesi ile tedavi sağlanamaz, mutlaka kalori ayarlanması yani diyet tedavisi ve egzersiz yapılması gerekir. Dolayısıyla çocukluk çağı diyabeti ailenin katılımı ve diyabet eğitimi çok iyi öğrenmesi şartı ile hekim, diyetisyen, hemşire, psikologdan oluşan bir ekip tarafından tedavi edilir (20, 21, 30, 31).

Tip I diyabetin en yaygın nedeni, beta hücrelerinin çeşitli nedenlerle zarara uğramasıdır. Hastalığın ortaya çıkışını hızlandıran faktörler olarak bazı virüs enfeksiyonları (kabakulak, konjenital rubella gibi), beslenme özellikleri (bebekleri inek sütü ile besleme), toksinler ve stresten bahsedilmektedir. Tip I diyabetlilerde aşırı insülin yetmezliği hiperglisemiye, hiperglisemi de polüri ve polifajiye yol açar. Bunlara ek olarak hastalar artmış yiyecek alımına rağmen kilo kaybedebilmektedir, eklem yerlerinde yorgunluk hissedebilirler, kaşıntı ve vajinal akıntı görülebilir. Tip I diyabetin önlenmesi ve beta hücre fonksiyonlarının kalıcı olarak normale dönmesini sağlayacak tedavi imkanları olmadığından günümüzde uzun dönemli tedavi ve diyabet bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar önem kazanmaktadır (21, 30).

Tüm diyabetlilerin yaklaşık % 5-10'u tip I diyabetlidir. Tip I diyabetin çok büyük bir kısmı genetik değildir. Belirtileri ise sık sık idrara çıkma ihtiyacı, müthiş bir susama, yorgunluk ve sinirlilik, kilo kaybı ve zayıf bir vücuttur. Belirtiler kontrol altına alınmadığı takdirde kilo kaybında artış, kusma ve idrardaki ketondur ve sonuçta koma kaçınılmazdır. Bilim adamları hastalığın ortaya çıkmasının aylar hatta yıllar alacağını ifade etmektedir. Ama bir kez klasik belirtiler ortaya çıktığında da insülin tedavisi dışında yapacak fazla bir seçenek yoktur (21, 22, 31, 32).

2.1.2.2. Tip II Diyabetes Mellitus

Tip II diyabetin oluşumunda iki süreçten söz edilmektedir; bunlardan birinde pankreas yeterince insülin üretemez ve glikoz hücre içine giremez; diğerinde ise hücreler insüline direnç gösterir veya karbonhidratların parçalanması sonucu oluşan glikozun kontrolünde insülin kullanılamaz (33, 34).

İnsülin eksikliğinden çok hücresele düzeyde insülinin kullanılamaması ile karakterize bir formdur. Tip II diyabetliler genellikle obezdir ve obezite, insülin direncinin en başta gelen sebebidir. Obeziteden ayrı olarak kriterlere göre obez ya da fazla kilolu olmayan bireylerde de genelde bel ve karın çevresindeki yağlanma diyabet için ciddi bir risktir. Tip II diyabet genellikle 30 yaş üzeri bireylerde görülmekle birlikte ortaya çıkma yaşı yaşam tarzı değişikliklerine bağlı olarak her geçen gün düşmekte gençlerde ve hatta çocuklarda görülebilmektedir (22, 33, 34)

Tip II diyabet, klasik diyabet belirtilerinin çok belirgin olmadığı, sinsi başlangıçlı olan ve yıllarca asemptomatik kalabilen, kronik komplikasyonların sık görüldüğü, başlangıçta genellikle insülin tedavisine gerek duyulmayan diyabet tipidir ve tüm diyabetlilerin yaklaşık % 90-95'i Tip II diyabetlidir. Hastalığın yerleşmesi birkaç yıl sürebilir ve bu dönem boyunca hastalarda düşük glikoz seviyesi görülebilir. Bu da ancak kan testiyle belirlenebilir. Belirtilerini yorgunluk, çok sık idrara çıkma ihtiyacı, aşırı miktarda sıvı içme isteği, görüş bozukluğu şeklinde sıralamak mümkündür (20 - 22, 34).

Tip II diabetes mellitus, hem genetik hem de çevresel faktörleri içeren heterojen bir bozukluktur. Yaşlanma, tip II diyabetin ortaya çıkışındaki risk faktörleri arasında görülmekte ve sıklığının yaşlanma ile paralel artış gösterdiği bilinmektedir (22, 34). Tip II diyabetli kişilerde tanı erken konmaz ve tedavi edilmezse, ölüme yol açabilen ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Tüm Dünya'da milyonlarca kişi hastalığını bile bilmeden veya yeterli tıbbi bakıma ulaşmadan Tip II diyabetli olarak yaşamaktadırlar (22, 34, 35).

2.1.2.3. Gestasyonel Diyabetes Mellitus

Gestasyonel diyabet, ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkan glukoz tolerans bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bununla beraber bu tanım, gebelikten önce diyabeti olduğu halde gebelikte tanı alan (gebelikten önce tanısı konulamamış pregestasyonel) vakalar ile diyabetin gebelikle ilişkili nedenlerle ortaya çıktığı GDM vakalarını ayırt etmekte yetersiz kalmaktadır. Obezite ve diyabetin artması ile tanı konmamış Tip II diyabetli gebe sayısı da artmıştır. Bu nedenle, ilk prenatal vizitte standart kriterlere göre diyabet tanısını karşılayan gebelerin GDM yerine aşikâr diyabet olarak tanımlanmaları önerilmektedir. Gebeliklerin %7'sinde GDM görülmektedir. Bu oran popülasyon ve kullanılan tanısal yöntemlere bağlı olarak %1 ile 22 arasında değişmektedir. GDM, genellikle gebeliğin 24. haftasından sonra plasenta hormonlarının insülinin etkilerini bloke etmesine (insülin direncini arttırmasına) bağlı olarak gelişir. Azalmış insülin duyarlılığı ve artmış β -hücre yanıtı gestasyonel dönemin karakteristik metabolik değişiklikleridir. β -hücre fonksiyonundaki değişiklik feto-plasental ünitenin hormonal aktivitesi ile paralellik gösterir. Lokal üretilen östrojen, progesteron, kortizol, human koryonik somatotropin (hCs), plasental laktojen (hPL), prolaktin ve büyüme hormonunun insülin direncini arttırdıkları bilinmektedir. Metabolik değişikliklerle ilişkili olan insülin direnci, insülin ihtiyacını arttırır ve bozulmuş glukoz intoleransına (BGİ) yol açar. Gestasyonel diyabetli hastaların çoğunda doğumdan sonra glukoz metabolizmasında düzelme görülmekle birlikte bu hastalarda GDM'in sonraki gebeliklerde tekrarlama riski yüksektir (yaklaşık %50); ayrıca ileriki yaşamlarında tip II diyabet gelişme riski de %70-80'e kadar varmaktadır. Bu sebeple GDM tanısı almış kadınların doğum sonrasında diyabeti düzelse bile, prediyabetik olarak kabul edilip diyabetten korunma programlarına alınmaları gereklidir. Gestasyonel diyabetin tanısı oral glukoz tolerans testi ile konur. Tedavide medikal nutrisyon, egzersiz ve ilaçlar kullanılmaktadır. Doğum sonrası kan şekeri genellikle normal seyreder bununla birlikte maternal glisemi doğumdan 6 hafta sonra tekrar değerlendirilmelidir (21, 36 - 38).

2.1.2.4. Diğer Spesifik Tipler

Diğer spesifik tipler Amerikan Diyabet Birliği (ADA) sınıflamasına göre; tip I diyabet ve tip II diyabet dışında pankreas bozukluklarına, diğer endokrin bozukluklara, ilaç ve kimyasal maddelere, immüniteye ve enfeksiyonlara bağlı ikincil olarak gelişen spesifik diyabet tipleri bu gruba girer. Bu grupta diyabetin oluşmasına neden olarak, pankreasın özellikle de beta hücre fonksiyonunu ve insülin sekresyonunu bozan durumlar neden gösterilmektedir. Bunlar arasında; maturity onset diabetes of the young (MODY)' tiplerini içeren mutasyonla karakterize β -hücre fonksiyonunun genetik defektleri, insülin etkisindeki genetik defektler, pankreatit gibi ekzokrin pankreas hastalıkları, tiroid bozuklukları, akromegali, cushing sendromu gibi böbrek üstü bezi bozukluklarını içeren diğer endokrinopatiler, konjenital rubella veya diğer virütik enfeksiyonlar, immün bozukluklar ve bazı kimyasal maddelerin ve ilaçların özellikle de kortikosteroidlerin kullanımı sayılabilir (21, 33, 39).

2.1.3. Diyabetes Mellitus Tanısı, Belirtileri ve Bulguları

Bir kişinin diyabetli olup olmadığı açlık kan şekeri (AKŞ) ölçümü veya oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılarak saptanmaktadır. Diyabet ve glukoz metabolizmasının diğer bozuklukları için 2003 ve 2010 yılı revizyonlarını da kapsayan yeni tanı kriterleri Tablo 2.1.3.1'de görülmektedir (21 ,39, 40, 41).

Tablo 2.1.3.1. Diyabetes Mellitus Ve Glikoz Metabolizmasının Diğer Bozukluklarında Tanı Kriterleri

	Aşık DM	İzole IFG ^(**)	İzole IGT	IFG + IGT	DM Riski Yüksek
APG [≥ 8 st açlıkta]	≥ 126 mg/dl	100-125 mg/dl	< 100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
OGTT 2.stPG (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. "Aşık DM" tanısı için dört tanı kriterinden herhangi birisi yeterli iken "İzole IFG", "İzole IGT" ve "IFG + IGT" için her iki kriterin bulunması şarttır. ^(**)2006 yılı WHO/IDF Raporunda normal APG kesim noktasının 110 mg/dl ve IFG 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: Glükosillenmiş hemoglobin A_{1c}, IFG: Bozulmuş açlık glukozu (impaired fasting glucose), IGT: Bozulmuş glukoz toleransı (impaired glucose tolerance), WHO: Dünya Sağlık Örgütü, IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu.

Buna göre diyabet tanısı dört yöntemden herhangi birisi ile konulabilir. Çok ağır diyabet semptomlarının bulunmadığı durumlar dışında, tanının daha sonraki bir gün, tercihen aynı (veya) farklı bir yöntemle doğrulanması gerekir. Eğer başlangıçta iki farklı test yapılmış ve test sonuçları uyumsuz ise sonucu eşik değerin üstünde çıkan test tekrarlanmalı ve sonuç yine diyagnostik ise diyabet tanısı konulmalıdır (22, 39, 40).

Tanı için 75 g glukoz ile standart oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılması, APG'ye göre daha sensitif ve spesifik olmakla birlikte, bu testin aynı kişide günden güne değişkenliğinin yüksek, emek yoğun ve maliyetli olması rutin kullanımını güçleştirmektedir. Diğer taraftan, APG'nin daha kolay uygulanabilmesi ve ucuz olması klinik pratikte kullanımını artırmaktadır. Hastalığın aşık klinik başlangıcı nedeniyle tip I diyabet tanısı için çoğu kez OGTT yapılması gerekmemektedir(39, 40).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2011 yılında yayımladığı Konsültasyon Raporu'nda, güvenilir bir yöntemin kullanılması ve uluslararası referans değerlerine göre düzenli olarak standardize edilmesi koşulu ile, HbA1c'nin tanı testi olarak kullanılabileceğini önermektedir. Ulusal (TURDEP-II) ve uluslararası yapılmış toplumsal bazlı çalışmalar, A1C'ye göre diyabet tanısı alan kişilerin, APG veya OGTT ile tanı alan kişilere göre metabolik açıdan daha olumsuz durumda olduklarını göstermiştir. Bu durum göz önüne alındığında, testin tanı amaçlı kullanılmasının, komplikasyonlara daha yatkın kişilerin tanınmasında ve tedavi edilmesinde, ayrıca komplikasyonların önlenmesi veya geciktirilmesi açısından da yarar sağlayacağı açıktır. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak düzenlemeler ile HbA1c'nin standardizasyon çalışmalarına hız verilmesi gerekmektedir (21, 39, 42).

Diyabetin klasik belirtileri şunlardır; poliüri, polidipsi, polifaji veya iştahsızlık,halsizlik, çabuk yorulma,ağız kuruluğu, ve noktüridir.Diyabetin daha az görülen belirtileri ise;bulanık görme,açıklanamayan kilo kaybı,inatçı enfeksiyonlar,tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntıdır. Obez veya kilolu (BKİ:Beden kitle indeksi ≥ 25 kg/m²) ve özellikle santral obezitesi (bel çevresi kadında ≥ 88 cm, erkekte ≥ 102 cm) olan kişilerde, 40 yaşından itibaren 3 yılda bir, tercihen APG ile diyabet taraması yapılmalıdır.Ayrıca BKİ ≥ 25 kg/m² olan kişilerin,

aşağıdaki risk gruplarından birine mensup olmaları halinde, daha genç yaşlardan itibaren ve daha sık araştırılmaları gereklidir. Tip II DM'deki bu duruma karşılık, Tip I DM tanısı öncesinde uzun bir asemptomatik dönem olması nadirdir. Tip I DM için de immünolojik göstergelerin kullanılabilmesi mümkün olmakla birlikte henüz tarama için önerilmemektedir (22, 40).

2.1.4. Diyabetes Mellitus Etiyoloji ve Patogenezi

Tip I DM'nin nedeni bilinmemekle birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda, nihai olarak pankreatik β -hücrelerini tahrip eden ve insülin eksikliğine yol açan genetik, otoimmün ve çevresel faktörler ya da bunların kombinasyonu sonucu geliştiği düşünülmektedir. Tip I DM otoimmün β -hücre yıkımından kaynaklanır ve bireylerin çoğunda adacık hücreleri ile ilişkili otoimmünite kanıtları bulunmaktadır (22,43).

Hem Tip I, hem de Tip II diyabet en azından kısmen kalıtsal hastalıklardır. Tip I diyabetin ortaya çıkmasında, başta akut enfeksiyonlar, travma, aşılar, diş çekimi gibi faktörler rol oynayabilmektedir. Kişilerin bu faktörlerden birine yatkın olmasıyla ilgili bir çok gen bulunmaktadır. Tip I DM gelişimi için major yatkınlık geni 6. kromozomda HLA (İnsan Lökosit Antijeni – Human Leucocyte Antigen) bölgesinde yer almaktadır. HLA bölgesindeki polimorfizm, genetik olarak Tip I DM gelişme riskinin %40-50'sinden sorumludur. (22, 23, 43, 44).

Tip I DM olan bireylerin akrabalarında Tip I DM gelişme riski on kat artmakla birlikte, risk nispeten düşüktür. Ebeveynlerden birinde diyabet varsa %3-4, kardeşlerden birinde diyabet varsa %5-15 oranında, paylaşılan HLA haplotipine bağlı olarak kişide diyabet gelişme riski bulunmaktadır. Bu nedenle tip I diyabeti olan birçok bireyin birinci derece akrabalarında bu hastalık yoktur (22, 23).

Tip II diyabette ise daha güçlü bir kalıtım biçimi vardır. Birinci derece akrabalarında Tip II diyabet olan kişilerde, Tip II diyabet gelişme ihtimali çok yüksektir ve bu sayı diyabetli akraba sayısının artmasıyla daha da artar. Tek yumurta ikizlerinde konkordans (ikizlerden her birinin aynı anda hastalığa yakalanma oranı) %90'dan büyüktür ve ailesinde diyabet hastası olanlarda bu oran %20 kadardır.

Günümüze kadar pek çok sayıda gen ve bu genlerdeki mutasyon ya da polimorfizmler tip II diyabet ile ilişkilendirilmiştir. Dahası, tip II diyabet için bağımsız risk faktörü olan obezitenin de kısmen kalıtsal olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca hem genetik hem çevresel faktörleri içeren heterojen bir bozukluk olan Tip II diyabet HLA doku tipleri ile ilişkili değildir ve dolaşımda adacık hücre antikorları nadir olarak bulunur (20- 22, 44).

Epidemiyolojik incelemeler Tip II diyabetin birçok genetik bozukluk ve polimorfizmin bir araya gelmesi ile oluşan eğilimin ortam faktörleriyle modifikasyonu sonucu meydana geldiğini ortaya koymaktadır. Burada iki önemli metabolik bozukluk meydana gelmektedir.

1. İnsülinin β -hücrelerinden sekresyonundaki düzensizlik

2. Periferik dokuların insüline cevabının azalması (20 - 22, 44).

Tip II DM için risk faktörleri şunlardır; yaşlanma, cinsiyet, genetik faktörler, Obezite, fiziksel inaktivite, diyet, alkol ve sigara kullanımıdır (20-22, 34, 44).

İnsülin, glukozun kandan hücrelere geçişini düzenleyen en önemli hormondur. Bu yüzden, insülin yetersizliği ya da insülin reseptörünün insüline karşı hassasiyetinin kaybolması, tüm diyabet türlerinde önemli bir rol oynar (22).

Besinlerle alınan karbohidratlar alınmalarından birkaç saat sonra bir monosakkarit olan glukozla dönüştürülür. Glukoz, kanda bulunan temel karbohidrattır ve vücut tarafından enerji kaynağı olarak kullanılır. Bu dönüşüm işlemi, fruktoz, pek çok disakkarit ve nişasta haricindeki hemen bütün polisakkaritler için geçerlidir. İnsülin pankreasın Langerhans adacıklarında bulunan β -hücrelerinden kandaki glukoz seviyesinin artmasına yanıt olarak salgılanır. Glukozun metabolize olmasıyla sentezlenen ATP hücre içindeki ATP/ADP oranı artırır. Bu durum ATP-duyarlı Potasyum (K^+) kanallarının ($KATP$) kapanmasına neden olur. Hücre dışına çıkamayan K^+ hücre içindeki potansiyelin yükselmesine ve hücre membranının depolarize olmasına yol açar. Bu durum voltaj-duyarlı Kalsiyum (Ca^{2+}) kanallarını açar ve hücre içine giren Ca^{2+} insülinin depo edildiği granüllerden egzozitoz yoluyla hücre dışına çıkmasına neden olur (20 - 22, 45).

İnsülin vücuttaki hücrelerin kandaki glikozu alıp, onu enerji kaynağı olarak kullanmak, başka moleküllere çevirmek ya da depolamak için görevlidir. Ayrıca karaciğer ve kas dokusunda glukozu glikojen halinde depolamak için gerekli sinyali sağlayan ana hormondur. Kandaki glukoz seviyesinin düşmesi, hem pankreastan salgılanan insülin miktarının azalmasına hem de glikojenin parçalanarak glukoz dönüşmesine neden olur. Bu işlem esasen glukagon hormonu tarafından kontrol edilir. Glukagon insülinin etkisine ters etki gösteren bir hormondur. Glikojenin parçalanmasıyla oluşan glukoz tekrar dolaşıma verilerek kan glukoz seviyesi artırılır (22 - 24, 49).

Yüksek insülin seviyeleri hücre büyümesini ve hücre bölünmesini arttırmak, protein sentezini ve yağ depolanmasını arttırmak gibi bazı anabolik etkiler yapar. İnsülin pek çok iki yönlü metabolik yolakta genellikle işlemin anabolizma ya doğru olması için gerekli sinyali sağlar. Bu durumda insülin yokluğu sözü edilen metabolik işlemlerin anabolizmadan katabolizmaya doğru olmasına yol açar (20, 21,46).

2.1.5. Diyabetes Mellitus Komplikasyonları

Diyabetin akut ve kronik olmak üzere iki çeşit komplikasyonu vardır (21, 47, 48).

2.1.5.1. Diyabetes Mellitus Akut Komplikasyonları

Hipoglisemi: Genellikle kan glikoz düzeyinin 54 mg/dl altında olması olarak tanımlanmaktadır. Bazen insülin reaksiyonu ya da insülin şoku olarak da tanımlanan bu durum insülin enjekte etmek veya glikoz seviyesini düşürücü ilaçlar almak zorunda olan diyabet hastalarını etkiler. Kanda yüksek miktarda insülin bulunması halinde kan şekeri seviyesi normalin çok altına düşer. Böylece hipoglisemi ortaya çıkar. Bunun nedeni, kaçırılmış bir öğüne rağmen insülin iğnesi yapmak ya da egzersiz sırasında kan şekeri seviyesinin düşmesidir. Semptomlar; terleme, anksiyete, titreme, palpasyonlar, konuşmada peltekleşme, hareketlerin koordinasyonunda bozulma ve davranış değişikliklerini içermektedir. Bütün semptomları hızla ortadan kaldırmak için hastaya şeker emdirmek yeterlidir. Durum daha ciddiye ve hasta hala bir şey içebilecek durumdaysa 30-40 gr şeker ya da mümkünse glikoz suda eritilerek içirilir. Hasta bilincini yitirmiş haldeyse glikoz damar yoluyla yavaşça enjekte edilir.

Diğer taraftan hipoglisemi anında ve hızla tedavi edilirse çok hızlı bir şekilde düzelir. Bütün semptomları geçicidir ve birkaç saniye içerisinde, yan etkilere yol açmadan iyileşir. Buna karşılık, uzun süren hipoglisemiler, ciddi ve geri dönüşsüz, hatta ölümcül patolojilere neden olabilmektedir (20, 32, 40, 48)

Diyabetik Ketoasidoz (DKA): Sıklıkla tip I diyabetli hastalarda görülmekle birlikte, tip II diyabetli hastalarda da görülebilmektedir. Ortalama görülme yaşı 43'tür. On yaş altı çocuklarda diyabetle ilişkili ölümlerin %70'inin DKA oluşturmaktadır. DKA, genellikle fiziksel stres ya da insülinin kesilmesi sonucu orta çıkar. Fiziksel stresin en sık nedeni %30-50 sıklıkla pnömoni ve üriner enfeksiyonlardır. Psikolojik stres de kontregülatuvar hormonları artırır ve DKA'yı presipite eder. Genç kadınlarda yeme problemleri ve psikolojik faktörler de DKA'nın nedeni olabilir. Klozapin, olanzapin, ketiapin gibi atipik antipsikotik ilaçlarla da diyabet ve DKA bildirilmiştir. Ancak hastaların %2-10'unda presipitan faktörler bilinmemektedir. Tanıda ilerleme, sağlık ekibinin deneyiminin ve hasta uyumunun artması ile son zamanlarda DKA olgularında azalma olmasına rağmen halen diyabetin en önemli ve acil tedavi gerektiren komplikasyonlarından biridir (20, 49, 50).

Diyabetik ketoasidoz , insülin ile insülin karşıtı hormonlar arasında dengenin insülin aleyhine bozulması sonucu oluşan, hipovolemiye bağlı; dehidratasyon semptom ve bulgularıyla kendisini gösteren, normalden tam komaya kadar gidebilen şuur değişikliklerine sebep olabilen, glikoz, yağ ve protein metabolizmalarının kompleks bir bozukluğu olan akut, metabolik bir komplikasyondur. Uzun süreli stres glikoz seviyesinin aniden yükselmesine neden olur. Vücut enerjiye ihtiyaç duyup da bunu kandaki mevcut glikozdan karşılayamadığında, beyin karaciğere bir emir gönderip yedek depoları kullanmasını söylemektedir. Ama bunun bir yararı olmaz. İnsülin olmadan glikoz hücrelere ulaşamaz. Beyin başka bir enerji kaynağı arar ve yağları harekete geçirir. Yağ hemen yanmaya başlar ve enerji açığa çıkar. Keton adı verilen toksit asitler artık madde olarak kana karışır. Vücut kendi toksinleriyle yavaş yavaş zehirlenmeye başlar. Ketoasidozun semptomları; bulantı, kusma, susama, polüri, karın ağrısı, dispne, konfüzyon ve altta yatan hastalığın semptomları şeklindedir (20, 21, 49, 50).

Diyabetik Nonketotik Hiperozmolar Koma (DNHK):DKA ve DNHK ya da hiperglisemik hiperozmolar durum (HHD) diyabetik dekompanyasyonda spektrumun iki uç şeklidir. Tanı ve tedavi birçok yönleriyle benzerdir. İnsidansı 1/100.000 olarak bildirilmiştir. Mortalite DKA'da %4-10'dur (21, 49). Çoğunlukla yaşlı diyabetiklerde görülmekle birlikte nadir de olsa Tip I diyabetiklerde ve çok küçük yaşlarda ve hatta hayatın ilk haftasında bile görülebilir (50).

Görece insülin eksikliği ve yetersiz sıvı alımı HHD'nin altta yatan nedenleridir. Enfeksiyonlar, miyokard infarktüsü (MI), serebral olaylar, ciddi yanıklar, akut pankreatit, akromegali, Cushing sendromu, gastrointestinal kanama, hemodiyaliz, simetidin, klorpromazin, siklosporin-A, kortikosteroidler, tiyazid, dobutamin ve terbutalin gibi semptomomimetik ajanlar, karbonhidratlardan aşırı zengin içecekleri kullanmak HHD'yi presipite edici faktörlerdir (21, 50).

İnsülin yetersizliği nedeniyle hepatik glikoz üretimi artar ve iskelet kasında glikoz kullanımı bozulur. Hiperglisemi ozmotik diürezis tetikler. Bu durum yetersiz sıvı alımının şiddetlendirdiği intravasküler volum azalmasının daha da belirginleşmesine yol açar. HHD'de ketoz olmamasının nedeni tam olarak anlaşılamamakla birlikte muhtemelen insülin yetersizliği DKA'ya göre nispeten daha hafif olmasındandır (21).

Volüm kaybı ve hiperglisemi DKA ve HHD'nin her ikisinde de belirgin bulgulardır. Bu nedenle tedavileri bir çok ortak noktayı içerir. Her iki durumda da hastanın sıvı durumunun, laboratuvar değerlerinin ve insülin infüzyon hızının dikkatli olarak takibi önemlidir altta yatan predispozan problemler değerlendirilmeli ve agresif olarak tedavi edilmelidir. HHD'de volüm kaybı, serbest su açığı ve hiperozmolarite DKA'dan daha fazladır. HHD'li hastalar genellikle daha yaşlıdır; mental durum değişiklikler ve eşlik eden hastalıklar ile birlikte hayatı tehdit edici predispozan olayların olması daha muhtemeldir. Bu yüzden hızlı tedaviyle bile HHD'nin mortalitesi DKA'dan daha yüksektir (21, 50).

Laktik Asidoz (LA): Laktik asidoz, vücutta laktik asit birikmesidir. Hücreler enerji olarak glukoz dışı yakıt kullandıklarında laktik asit yaparlar. Eğer çok fazla laktik asit vücutta bulunursa metabolik denge bozulur ve kişi kendini rahatsız

hissetmeye başlar. LA, Tip II diyabetiklerde daha sık görülür. Laktik Asidoz, klinik olarak tip A ve tip B diye ikiye ayrılır (50, 51).

Tip A, en sık görülen formudur; şok, bölgesel doku perfüzyonu bozulması respiratuvar yetmezlik, karbon monoksit retansiyonu gibi doku hipoksisine yol açan durumlarla ortaya çıkar. Doku perfüzyonu ve oksijenizasyondaki bozukluğa bağlı olarak hipoksi gelişir. Aerobik metabolizmanın bozulması sonucu nikotinamid adenin dinükleotid (NADH) artışına yol açar. NADH artışı prüvatın laktata dönüşümünü artırır. Ayrıca, karaciğer, iskelet kası ve böbrek gibi laktatı metabolize eden organların kanlanmasındaki bozukluklar da laktat düzeyinde artışa yol açar. Kontrolsüz diyabet, karaciğer yetmezliği, renal yetmezlik, tiamin yetersizliği, biguanid tedavisi, etanol, metanol ve salisilatlarla bağlı olarak ortaya çıkan, doku hipoksisini olmaksızın gelişen metabolik durumlara bağlı ortaya çıkan LA ise tip B olarak sınıflandırılmaktadır. Laktik asidozun bu tipinde sistemik hipoperfüzyon yoktur. Bu formda hücresel metabolizma düzeyinde bozulma görülmektedir (50,51).

Laktik asidozda prognoz, altta yatan hastalığa bağlı olarak genellikle kötüdür. Laktik Asidoz olguları yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmelidir. Tedavinin temelini altta yatan nedenin ortadan kaldırılması oluşturur. Kişilerde öncelikle hemodinamik stabilizasyon sağlanmalı ve maskeyle oksijen tedavisi verilmelidir. Ayrıca LA'ya yatkın Tip II diyabetli hastalarda riskli ilaç kullanımından kaçınılmaktadır (40, 50, 51).

2.1.5.2. Diyabetes Mellitus Kronik Komplikasyonlar

Diyabetes Mellitusun kronik komplikasyonları birçok organ sistemini etkileyebilir ve diyabetle ilişkili morbidite ve mortalitenin çoğundan sorumludur. Kronik komplikasyonlar vasküler ve non-vasküler olarak ikiye ayrılabilir. Vasküler komplikasyonlar da ayrıca mikrovasküler (retinopati, nöropati, nefropati) ve makrovasküler [koroner arter hastalığı(KAH), periferik vasküler hastalık (PVH), serebrovasküler hastalık] olarak ayrılır. Diğer komplikasyonlar olarak sınıflandırabileceğimiz, non-vasküler komplikasyonlar ise gastroparezi, seksüel disfonksiyon, deri değişiklikler ve enfeksiyonlar gibi problemlerdir (21).

2.1.5.2.1. Mikrovasküler Komplikasyonlar

Retinopati: Gözde oluşan, önemli ve sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Diyabetik retinopati görme kaybının başlıca nedenleri arasında yer alır. ABD’de 20-74 yaş arasında körlüğün en önemli nedenidir. Diyabet tanısından 20 yıl sonra hemen hemen Tip I diyabetlilerin tümünde, Tip II diyabetlilerin ise yaklaşık %60’ında retinopati ortaya çıkmaktadır. Diyabetin bu komplikasyonu retinadaki küçük damarların uzun süreli hiperglisemiye bağlı olarak tahrip olması sonucu gelişir. Diyabet süresi 15 yıla ulaşan diyabetlilerin %2’sinde körlük ve %10’unda ciddi görme kaybı geliştiği bilinmektedir. Genelde bilateralve simetrik tutulumludur. Etyopatogenezi tamolarak aydınlatılamamıştır. Gelişiminde en önemliden kontrolsüz geçen diyabet süresidir. Diyabetik retinopati non-proliferatif ve proliferatif olmak üzere iki evreye ayrılır. Non-proliferatif diyabetik retinopati genellikle hastalığın birinci dekadının geç veya ikinci dekadının erken dönemlerinde ortaya çıkar. Retinal vasküler mikro anevrizmalar, leke şeklinde kanamalar ve yumuşak eksüda ile karakterizedir. Retinal hipoksiye cevap olarak neovaskülarizasyonun ortaya çıkışı ise proliferatif diyabetik retinopatinin ayırt edici özelliğidir. Bu yeni oluşan damarlar optik sinir ve/veya makülada ortaya çıkabilir ve kolaylıkla rüptüre olarak vitröz hemorajiye, fibrozise ve nihayetinde retinal dekolmana yol açabilir. Bugünün diyabetik retinopati önlenmesinde veya tedavisinde kullanılabilecek, etkinliği kanıtlanmış bir farmakolojik tedavi yoktur. Fakat tüm diyabetlilerin tanı sırasında başlamak üzere problem yoksa yılda bir kez, problem varsa gereken sıklıkta göz muayeneleri yapılmalıdır. Cerrahi tedavi ise retinopatinin ileri evrelerindeki komplikasyonları için endikedir (21, 52 - 54).

Nefropati: Tip I ya da Tip II DM hastalarının yaklaşık %20-30’unda görülen, mikroalbuminürik periyot ile başlayıp persistan albuminüri, kan basıncında yükselme, glomerül filtrasyon hızında (GFR) progresif azalmaya yol açan ve kardiyovasküler morbidite ve mortalitede artış ile karakterize mikrovasküler komplikasyondur. Zamanla kan basıncı ve albuminüri artar ve hastaların %40-50’de nefrotik sendrom gelişir. Sonuç olarak son dönem böbrek yetmezliğine yol açan en önemli diyaliz nedenini oluşturur. Diğer mikrovasküler komplikasyonlarda olduğu gibi patogenezi kronik hiperglisemi ile ilişkilidir. Etiyolojisi multifaktöriyeldir,

birçok gen, çevresel etmen ve protein gelişiminde rol oynar. Örneğin diyabetik nefropati gelişimi için hastalığın süresi, glikohemoglobin miktarı ve eşlik eden hipertansiyon, hiperlipidemi ve sigara kullanımı gibi birçok faktörün rolü bilinmektedir. En etkili tedavisi ortaya çıkışını önlemektir. Mikroalbuminüriden aşikâr nefropatiye ilerlemenin önlenmesi ve aşikâr nefropatili hastalarda da böbrek fonksiyonunun azalmasının ve kardiyovasküler olayların ortaya çıkışının engellenmesi asıl amaçtır. Bunun için de ilk yapılması gereken gliseminin normale yakın kontrolü ve sıkı kan basıncı kontrolüdür (23, 55, 57-59).

Nöropati: Sinir sisteminin belli bölgelerini etkileyen heterojen bir sendromdur. Gelişmesinde subklinik inflamasyonun yeri diğer mikrovasküler komplikasyonlar kadar belirgin değildir. Önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir ve non-travmatik amputasyonların %50-75'inden sorumludur. Diyabetik ayak sorunlarının etiolojisindeki en önemli nedendir. En sık rastlanan nöropati distal simetrik polinöropatidir. Klasik olarak “eldiven-çorap tarzı” yayılımından bahsedilir. Semptomlar genellikle ayaklarda başlayıp ellere doğru yayılabilir. Klinikte halsizlik, karıncalanma, ayaklarda yanma, dokunma ve ağrı hissi kaybı gözlenir. Diyabetik nöropatinin klinik bulguları diğer nöropatilerle benzer olduğundan, diyabetik nöropati tanısı ancak diğer muhtemel etiyojiler dışlandıktan sonra konmalıdır. Tedavisi tatmin edici değildir. Glisemik kontrol sağlanmalıdır. Alkol ve sigara gibi nörotoksinlerden kaçınma önemlidir (21, 52, 54).

2.1.5.2.2. Makrovasküler Komplikasyonlar

Koroner arter hastalığı (KAH), serebrovasküler hastalık, periferik arter hastalığı (PAH), diyabetin makrovasküler komplikasyonlarıdır (52).

Tip I ve Tip II diyabetik hastalarda kardiyovasküler hastalık (KVH) sıklığı artmıştır. Diyabetik hastalarda KAH yüksek prevalansa sahiptir. Diyabetik olmayan grupla karşılaştırıldığında sessiz KAH riski 2-4 kat fazladır. Diyabet ve nefropati birlikteliği kardiyovasküler hastalık mortalitesini daha da arttırır. Dislipidemi, hipertansiyon KVH açısından risk faktörü oluşturan diğer nedenlerdir. Diyabette aterom plak oluşum patolojisi non-diyabetik insanlar ile benzerdir. Ancak diyabetli bireylerde aterom plağı daha erken başlar, daha hızla gelişir ve çok daha şiddetli

seyreder. Hem koroner hem de periferik dolaşımdaki damarları tutar. Koroner lezyonları plak ülserasyonuna daha çok meyillidir ve instabildir; bu da trombüs formasyonu, oklüzyon, unstabil anjina ve MI'a yol açar (21, 52, 54).

2.1.5.2.3. Diğer Komplikasyonlar

Gastroparezi, seksüel disfonksiyon, diyabetik ayak, enfeksiyonlar ve deri bulguları ise diyabetin diğer kronik komplikasyonları arasında yer alır (21, 52).

Uzun süreli Tip I ve Tip II DM'de gastrointestinal ve genitoüriner sistemde motilite ve fonksiyon etkilenebilir. Gastrik boşalmada gecikme ve ince ve kalın bağırsak motilitesinde değişiklikler görülebilir. İştahsızlık, bulantı, kusma, erken doygunluk ve karın şişkinliği gibi gastroparezi ile ilişkili durumlar ortaya çıkabilir (21, 55).

Diyabetik otonom nöropati; sistopati, erektil disfonksiyon ve kadın seksüel disfonksiyonu gibi bozukluklara yol açabilir. Diyabetik sistopati semptomları, mesane doluluğunu hissetme ve tam olarak boşaltmada azalma ile başlar. Bu durum miksiyon sırasında duraksamaya, miksiyon sıklığında azalmaya, inkontinansa ve tekrarlayıcı idrar yolu enfeksiyonlarına yol açar. Erektil disfonksiyon ve retrograd ejakülasyon DM'de çok siktir ve diyabetik nöropatinin en erken bulgularından biri olabilir. Erektil disfonksiyon sıklığı yaş ve diyabet süresi ile birlikte artar ve diyabetik otonom nöropatinin diğer bulguları olmaksızın görülebilir (21).

Diyabetik ayak non-travmatik amputasyonların en önemli nedenidir. Periferik duyuşal nöropati normal koruyucu mekanizmaları engeller ve hastayı sıklıkla ve farkında olmadan majör ya da tekrarlayan minör ayak travmalarına maruz bırakır. Bozulan pozisyon algılaması nedeniyle yürürken aşırı ağırlık yüklenmesi ileriki dönemlerde kallus ya da ülserasyona yol açabilir. Diyabetli bireylerin %15'inde ayak ülseri gelişir ve bunların önemli bir kısmı er ya da geç amputasyona gider. Optimal tedavisi oluşumunun önlenmesine yöneliktir. Uygun ayakkabı seçimi, günlük ayak bakımı, lezyonların erken döneminde tedavi önemlidir (21, 56).

Enfeksiyonlar, diyabetik hastalarda daha sık görülür ve daha ağır seyreder. Bu artışın sebebi tam olarak tanımlanamamış olmakla birlikte, hiperglisemi ile ilişkili

hücre-aracılı bağıklık ve fagosit fonksiyonunda anormallik ve azalmış vaskülarizasyon yer alır. Hiperglisemi, candida gibi mantar türlerinin kolonizasyonunu kolaylaştırır. Çoğu yaygın enfeksiyonlar diyabetik hastalarda daha sık ve ağırdır, bazı nadir enfeksiyonlar ise özellikle diyabetiklerde görülür. Diyabete özgü nadir enfeksiyonlar arasında rinocerebral mukormikoz, safra kesesinin ve idrar yolunun amfizematöz enfeksiyonları, malign otitis eksterna sayılabilir (21).

Diyabetin diğer kronik komplikasyonu arasında diyabetik deri bulguları da yer almaktadır. Nekrobiyozis lipoidika diyabetikorum, diyabetik dermatopati, perforan hastalıklar, diyabetik bül, erüptif ksantom, siklorödem bunlardan bazılarıdır (57, 58).

2.1.6. Diyabetes Mellitus Tedavisi ve Yönetimi

Diyabet bireylerin ve ailelerin yaşamlarını tüm yönleri ile etkileyen, komplikasyonları ile yaşam kalitesini azaltan ve zorunlu yaşam tarzı değişiklikleri gerektiren, sürekli tıbbi bakım ve eğitim gerektiren kronik bir hastalıktır. Diyabet tedavisinde amaç; hastaların kendi kendilerine kan şekeri izlemelerini etkin kılmakla beraber, ortaya çıkan diyabete bağlı komplikasyonları önlemektir. Çünkü bu komplikasyonların hastaların yaşam kalitesi ve tıbbi maliyetleri üzerinde ciddi bir etkisi olmaktadır. Bunun yanı sıra kilo kontrolü ve kan basıncı, lipid düzeyleri gibi diğer bilinen risk faktörlerinin de kontrol edilmesi gereklidir. Kanıt düzeyindeki çalışmalar iyi planlanmış bir tedavi ve bakım süreci ile diyabet kontrolünün sağlanabildiğini ve komplikasyonların azaltılabildiğini ve aynı zamanda yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Diyabet tedavisinde glisemik kontrolü sağlamak ve sürdürmek önemlidir. Glisemik kontrolü belirlemede iki temel teknik vardır. Bunlar HbA1c ölçümü ve hastanın kendi kendine yaptığı kan glikozu ölçümleridir. Diyabetin başarılı tedavisi için üç önemli koşul vardır. Bu koşullar; diyabet konusunda uzmanlaşmış ünitelerin ve merkezlerin oluşturulması, hastanın ekonomik durumuna bağlı olmaksızın gereksinim duyduğu ilaçlara kolaylıkla ulaşabilmesi, sonuncusu ise hastanın diyabet konusunda eğitimi ve kendi kendine evde takiplerini yapabilecek bilgilerle donatılması olarak sıralanmaktadır (21, 59, 60, 61).

2.1.6.1. Medikal Tedavi

Oral Antidiyabetikler (OAD):

Diyabetes Mellitus tedavisindeki temel amaç; kan glikozunun yükselmesini kontrol altına almaktır. Diyet ve egzersiz ile kan glikoz kontrolünün sağlanamadığı Tip II diyabetli hastalarda oral antidiyabetik ilaçlar kullanılır. Oral antidiyabetik ilaçlar insülin salgılama yeteneği henüz tükenmemiş, yani pankreasında insülin üretimi azalarak da olsa devam eden diyabetlilerde kullanılan ilaçlardır. Kan şekerini kontrol altında tutmaya yarayan oral antidiyabetikler (OAD) genel olarak insülin sekresyonunu artırma, insüline duyarlılığı artırma veya karbonhidrat absorpsiyonunu azaltma yoluyla etki gösterirler. Tip II diyabet yönetiminin özellikle ilk dönemlerinde uygulanan temel tedavi yöntemidir. Tip II diyabette yüksek kan glikoz seviyesinin düşürülmesinde OAD'ler insülin direncini ortadan kaldırarak ve yetersiz olan insülin salınımını arttırarak kan glikoz seviyesi istenilen sınırlarda tutmaya çalışır. OAD'ler etki mekanizmalarına göre 4 ana grupta toplanır. Bunlar;

İnsülin salgılatıcı ilaçlar: Sülfonilüre ve glinidler, pankreas β -hücresinden insülin salınımını arttırırlar.

İnsülin duyarlılığını arttıran ilaçlar: Metformin ve glitozanlar, periferik dokularda insülin duyarlılığını arttırırlar.

Karbonhidrat emilimini azaltan ilaçlar: Glikozidaz inhibitörleri bağırsaklardan karbonhidrat emilimini yavaşlatarak yemek sonrası kan şekeri yükselmesini engellerler.

İnsülinomimetik ilaçlar: Amilin agonistleri ve inkretin bazlı ilaçlardır. Endojen insülin sekresyonunu arttırarak etki gösterirler(20, 59, 62, 63).

İnsülin: İnsülinin keşfi ve insülin tedavisinin uygulamaya geçmesi diyabet tedavisinde dönüm noktası olmuştur. İnsülin pankreas tarafından üretilen, kan şekerini düşürmeye yarayan, 51 aminoasit içeren protein yapısında bir hormondur. Bugün diyabet tedavisinde kullanılan insülinler elde edilme yöntemlerine göre; domuz kökenli insülinler, sığır kökenli insülinler, insan insülinleri (biyosentetik yolla

elde edilenler ve semisentetik olarak elde edilenler) dir.İnsülinler etkilerinin başlangıç zamanına ve etki sürelerine göre; çok kısa etkili,kısa etkili,orta etkili,uzun etkili olanlar olarak sınıflandırılmaktadır. İnsülin tedavisi tip I diyabetli hastalarda vazgeçilmez olup, mutlaka uygulanmalıdır. Bunun dışında insülin uygulanması gereken durumlar şunlardır:gebe diyabetikler, oral antidiyabetiklere yanıt vermeyen tip II diyabetli hastalar, diyabet yaşı 10 yılı aşmış olan tip II diyabetikler,akut komplikasyonların varlığı, kronik diyabet komplikasyonlarının olduğu durumlar, hiperglisemiye glukozürinin eşlik ettiği durumlar, cerrahi girişim yapılacak hastalar, şiddetli emosyonel stresler, ateşli enfeksiyon durumları, pankreatektomi geçiren tüm hastalar ve birlikte kullanılan ilaçlar nedeniyle endojen insülin etkisi bozulmuş olan diyabetik hastalar olarak belirtilmektedir (21, 59, 62, 63).

2.1.6.2. Cerrahi Tedavi

Diyabet tedavisindeki bir diğer seçenek de cerrahidir. Adacık transplantasyonundaki ilerlemelere rağmen pankreas organ nakli, uzun süreli normoglisemiyi sağlamaya yönelik tek tedavi yöntemidir. 1996'dan bu yana yaklaşık 2.000 civarında pankreas transplantasyonu yapılmıştır. İnsülinsiz yaşam, yaşam kalitesinin düzelmesi ve komplikasyonların stabilizasyonu olasılıkları olumlu beklentiler olmasına karşın; pankreas bulma güçlüğü, cerrahi komplikasyonlar, immünsüpresyon, rejeksiyon ve enfeksiyon transplantasyon konusunda karşılaşılan zorluklardır. Kolay yapılabilen adacık transplantasyonu, ön hazırlık için daha komplike ve uzmanlaşmış kişi ya da merkezler gerektirdiğinden, pankreas transplantasyonu radikal tedavide çok daha fazla tercih edilmektedir (64).

2.1.6.3. Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)

Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT); diyabetin kontrol ve yönetiminde çok önemlidir. Dikkatli beslenme yönetimi ile bazı diyabetli bireylerde ilaç gereksiniminin ortadan kalkması veya ilaç gereksiniminin azaltılması mümkündür. Beslenme biçiminin sağlık üzerinde etkisi vardır. Doğru besinleri yemek, diyabet kontrolünde oldukça önemlidir. Mümkün olduğunca sağlıklı besinlerin seçilmesi, kan şekeri ve kan basıncı düzeyleri ile kilonun kontrol altına alınmasını sağlar(65).

Diyabetli bireylerin beslenme tedavileri; yaşına, boyuna, vücut ağırlığına, fiziksel aktivite durumuna, sosyoekonomik durumuna ve beslenme alışkanlıklarına göre beslenme uzmanı tarafından hazırlanır. Beslenme programı kişiye özeldir. Diyabetli bireyin beslenme programının düzenlenmesi ve beslenme eğitiminin yapılması ekip içerisinde beslenme uzmanının görevidir. Ancak ekip içerisinde beslenme uzmanı olmadığı durumlarda diyabet hemşiresi bu sorumluluğu üstlenir. Kan şekeri kontrolünün sağlanması için yüksek yağlı ve yüksek proteinli beslenme tarzı hem böbrek hasarına neden olabilir hem de hipoglisemi (kan şekerinin düşük olması) sıklığını artırabilir. Bu nedenle protein ve yağ içeren besinlerin bilinmesi ve tüketim miktarlarına dikkat edilmesi önemlidir. Çoğu Tip II diyabet hastası fazla kilolu olduğu için insülinin vücutta aktif olarak kullanılması zorlaşır. Bu yüzden doğru boy-kilo değerlerinin bilinmesi sadece hastalığın kontrolü için değil aynı zamanda gelecekteki komplikasyonları geciktirmesi bakımından da önemlidir. Diyabetik hastalara verilen beslenme planı, bol taze meyve ve sebzeye, yağsız et ve doymuş yağ oranı çok düşük besinlerdir. Diyabetik hastalar kahvaltı dâhil günde üç öğün yemek ve herkes gibi sağlıklı bir yaşam için çeşitli besinleri almaları gerekmektedir (21, 36, 59, 65 - 67).

2.1.6.4. Fiziksel Egzersiz

Fiziksel egzersiz, son yıllarda diyabet yönetiminde TBT ve ilaç tedavisi ile birlikte önemli bir bileşen olarak kabul edilmektedir. Tüm diyabet tipleri için tedavinin önemli bir parçası olan düzenli egzersizin kan şekeri kontrolünü iyileştirdiği, insülin direncini azalttığı, kilo kontrolüne yardımcı olduğu, lipid profilini düzenleyerek kardiyovasküler riskleri azalttığı ve bireyin kendini iyi hissetmesine yardımcı olduğu, bilinmektedir. Amerikan Diyabet Birliği, diyabetli hastalarda en az 3 güne yayılmış olarak haftada toplam 150 dakika orta yoğunlukta aerobik egzersiz önermektedir. Tip II DM'li hastalarda egzersiz rejiminde direnç eğitimi de yer almalıdır (21, 59 ,68).

Planlanmış egzersiz programları diyabetli bireyin tedavi planının önemli kısmını oluşturur. Egzersizin faydaları;

- Karbonhidrat metabolizmasını artırarak kan glikoz düzeyini düşürür ve kontrolü sağlar,
- Vücut hücrelerinin insüline duyarlılığını artırır,
- Hücrelerin glikozu depolama yeteneğini artırır,
- Kilo vermeyi ve olması gereken kiloda kalmayı sağlar,
- Kaslarda glikozun kullanılmasını artırarak kan glikoz düzeyini düşürür,
- Kan basıncını düşürerek kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır,
- Yüksek yoğunluktaki lipoprotein düzeyini artırır, kolesterol ve trigliserid düzeyini düşürür,
- Stres ve gerginliği azaltır (69).

2.1.6.5. Diyabet Eğitimi

Tip I ya da Tip II diyabetik hastalar, günlük yaşantılarında beslenme, egzersiz, başka hastalık sırasında diyabet tedavisi ve plazma glikozunu düşürücü ilaçlar hakkında eğitim almalıdır. Uyum sağlandıkça, hasta eğitimi, diyabetik hastaların kendi bakımlarında daha fazla sorumluluk almalarına neden olur. Hasta eğitimi sürekli bir süreç olarak görülmeli, düzenli vizitlerle hasta heveslendirilmeli; bu süreç, diyabet eğitim hemşiresi ya da beslenme uzmanına yapılan bir veya iki vizit sonrası tamamlanan bir süreç olmamalıdır. Hasta ve diyabet ekibi arasındaki sıkı iletişim (elektronik, telefon vb.) glisemik kontrolü düzeltir (21).

Optimal diyabet bakımında önemli olan eğitim konuları arasında kan glukozunun kendi kendine takibi ve ayarlanması; idrar ketonunun bakılması (Tip I DM); insülin enjeksiyonu; hastalıklar sırasında diyabet tedavisi için klavuzlar; hipoglisemi tedavisi; ayak ve deri bakımı; egzersiz öncesi, sırası ve sonrasında diyabet tedavisi; ve risk faktörlerini değiştirecek aktiviteler yer alır. Diyabetin iyi bir eğitim ve planlama ile önlenemediği, kontrol altına alınabildiği belirtilmektedir. Diyabet eğitimi ve danışmanlığı hemşirenin esas görevlerindendir (21,70).

Hemşirelerin diyabet bakımındaki rolleri; eğitim, destek ve danışmanlık olarak tanımlanmakta, gerek klinik gerekse günlük yaşamı içinde diyabetli hastanın öz-bakımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve desteklenmesi, ayrıca diğer sağlık çalışanları için eğitim ortamının hazırlanması sorumlulukları arasındadır (71, 72). İnsüline bağımlı diyabeti olan genç bireylerin yaşamları günlük insülin alımına, glisemik dengelerine, hastalığın istenmeyen sonuçlarına göre değişir. Daha çok yetişkinleri ilgilendiren Tip II diyabetlilerde ise, yaşam biçimlerini büyük ölçüde değiştirmek ve alışkanlık haline getirmek zorunludur. Bu anlamda diyabetlinin eğitimi, bireysel gereksinimler üzerine dayandırılmış aktif bir süreçtir. Bireye hastalığı ile uyumlu bir şekilde yaşamayı öğrettiği için yaşamsal bir önem taşır. Eğitim sürecinin amacı, diyabetlinin büyük ölçüde sağlık bakım sistemlerinden bağımsız olarak, sadece önerilen bilgileri kullanarak kendi kararlarını verebilmesi için güçlendirilmesidir (73).

Diyabet eğitimi ve danışmanlığı hemşirenin asıl görevlerindendir. Hemşire, diyabet eğitimcisi olarak; esnek ve bireye özel bir yaklaşım benimsemeli, verdiği eğitim ile tedavi ve bakımda olumlu değişiklik sağlanıp sağlanmadığını gözlemlemelidir. Diyabet eğitim hemşiresi diyabetlinin motivasyonunu sağlamak için eğitim süreci içinde; dinlemeli, açıklamalı, söylenenleri tekrar değerlendirmeli ve hasta için en uygun öğretim tekniklerini belirlemelidir. Ayrıca diyabet eğitim hemşiresi, eğitimin yanı sıra danışmanlık bilgi ve becerilerini de kullanarak erişkin diyabetlilere, aile bireylerine ve yakınlarına diyabetin önlenmesi ve yönetilmesi konularında temel bilgi ve yaşamsal beceriler kazanmasını sağlamalıdır (74, 75).

Diyabet eğitiminde kişisel eğitimi sağlamak için uygun bir ekipten yararlanılmalıdır. Verilen diyabet eğitiminin tüm diyabetli hastaları kapsayacak şekilde olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca ülke çapında diyabet eğitimi verme yöntemlerini geliştirmek için modern iletişim teknolojileri kullanılmalı, hastaya istediği her an ulaşabilme ve yardım alabilme olanağı sağlanmalıdır (35).

Diyabetli bireyin eğitimi sürekli olmalıdır. Diyabetlinin bilgi ve becerilerinin mutlaka belirli aralarla yenilenmesi ve kontrol edilmesi gereklidir. Bu süre, diyabetli bireyin özelliğine göre 1 ay ile bir yıl arasında değişebilir. Diyabet bakım ekibinin

temel üyesi olan hemşire diyabetin yönetimi ve eğitimi konusunda eğitilmiş olmalı ve bu bilgiyi uygulama alanına yansıtabilecek yeterliliğe sahip olmalıdır (76).

Eğitim ile diyabetli bireye hastalığının ne olduğu, hangi belirti ve bulgularla seyredeceği; ideal tedavinin dayandığı esaslar ve uygulanması anlatılmalı; yetersiz tedavide gelişebilecek sorunlar ve önlenmesi ile ilişkili bilgilerle birlikte hastalıkla başedebilmenin yolları öğretilmelidir. Diyabetli hasta öncelikle beslenme, egzersiz ve ilaç tedavisi üçgeni arasındaki dengeyi iyi kurabilmelidir. Sağlık ekibiyle iletişimini sürdürmeli, hangi şartlarda hastaneye başvurusu gerektiğini bilmelidir (40, 63, 71).

2.2. Öz-Bakım ve Öz-Bakım Gücü

Öz-bakım; bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Bir erişkin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çaba içerisinde olmalıdır (77 - 79).

İnsanların sağlıkları bozulduğunda kişisel bakımlarını yerine getirme becerileri yetersiz hale gelebilir. Bireyler, bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarında bu gereksinimlerin karşılanması gerekir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, bireye kendi kişisel bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda onun kendi bireysel bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamaktır. Bireyin sağlığının kontrolünden, var olan ya da olası sağlık gereksinimlerinin karşılanmasından sorumlu olan hemşireler, bu alanda profesyonel uygulayıcılar olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’de primer koruyucu sağlık bakımının geliştirilmesinde hemşirelerin etkin rol oynayabileceğini öngörmektedir. Buna göre, hemşirelik uygulamalarında “sağlığın geliştirilmesi, öz-bakım ve çeşitli hastalıklarla ilgili risk faktörleri doğrultusunda hastalıktan koruma” alanlarına odaklanılması gerekmektedir (77).

Öz-bakım; Orem'in geliştirdiği Genel Hemşirelik Kuramı'nın ana kavramlarından biridir. Yaşamı, sağlığı, iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak tanımlanır. Öz-bakım hem uygulama hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylemdir ve öz-

bakım etkinlikleri sürekliliği olan kararlarla ve güdülenme ile gerçekleştirilir (59, 78, 80).

Kendi-kendine bakım, kendine yardım, öz-bakım ile aynı anlamlara gelmektedir. 1978 yılında ortaya atılan “temel sağlık hizmetleri” yaklaşımından bu yana, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanması ve de hemşirenin sağlık bakımında değişen ve gelişen rolleri, öz-bakım kavramını üzerinde önemle durulan bir kavram haline getirmiştir (77).

Öz-bakım, “Nasıl bakım alırız?” ve “ Bu bakımı kimden almamız gerekir?” düşüncesi içindeki bir döngünün sonucudur. Öz-bakım, tam olarak kendi kendini tedavi anlamında değildir. Fakat, vücut ve onun ihtiyaçları hakkında bireysel öğretim, tehlikelere hızlıca cevap verme, tıbbi kaynakları kullanmanın ne zaman ve nasıl olduğunu bilme anlamına gelir. Öz-bakım, cesaretli insanların sadece hastalıklarını değil, bunun yanı sıra onların iyiliklerini, vücutları için sorumluluk almalarını, sağlık içinde yaşamalarını ve enerji yollarını kontrol etmektir (81).

Bireyin, öz-bakımını gerçekleştirme yeteneği ise öz-bakım gücü/yeteneği/etkinliği (self-care agency) olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle öz-bakım gücü, bireyin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenleme ve geliştirme yeteneğidir (78).

Sağlıklı birey, temel gereksinimlerini karşılayabilmek için yeterli öz-bakım-gücüne sahip olmalıdır. Öz-bakım, kişinin kendine dikkat etmesini, fiziksel enerjisini denetleyerek kullanmasını, kararlarını öz-bakım anlayışıyla yargılamasını, güdülemesini, eylemlerini sıraya koymasını ve sürekliliği sağlamasını gerektirir. Bu özellikleri geliştiren bireyin öz-bakım gücü yeterli olacak, sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmayacaktır (78, 82, 83).

Orem’e göre, hasta bireyin öz-bakım gücünün yeterli olabilmesi için temel durumsal faktörlerden biri olan hastalığı hakkında maddi, manevi kaynaklarının varlığı ve yeterliliği önemlidir. Örneğin maddi imkanı yetersiz ve manevi desteği

eksik olan diyabetli bir bireyin kontrollerini yaptırması için gerekli olan öz-bakım gücü yetersiz kalacaktır (84).

Öz-bakım gücü, bireylerde değişen derecelerde az veya çok vardır. Bireyler ilgili etkinliklerde üzerlerine düşenleri yerine getiremedikleri zaman öz-bakım eksikliği ortaya çıkar ve arzulanan öz-bakım davranışı geliştirilemez, dolayısı ile birey kendi sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme konusunda yetersiz kalır (77).Diyabet, böbrek yetmezliği, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda öz-bakım gücü çok önemlidir. Bu konuda eğitime gereken önem verilmelidir.

2.2.1. Diyabet ve Öz-Bakım Gücü

Diabetes Mellitus, hastanın tedavi yöntemlerini anlamasını ve işbirliği yapmasını gerektiren, morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Diyabetli bireylerin uzun ve sağlıklı yaşamasının anahtarı öz-bakımdır. Kendine bakabilen ve yaşam tarzını değiştirebilen kişi, diyabetin komplikasyonlarından etkin bir şekilde korunur (85). Diyabette öz-bakım, kan şekeri düzeyini izlemekten diyeti düzenlemeye; ayak bakımına kadar pek çok etkinliği içerir; hastaların bu bileşenlerden bazılarını yerine getirirken diğerlerini aksattıkları bildirilmektedir (78).

Diyabet komplikasyonlarının ve diyabete bağlı ölümlerin azaltılması için etkin bir diyabet tedavisinin yanı sıra beslenme, egzersiz, ve tedaviye uyum gibi öz-bakım aktivitelerinin başarılı bir şekilde sürdürülmesi büyük önem taşır (86).Yeni tedavi ve teknolojiler, diyabetin komplikasyonlarını önlemeye yardım etmekte ancak, öz-bakımı daha karmaşık hale getirmektedir. Diyabetle birlikte kalp hastalığı, retinopati veya depresyon gibi hastalıkların görülmesi nedeniyle öz-bakım daha zor başarılan bir durum olabilmektedir. Bu durum, beslenme kısıtlaması ve birçok ilacın bir arada kullanılmasının yanı sıra hastayı diğer hastalıklarıyla uğraşmak zorunda bırakabilir (87).

Diyabetli bireyin insülin tedavisini uygulaması, beslenme tedavisine uyumu, fiziksel aktivitesi, ayak bakımını düzenli yapması, kanşekerini ölçmesi ve sağlık kontrollerine gitmesi öz-bakım davranışlarıdır. Kan şekeri, kan lipit düzeyleri komplikasyonların görülmemesi gibi sonuçlar da öz-bakımın göstergeleridir.

Diyabetli birey; diyabet tedavisini, glisemik kontrolünü ve komplikasyonlarını yönetmede eylem yapan kişi olarak primer öz-bakım ajanıdır (53, 84).

Hemşirelerin diyabet bakımındaki rolleri; eğitim, destek ve danışmanlık olarak tanımlanmakta, gerek klinik gerekse günlük yaşamı içinde diyabetli bireyin öz-bakımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve desteklenmesi, ayrıca diğer sağlık çalışanları için eğitim ortamının hazırlanması sorumlulukları arasındadır (72).

Diyabet hemşiresi, akut durumlarda ve sürekli bakımda diyabetli hastayı bireysel yönetim için yönlendirmeli, tutum ve davranışlarını değerlendirmeli ve eğitim gereksinimleri doğrultusunda bakımını sürekli planlamalıdır (88).

Diyabet yönetiminde diyabetlinin bireysel sorumluluğu ve öz-bakım aktiviteleri önemlidir ancak bunu gerçekleştirmek için gerekli olan davranış değişikliğini sağlamak ve sürdürmek oldukça zordur. Coşansu yapmış olduğu çalışmada, davranış değişiminde etkili olan süreçlerin ve bu süreçleri etkileyen faktörlerin bilinmesinin önemli olduğunu saptamıştır (59).

2.3. Tutum ve Tutumun Davranışa Etkisi

Tutum kavramı, insanları tanımlamak ve onların davranışlarını açıklamak için sık sık kullanılmaktadır. İnsanların genellikle tutumun ne olduğu hakkında fikirleri olmasına rağmen bu kavramı tanımlamaları oldukça zor olmaktadır. Tutumun tanımı yapılacak olursa, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine (motivation) dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimidir. Tutum; doğrudan gözlenemeyen, bir nesne, durum ya da bireylere karşı hissedilenlerle, inançlarla ve eylemlerle ilişkilendirilebilen, bireyden bireye farklılık gösteren psikolojik bir yapı olarak tanımlanabilir (89, 90).

Genel olarak tutum, davranış bilimlerinin anahtar kavramlarından biri olarak göze çarpar. Davranış bilimlerinin çıkış noktasında insanın, dolayısıyla da insan davranışının sorgulanmasının yer aldığı düşünülürse tutum kavramının buradaki merkezi konumu daha iyi anlaşılır. Eğer tutumu, genel olarak insanın herhangi bir olay ya da durum karşısında olası bir tavır ya da davranış biçimi oluşturma eğilimi

olarak ele alınır, insanın her tür davranışının kaynağında tutumun yer aldığını da kabul etmek gerekir (89, 90).

Günümüzde bu konu üzerinde gelişen ve artan teknolojiler ve teknikler, insanların davranışlarına yön veren tutumların ölçülmesini kolaylaştırmaktadır. Tutumlar ve tutumların insanların davranışlarına yön veren özellikleri birçok bilim dalı tarafından araştırılmakta ve bu araştırma sonuçları yine birçok bilim dalı tarafından kullanılmaktadır (91).

Tutum, bir eylemin tamamlanması yönünde uygun görülen nesneleri veya uyarıları arar, seçer, reddeder veya eylemin ilerleyişi sırasında ortaya çıkacak olan başarı veya başarısızlıklar yoluyla bu eylemin değerlendirilmesi için referansta bulunabilecek esasları saptar. Böylece söz konusu eylem gelişmesine devam ederken, tutum, eylemin değişikliğe uğramasına neden olabilir (89).

Tutumlara doğuştan sahip olunmaz, onlar sonradan kazanılırlar. (Temel olarak, tüm düşünsel etkinlikler gibi tutumun oluşması da öğrenme süreci içerisinde gerçekleşir ve tutum kazanılır. Diğer davranış biçimlerinin geliştirilmesi, diğer zihinsel yeti ve becerilerin kazanılması gibi tutumların oluşmasında da çevresel öğeler etkilidir). Tutumlar geçici düşünsel durumlar değildir. Bir kez ortaya çıktıktan sonra az ya da çok belirli bir süre devam ederler. Tutumlar, birey ile nesneler arasındaki ilişkilere tutarlılık, kararlılık ve düzenlilik kazandırır. İnsan-nesne ilişkisinde, özellikle tutumlar aracılığıyla belirlenen bir etkilene-güdülenme süreci ortaya çıkmaktadır. Bir insan herhangi bir tutumunu biçimlendirdiğinde artık söz konusu nesneye yansız gözle bakamaz, o nesneye karşı veya ondan yana bir tavır alır. Tutumların oluşması ve biçimlenmesi için birbirleriyle karşılaştırılabilir birçok öğenin bir arada olması zorunludur; bir nesneye karşı olumsuz ya da olumlu bir eğilimin baş göstermesi, ancak o nesnenin diğer nesnelerle ilişkisi içinde mümkün olabilir. Tutumların bireysel düzeyde oluşumu ile ilgili ilkeler, genellenerek toplumsal tutumların oluşmasına da uygulanabilir (89, 90).

Her tutumun bir yönü vardır. Tutumun konusuna karşı ya olumlu ya da olumsuz bir tepki eğilimi söz konusudur. Tutum, olumlu olunca, nesne, olay ya da kişiye karşı

olumlu duygular, değerlemeler ve eğilimler, olumsuz ise olumsuz duygular, değerlemeler ve eğilimler söz konusu olur (89).

Tutumların davranışların gerisindeki yönlendirici güçler olduğu bilinmektedir. O halde tutum dinamiğinin incelenmesi ile bir yandan, tutumların işleyiş biçimine ilişkin birtakım çıkarsamalar elde edilerek davranışların ön kestirimi olanağı sağlanacaktır. Bir diğer yandan ise tutumun değişim sürecinin koşulları saptanarak tutumlar kontrol altına alınırken aslında insan davranışının denetimi gerçekleşmiş olacaktır. Tutumlar bireyseldir, başka bir deyişle tutum, bireye atfedilen bir eğilimdir, gözlenemezler, ancak davranışa yansıdığına gözlenebilir. Deneyimler sonucu oluştuğu için de kolay değişmezler. Bireylerin inanç sistemleri ile ailelerin ve toplumun inanç ve önyargıları önceden bilinirse davranışları kestirilebilir ve düzeltilebilir. Bundan dolayı, eğitim vermeye başlamadan önce hastanın inanç ve tutumları bilinmeli değiştirilmesi gereken ve yanlış olan alışkanlıkları, bilgi ve tutumları için plan yapılmalıdır (89,90).

2.3.1. Diyabetli Bireylerde Hastalığa İlişkin Tutum

Hastaların tutumları diyabet bakımını önemli derecede etkilemektedir. Diyabetli hastanın günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir. Hastaların kendi sağlıklarına ve özellikle de kendi tedavisi ve bakımına ilişkin tutum ve davranışları diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır (92).

Tutumlar sağlık davranışının belirleyicisidir. Hastaların kendi sağlıklarına özellikle de kendi tedavisine ilişkin inanışlarıyla, tutum ve davranışlarıyla, iyilik halleri ve bilgilendirme diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Nepal’de Gautam ve ark. yaptıkları bir çalışmada sağlık hakkında bilgi arttıkça, hastalığa ilişkin tutumun değiştiğini saptamışlardır (90, 93).

Diyabetli bireylerde, metabolik kontrolü gerçekleştirebilmek için, bireylerin istek ve motivasyona sahip olması önem taşımaktadır. Hastaların kan glikoz düzeyini istenen seviyeye getirmek ve sürdürmek için, günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkili olan medikal uygulamalara, diyet ve egzersizi içeren tedavi programına uyum

göstermeleri gerekmektedir. Dolayısıyla diyabetli bireyin günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir. Nitekim kişilerin hastalığa ilişkin inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Kendisinde var olan diyabet tipinin diğer diyabet tiplerine göre daha hafif olduğunu düşünen ve hastalığını önemsemeyen diyabetli birey öğrenmeye motive edilemez. Böyle bir hastada ilk olarak ele alınması gereken konu inançlar ve tutumlar olmalıdır. Diyabetli bireylerin tutumları ve yanlış olan alışkanlıkları değerlendirilmelidir. Çünkü yanlış inançlar bilinirse davranışa çevrilmeden önce düzeltilebilir (90, 94).

Yapılan araştırmalara göre, yaşam kalitesi üzerine diyabetin etkisi konusunda negatif bir tutuma sahip olan hastaların diyabet bakımında daha fazla engelle karşılaştıkları ve pozitif tutuma sahip olanlara göre bakımlarının yetersiz olduğu gözlenmiştir. Olumsuz tutuma sahip kişilerin metabolik kontrol düzeylerinin daha kötü olduğu, HbA1c ve kan basınçlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde vücut kitle indeksi ile diyabet tutumu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu yüzden diyabette pozitif tutum geliştirmek amacıyla hastalara sunulan öz-bakım becerilerine ilişkin bilgiler çok önemlidir. Diyabette öz-bakımın amacı hastalığın maliyetini düşürmek, metabolik kontrolü sağlamak, diğer diyabetlilere bilgileri aktarmak, akut ve kronik komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini olabilecek en iyi düzeye çıkarmaktır. Nitekim araştırmalara göre olumlu tutuma sahip bireylerin glikoz kontrollerinin, öz-bakım becerilerinin, diyabet hakkındaki bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar, bireylerin bakım ve tedaviye yönelik tutumlarının değerlendirilmesinin hastalığın kontrolünde ve yönetiminde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (89, 90, 94).

2.3.2. Diyabet Eğitiminin Hasta Tutumuna Etkisi

Tutumlar organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir ve kişiye özgüdür. Bu nedenle ancak davranışa yansıdığı anda gözlemlenebilir. Diyabetli hastanın eğitimine başlamadan önce hastanın tutumları ve yanlış olan alışkanlıkları değerlendirilmelidir. Yanlış inançlar bilinirse davranışa dönüşmeden önlem alınabilir. Fakat önlem alınamazsa kişinin yaşamında ve tutumunda

olumsuzluklar ortaya çıkabilir.Soyutlanma, duygusal bağlılık, yenilgi, savunma mekanizmasının aşırı kullanımı ve özgürlüğün kısıtlanması, bunların hepsi şartların iyi yönetilememesinin sonuçlarıdır (95, 96).

Yapılan araştırmalarda, kişilerin hastalığa ilişkin sağlık inanç ve tutumları ile tedavinin gerekliliği için tanımlanan davranış uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin önerilen davranışları uygulamalarında algılanan engeller ve algılanan yararlar kadar, hastalık hakkındaki algılanan ciddiyet ve kişisel duyarlılıkta etkilemektedir. Eğer bireyin hastalığa karşı engel algısı düşük ise önerilen sağlıkla ilgili aktiviteleri yapma olasılığı daha yüksek olacaktır. Bu nedenle diyabet gibi kronik hastalıklarda davranış kazandırma ve sağlığı geliştirmek için eğitim öncelikli bir meseledir. Davranış değişikliği oluşturmak üzere yapılacak eğitim planlamalarında öncelikle kişinin sağlığını ve hastalığının ciddiyetini nasıl algılandığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca eğitim verilirken hastanın yaşına, gelişim düzeyine, cinsiyetine, kültürel özelliklerine, diline ve eğitim düzeyine uygun eğitim yöntemleri kullanılmalıdır. Nitekim eğitim düzeyi düşük hastaların, hastalıklarını yönetebilme, verilen tedaviyi tam olarak uygulayabilme, doğru beslenme, yeterli fiziksel aktivite yapma ve kan şekerini takip edebilme becerileri yetersizdir. Yapılan araştırmalarda, obezite ve diyabetin eğitim düzeyi düşük bireyler ve gruplar arasında daha yaygın olduğunu, bu hastalarda, hastalığın uzun süre teşhis edilmemesine bağlı olarak daha yüksek komplikasyon ve mortalite oranlarının görüldüğü ortaya çıkmıştır.Diyabetli bireylerin tedavilerindeki önemli tutum sorunlarından birisi de insülin kullanımına yöneliktir. Diyabetlilerdeki; insülinin bağımlılık oluşturacağı algısı, enjeksiyon korkusu ve okuma-yazma bilmeme ve seniliteye bağlı başaramama düşüncesi tedavide gecikmelere yol açmaktadır.Diyabete yönelik bilgilendirme ve farkındalık yaratmaya yönelik programlar aracılığıyla diyabetik bireylerin hastalıklarını kabullenme süreci kolaylaştırılabilir ve tedavi uyumları sağlanabilir (89, 97, 98).

Kısacası diyabetlinin eğitimi, tedavisinin vazgeçilmez temellerindendir. Diyabet eğitimi, metabolik kontrolün sağlanması, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi, yaşam kalitesinin artmasında ve tutumuna etkisinde anahtar rol oynamaktadır (88).

2.3.3. Diyabet-Tutum İlişkisinde Hemşirenin ve Ailenin Rolü

Diyabet-tutum ilişkisinde hasta açısından önemli olan çevresel faktörlerin başında hemşire ve aile gelmektedir. Tedavi ve bakımın seyrinde özellikle ailenin ve yakın akrabaların yaklaşımı çok önemlidir. Aile tipi, evlilik ilişkileri, ailenin hastalığa verdiği tepki, hastaya verilen bakım ve psikososyal destek düzeyi, anne-babanın ebeveynlik niteliği, kişilik özellikleri ile hastalıktan etkilenme düzeyleri gibi ailesel değişkenlerin hastalığa uyum sürecinde önemli faktörler olduğu bilinmektedir. Bununla beraber düşük sosyoekonomik seviye ve aile içi ilişkilerde çatışma tedaviye uyumda olumsuz değişkenlerdir. Bu nedenle öncelikle diyabetin tedavisi için hastalar ve aileleri kendi kendine bakım için eğitilmelidir. Diyabet eğitim programları için ulusal standartlar izlenmelidir. Bu işlemin bir bölümü olarak yemek ve egzersiz planı geliştirilmeli, farmakolojik tedavi gerekliyse başlatılmalı ve kontrolü sağlamak için hem ev hem de hastanede izlem programı geliştirilmelidir (88, 99).

Aileye hastalığın nasıl bir hastalık olduğu, doğası, nasıl bir seyir gösterdiği, hastalığın yönetimi, ileride ne gibi problemlere neden olabileceği ve hastaya nasıl davranmaları gerektiği konusunda bilgi vermek, ailede ve hastada ileride olası psikososyal sorunlar ve psikiyatrik bozuklukların üstesinden zamanında gelinmesi açısından önemlidir. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarına evde kan şekeri ölçümünü (SMBG) öğretmek ve bu sonuçlara göre beslenme düzeni ve medikal tedavi değişiklikleri yapabilmeleri için eğitim verilmelidir. Bu sayede diyabetli bireyin, günlük yaşantısında ailesi ve arkadaşlarından aldığı destekle diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirecektir (88, 99, 100).

Hemşireler diyabet yönetiminde hasta açısından çok önemli bir role sahiptir. Hemşire, diyabetli birey ve ailesini, evde diyabet izleminin önemi ve evde nelerin yapılması gerektiği konusunda eğitmelidir. Ayrıca hemşirelerin aile ve hasta ile bütüncül bir yaklaşıma, terapötik etkileşime girmeleri, hastanın diyabeti anlamasını ve uyumunu artırıcı çalışmalar yapması gereklidir. Bu nedenle bireyin hastalığı ile başetmesi, kendi bakımını üstlenmesi, komplikasyonlarının önlenmesi, tedaviye uyumun sağlanması ve bu konuda stratejilerin geliştirilmesi için hastaların inanç ve tutumlarını içeren bilgilere hemşirenin aşina olması gerekmektedir. Hemşirelerin diyabet hastalığına yönelik tutumlarının incelenmesi, diyabet eğitimi yapan

hemşirelerin, tutum ve iyilik halini etkileyen faktörler ile ilgili bilgilerini araştıran çalışmaların yapılması, bilgi eksikliği varsa bu eksikliğin hizmet içi eğitimlerle,sertifika programları,konuyla ilgili kongre ve bilimsel toplantıların takip edilmesi önemlidir(53, 73, 94).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın şekli

Bu çalışma, diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile diyabete ilişkin tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı korelasyon tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

- 1.Diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile diyabete ilişkin tutumları arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.Diyabetli bireylerin öz-bakım gücü düzeyleri nedir?
- 3.Diyabetli bireylerin diyabete ilişkin tutumları nedir?

3.3.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma,Karaman il merkezindeki Karaman Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır.Karaman Devlet Hastanesi'nde dahiliye ve endokrinoloji poliklinikleri bulunmaktadır.Poliklinikte 6 muayene odası, 1 ultrasonografi odası,1 diyetisyen odası, 1 eğitim odası bulunmakta; 1 diyabet eğitim hemşiresi, 3 diyetisyen ve 6 uzman hekim görev yapmaktadır. Her haftanın belli günleri diyabet hastalarına yönelik diyabet tedavisi, komplikasyonları, diyabet ve beslenme,diyabet ve ayak bakımı gibi konuları içeren bireysel eğitim düzenlenmektedir. Ayrıca hergün insülin tedavisi başlanan hastalara insülin tedavisinin uygulanışı,komplikasyonları gibi konularda diyabet bakım ve tedavisine yönelik eğitim verilmektedir.

3.4.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Haziran 2015-Kasım 2015 tarihleri arasında dahiliye ve endokrinoloji polikliniğine başvuran, diyabetli bireylerden araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayanlar oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Örnekleme alınacak hasta sayısının belirlenmesi konusunda güç (power) analizinden yararlanılmıştır. Öz-bakım gücü ve diyabet tutum ölçeği baz alınarak yapılan güç analizine göre 0.90 güçle ve 0.05 Tip I hata ile 89 hasta olup, çalışma 130 hasta ile tamamlanmıştır. evrenden hastaların örnekleme alınmasında olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Haziran 2015-Kasım 2015 tarihleri arasında 130 diyabetli hasta ile görüşülmüştür. Hastaların 55'i erkek 75'i ise kadındır. Örneklem grubu seçilirken katılımcıların;

- En az 6 ay önce diyabet tanısı almış olmasına,
- 18 yaş üstü ve yetişkin bireylerden oluşmasına,
- Ölçeklerin okuyup anlamaları ve doldurmaları için araştırmaya katılan bireylerin en az ilköğretim mezunu olmasına,
- Çok ciddi komplikasyonlarının olmamasına (körlük, felç vb.),
- İletişim probleminin olmamasına (sözel iletişim sorununun olmaması vb),
- Psikiyatrik hastalık tanısının bulunmaması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi göz önünde bulundurulmuştur..

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece bir hastanede yapılmış olması,
- Araştırmada özel sağlık merkezlerinin kapsam dışında tutulması,
- Ciddi komplikasyonu olmaması .

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımsız değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, diyabet süresi, meslek, gelir, sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapma durumu, SGK bağımlı olma, kronik hastalığa sahip olma ve yakın akrabalarda diyabet olup olmamasıdır.

3.7.2. Bağımlı değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri öz-bakım gücü ve diyabet tutum ölçeği puan ortalamasıdır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler ,literatür bilgisi ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Bilgi Formu”(Bkz.EK-1), “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” (Bkz.EK-2) ve “Diyabet Tutum Ölçeği” (Bkz.EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form 2 bölümden oluşmaktadır.1. bölümde, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve mesleki durumu vb. tanımlayıcı sorular yer almaktadır. 2.bölümde ise; hastalığın süresi, tedavisi, kronik hastalığın varlığı ve diyabet komplikasyonu gibi hastalığa ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği: Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979 yılı) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması nursen Nahcivan tarafından yapılmış olan 35 maddelik kısaltılmış türkçe formdur (101) Ölçek bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0’dan 4’e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5’li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor ” 1 puan, “Fikrim yok ” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan, ve “Beni çok tanımlıyor ”yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (**3,6,9,13,19,22,26.ve 31. maddeler**) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140’dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi-kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur (77).

Diyabet Tutum Ölçeği: Amerika’da Ulusal Diyabet Komisyonu tarafından geliştirilen DTÖ’nün Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Özcan tarafından yapılmıştır (102). Diyabet Tutum Ölçeği’nin kapsadığı 7 alt grup; özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, diyabetin ciddiyeti, kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum ve ekip bakımına karşı tutumdur.

Altgruplar:

1. Özel eğitim gereksimi alt grubu; 7 maddeden (1, 8, 9 ,13, 26, 28, 30) oluşmaktadır. Diyabetli hastaların, tedavi ve bakımlarında görev alan diyabetekibi üyelerinin diyabet konusunda özel eğitim almaları ve uzmanlaşmaları konusundaki tutumları sorgulanmaktadır.

2. Hasta uyumuna karşı tutum alt grubu; 6 maddeden (4,15,19,22,27,29) oluşmaktadır. Hastaların diyabet tedavisi, yönetiminde bireysel yönetim ile ilgili düşünceleri ve bu konuda rol ve sorumluluklarını algılama, kabul etme durumları sorgulanmaktadır.

3. Tip II diyabetin ciddiyeti alt grubu; 3 maddeden (5,6,12) oluşmaktadır. Hastaların daha çok insülin kullanımına ilişkin tutumları sorgulanmaktadır.

4. Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar alt grubu; 4 maddeden (10,17,24,34) oluşmaktadır. Kan glikoz kontrolü ile komplikasyonlar arasındaki ilişki hakkında hastaların tutumları sorgulanmaktadır.

5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi alt grubu; 5 maddeden (2,11,14,18,21) oluşmaktadır. Diyabetin hastaların yaşamları üzerindeki etkileri sorgulanmaktadır.

6. Hasta otonomisine karşı tutum alt grubu; 5 maddeden (3,7,25,31,33) oluşmaktadır. Hastaların bireysel diyabet yönetiminde sorumluluk almaktan kaçınarak bu konudaki tek sorumlu olarak sağlık ekibi üyelerini seçme durumları, öz-bakım rolünü üstlenme ve bu konuda eğitim alma ile ilgili tutumları sorgulanmaktadır.

7. Ekip bakımına karşı tutum alt grubu; 4 maddeden (16,20,23,32) oluşmaktadır. Hastaların multidisipliner diyabet ekibi üyeleri tarafından takip edilme konusundaki tutumları sorgulanmaktadır .

Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile puanlanmıştır. Herbir alt grubu oluşturan madde puanları toplanıp madde sayısına bölünerek bireyin alt gruba ait, 1 ile 5 arasında değişen tutum puanı hesaplanmaktadır. Aynı şekilde ölçekteki tüm maddelerin puanlarının toplanarak 34'e bölünmesi ile genel olarak diyabet tutum puanı hesaplanmaktadır (Kesinlikle katılıyorum:5-Kesinlikle katılmıyorum:1). Ancak 5., 6., 12., 18., 23., 24. maddelerin puanları ters çevrilerek toplanmaktadır (Kesinlikle katılmıyorum:5-Kesinlikle katılıyorum:1).

Puan >3 ise pozitif tutum, puan ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmektedir. Puanın artışı ya da düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir. Ölçek toplam puanlamasının yorumlanması ise yine alt grup puanlamasına benzemektedir ve ölçek puanı >3 ise pozitif tutumu, ölçek puanı ≤ 3 ise negatif tutumu göstermektedir.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler, Haziran 2015-Kasım 2015 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Katılımcı tarafından anlaşılmayan sorularda gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Veriler, katılımcılara sosyo-demografik özellikleriyle ilgili 17, öz-bakım gücü ölçeğinde 35, diyabet tutum ölçeği ile 34 soru yöneltilerek toplam 3 ay içinde toplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler, kodlanarak bir istatistik paket veri programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılım özelliği gösterip göstermediği analitik yöntem (Kolmogorov-Smirnov) kullanılarak test edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi sonucuna göre önemlilik düzeyi 0.05'den küçük olması ile veriler normal dağılım özelliği göstermemiş olup, nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, kategorik

değişkenlerin karşılaştırılmasında kruskal wallis ve mann whitney u testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla spearman2srho korelasyon testi kullanılmıştır. Öz-Bakım Gücü Ölçeği ile Diyabet Tutum Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesinde Lineer Regresyon Analizi kullanılmıştır

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 21.07.2015 tarih ve 2015/96 protokol numaralı kararı ile etik onay alınmıştır (Bkz.Ek-5).

Ayrıca araştırmada kullanılan ölçekler için; Öz-Bakım Gücü Ölçeği için geçerlilik güvenirliğini yapmış olan Sayın Prof.Dr.Nursen Nahcivan'dan e-posta yoluyla ve Diyabet Tutum Ölçeği'nin (DTÖ) geçerlilik ve güvenirliğini yapan Sayın Doç. Dr. Şeyda Özcan'dan yazılı olarak ölçeklerin kullanılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır (Bkz.EK-7, Bkz.EK-8).

Bunun yanında ilgili Karaman Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden uygulama için yazılı kurum izinleri alınmıştır (Bkz.Ek-6).

Araştırmanın yapılacağı polikliniklerde görev yapan tüm çalışanlara ve araştırmaya katılma kriterlerine uygun olan diyabetli bireylere araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında bilgi verilmiştir. Bu bilgilerin sadece araştırma amacıyla kullanılacağı, kişisel bilgilerin paylaşılmayacağı söylenmiştir ve araştırmaya katılmaları konusunda yazılı onayları alınmıştır.(Bkz.Ek-1)

3.11. Araştırma Planı

Tablo 3.11 .1 Araştırma Planı

Başlama Tarihi	15 Haziran 2015
Verilerin Toplanması	15 Haziran 2015-15 Kasım 2015
Verilerin Değerlendirilmesi	15 Kasım 2015-15 Ocak 2016
Araştırma Raporunun Yazılması	30 Ocak 2015-30 Mart 2016

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde diyabet hastası olan kişilerin öz bakım gücü ve diyabet tutumlarına ilişkin görüşlerin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş olan ölçme aracından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

4.1. Diyabet Bireylerin Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulgular

Bu başlık altında diyabet hastalarının demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri; frekans ve yüzde değerlerine göre analiz edilmiş, bulgular betimlenmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 4.1.1. Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri (N=130)

Yaş		
25-35	10	7,7
36-45	12	9,2
46-55	31	23,8
56 ve üzeri	77	59,2
Cinsiyet		
Kadın	75	57,7
Erkek	55	42,3
Medeni Durum		
Evli	108	83,1
Bekar	22	16,9
Öğrenim Durumu		
ilköğretim	96	73,8
ortaöğretim	20	15,4
Üniversite/lisansüstü mezunu	14	10,8
Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?		
Evet	110	84,6
Hayır	20	15,4
Mesleğiniz		
Ev hanımı	54	41,5
Emekli	51	39,2
Serbest çalışıyor	7	5,4
Memur	10	7,7
İşsiz	5	3,8
Diğer	3	2,3
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	57	43,8
Gelir gidere eşit	61	46,9
Gelir giderden fazla	12	9,2

Araştırma kapsamına alınan hastaların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya alınan hastaların % 93,1’si Tip II diyabet türüne sahip, %59,2’i 56 yaş ve üzeri, %57,7’si kadın, %83,1’i evli olarak durumlarını bildirmişlerdir. Ayrıca katılımcıların % 73,8’ si ilkokul mezunu, %84,6’ı SGK’ya bağlı, %41,5’i ev hanımı, %46,9’u gelir gidere eşit olarak belirlenmiştir.



Tablo 4.1.2. Araştırmaya katılan kişilerin hastalığa ilişkin özellikleri(N=130)

Dişabet Türü	Sayı	Yüzde(%)
Tip 1	6	4,6
Tip 2	124	95,4
Dişabetiniz süresi nedir?		
6 ay-9 yıl	83	63,8
10-19	32	24,6
20-30	15	11,5
Dişabet tedavisi için ne kullanıyorsunuz		
Sadece beslenmetedavisi	20	15,4
Ağızdan alınan Antidişabetik ilaç (OAD)	38	29,2
OAD+İnsulin tedavisi	69	53,1
Herhangi bir tedavi kullanmıyor	3	2,3
Birinci derece yakınlarınızda dişabet hastası olan var mı?		
Evet	75	57,7
Hayır	55	42,3
Şu anki dişabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?		
İyi	50	38,5
Orta	73	56,2
Kötü	7	5,4
Son bir yıl içinde dişabet nedeni ile hastaneye yattınız mı?		
Evet	23	17,7
Hayır	107	82,3
Doktor tarafından dişabet dışında tanı konulmuş başka kronik hastalık var mıdır?		
Evet	78	60,0
Hayır	52	40,0
Dişabete bağılı gelişen komplikasyonu var mı?		
Var	39	30,0
Yok	91	70,0

Araştırma kapsamına alınan hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %63,8’si 0-9 yıl süresince dişabet hastası, %53,1’iOAD+insulin tedavisi görüyor, %57,7’sinin birinci derece yakınlarında dişabet hastası mevcut, %56,2’i orta düzeyde tedaviye uyum

sağlamaktadır. Katılımcıların %82,3'ü son bir yıl içerisinde diyabet nedeniyle hastaneye yatmadığını, %40'i başka kronik bir rahatsızlığının olmadığını, %70'inin diyabete bağlı gelişen komplikasyon olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.3. Araştırmaya katılan kişilerin alışkanlıkları (N=130)

Hastanın sigara kullanma durumu	Sayı	Yüzde(%)
Sigara kullanıyor	25	19,2
Bırakmış	23	17,7
Hiç Kullanmamış	82	63,1
Hastanın alkol kullanma durumu		
Alkol kullanıyor	5	3,8
Bırakmış	4	3,1
Hiç Kullanmamış	121	93,1
Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?		
Evet	12	9,2
Hayır	55	42,3
Ara sıra yürüyüş yapıyorum	63	48,5

Araştırma kapsamına alınan alışkanlıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.3'te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %63,1'i sigarayı hiç kullanmadığını, %93,1'i alkolü hiç kullanmadığını, %48,5'i düzenli olarak egzersiz yapmadığını belirtmişlerdir.

4.2.Diyabet Hastalarının Öz-Bakım Gücüne İlişkin Görüşleriyle İlgili Bulgular

Bu başlık altında diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri; aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre analiz edilmiştir.

Tablo 4.2.1. Öz -bakım gücü ölçeği madde ortalama ve standart sapmaları

Öz-Bakım Gücü	Ortalama	Standart sapma
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	3,02	1,26
2.Kendimi beğeniyorum.	2,88	1,25
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	1,82	1,52
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	3,26	1,04
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	3,17	1,18
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	1,88	1,52
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	2,80	1,32
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	2,52	1,34
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	2,03	1,50
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	3,11	1,20
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	3,12	1,24
12.Dengeli beslenirim.	2,49	1,40
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	2,06	1,27
14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	2,77	1,367
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	2,98	1,117
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	3,23	0,96
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayım.	3,10	1,13
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	2,87	1,10
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayım.	1,65	1,35
20.Kendimle dostum.	3,11	1,05
21.Kendime iyi bakarım.	2,78	1,26
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	1,88	1,35
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	2,32	1,39
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	2,78	1,24
25.Yaşam bir zevktir.	2,97	1,17
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	2,20	1,43

27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	3,23	1,13
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	3,22	1,12
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	2,91	1,24
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	2,83	1,28
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	1,58	1,43
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	2,98	1,13
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	3,35	1,01
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	2,61	1,41
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	3,18	1,11

Tablo 4.2.2. Diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamaları, ss ve min-max değerleri

Ölçekler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Öz Bakım Gücü	25,00	136,00	94,69	21,92

Diyabet hastalarında öz-bakım gücü puan ortalaması $94,69 \pm 21,92$ olarak bulunmuştur.

4.2.3. Diyabet Hastalarının Öz-Bakım Gücü Ölçeğine ilişkin görüşlerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi

Bu başlık altında diyabet hastalarının öz bakım gücüne ilişkin görüşleri demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre incelenmiş elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

Tablo 4.2.3.1. Diyabet tipine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Diabet tipi	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Tip I	6	81,42	5,968	2	,051
Tip II	124	63,56			

Tablo 4.2.3.1’de görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz bakım gücüne ilişkin görüşleri diyabet türü değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (KW=5,968; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.2. Yaş gruplarına göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Yaş	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
25-35	10	81,90	6,309	3	,097
36-45	12	81,88			
46-55	31	68,66			
56 ve üzeri	77	59,55			

Tablo 4.2.3.2’den görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (KW=6,309 $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.3. Cinsiyete göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Cins	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	Sıra toplamı	U	p
Kadın	75	62,71	4703,50	1853,500	,324
Erkek	55	69,30	3811,50		

Tablo 4.2.3.3'den görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($U=1853,500$; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.4. Medeni duruma göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Medeni durum	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Evli	108	68,03	3,206	2	,201
Bekar	5	44,70			
Dul/Boşanmış	17	55,53			

Tablo 4.2.3.4'den görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($KW=3,206$; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.5. Eğitim duruma göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Eğitim durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
İlkokul mezunu	96	63,64	1,183	2	,554
Ortaokul/lise mezunu	20	67,85			
Üniversite/lisansüstü mezunu	14	74,89			

Tablo 4.2.3.5'den görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri eğitim durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($KW=1,183$; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.6. Sosyal Güvenlik Kurumu’na bağlı olma duruma göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

SGK bağlı olma durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	Sıra toplamı	U	p
Bağlı	110	65,89	7248,00	1057,000	,781
Bağlı değil	20	63,35	1267,00		

Tablo 4.2.3.6’da görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri sosyal güvenlik kurumuna bağlı olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (U=1057,000; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.7. Mesleklere göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Meslek	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Ev hanımı	54	56,14	7,955	5	,159
Emekli	51	71,65			
Serbest çalışıyor	7	55,86			
Memur	10	76,85			
İşsiz	5	84,90			
Diğer	3	81,83			

Tablo 4.2.3.7’de görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (KW=7,955; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.8. Gelir durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Geliri	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Gelir giderden az	57	74,63	6,009	2	,050
Gelir gidere eşit	61	58,76			
Gelir giderden fazla	12	56,38			

Tablo 4.2.3.8’de görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri gelir durumu değişkenine göre (KW=6,009; $p<0,05$) anlamlı bir farklılık

göstermektedir. Gelir durumunu gelirin giderden az olduğu şeklinde belirten hastaların öz-bakım gücü ölçeği puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3.9. Hastaların diyabet süresi durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Diyabetiniz süresi	N	Ortalama Sırası (Mean Rank)	KW	sd	p
6ay-9yıl	83	64,22	5,527	2	,063
10-19	32	59,14			
20-30	15	86,17			

Tablo 4.2.3.9’da görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri diyabet süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (KW= 5,527; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.10. Hastaların diyabet tedavisine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Diyabet Tedavisi	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Sadece diyet tedavisi	20	58,15	1,715	3	,634
Ağızdan alınan Antidiyabetik ilaç (OAD)	38	68,38			
OAD+insulin tedavisi	69	66,80			
Herhangi bir tedavi kullanmıyor	3	48,00			

Tablo 4.2.3.10’dan görüldüğü üzere hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleri Diyabet tedavisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (KW= 1,715; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.11. Hastaların birinci derece yakınlarında diyabet hastası olan durumu göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Birinci derece yakınlarında diyabet hastası olan durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	Sıra toplamı	U	p
Var	75	71,63	5372,50	1602,500	,030
Yok	55	57,14	3142,50		

Tablo 4.2.3.11’de görüldüğü gibi hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin görüşleribirinci derece yakınlarında diyabet hastası olanlarda olmayanlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($U=1602,500; p<0,05$). Birinci derece yakınlarında diyabet hastası bulunan hastalarda öz-bakım gücü ölçeği puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3.12. Hastaların diyabet tedavisine uyum durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Tedaviye uyum durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
İyi	50	78,28	9,892	2	,007
Orta	73	58,47			
Kötü	7	47,57			

Tablo 4.2.3.12’ de görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları diyabet tedavisine uyum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($KW=9,892; p<0,05$). Tedaviye iyi uyum sağladığını düşünen hastaların öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.2.3.13. Hastaların diyabet nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre öz- bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yatma durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	Sıra toplamı	U	p
Evet	23	46,72	1074,50	798,500	,008
Hayır	107	69,54	7440,50		

Tablo4.2.3.13'te görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yatma durumu göre anlamlı farklılık göstermektedir ($U=798,500$; $p<0,05$). Son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yatan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları daha düşüktür.

Tablo 4.2.3.14. Hastaların sigara kullanma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Sigara Kullanma Durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Sigara kullanıyor	25	77,48	16,140	2	,001
Bırakmış	23	87,67			
Hiç Kullanmamış	82	55,63			

Tablo4.2.3.14 'te görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamaları sigara kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($KW=16,140$; $p<0,05$). Sigaraya bırakmış olan hastaların öz-bakım gücü puanları daha yüksektir.

Tablo 4.2.3.15. Hastaların alkol kullanma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Alkol Kullanma Durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Alkol kullanıyor	5	69,40	,709	2	,702
Bırakmış	4	50,38			
Hiç Kullanmamış	121	65,84			

Tablo 4.2.3.15 'de görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları, alkol kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($KW= ,709$; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.16. Hastaların egzersiz yapma durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Düzenli olarak egzersiz yapma durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	KW	sd	p
Evet	12	73,17	10,220	2	,006
Hayır	55	53,18			
Ara sıra yürüyüş yapıyorum	63	74,79			

Tablo 4.2.3.16’da görüldüğü üzere diyabet hastalarının öz-bakım gücü ölçeği puan ortalamaları, egzersiz yapma durumu değişkenine göre (KW=10,220; $p<0.05$) anlamlı bir farklılık göstermektedir. Egzersiz yapmayan katılımcıların öz-bakım gücü ölçeği puanları daha düşüktür.

Tablo 4.2.3.17. Hastaların başka kronik hastalık bulunması durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Başka Kronik Hastalığının Olması	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	Sıra toplamı	U	p
Evet	78	64,26	5012,50	1931,500	,646
Hayır	52	67,36	3502,50		

Tablo 4.2.3.17’de görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamaları ile hastaların başka kronik hastalık bulunma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (U=1931,500; $p>0,05$).

Tablo 4.2.3.18. Hastaların diyabete bağlı komplikasyon durumuna göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Diyabete bağlı gelişen komplikasyonu olma durumu	N	Ortalama Sırası (MeanRank)	Sıra toplamı	U	p
Var	39	60,08	2343,00	1563,000	,282
Yok	91	67,82	6172,00		

Tablo 4.2.3.18’de görüldüğü gibi diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamaları ile diyabete bağlı komplikasyon olması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (U=1563,000; $p>0,05$).

4.3.Diyabet Hastalarının Diyabet Tutum Ölçeğine İlişkin Görüşleriyle İlgili Bulgular

Bu başlık altında diyabet hastalarının diyabet tutumölçeğine ilişkin görüşleri; aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre analiz edilmiş, bulgular betimlenmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 4.3.1.Diyabet tutum ölçeği madde ortalamaları ve standart sapması

Diyabet Tutum Ölçeği	Aritmetik ortalama	Standart sapma
1.Sağlık bakımı çalışanlarının etkili diabet tedavisi uygulamak için özel bir eğitim almaları gerekir.	1,50	0,94
2.Diyabetli olma, bireyin yaşama bakışını değiştirir.	2,03	0,98
3.Diyabetli bireylere, kendi kendine bakım yöntemlerinin asıl seçmeleri ve yapmaları gerektiği öğretilmelidir (Örneğin beslenme şekli, kan şekerini izleme biçimi, günlük insülin enjeksiyon sayısı).	1,59	0,88
4.Diyabetli bireylerin yaşamlarındaki en önemli şey, diyabetlerini kontrol altına almaktır.	1,68	0,94
5.Yalnızca diyetle kontrol edilebilen diyabet oldukça hafif bir hastalıktır.	3,40	1,15
6.İnsüline bağımlı olmayan diyabet, insüline bağımlı diyabetten daha hafif bir hastalıktır.	3,54	1,07
7.Diyabetli birey, diyabet tedavisi ile ilgili olarak neler yapması gerektiğini belirlemelidir.	1,76	0,81
8.Diyabetlilere diyabet bakımını öğreten hemşire ve diyetisyenlerin, danışmanlık becerilerini öğrenmeleri önemlidir.	1,71	1,02
9.Diyabet bakımı hızlı bir değişim geçirdiği için, sağlık bakım çalışanlarına diyabet hakkında öğrenmeyi sürdürmeleri şartı getirilmelidir.	1,77	1,00
10.Kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetli bireylerde, kan şekeri kontrolü iyi olan bireylere kıyasla diyabet komplikasyonlarının gelişme olasılığı daha fazladır.	2,27	0,97
11.Diyabet tedavisi moral bozucudur.	2,47	1,24
12.Diyabetleri yalnızca diyetle tedavi edilen bireylerin, diyabetin uzun dönem komplikasyonlarına yakalanma konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.	3,32	1,03
13.Diyabetli bireyleri tedavi eden sağlık bakımı çalışanları, hastaları ile iyi iletişim kurmaları konusunda eğitilmelidir.	1,65	0,93
14.Diyabet, diyabetli bireyin yaşamının hemen hemen her anını etkiler.	1,81	0,98
15.Diyabetli işbirliği yapmazve önerilen tedaviye uymazsa sağlık bakımı çalışanlarının onlar için yapabileceği fazla bir şey yoktur.	2,20	1,17
16.Doktorlar, bakımları konusunda diyabetlileri yeterince bilgilendirmek için, hemşire ve diyetisyenlerin yardımına gereksinim duyarlar.	1,85	0,97
17.Kan şekerinin hedeflenen sınırlarda tutulması, diyabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.	1,89	0,99
18.Diyabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.	2,65	1,29
19.Önerilen diyabet tedavisini uygulamayan bireyler diyabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.	2,40	1,22
20.Doktorlar diyabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermelidir.	1,72	0,82

21.Diyabet çok ciddi bir hastalıktır.	1,76	1,00
22.Hastalara diyabet komplikasyonlarından bahsetme, önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürkütecektir.	2,80	1,15
23.Doktorların, diyabetli hastayı tedavi etme konusunda hemşire ve diyetisyenlerin yardımına ihtiyaçları yoktur.	2,20	1,13
24.Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diyabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya çıkacaktır.	2,65	1,29
25.Diyabetli hastaların, kan şekerini kontrol altında tutmak için ne kadar çaba göstereceklerine karar verme hakları vardır.	2,47	1,25
26.Diyabet konusunda özel eğitimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler.	1,63	0,85
27.Diyabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.	1,77	0,97
28.Diyabet eğitimcileri başarılı olmak için eğitimci olma konusunda çok şey öğrenmelidir.	1,60	0,90
29.Diyabet bakımı hakkında kararlar doktor tarafından verilmelidir.	1,77	1,03
30.Sağlık bakım çalışanlarındı diyabet eğitimi, yaşlılık diyabetini de kapsamalıdır.	1,69	0,86
31.Günlük diyabet bakımı konusunda önemli kararlar diyabetli birey tarafından verilmelidir.	2,35	1,13
32.Doktorlar diyabetli bireyi, hastalığı öğrenmesine yardımcı olması için eğitimci hemşireye göndermelidir.	1,73	0,87
33.Diyabetli birey kendi bakımında sorumluluk alabilmek için hastalığını çok iyi öğrenmelidir.	1,58	0,80
34.Kan şekerinin uzun bir süre yüksek seyretmesi ile uzun dönem diyabet komplikasyonlarının oluşması arasında ilişki vardır.	1,96	0,96

Tablo 4.3.2. Diyabet hastalarının diyabet tutum ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları, ss ve min-max değerleri

Alt boyutlar	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma
1. Özel eğitim gereksimi	1,00	4,43	1,64	0,73
2. Hasta uyumuna karşı tutum	1,00	4,83	2,10	0,73
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	1,00	5,00	3,42	0,80
4. Kan glikoz kontrolü	1,00	3,75	2,19	0,65
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	1,00	4,60	2,14	0,71
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,00	4,40	1,95	0,67
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,00	4,00	1,87	0,64
Diyabet Tutum Ölçeği	0,74	4,00	2,78	0,64

Tablo 4.3.2.'den görüleceği üzere diyabet hastalarının diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları $2,78 \pm 0,64$ olarak bulunmuştur. Alt gruplarda puan ortalaması en yüksek Tip II diyabetin ciddiyeti alt grubunda (3,42), en düşük puan ortalaması ise özel eğitim gereksinimi alt grubunda (1,64) bulunmuştur.

Tablo 4.3.3. Hastaların diyabet türü durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Tip 1 (n=6)		Tip II (n=124)		KW	p
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum Ölçeği	3,16	,66	2,74	,63	2,888	,051
1. Özel eğitim gereksimi	1,71	1,33	1,66	,70	4,151	,126
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,66	1,09	2,08	,71	4,858	,088
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,00	,66	3,44	,81	1,945	,378
4. Kan glikoz kontrolü	1,83	,68	2,22	,65	5,502	,064
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,20	1,11	2,14	,70	,680	,712
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,30	,96	1,94	,66	,743	,690
7. Ekip bakımına karşı tutum	2,41	,84	1,86	,63	3,234	,199

Tablo 4.3.3’de görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; Tip I hastaların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları ($3,36 \pm 0,66$) ve Tip II hastaların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalaması ($2,74 \pm 0,63$) negatif yönde olduğu görülmektedir.

Alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise; en yüksek puan ortalamalarının tip II diyabetin ciddiyeti alt grubunda pozitif yönde olduğu, en düşük puan ortalamasının ise özel eğitim gereksinimi alt grubunda negatif yönde olduğu saptanmıştır.

Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 4.3.4. Hastaların yaş gruplarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler ve Alt boyutları	25-35 (n=10)		36-45 (n=12)		46-55 (n=31)		56 ve üzeri (n=77)		KW	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet tutum ölçeği	3,13	,55	3,05	,47	2,81	,60	2,68	,67	1,844	,605
1. Özel eğitim gereksinimi	1,48	1,05	1,57	,47	1,65	,55	1,68	,78	3,606	,307
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,25	1,01	2,20	,58	1,88	,44	2,15	,79	3,341	,342
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,26	,64	3,11	,83	3,46	,59	3,47	,88	2,848	,416
4. Kan glikoz kontrolü	1,77	,55	2,06	,55	2,29	,48	2,22	,72	6,365	,095
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	1,96	,91	2,06	,77	2,16	,71	2,17	,69	2,372	,499
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,98	,82	2,01	,43	1,86	,43	1,97	,77	1,306	,728
7. Ekip bakımına karşı tutum	2,02	,82	1,60	,43	1,86	,57	1,90	,67	2,529	,470

Tablo 4.3.4’de görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; 25-35 yaş grubundaki toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları ($3,13 \pm 0,55$) ve 36-45 yaş grubundakilerin toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları 3’ten büyük ($3,05 \pm 0,47$) pozitif yönde, 56 yaş ve üzerindeki hastaların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalaması ($2,68 \pm 0,67$) negatif yönde olduğu görülmektedir.

Alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise; enyüksek puan ortalamalarının tip II diyabetin ciddiyeti alt grubunda pozitif yönde olduğu, en düşük puan ortalamalarının ise özel eğitim gereksinimi alt grubunda negatif yönde olduğu saptanmıştır.

Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 4.3.5.Hastaların medeni durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Evli (n=108)		Bekar (n=5)		Dul/Boşanmış (n=17)		KW	p
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet tutum ölçeği	2,80	,68	2,59	,30	2,71	,41	,520	,771
1. Özel eğitim gereksinimi	1,64	,77	1,65	,21	1,66	,53	1,188	,552
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,12	,78	2,16	,33	1,93	,32	1,331	,514
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,49	,78	3,33	1,02	3,01	,81	6,593	,037
4. Kan glikoz kontrolü	2,14	,66	2,50	,46	2,44	,60	3,703	,157
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,14	,74	2,08	,52	2,15	,58	,436	,804
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,96	,71	2,04	,29	1,85	,52	,386	,825
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,86	,65	1,90	,37	1,92	,69	,556	,757

Tablo 4.3.5'ten görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; evli hastaların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları ($2,80 \pm 0,68$), bekar hastaların toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları ($2,59 \pm 0,30$) ve dul/boşanmış hastalarda toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları ($2,71 \pm 0,41$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Medeni durumuna göre diyabet tutum ölçeği alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise; enyüksek puan ortalamalarının Tip II diyabetin ciddiyeti alt grubunda pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Tablo 4.3.6. Hastaların meslek durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Ev hanımı (n=54)		Emekli (n=51)		Serbest çalışıyor (n=7)		Memur (n=10)		İşsiz (n=5)		Diğer (n=3)		KW	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Öz Bakım Gücü Ölçeği	2,54	,62	2,81	,58	2,47	,95	2,90	,40	3,14	,77	2,89	,08	7,955	,159
Diyabet tutum ölçeği	2,61	,64	2,89	,59	2,54	,98	2,98	,41	3,23	,80	2,98	,08	8,417	,135
1. Özel eğitim gereksinimi	1,73	,81	1,61	,75	1,77	,41	1,17	,23	1,77	,50	1,66	,57	9,540	,089
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,16	,68	2,01	,86	2,33	,25	2,06	,60	2,43	,25	1,55	,48	12,047	,034
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,35	,82	3,51	,87	3,14	,69	3,50	,47	3,33	,84	3,55	,19	3,401	,638
4. Kan glikoz kontrolü	2,27	,53	2,19	,74	2,53	,52	1,60	,37	2,30	,54	1,83	,28	13,116	,022
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,30	,78	2,03	,69	2,11	,62	2,02	,80	1,96	,43	1,93	,80	4,852	,434
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,02	,73	1,85	,73	2,25	,19	1,62	,14	2,28	,30	2,13	,46	14,511	,013
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,87	,74	1,84	,59	2,17	,34	1,85	,64	1,90	,48	1,83	,72	3,522	620

Tablo 4.3.6’da görüldüğü üzere meslek değişkenine göre toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarının negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Meslek değişkenine göre diyabet tutum ölçeğinin alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise; hasta uyumuna karşı tutum, kan glikoz kontrolü, hasta otonomisine karşı tutum alt gruplarında negatif yönde olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.3.7. Hastaların gelir durumlarına göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Gelir Giderden Az (n=57)		Gelir Gidere eşit (n=61)		Gelir Giderden fazla (n=12)		KW	p
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum Ölçeği	2,89	,65	2,70	,62	2,66	,67	6,009	,050
1. Özel eğitim gereksinimi	1,61	,74	1,62	,68	1,94	,90	1,577	,454
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,16	,79	2,04	,65	2,13	,84	,579	,749
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,43	,78	3,41	,76	3,41	1,12	,034	,983
4. Kan glikoz kontrolü	2,24	,61	2,14	,67	2,20	,80	,629	,730
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,20	,76	2,03	,63	2,38	,83	3,000	,223
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,90	,67	1,96	,69	2,11	,64	1,129	,569
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,78	,64	1,93	,64	1,97	,68	2,044	,360

Tablo 4.3.7.'den görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları gelir durumu gelir giderden az olanlarda ($2,89 \pm 0,65$), gelir gidere eşit olanlarda ($2,70 \pm 0,62$) ve gelirgiderden fazla olanlarda ($2,66 \pm 0,67$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p > 0,05$).

Gelir durumuna göre diyabet tutum ölçeğinin alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise; enyüksek puan ortalamalarının Tip II diyabetin ciddiyeti alt grubunda pozitif yönde olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Tablo 4.3.8. Hastaların diyabet süresi durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	6ay-9 yıl (n=83)		10-19 (n=32)		20-30 (n=15)		KW	p
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet tutum ölçeği	2,74	,66	2,73	,59	3,12	,55	5,527	,063
1. Özel eğitim gereksinimi	1,72	,75	1,59	,72	1,31	,52	7,422	,024
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,23	,71	1,95	,65	1,67	,79	14,044	,001
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,35	,82	3,51	,76	3,62	,75	,700	,705
4. Kan glikoz kontrolü	2,24	,59	2,14	,79	2,05	,68	,881	,644
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,18	,71	1,96	,68	2,29	,79	4,329	,115
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,02	,67	1,89	,67	1,65	,62	5,851	,054
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,91	,63	1,91	,71	1,58	,54	3,098	,212

Tablo 4.3.8’de görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları diyabet süresi 6 ay-9 yıl olanlarda ($2,74 \pm 0,66$), 10-19 yıl olanlarda ($2,73 \pm 0,59$) negatif yönde ve 20-30 yıl olanlarda ($3,12 \pm 0,55$) pozitif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p < 0,05$).

Diyabet süresine göre diyabet tutum ölçeğinin alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise; en düşük puan ortalamalarının özel eğitim gereksinimi ve hasta uyumuna karşı tutumu alt grubunda negatif yönde olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p > 0,05$).

Tablo 4.3.9. Hastaların diyabet tedavisine göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Sadece Diyet tedavisi (n=20)		(OAD) (n=38)		OAD+ insülin tedavisi (n=69)		Herhangi bir tedavi kullanmıyor (n=3)		KW	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet tutum ölçeği	2,76	,40	2,78	,70	2,79	,68	2,61	,36	1,715	,634
1. Özel eğitim gereksinimi	1,77	,56	1,58	,48	1,61	,83	2,33	1,52	4,391	,222
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,19	,58	2,03	,49	2,10	,85	2,27	1,33	,647	,886
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,21	,88	3,52	,66	3,44	,85	2,88	,50	3,230	,357
4. Kan glikoz kontrolü	2,20	,62	2,21	,50	2,16	,73	2,50	,86	1,062	,786
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	1,95	,51	2,12	,58	2,21	,81	2,13	1,02	1,324	,724
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,08	,59	1,83	,53	1,95	,74	2,46	1,17	3,468	,325
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,90	,44	1,84	,55	1,87	,72	2,16	1,12	,596	,897

Tablo 4.3.9'dan görüleceği üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları sadece diyet tedavi alanlarda ($2,76 \pm 0,40$), OAD olanlarda ($2,78 \pm 0,70$), OAD + insülin tedavisi alanlarda ($2,79 \pm 0,68$), herhangi bir tedavi almayanlarda ($2,61 \pm 0,36$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 4.3.10. Hastaların diyabet tedavisine uyum durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	İyi (n=50)		Orta (n=73)		Kötü (n=7)		KW	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,97	,59	2,70	,59	2,22	1,00	9,892	,007
1. Özel eğitim gereksinimi	1,60	,88	1,68	,65	1,53	,29	3,720	,156
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,08	,93	2,09	,58	2,35	,51	2,884	,237
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,52	,97	3,30	,66	3,95	,52	8,818	,012
4. Kan glikoz kontrolü	2,17	,73	2,21	,61	2,07	,55	,309	,857
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,14	,73	2,13	,69	2,20	,93	,027	,987
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,81	,82	2,04	,57	2,02	,31	6,602	,037
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,75	,69	1,97	,61	1,71	,48	5,735	,057

Tablo 4.3.10’da görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları diyabet tedavisine uyumu iyi olanlarda ($2,97 \pm 0,59$), orta düzeyde olanlarda ($2,70 \pm 0,59$) ve uyumu kötü olanlarda ($2,22 \pm 1,00$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Tip II diyabetin ciddiyeti, hasta otonomisine karşı tutum alt grupların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Tablo 4.3.11. Hastaların sigara kullanma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Kullanıyor (n=25)		Bırakmış (n=23)		Hiç Kullanmamış (n=82)		KW	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet tutum ölçeği	2,92	,75	3,13	,54	2,64	,59	16,140	,000
1. Özel eğitim gereksinimi	1,51	,66	1,36	,74	1,77	,72	11,537	,003
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,14	,68	1,92	,84	2,14	,71	4,511	,105
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,32	,79	3,84	,62	3,33	,82	8,279	,016
4. Kan glikoz kontrolü	1,89	,60	1,95	,66	2,35	,62	16,731	,000
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,02	,78	2,02	,84	2,21	,65	5,111	,078
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,00	,49	1,75	,82	1,99	,68	4,959	,084
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,69	,55	1,79	,74	1,95	,63	4,922	,085

Tablo 4.3.11’de görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları sigara kullananlarda ($2,97 \pm 0,75$) negatif yönde , sigarayı bırakmış olanlarda ($3,13 \pm 0,54$) pozitif yönde ve hiç kullanmamış olanlarda ($2,64 \pm 0,59$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Özel eğitim gereksinimi; Tip II diyabetin ciddiyeti, kan glikoz kontrolü alt grupların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Tablo 4.3.12. Hastaların alkol kullanma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Kullanıyor (n=5)		Bırakmış (n=4)		Hiç Kullanmamış (n=121)		KW	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,88	,49	2,52	,62	2,78	,65	,709	,702
1. Özel eğitim gereksinimi	1,37	,41	1,32	,47	1,67	,74	1,739	,419
2. Hasta uyumuna karşı tutum	1,90	,54	1,70	,20	2,12	,74	2,373	,305
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,20	,50	4,25	,50	3,40	,80	5,459	,065
4. Kan glikoz kontrolü	1,95	,67	2,18	,23	2,20	,66	,883	,643
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	1,80	,48	1,75	,47	2,17	,72	2,546	,280
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,28	,55	1,70	,20	1,94	,68	2,899	,235
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,85	,54	2,25	,28	1,86	,65	2,288	,319

Tablo 4.3.12’de görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları alkol kullananlarda ($2,88 \pm 0,49$), alkolü bırakmış olanlarda ($2,52 \pm 0,62$) ve hiç kullanmamış olanlarda ($2,78 \pm 0,65$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 4.3.13 Hastaların egzersiz yapma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Evet (n=12)		Hayır (n=55)		Ara sıra (n=63)		KW	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,93	,38	2,53	,70	2,97	,56	10,220	,006
1. Özel eğitim gereksinimi	1,77	,90	1,65	,54	1,62	,84	2,017	,365
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,30	,80	2,12	,57	2,04	,83	5,132	,077
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,19	1,14	3,38	,80	3,50	,73	,702	,698
4. Kan glikoz kontrolü	2,56	,70	2,27	,57	2,05	,68	7,722	,021
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,58	,99	2,02	,60	2,16	,72	3,498	,174
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,01	,76	1,99	,46	1,90	,80	3,558	,169
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,89	,74	1,84	,55	1,90	,71	,005	,997

Tablo 4.3.13’de görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları egzersiz yapanlarda ($2,93 \pm 0,38$), egzersiz yapmayanlarda ($2,53 \pm 0,70$) ve ara sıra egzersiz yapanlarda ($2,97 \pm 0,56$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak

yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Diyabet tutum ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; kan glikoz kontrolü alt gruppun ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 4.3.14. Hastaların cinsiyet durumuna göre diyabet tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Kadın (n=75)		Erkek (n=55)		Z	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	3,74	2,7	4,00	2,88	-985	,324
1. Özel eğitim gereksinimi	1,66	,73	1,62	,73	-489	,625
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,08	,69	2,13	,78	-524	-601
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,47	,80	3,35	,80	-400	689
4. Kan glikoz kontrolü	2,27	,60	2,09	,71	-1,5231	,126
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,23	,72	2,02	,69	-1,805	,071
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,95	,72	1,95	,61	-026	,979
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,92	,68	1,81	,59	-,993	,321

Tablo 4.3.14'te görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları kadınlarda ($3,74\pm2,70$), erkeklerde ($4,00\pm2,88$) pozitif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.3.15. Hastaların SGK bağımlı olma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	SGK bağımlı Evet (n=108)		SGK'na bağımlı değil (n=20)		Z	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,77	,65	2,84	,59	-278	,781
1. Özel eğitim gereksinimi	1,67	,76	1,50	,51	-742	,458
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,13	,76	1,94	,47	-710	,477
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,43	,79	3,33	,85	-674	,500
4. Kan glikoz kontrolü	2,21	,67	2,10	,57	-888	,374
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,11	,70	2,31	,79	-1,204	,229
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,00	,69	1,69	,51	-1,811	,070
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,91	,65	1,66	,58	-1,670	,095

Tablo 4.3.15'te görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları SGK bağımlı olanlarda ($2,77 \pm 0,65$), SGK'ya bağımlı olmayanlarda ise ($2,84 \pm 0,59$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 4.3.16. Hastaların yakınlarında diyabet hastası olma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Yakınlarda Diyabet Hastası var (n=74)		Yakınlarda Diyabet Hastası Yok (n=54)		Z	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,86	,65	2,67	,62	-2,359	,0018
1. Özel eğitim gereksinimi	1,50	,72	1,85	,69	,-1,669	,095
2. Hasta uyumuna karşı tutum	1,96	,78	2,30	,60	,-597	,551
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,60	,75	3,18	,80	-2,031	,042
4. Kan glikoz kontrolü	2,08	,65	2,35	,63	-1,016	309
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,09	,75	2,20	,66	-842	,400
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,85	,73	2,08	,57	-597	,550
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,76	,69	2,02	,54	-1,027	,328

Tablo 4.3.16'da görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları yakınlarında diyabet hastası olanlarda ($2,86 \pm 0,65$), yakınlarında diyabet hastası olmayanlarda ise

(2,67±0,62) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Diyabet tutum ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; Tip II diyabetin ciddiyeti alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 4.3.17. Hastaların diyabet nedeniyle hastaneye yatma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatmış (n=23)		Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatmamış (n=100)		Z	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,43	,74	2,86	,59	-532	,614
1. Özel eğitim gereksinimi	1,47	,44	1,68	,77	-430	,667
2. Hasta uyumuna karşı tutum	1,79	,66	2,16	,73	-,820	,412
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,33	,87	3,44	,79	-179	,858
4. Kan glikoz kontrolü	2,03	,67	2,22	,65	-768	,443
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,03	,49	2,16	,75	-1,946	,052
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,82	,54	1,97	,70	-591	,065
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,79	,63	1,90	,65	-1,847	,595

Tablo 4.3.17’den görüleceği üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları diyabet nedeniyle hataneye yatanlarda (2,43±0,74), yatmayanlarda ise (2,86±0,59) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.3.18. Hastaların başka kronik hastalık olma durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Başka Kronik Hastalığı var (n=75)		Başka Kronik Hastalığı yok (n=48)		Z	P
	$\bar{X}$	Sd	$\bar{X}$	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,74	,71	2,84	,52	-1,706	,088
1. Özel eğitim gereksinimi	1,71	,77	1,54	,66	-.924	,356
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,12	,78	2,07	,64	-.894	,395
3. Tip 2 diyabetin ciddiyeti	3,36	,90	3,51	,62	-1,935	,053
4. Kan glikoz kontrolü	2,24	,66	2,11	,64	-1,881	,081
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,12	,75	2,17	,66	-.132	,895
6. Hasta otonomisine karşı tutum	2,05	,68	1,79	,64	-.441	,659
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,92	,63	1,80	,65	-.797	,425

Tablo 4.3.18’den görüleceği üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları başka kronik hastalığı olanlarda ($2,74 \pm 0,71$), hastalığı olmayanlarda ise ($2,84 \pm 0,52$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 4.3.19. Hastaların diyabete bağlı komplikasyon durumuna göre diyabet tutumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt boyutları	Diyabete Bağlı Komplikasyon var		Diyabete Bağlı Komplikasyon yok		Z	P
	X	Sd	X	Sd		
Diyabet Tutum ölçeği	2,64	,75	2,84	,58	-1,067	,286
1. Özel eğitim gereksinimi	1,75	,90	1,60	,64	-,950	,342
2. Hasta uyumuna karşı tutum	2,00	,91	2,14	,64	-1,213	,225
3. Tip II diyabetin ciddiyeti	3,40	,83	3,43	,79	-2,010	,044
4. Kan glikoz kontrolü	2,23	,71	2,17	,63	-1,210	,226
5. Hasta yaşamına diyabetin etkisi	2,22	,79	2,10	,68	-1,474	,141
6. Hasta otonomisine karşı tutum	1,98	,85	1,93	,59	0,00	1,000
7. Ekip bakımına karşı tutum	1,94	,79	1,84	,57	-1,613	,107

Tablo 4.3.19’da görüldüğü üzere hastalarının diyabet tutumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; toplam diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları diyabete bağlı komplikasyonu olanlarda ($2,64 \pm 0,75$), komplikasyonu olmayanlarda ise ($2,84 \pm 0,58$) negatif yönde olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Diyabet tutum ölçeğinin alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde; Tip II diyabetin ciddiyet alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

4.4.Öz-Bakım Gücü ile Diyabet Tutum arasındaki İlişki

Tablo 4.4.1. Diyabet hastalarının öz-bakım gücü ve diyabet tutumu arasındaki ilişkiyi belirleyen spearman'srho korelasyon katsayısı sonuçları

		Öz-Bakım Gücü	Diyabet Tutumu
Öz Bakım Gücü	r	1	-.270
	p	-	,002*
Diyabet Tutumu	r	-.270	1
	p	.002*	-

Tablo 4.4.1’de görüldüğü gibi öz-bakım gücü ile diyabet tutumu arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Spearman’s ρ = -.270, p =0,002,). Öz-bakım gücü ile diyabet tutum ölçeği arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki vardır. ($0,20 < r < 0,40$) ($r = -.270$).

Tablo.4.4.2 Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları

Ölçekler	Madde Sayısı	Alpha
Öz-Bakım Gücü Ölçeği	35	0.89
Diyabet Tutum Ölçeği	34	0.89

Tablo 4.4.2’de çalışmada kullanılan ölçeklerin cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları görülmektedir. Öz-Bakım Gücü Ölçeği cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89, Diyabet Tutum Ölçeği cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile diyabet tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

5.1.Diyabet hastalarının demografik ve hastalığa ilişkin özellikleriyle ilgili tartışma

Bu bölümde diyabetli bireylerin demografik ve hastalığa ilişkin bulguları tartışılmıştır. Çalışmamıza alınan hastaların %4,6'sı Tip I, %95,6'sı Tip II diyabet türüne sahiptir. Hastaların %83,1'i evli %3,8'i bekar olarak belirlenmiştir.

Diyabet, hastanın tedavi yöntemini anlamasını ve işbirliği gerektiren, morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Diabetin kadınlarda daha çok görüldüğü belirtilmektedir. Gelişme sürecinde olan toplumlarda hastalık kadınlarda daha sık görüldüğü halde, gelişmiş toplumların çoğunda önemli cinsiyet farkı bildirilmemiştir. Johnson ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğunu (%69.7) kadınlar oluşturmuştur (103). Çalışmamızda da kadın sayısı %57,7 oranıyla; erkeklerden daha fazla olarak saptanmıştır. Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzer bulunmuştur. Çalışmamızda örneklemin yarıdan fazlasını (%59,2)'sini 56 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Literatürde diyabet ile ilgili yapılan çalışmalarda yaş arttıkça diyabet prevalansının arttığı bildirilmektedir (44, 104).

Diyabetin yönetimi ve kontrolünde hastanın eğitimi büyük önem taşımaktadır. Çalışma grubumuzun eğitim durumları incelendiğinde %10.8'i üniversite, %20'si ortaöğretim, %73,8'i ilköğretim mezunu olarak bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim durumu ile öz-bakım gücü arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte, özellikle eğitim seviyesi düşük toplumlarda, kronik hastalığı olanların, eğitim eksikliği nedeniyle tedaviye uyum ve semptomlarla yaşama biçimindeki zorluklar yaşandığı belirtilmektedir (44,105).

Araştırma grubundaki hastaların %84.6'sının sağlık güvencesi bulunmaktadır. Çalışmamızda herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olma ya da hastanın sosyal güvencesi olmaması ile öz-bakım gücü arasında ilişki yönünden farklılık belirlenmemiştir. Buna rağmen, diyabetli bireylerin sağlık güvencesinin olmasının

diyabet yönetimini ve düzenli kontrollerin sürdürülmesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (105).

Çalışmamızda; kişilerin %63,8'si 6ay-9 yıl süresince diyabet hastası olduğu %53,1'inin OAD + insulin tedavisi gördüğü, %57,7'sinin birinci derece yakınlarında diyabet hastası mevcut olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %82,3'ü son bir yıl içerisinde diyabet nedeniyle hastaneye yatmadığını, %40'ı DM dışında kronik bir rahatsızlığının olmadığını, %70'inin diyabete bağlı gelişen komplikasyon olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda diyabet süresi 6ay-9 yıl arası olanlar %63.8, 10-19 yıl arası olanlar %24,6 ve 20-30 yıl arası olanlar ise %11,5 olarak bulunmuştur. He ve Wharrad yaptıkları çalışmada, diyabetli hastaların %32'sinin 10 yıldan uzun süredir diyabet tanısı almış olduğunu saptamışlardır (106). Özer'in araştırmasında hastaların yaklaşık %65'inin diyabet tanı süresinin 10 yıl ve altında olduğu saptanmıştır (107).

Diyabet kontrol hedeflerine ulaşmak için sigara ve alkol kullanımının bırakılması önemlidir. Yine çalışmamıza katılan diyabetlilerin %63,1'i sigarayı hiç kullanmadığını, %93,1'i alkolü hiç kullanmadığını belirtmiştir. Diyabetli hastalarda yapılan çalışmalarda sigara kullanımı %18-33 oranında bulunmuştur (88).

Çalışmamıza katılan hastaların %42,3'ü düzenli olarak egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Diyabetli bireyler düzenli egzersiz yapmakta zorlanmaktadır (105, 108). Kara'nın çalışmasında hastaların %39.7'sinin, Abi'nin çalışmasında %60.6'sının, Javanshir'in çalışmasında %31.7'sinin egzersiz yapmadığı saptanmıştır (108, 109, 88). Diyabet yönetiminde egzersizin rolü büyüktür. Buna karşın egzersiz yapma oranının az olmasının nedeni bunun öneminin hastalar tarafından yeterince bilinmemesi olabilir.

5.2. Diyabet hastalarının öz-bakım gücüne ilişkin bulguların tartışılması

Diyabetlinin uzun ve sağlıklı yaşamasının anahtarı öz-bakımdır. Kendine bakabilen ve yaşam şeklini değiştiren kişi komplikasyonlardan etkin şekilde korunur. Diabetes Mellituslu hastaların hastalık süreci ve hastalık semptomları üzerinde kontrol sağlayabilmeleri için öz-bakım davranışlarını düzenli ve etkin yapmaları gerekmektedir. Hastalık semptomlarının sıklığının artması, hastaların aktivitelerinde kısıtlılık yaparak enerji tüketimlerini sınırlamaya zorladığından hastaların öz-bakım gücü olumsuz olarak etkilenmektedir (108-110).

Diyabetle başa çıkmada hastanın öz-bakım becerisi, hastalık hakkındaki bilgisi, sağlığı ve öz-bakımı konusunda pozitif tutumda olması önemlidir. Çalışmamızda öz-bakım gücü toplam puan ortalaması $94,6 \pm 21,92$ olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda; öz-bakım gücü puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Uskun ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise en yüksek öz-bakım gücü puanı $54,2 \pm 16,8$ ile 45-49 yaş grubunun aldığı belirtilmiştir (111). Çalışmamızda ise en yüksek öz-bakım gücü 25-35 yaş arası ($81,90$) saptanmış, 36-45 yaş arası $81,88$, 46-55 yaş arası $68,66$, 56 yaş ve üzeri ise $59,55$ olarak bulunmuştur. Özkan ve Durna'nın diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada ise hastaların yaş ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (105).

Çalışmamızda cinsiyet değişkeni ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Düzöz ve ark.'nın Tip II diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada da öz-bakım gücü ve cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (15).

Çalışmamıza katılan hastaların medeni durumları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hacıhasanoğlu ve Yıldırım'ın yaptığı bir çalışmada bekar olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (112).

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi artıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı ancak eğitim durum değişkenine göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularında; üniversite mezunlarının öz-bakım gücü puan ortalaması 74,89 puan tespit edilmiştir. Kara'nın yapmış olduğu çalışmada ise eğitim durumuna göre yüksekokul-üniversite mezunlarının 108,20±12,70 puanı ile en yüksek puan öz bakım gücü puan ortalamalarına sahip olduğu belirtilmektedir. Bulgularımız Kara'nın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe öz-bakım gücü puanının yükselmesi beklenen bir sonuçtur (105).Özkan ve Durna'nın diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada lise mezunu olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (105).Yapılan bir başka çalışmada da hastaların eğitim düzeyi ile öz-bakım gücü toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı fakat hastaların eğitim düzeyi artıkça öz-bakım ortalamalarının arttığı belirlenmiştir (44).

Çalışmamızda öz-bakım gücü ile meslek değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmaya katılan meslek gruplarında öz-bakım gücü düzeyi puan ortalaması en yüksek 84,90 puan olarak işsizlerde bulunmuştur. İşsiz olan bireylerin , herhangi bir duruma karşı sorumlulukları olmadığı için, öz- bakım aktivitelerine daha çok dikkat edebileceği düşünülmüştür.Hacıhasanoğlu ve Yıldırım'ın yapmış olduğu bir çalışmada da emekli olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (112).Özkan ve Durna'nın yaptığı çalışmada memurların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur(105).Gül ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da çalışan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (113).

Diyabetli hastaların gelir durumu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Geliri giderden az olanlarda öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Geliri giderden az olanlar 74,63 puan, geliri gidere eşit olanlar 58,76 ve geliri giderden fazla olanlar 56,38 puan olarak bulunmuştur. Hacıhasanoğlu ve Yıldırım'ın hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı bir çalışmada ise geliri giderine eşit olan hastaların öz-bakım

gücü puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (113).

Çalışmamızda hastaların diyabet süresi ile öz-bakım gücü düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Özkan ve Durna'nın diyabetli hastalarla yaptığı bir çalışmada tanı süresi 0- 5 yıl olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur(105). Tip II diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada ise diyabetli hastaların diyabet yaşı 11 yıl ve üzeri olan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (105).

Hastanın tedavi programına uyumu, metabolik kontrolün sağlanması ve böylece kronik komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Çalışmamızda öz-bakım gücü düzeyi ile diyabet tedavisine uyum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).Tedaviye iyi uyum sağladığını düşünen hastaların öz-bakım gücü ölçeği puanları 78,28,orta düzeyde olanların 58,47 ve kötü olarak ifade edenlerin ise 47,57 puan olarak bulunmuştur.

Hastaların birinci derece yakınlarında diyabet hastası olma durumu, diyabet tedavisine uyumu, egzersiz yapma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Birinci derece yakınlarında diyabet hastası bulunanlarda öz-bakım gücü ölçeği puanları yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).Diyabet yönetiminde egzersiz yapmak çok önemlidir ancak diyabetliler egzersiz yapmakta zorlanmaktadır. Çalışmamızda düzenli olarak egzersiz yapanların öz-bakım gücü ölçeği puanları, ara sıra yapanlara ve düzenli yapmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Diyabet hastalarının öz bakım gücüne ilişkin puanları sigara kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sigarayı bırakmış olan hastaların öz bakım gücü puanları 87,67 puanla daha yüksek bulunmuştur. Düzöz ve ark. ise sigara kullanmayanların ($106,40\pm21,38$) en yüksek öz-bakım gücü puanını aldıklarını tespit etmişlerdir (15).

5.3. Diyabet hastalarının diyabet tutum ölçeğine ilişkin görüşleriyle ilgili bulguların tartışma

Tutum, bir eylemin tamamlanması yönünde uygun görülen nesneleri veya uyarıları arar, seçer, reddeder veya eylemin ilerleyişi sırasında ortaya çıkacak olan başarı veya başarısızlıklar yoluyla bu eylemin değerlendirilmesi için referansta bulunabilecek esasları saptar. Hastaların tutumları diyabet bakımını önemli derecede etkilemektedir. Diyabetli hastanın günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir (114,115). Hastaların kendi sağlıklarına ve özellikle de kendi tedavisine ilişkin tutum ve davranışları diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Çalışmamızda da diyabetli bireylerin hastalığa yönelik tutumlarını değerlendirmeye yönelik DTÖ kullanılmıştır.

Diyabet Tutum Ölçeği; toplam puan ortalaması çalışmamızda $2,78 \pm 0,64$ olarak bulunmuştur. Puan ≤ 3 olduğu için hastaların diyabete yönelik negatif tutum sergiledikleri saptanmıştır. Diyabet tutum ölçeği alt boyutlarında ise; en güçlü tutum gösterilen boyut, Tip II diyabetin ciddiyeti alt boyutu olarak bulunmuştur. Bu alt gruptaki sorular insülinle ilgili olan sorulardır.

Hastalar, insüline bağımlı olmayan diyabeti daha az önemsemektedirler. Bu da diyabet kontrolünü zorlaştırabilmektedir ve negatif tutuma yol açabilmektedir (113,114). Ayrıca literatürde diyabet hastalarının insülin kullanımı ile ilgili negatif tutumlarının olmasının nedenleri olarak, özellikle Tip II diyabetli hastaların insülini en son tedavi seçeneği olarak görmeleri, insülin kullanımının diyabet yönetiminde başarısızlık nedeniyle olduğu, insülinin görme kayıplarına, hipoglisemi ataklarına yada amputasyonlara yol açtığı, kilo aldıracağı düşüncesinin olması, iğne yada enjeksiyon korkusunun olması, insülini taşıma, saklamanın zor olması belirtilmektedir (113,114). Çalışmamızda hastaların çoğunun (%53.1) insülin kullanmaları ve dolayısıyla insülin tedavisini bilmeleri sebebiyle Tip II diyabetin ciddiyeti alt grubunda puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur.

Peyrot ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların insüline ilişkin tutumları incelenmiştir ve insülin kullanımına direnç oluşmasına neden olan tutumlar şöyle

sıralanmıştır. İnsülin hipoglisemi, kilo alımı ve komplikasyonların gelişmesine neden olacağı, insülin nedeniyle hastaların yaşamlarının daha da sınırlandıracağı, insülinin hastalığın kontrolünde bir farklılık oluşturmayaacağına ilişkin inançlar ortaya çıkmıştır (116).

Konu ile ilgili yapılmış olan benzer çalışmalarda ise en güçlü pozitif tutumun “Özel Eğitim gereksinimi” alt boyutunda, en zayıf pozitif tutumun ise “İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutunda olduğu bulunmuştur (88,114,115). Çalışmamız sonuçları ile literatürde yapılmış tutum çalışmaları arasında paralellik saptanamamıştır. Bu farklılığı çalışmamıza katılanların çoğunluğunun tip II DM olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz..

Çalışma grubundaki diyabetlilerin diyabete karşı tutumları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Javansir ise yapmış olduğu çalışmada, yaşlılarda diyabet tutum puanının azaldığını saptamıştır (88). Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Diyabet tutum ölçeği ve medeni durum değişkenine göre incelendiğinde ise Tablo 4.3.5’teki sonuçlar elde edilmiştir. Tip II diyabetin ciddiyeti alt grubu ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Diğer alt gruplarda ise anlamlı bir fark bulunamamıştır. Diyabet gibi kronik hastalıklarda etkili yönetimin sağlanabilmesi için hastaların ailesi, arkadaşları gibi sosyal destek faktörlerinin olmasının oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (114).

Aile üyelerinin destekleyici davranışları, diyabetli hastaların tedavi rejimlerine uyum sağlamasında oldukça önemli bir unsurdur Kartal ve arkadaşlarının (2008) Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumlarını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında(114) ve İnkaya ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada hastaların medeni durumlarının diyabet tutumlarını etkilemediğini belirlemişlerdir (114).

Çalışmamızda tedaviye uyum düzeyleri iyi olan hastaların diyabet tutum puan ortalamalarının tedaviye uyum düzeyleri kötü olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kartal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır (114). Çalışmamız benzer çalışmalar ile uyumludur.

Hastaların tanı yılı, diyabet tedavisi ve diyabet tedavisine uyumu değişkenleri ile diyabet tutumu puan ortalaması arasında fark yoktur ($p>0,05$). Bu değişkenler bakım ve tedaviye yönelik tutumu etkilememiştir. Wikblad'ın çalışmasında 20 yıldan daha uzun süreli diyabeti tanısı alan hastaların daha kısa süreli diyabet tanısı alan hastalara göre daha negatif tutum sergiledikleri görülmüştür (117). Yapılan farklı çalışmalarda da bizimle uyumlu olarak diyabet hastalığının süresi, diyabet tedavisine uyumu değişkenleri ile diyabet tutum ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (113,114).

Hastaların ailelerinde diyabet öyküsü olma durumları ile DTÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların ailelerinde diyabet öyküsü olması onların hastalıkla ilgili tecrübelerinin ve bilgi düzeylerinin daha fazla olduğunu gösterebilir. Ambigapathy ve arkadaşları hastaların bilgi düzeyi ile diyabete ilişkin tutumları arasında pozitif korelasyon olduğunu, diyabete ilişkin bilgisi iyi olan bireylerin hastalığa ilişkin tutumlarının da iyi olduğunu saptamışlardır (118).

Mollaoğlu ve arkadaşlarının diyabet eğitim programının, diyabetik hastaların tutumlarına etkisini araştırdıkları çalışmalarında, diyabet eğitimi alan hastaların, diyabet tutum puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre pozitif yönde daha yüksek olduğunu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır (119). Bu sonuçlar, diyabet bakım ekibinin, özellikle hemşirelerin hastaların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesinde, hastaların olumsuz olan tutumların etkili eğitim programları ile değiştirilebilmesinde önemli rol ve sorumluluklarının olduğunu göstermektedir.

5.4. Diyabet hastalarının öz-bakım gücü ile diyabet tutumları arasındaki ilişkiye ilişkin tartışma

Literatür incelendiğinde; Çin’de Huang ve arkadaşlarınca yapılmış olan Tip II diyabetli hastalarda diyabet öz- yönetim ve bilgi ve tutum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada; eğitim düzeyi, diyabet, komplikasyonlar ve periyodik olarak düzenli kontrolün öz-bakım davranışlarının için etkili faktörler olduğu ve öz-bakım davranışlarının puanı ($r = 0.176$, $p < 0.05$) ve tutum ($r = 0.256$, $p < 0.01$) ile ilişkili bulunmuştur (120). Çalışmada Tip II diyabet hastaların büyük çoğunluğunda diyabet bilgisi ve öz-bakım davranışları düşük bir seviyede bulunmuş ve sağlık personelinin Tip II diyabet hastaların öz-bakım davranışlarını ve diyabet tutumu dikkate alması ve geliştirmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

İran’da Ghannadi ve arkadaşları tarafından diyalize giren Tip II diyabetli hastalarda tutum ve öz-yönetim aktivitelerini değerlendirmek amacıyla yapılmış oldukları başka bir çalışmada ise tutum ve öz-yönetim arasında negatif korelasyon bulunmuştur(121). Yapmış olduğumuz çalışmada diyabet hastalarının öz-bakım gücü ve diyabet tutumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öz-bakım gücü ile diyabet tutum ölçeği arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($0.20 < r < 0.40$) ($r = -0.270$) Çalışmamız benzer çalışmalarla uyumludur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmaya, Karaman Devlet Hastanesi, dahiliye ve diyabet polikliniğine başvuran 130 diyabet hastası katılmıştır.

Diyabet hastalarında öz-bakım gücü ve diyabet tutumu arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçladığımız çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır:

- Diyabetle başa çıkmada hastalık hakkında bilgi sahibi olmak önemlidir.
- Tedaviye iyi uyum sağladığını düşünen hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksekken diyabet tutum puanları negatif bulunmuştur.
- Egzersiz yapmayanların öz-bakım gücü daha düşüktür. Dolayısıyla diyabet tedavisinde egzersiz önemlidir.
- Diyabetli hastalar meslek gruplarına göre incelendiğinde serbest çalışan meslek grubuna dâhil olan diyabet hastalarının diyabet tutum puanları daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.
- Diyabetli hastaların cinsiyetlerinin, tutumları ya da öz-bakım gücü üzerinde etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.
- Yakınlarında diyabet hastası olan katılımcıların ise diyabete ilişkin tutumlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir.
- Sigara ve alkol kullanımı üzerinden yapılan değerlendirmede ise sigarayı bir süre kullanıp bırakan hastaların öz-bakım gücünün yüksek, diyabete ilişkin tutumunun ise düşük olduğu, alkol kullanma ya da kullanmama durumunun ise öz-bakım gücü ve tutumda herhangi bir farklılığa yol açmadığı anlaşılmıştır.
- Elde edilen sonuçlar doğrultusunda diyabet hastalarının negatif tutumlarının pozitif çevrilmesinde verilecek eğitim faydalıdır. Bireysel bakımlarının planlanmasında ve izlenmesinde diyabetlinin hastalığa karşı tutumu göz önünde bulundurulmalıdır.
- Hastanın tutumunda çevresel faktörler de etkilidir. Ailenin hastaya vereceği destek pozitif etki yaratabilmektedir.
- Diyabetli hastalara öz-bakım gücünün kazandırılmasında ve diyabet tutumlarını pozitif çevirmekte sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir.

Öz-bakım alışkanlıkları kazandırılırken verilen eğitimin, hastanın eğitim seviyesi, yaşı, hastalığa ilişkin algısı ve ekonomik durumu göz önünde tutularak planlanması tedavi sürecinin sürekliliği ve olumlu atlatılması açısından önemlidir.

- Hastaların diyabet bakım ve tedavisine yönelik pozitif tutumların desteklenmesi ve tutumların değiştirilmesinde diyabet hemşiresince planlı eğitimler verilmesi önemlidir.
- Bireysel bakımlarının planlanmasında ve izlenmesinde diyabetli bireylerin öz bakım ve gücü ve hastalığa karşı tutumunun göz önünde bulundurulması ,
- Hastaların öz bakım güçlerinin ve tutumlarının yükselmesi için bakıma ;
 - Egzersiz programlarının düzenlenmesi,
 - Sigarayı bırakmaları için destek ve mentorlük yapılması,
 - Tedaviye uyum durumlarının belirlenmesi,
 - Birinci derece yakını olarak ailenin aktif katılımının sağlanması.
- Diyabet hemşirelerinin diyabet eğitimi öncesi ve sonrasında hastaların öz bakım gücü ve tutumlarını göz önünde bulundurması,
- Diyabette hastaların tutumlarının bakım ve tedavilerini etkilemesi nedeniyle, diyabetli hastalara, özyönetim eğitimine göre planlanmış eğitim verilmesi ve sonrasında tutumların yeniden ölçülmesi önerilir.
- Ayrıca hekim ve hemşirelerin de diyabet hastalığına yönelik tutumlarının incelenmesi, diyabet eğitimi yapan hemşirelerin, tutum ve iyilik halini etkileyen faktörler ile ilgili bilgilerini araştıran çalışmaların yapılması, bilgi eksikliği varsa bu eksikliğin hizmet içi eğitimlerle tamamlanmasının yararlı olacağı önerilebilir.
- Çalışmamızda hastaneye yatan diyabetli bireylerde öz-bakım gücü düzeyleri düşük bulunmuştur.Hastaneye yatan diyabetli bireylerin öz-bakım güçlerini yükseltmeye yönelik hemşirelik uygulamalarının desteklenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Yılmaz C.** Giriş. In: Yılmaz C. Ed. Diyabet hemşiresi el kitabı. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık, **2002**; 1-12.
2. **Elkin M.** Laboratory Tests. In Elkin ME, Perry AG, Potter PA, eds. Nursing Interventions & Clinical Skills. Third Edition. United States of America. Mosby, An Affiliate of Elsevier Science. **2004**; 360-5.
3. **Smeltzer SC, Bare B.** Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 10 th Edition, Philadelphia. Lippincott Williams &Wilkins A Wolters Kluwer Company. **2004**; 1149-203.
4. **Masharani U, Karam JH.** Diabetes Mellitus & Hypoglycemia. In Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, eds. Current Medical Diagnosis & Treatment. Adult Ambulatory & Inpatient Management. Fort-First Edition, NewYork. McGraw Hill Companies. **2002**; 1203-38.
5. <http://diyabet2020.org/Content/Neden-Diyabet-2020-/Dunyada-ve-Turkiye-de-Diyabet.aspx> (15.06.2013).
6. <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti> (14.05.2015).
7. <http://care.diabetesjournals.org/content/27/7/1841.long> (16.05.2015).
8. **Balcı G.** Öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi **2003**; 10(2):69-76.
9. **Catharine H, Johnston B, Lewis MA, et all.** Self Efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type 1 diabetes. Psychosomatic Medicine. **2002**; 64:43-51
10. <http://nursingtheories.weebly.com/dorothea-eorem.html> (12.05.2015).
11. **Fadıloğlu Ç.** Kronik Hastalıklar. İn: Fadıloğlu Ç, ed. II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II. İzmir, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri. **2003**; 1-34
12. **Toljama M, Hentinen M.** Adherence to self-care and glycaemic control among people with insülin-dependent diabetes mellitus. Journal of Advanced Nursing. **2001**; 34(6):780-6.
13. **Van den Arend IJM, Stolk RP, Ruttent GEHM, et all.** Education integrated into structured general practice care for type 2 diabetic patients results in sustained improvement of disease knowledge and self –care. British Diabetic Association. Diabetic Medicine. **2000**;17: 190-7.
14. **Hosley JB, Molle-Mathews EA.** Lippincott's Textbook for Clinical Medical Assisting. Philadelphia. Wolter Kluwer Company. **1999**; 320-34.
15. **Düzöz GT, Çatalkaya D,Uysal DD.** Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi.**2009**;26:21.
16. **Gökdoğan F, Akıncı F.** Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi. **2001**; 5(1):10-7.
17. **Çalışkan D, Özdemir O, Ocaktan E, İdil A.** 1334 Diyabetik olguda diyabet ile ilgili bilgi alma durumu ve etkili faktörlerin değerlendirilmesi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı) Ankara, **2004**;145.

18. **Elkoca A.** Tip 2 diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2010**.
19. **Büyükgebiz A.** Diyabet hakkında bilmek istedikleriniz. İstanbul: 47 Numara Yayıncılık 2010; 9-11.
20. Endocrine and metabolic disorders. In: Beers MH, Berkow R. Eds. 17th ed. Whitehouse Station: Merck Research Laboratories 1999;63-220.
21. **Akçay T.** Diabetes Mellitus (Kısım 15). In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. Eds, Biberoglu K, Çeviri Ed. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed., McGraw-Hill Co. **2013**;2275-304
22. **Satman İ.** Diabetes mellitus epidemiyolojisi. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed. **2009**;11-35.
23. **Bağrıaçık N.** Diabetes mellitus: tanımı, tarihçesi, sınıflaması, sıklığı. Diabetes Mellitus Sempozyumu, İstanbul:18-19 Aralık **1997**.
24. **Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H.** Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care **2004**; 27(5): 1047-53.
25. **Başaran EO.** Tip 1 Diabetes mellituslu hastalarda diabetes mellitus başlangıç yaşının komplikasyon gelişme süresine etkisi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2008**.
26. **Colle E, Lounamaa R, Tuomilehto J, et al.** The epidemiology and immunogenetics of IDDM in Italian-heritage populations. Diabetes Epidemiology Research International (DERI) Study Group. Diabetes Metab Rev **1990**; 6(2):63-9.
27. Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. EURODIAB ACE Study Group. Lancet. **2000**; 355(9207):873-6.
28. **King H, Rewers M.** Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. Diabetes Care **1993**; 16(1):157-77
29. **Harris MI.** Noninsulin-dependent diabetes mellitus in black and white Americans. Diabetes Metab Rev **1990**; 6(2):71-90.
30. **Yılmaz MT.** Tip 1 diabetes mellitus. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 37-51.
31. **Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A.** Tip 1 diyabet. Güncel Pediatri **2007**; 5: 1-10.
32. Tip 1 diyabet. TEMD Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu hasta eğitim kitapçıkları serisi 3. İstanbul, **2011**.
33. **Esen A.** Diyabetin tanımı, sınıflandırılması ve risk faktörleri. In: Fadiloğlu Ç, Ed. Diyabet hemşireliği. İzmir: Meta Basım Matbaacılık **2004**; 1-21.

34. **Kabalak T.** Tip II diabetes mellitus. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 54-72.
35. **Yılmaz MT, Özer E, Karadeniz ZŞ, Sargın M. Eds.** Tip II Diyabet İçin Global Rehber. Uluslararası diyabet federasyonu klinik rehber için geçici işbirliği grubu. Türkiye Diyabet Vakfı Yayınları. İstanbul: Mart Matbaacılık Sanatları 2007.
36. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Diyabet Programı 2015- 2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını: **2015**; 16-17.
37. **Akalın NS.** Diyabet ve gebelik. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus **2009** multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed 2009; 531-50.
38. **Çakır E.** Gestasyonel diabetes mellitus tanısı. Selçuk Tıp Derg 2014; 30(1):39-41
39. American Diabetes Association: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care **2006**; 29(1): S43-8.
40. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu. TEMD Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu. Ankara: BAYT 2014.
41. <http://desayder.org/diabetes-mellitus-tani-ve-tedavisinde-guncel-durum/> (06.07.2016).
42. **Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et all.** TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol **2013**; 28(2):169-80.
43. **Özçelik EM.** Tip I diyabetes mellitusu olan adolesanlara verilen eğitimin metabolik kontrolleri ve öz bakımları üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2001**.
44. **Usta Yeşilbalkan Ö.** Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2001**.
45. **Newgard CB, McGarry JD.** Metabolic coupling factors in pancreatic beta-cell signal transduction. Annu Rev Biochem **1995**; 64:689-719.
46. **İmamoğlu Ş.** Pankreasın anatomi ve fizyolojisi. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 1-10.
47. **Darnaud J,** Darnaud C. Diyabet. Ergüden I, Çev. Ankara: Dost Kitabevi **2006**; 48.
48. UDK Diyabet tanı ve tedavi rehberi. Türkiye Diyabet Vakfı. İstanbul: Armoni Nüans **2013**.
49. **Demirci Yıldırım T,** Soyaltın UE, Develi A, ve ark. Diyabetik ketoasidoza yaklaşımımız. Tepecik Eğit Hast Derg **2014**; 24(3):163-6.
50. **Kaya A.** Diyabetik Aciller. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 451-494.
51. **Sargın G, Yavaşoğlu İ, Kadıköylü G, Bolaman Z.** Laktik asidoz: olgular üzerinden kısa bir gözden geçirme. Yoğun Bakım Derg **2011**; 3:63-6.

52. **Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Aslanhan H.** Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. J Clin Exp Invest **2013**; 4(4):562-7.
53. **Aytekin Kanadlı K.** Diyabetes mellituslu hastaların telefonda izleminin ve eğitiminin metabolik kontrole ve öz-bakıma etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, **2012**.
54. **Aydın K, Gürlek A.** Diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarında biyo belirteçlerin yeri. İç Hastalıkları Dergisi **2013**; 20:65-72.
55. **Kepekçi Y, Boğa C, Okan V, Günal Z.** Diyabetes mellituslu olgularda gastrointestinal semptomlar ve otonomik nöropati ile ilişkileri. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi **1993**; 4:11-15.
56. **Yeşil S.** Diyabetik ayak. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 317-60.
57. **Callen JP.** Dermatologic manifestations in patients with systematic disease. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. Eds. Dermatology. 2th ed., ABD: Mosby **2008**; 675-692.
58. **Çayırılı M, Parlak A, Küçükuslu N, Aydoğan Ü.** Diyabetik hastalarda deri belirtileri. Smyrna Tıp Dergisi **2012**; 2:43-7.
59. **Coşansu G.** Tip II diyabetlilerde öz-bakım aktiviteleri ve diyabete ilişkin bilişsel-sosyal faktörler. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2009**.
60. **Yılmaz T.** Global bir sağlık sorunu diyabetes mellitus. Hemşirelik Forumu **1999**; 2(2):73.
61. **Tuncel E.** Diyabet ve böbrek. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 395-409.
62. **Özcan Ş.** Oral Antidiyabetik Tedavisinin Yönetimi. In: Erdoğan S. Ed. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Reklam Yayımları **2002**; 55-67.
63. **Dinççağ N.** Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum. İç Hastalıkları Dergisi **2011**; 18:181-223.
64. **Karşıdağ K.** Pankreas transplantasyonu. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 198-204.
65. **İmamoğlu Ş.** Diabetes Mellitus'ta tıbbi beslenme tedavisi. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 113-23
66. **Özer E.** Diyabette tıbbi beslenme tedavisi. Türkiye Klinikleri Endokrinoloji. Diabetes Mellitus özel sayısı **2003**; 1(3):198-201.
67. **Yıldız E.** Diyabet ve Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Hastalıklarda Beslenme Bilgi Serisi Kitabı. Ankara: Klasmat Matbaacılık **2008**;112-115
68. **Arslan M.** Diabetes Mellitus'ta egzersiz tedavisi. In: İmamoğlu Ş, Özyardımcı Ersoy C. Eds. Diabetes mellitus 2009 multidisipliner yaklaşımla tanı, tedavi ve izlem. 3. Baskı, İstanbul: Deomed **2009**; 125-36.

69. **Pek H.** Diyabet ve egzersiz. In: Erdoğan S. Ed. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Reklam Yayımları **2002**; 31-6.
70. **Erdoğan S.** Diyabet eğitimi ve danışmanlık. In: Erdoğan S. Ed. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul: Yüce Reklam Yayımları **2002**; 163-6.
71. **Fadiloğlu Ç.** Diyabetin yönetimi ve hemşirelik. In: Yılmaz C. Ed. Diyabet Hemşiresi El Kitabı. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık **2002**; 74-120.
72. **Arısoy H.** Yaşlı diyabetli hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**.
73. **Dirican R, Bilgen N.** Diyabet eğitimi uygulamasının uluslararası kabul gören standartları. Diyabet Hemşireliği Derneği Yayını Hemşirelik Forumu **1999**; 2(2):65.
74. **Arkan MN, Çorapçıoğlu D, Erdoğan G.** Diabetes mellituslu hastalara verilen diyabet eğitimi öncesi ve sonrası beden kitle indeksi, kan glukozu, HbA1c ve kan lipid seviyelerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi **2002**; 4(2): 39-48.
75. **Kıyak E, Ergüney S.** Hemodiyaliz hastalarının özbakım gücünün değerlendirmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi **2002**; 5(1): 38-44.
76. **Akalin S, Aslan M, Başkal M, ve ark.** Diabetes Mellitus'un tarihçesi. In: Yılmaz C, Yılmaz T, İmamoğlu Ş. Eds. İstanbul: Gri tasarım **2000**; 13-15.
77. **Nahcivan N.** Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1993**.
78. **Özçakar N, Kartal M, Kuruoğlu E.** Diyabet hastalarının özbakım bilinci. Türk Aile Hek Derg **2009**; 13(1): 17-22.
79. **Karakurt P.** Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2008**
80. **Hannucharumcul S.** Comparative analysis of Orem's and King's theories. J Ad Nurs **1989**; 14:365-72.
81. **Velioğlu P.** Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset **1999**; 324-35.
82. **Hartwey DL.** Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing. J Adv Nurs **1990**; 15:35-41.
83. **Simmons SJ.** The health-promoting self-care, system model: direction for nursing research and practise. J Adv Nurs **1990**; 15: 62-6.
84. **Ünsal Avdal E, Kızılcı S.** Diyabet ve öz-bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. DEUHYO **2010**; 3(3):164-8.
85. Diabetes management in correctional institutions (position statement). American Diabetes Association. Diabetes Care **2006**; 29:159-66.
86. **McCullum M, Hansen LB, Lu L, Sullivan PW.** Gender differences in diabetes mellitus and effects on self-care. Gender Medicine **2005**; 2(4):246-54.
87. **Seley JJ, Weinger K, Mason DJ.** Diabetes self-care: a challenge to nursing. AJN **2007**; 107(6):4-5.

88. **Javanshir M.** Tip I ve Tip II diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006**.
89. **İnceoğlu M.** Tutum Algı İletişim. 5. Baskı, İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınevi **2010**.
90. **Elkoca A.** Tip 2 diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2010**
91. **Çöllü EF, Öztürk YE.** Örgütlerde inançlar-tutumlar tutumların ölçüm yöntemleri ve uygulama örnekleri bu yöntemlerin değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2006; 9(1-2): 373-404.
92. **Kartal A, Çağrgan G, Tıgılı H, ve ark.** Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull **2008**; 7(3):223-30.
93. **Gautam A, Bhatta DN, Aryal UR.** Diabetes related health knowledge, attitude and practice among diabetic patients in Nepal. BMC Endocrine Disorders **2015**; 15-25.
94. **İnkaya B. V, Karadağ E.** Tip 2 diyabetli bireylerin hastalıkları ve tedavilerine yönelik tutumlarını etkileyen faktörler. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, Haziran **2011**; 3(1): 8.
95. **Şahin ZA.** Tip 2 diyabetli hastaların, hastalığa karşı tutumu ve problem alanları arasındaki ilişki. ODÜ Tıp Dergisi **2015**; (134-138): 135.
96. **Güzel S.** Tip 2 diyabetli bireylerin yeme tutum ve davranışları ile yaşam kalite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2014**.
97. **Kartal A, Özsoy SA.** Tip II diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve metabolik kontrole etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **2014**; (1-15): 3.
98. **Atmaca HU, Akbaş F, Şak T, ve ark.** Diyabetik hastalarda hastalık bilinç düzeyi ve farkındalık. İstanbul Med J **2015**; 16: 101-4.
99. **Şahin N.** Tip I diyabetes mellitus tanılı ergenlerde psikopatoloji yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, **2010**.
100. **Demir E.** Diyabetik hastaların diyabet ve diyabetik ayak yarası hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2014**.
101. **Kearney B, Fleischer B.** Development Of An Instrument To Measure Exercise Of Self-Care Agency, Research In Nursing Health, Volume 2, Issue 1 March **1979** ; 25-34.
102. **Özcan Ş.** Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1999**.
103. **Johnson C, Whetstone WR.** Assessing transcultural attitudes towards diabetes in Trinidad. Journal of National Black Nurses Association **2005**; 16(2):15-9.
104. **Uskun E, Sarıboyacı N, Öztürk M, Tamer MN.** Tip II Diyabet mellitusu olan hastaların öz-bakım gücü ve komplikasyonlarla ilişkisi. Endokrinolojide Yönelişler **2003**;12: 166-74.

105. **Özkan S, Durna Z.** İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi **2006**; 22(2):121 -35.
106. **He X, Wharrad HJ.** Diabetes knowledge and glysemiccontrol among Chinese people with type 2 diabetes.Int Nurs Rev **2007**;54:280-7.
107. **Özer E.** Etkin diyabet hasta eğitim programlarının geliştirilmesi. Diyabet Formu **2005**; 1:61-6.
108. **Kara B.** Tip I Diabet Hastalarının Öz-Bakım Gücünün İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara. **1999**
109. **Abi A.** Diyabetiklerde insülin uygulama tekniklerinin ve hatalarının metabolik kontrol üzerine etkilerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi,Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, **2009**.
110. **Adaylar M.** Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıdaki tutum, adaptasyon algı ve öz-bakım yönelimleri. İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul, **1995**.
111. **Uskun E, Sarıboyacı N,Öztürk M,Tamer MN.** Tip II Diyabetets mellitusu olan hastaların öz-bakım gücü ve komplikasyonlarla ilişkisi. Endokrinolojide Yönelişler **2003**;12: 166-74.
112. **Hachhasanoğlu R, Yıldırım A.** Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi **2009**; 25(1):87-100
113. **Gül A, Üstündağ H, Zengin N.** Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi **2010**; 20(1):7-11.
114. **Kartal A, Çağrgan G, Tıgı H, ve ark.** Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler.TAF Prev Med Bull **2008**; 7(3):223-30.
115. **Karaca Sivrikaya S.** Tip 2 diyabetesmellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına, iyilik hallerine ve metabolik kontrol değişenlerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dahiliye Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum,**2006**.
116. **Peyrot M, Ruben RR, Lauritzen T, et all.** Ressistance to insulin therapy among patients and providers. Diabetes Care **2005**; 28: 2673-9.
117. **Wıkblad K,Wıbell L, Montin K.** Thepatientsexperience of diabetesanditsreatment:construction of an attitudescaleby a semanticdifferentiatechnique. Journal of Ad vancedNursing **1990**; 15:1083-91.
118. **Ambigapathy R, Ambigapathy S, Ling HM.** A knowledge, attitudeandpractice(kap) study of diabetesmellitusamongpatientsattending klinik kesihatan. Serimanjung, NCD **2003**; 2(2):6-16.
119. **Mollaoglu M,Tuncay F, Fertelli TK, Çelik Z.** Diyabet eğitim programının diyabetik hastaların tutumları üzerinde etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi **2010**; 5(13):96-105.
120. **Huang J, Liu Y, Zhang Y, Yao H.** Correlation between self-management and knowledge of and attitude to diabetes in type 2 diabetic patients in changsha. Journal Of Central South University. Medical Sciences **2013**; 38(2):176-181.
121. **Ghannadi S, Amouzegar A, Aamiri P,et all.** Evaluating the effect of knowledge, attitude, and practice on self-management in type 2 diabetic patients on dialysis. Hindawi Publishing Corporation Journal Of Diabetes Research **2016**; 7.

8. EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmacının Açıklaması:

“Diyabetli Bireylerin Öz-Bakım Gücü İle Diyabete İlişkin Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı araştırma ile diyabetli hastaların kendilerine bakım güçleri ve hastalık hakkındaki bilgileri belirlenerek hastalığın iyi yönetiminin sağlanmasında etkili faktörlerin tanınmasında hemşirelere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak “Hasta Bilgi Formu”na ve hastalar tarafından doldurulacak olan “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ile “Diyabet Tutum Ölçeği”ne eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle formları boş bırakmadan doldurmanızı ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmanın Karaman Devlet Hastanesi dahiliye ve endokrinoloji polikliniklerine başvuran hastalar ile yapılması planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir.

Katkılarınız için teşekkürler ederim.

EK-2: Hasta Bilgi Formu

BÖLÜM 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız :.....
2. Cinsiyetiniz? a. Kadın b. Erkek
3. Medeni durumunuz?
a. Evli b. Bekar c. Dul/Boşanmış
4. Öğrenim durumunuz?
a. Okur-yazar b. İlkokul mezunu
c. Ortaokul/lise mezunu d. Üniversite/ Lisansüstü mezunu
5. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?
a. Evet (nedir?:.....) b. Hayır
6. Mesleğiniz nedir?
a. Ev hanımı b. Emekli c. Çiftçi d. Serbest çalışıyor.....
e. Memur f. Çiftçi g.İşsiz-çalışmıyor
h. Diğer (belirtiniz.....)
7. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız ?
a. Gelir giderden az
b. Gelir gidere eşit
c. Gelir giderden fazla

BÖLÜM 2: HASTALIĞA İLİŞKİN FAKTÖRLER

8. Diyabetinizin süresi nedir?
.....
9. Diyabet tedavisi için ne kullanıyorsunuz ?
a. Sadece diyet tedavisi
b. Ağızdan alınan antidiyabetik ilaç (OAD)
c. OAD + insulin tedavisi
d. Alternatif tedaviler....
e. Herhangi bir tedavi kullanmıyor
10. Birinci derecede yakınlarınızda diyabet hastası olan var mı?
a. Evet b. Hayır
11. Şu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?
a.İyi b.Orta c.Kötü
12. Son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yattınız mı?
a. Evet b. Hayır
13. Hastanın sigara kullanma durumu ?
(.....süresi.....ay/yıl) Halen kullanıyor adet
..... süredir bırakmış: yıl/ay içmiş
() Hiç kullanmamış
14. Hastanın alkol kullanma durumu ?
(.....süresi.....ay/yıl) Halen kullanıyor bardak
..... süredir bırakmış: yıl/ay içmiş
() Hiç kullanmamış
15. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?
a. Evet , nedir?:.....
b. Hayır, nedeni nedir?:.....
c. Ara sıra yürüyüş yapıyorum. Sıklık;.....
16. Doktor tarafından tanı konulmuş başka kronik hastalıklarınız var mıdır?
a. Evet, ne(ler)dir?:.....
.....
b. Hayır
17. Diyabete bağlı gelişen komplikasyonu var mı?
a. Var, ne(ler)dir?:.....
b. Yok

EK -3: ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulayırım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayırım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()

22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK -4: DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda diyabet konusunda çeşitli açıklamalar sıralanmıştır. Numaralanmış tüm açıklamalar “genelde düşüncem şudur...” Cümlesini tamamlamaktadır. Açıklamalardan herhangi biri için bir birey doğru olduğunu düşünürken bir başka birey doğru olmadığına inanabilir. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt genellikle inandıklarımızın bir göstergesi olmalıdır. Her bir açıklama için düşüncenizi anlatan sözcük ya da sözcük grubunun altındaki parantezi işaretleyiniz. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır.

İlginiz ve özeniniz için teşekkür ederim

Not: Bu incelemedeki **sağlık bakım çalışanı** terimi doktor, hemşire ve diyetisyenleri ifade etmektedir.

Genelde Düşüncem Şudur	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Sağlık bakımı çalışanlarının etkili diabet tedavisi uygulamak için özel bir eğitim almaları gerekir.	()	()	()	()	()
2.Diyabetli olma, bireyin yaşama bakışını değiştirir.	()	()	()	()	()
3.Diyabetli bireylere, kendi kendine bakım yöntemlerinin asıl seçmeleri ve yapmaları gerektiği öğretilmelidir (Örneğin beslenme şekli, kan şekerini izleme biçimi, günlük insülin enjeksiyon sayısı).	()	()	()	()	()
4.Diyabetli bireylerin yaşamlarındaki en önemli şey, diyabetlerini kontrol altına almaktır.	()	()	()	()	()
5.Yalnızca diyetle kontrol edilebilen diyabet oldukça hafif bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
6.İnsüline bağımlı olmayan diyabet, insüline bağımlı diyabetten daha hafif bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
7.Diyabetli birey, diyabet tedavisi ile ilgili olarak neler yapması gerektiğini belirlemelidir.	()	()	()	()	()
8.Diyabetlilere diyabet bakımını öğreten hemşire ve diyetisyenlerin, danışmanlık becerilerini öğrenmeleri önemlidir.	()	()	()	()	()
9.Diyabet bakımı hızlı bir değişim geçirdiği için, sağlık bakım çalışanlarına diyabet hakkında öğrenmeyi sürdürmeleri şartı getirilmelidir.	()	()	()	()	()
11.Diyabet tedavisi moral bozucudur.	()	()	()	()	()

12.Diyabetleri yalnızca diyetle tedavi edilen bireylerin, diyabetin uzun dönem komplikasyonlarına yakalanma konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.	()	()	()	()	()
13.Diyabetli bireyleri tedavi eden sağlık bakımı çalışanları, hastaları ile iyi iletişim kurmaları konusunda eğitilmelidir.	()	()	()	()	()
14.Diyabet, diyabetli bireyin yaşamının hemen hemen her anını etkiler.	()	()	()	()	()
15.Diyabetli işbirliği yapmazve önerilen tedaviye uymazsa sağlık bakımı çalışanlarının onlar için yapabileceği fazla bir şey yoktur.	()	()	()	()	()
16.Doktorlar, bakımları konusunda diyabetlileri yeterince bilgilendirmek için, hemşire ve diyetisyenlerin yardımına gereksinim duyarlar.	()	()	()	()	()
17.Kan şekerinin hedeflenen sınırlarda tutulması, diyabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.	()	()	()	()	()
18.Diyabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.	()	()	()	()	()
19.Önerilen diyabet tedavisini uygulamayan bireyler diyabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.	()	()	()	()	()
20.Doktorlar diyabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermelidir.	()	()	()	()	()
21.Diyabet çok ciddi bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
22.Hastalara diyabet komplikasyonlarından bahsetme, önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürkütecektir.	()	()	()	()	()
23.Doktorların, diyabetli hastayı tedavi etme konusunda hemşire ve diyetisyenlerin yardımına	()	()	()	()	()

ihtiyaçları yoktur.					
24.Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diyabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya çıkacaktır.	()	()	()	()	()
25.Diyabetli hastaların, kan şekerini kontrol altında tutmak için ne kadar çaba göstereceklerine karar verme hakları vardır.	()	()	()	()	()
26.Diyabet konusunda özel eğitimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler.	()	()	()	()	()
27.Diyabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.	()	()	()	()	()
28.Diyabet eğitimcileri başarılı olmak için eğitimci olma konusunda çok şey öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
29.Diyabet bakımı hakkında kararlar doktor tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
30.Sağlık bakım çalışanlarındı diyabet eğitimi, yaşlılık diyabetini de kapsamalıdır.	()	()	()	()	()
31.Günlük diyabet bakımı konusunda önemli kararlar diyabetli birey tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
32.Doktorlar diyabetli bireyi, hastalığı öğrenmesine yardımcı olması için eğitimci hemşireye göndermelidir.	()	()	()	()	()
33.Diyabetli birey kendi bakımında sorumluluk alabilmek için hastalığını çok iyi öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
34.Kan şekerinin uzun bir süre yüksek seyretmesi ile uzun dönem diyabet komplikasyonlarının oluşması arasında ilişki vardır.	()	()	()	()	()

EK-5: AİBÜ Sosyal Bilimler’de İnsan Araştırmaları Etik Kurulu İzni



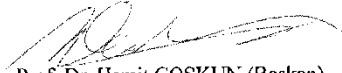
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

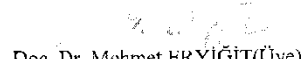
Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik ABD

İlknur ÖRS
T.C. Sağlık Bakanlığı
Kamu Hastaneler Birliği
Karaman Devlet Hastanesi
Endoskopi Kolonoskopi Ünitesi

Sayın Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
İlknur ÖRS,

“Diyabetli Bireylerin Öz-bakım Gücü ile Diyabete İlişkin Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu araştırmanız ile ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2015/96) Kurulumuzun 21.07.2015 tarihli ve 2015/96 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.


Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)


Doç. Dr. Mehmet ERYİĞİT (Üye)


Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye)


Doç. Dr. Alay EREN (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhale DEMİRCİ (Üye)



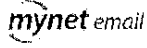
Ek-6: Sağlık Bakanlığı Karaman Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	KARAMAN KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ Tarih/Sayı: 1.7.2015 4886 Şubesi: Genel Sekreterlik Eğitim Birimi Cihaz: 0338 2265500 E-posta: 0338 2265500
Sayı : 50658796.774.03/ Konu : Dilekçe	
Sayın İlknur ÖRS Karaman Devlet Hastanesi	
Göndermiş olduğunuz 28.06.2015 tarihli dilekçeniz ve eklerindeki belgeler ile Genel Sekreterliğimize bağlı Karaman Devlet Hastanesinde "Diyabetli Bireylerin Öz Bakım Gücü İle Diyabete İlişkin Tutumları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans tezi kapsamında yapmayı planladığınız anket çalışması başvurunuzda tamamlanarak tarafımıza göndermiş olduğunuz formlar dosyanıza eklenmiş olup, komisyona dosyanız sunulmuştur. Yüksek Lisans tezi kapsamında yapmayı planladığınız anket çalışmanıza Komisyonumuzca; Genel Sekreterliğimizin izni dışında ilan edilmemesi kaydıyla gerekli izin verilmiş olup söz konusu anket çalışmaları sonucunda çalışmanın bir örneğinin tarafımıza verilmesi hususunda; Gereğini rica ederim. Dr. Ayhan ERENOĞLU Genel Sekreter	
Ek:Komisyon Kararı (1 Sayfa)	
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği – Atatürk Cad. Piri Reis Mah. No:19 70100 KARAMAN Telefon : (0 338) 2265500 Faks: (0 338) 2144625 Bilgi: F.DUMAN Eğitim Birimi - 5525	

Ek-7: Öz-Bakım Gücü Ölçek İzni

6/26/2016

MyNet Email :: Lider, Türkçe Email Servisi



Merhaba İknur_84

Posta Kutusu (1118)

Re: go...

Re: Sa...

Sil

Tasla

Etiketle

Spam

İşlemler

Yanıtla

Tümünü yanıtla

İlet

Yazdır

Posta Kutusu

Çöp

Spam (Süzgeç)

Gönderilen

Tasla

Adres Defteri

Klasörlerim

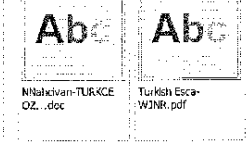
İknur

Re: Saygıdeğer hocam merhabalar;

Kimden : Nursen Nalcıoğlu <nur.nalciglu@gmail.com> (Adres Defterine Ekle)

Kime : İknur_84@myNet.com

Ekteki dosya(lar) Virüs taraması yapılmıştır.



İknur Hanım merhaba,

Türkçe Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz. İstedığınız dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Baygırı dileklerle...

28 Mayıs 2015 15:39 tarihinde <iknur_84@myNet.com> yazdı:

Yüksek lisans tezinde geçerlilik ve güvenirliği'ni yapmış oldunuz. Öz bakım gücü ölçeği'ni kullanabilmek için izniniz istiyorum. Saygılarımla. Şimdiden teşekkürler.

Hemşire İknur Örs
ATÜ Tıbbi Bilimler Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrencisi
Tel: 0507 2815282

Prof. Dr. Nursen Nalcıoğlu
İ.U.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı-İstanbul
0212-440 0000 (27058)

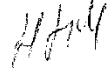
Depo

Ek-8:Diyabet Tutum Ölçeği İzni

Sayın Doç.Dr.Yasemin Yıldırım,

Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığım Diyabet Tutum Ölçeği isimli anket formunu çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve değerlendirme kriterlerini ekteki dosyada bulabilirsiniz. İlave bir sorunuz olursa yanıtlamaktan memnuniyet duyarım. Çalışmanızda başarılar dilerim.

08.04.2015



Doç.Dr.Şeyda Özcan

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Adres: Güzelbahçe sok. No: 20, 34365

Nisantasi-Istanbul

Tel: 0212 3112665

e-mail: sozcan@ku.edu.tr

9. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1984 yılında Ankara’da doğmuştur. İlköğretim, ortaöğretim ve lise öğrenimini Bolu’da tamamlamıştır. 2007 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu’ndan Hemşirelik Bölüm dördüncüsü olarak mezun olmuştur. 2009-2013 yılları arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dahili Bilimler Servisinde, servis hemşiresi ve servis sorumlusu hemşire olarak çeşitli görevlerde bulunmuştur. Aralık 2013 tarihinden itibaren ise Karaman Devlet Hastanesi Fizik Tedavi Servisi’nde, servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.

İletişim bilgileri

E-posta: İlknur_84@mynet.com