

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER HASTALIĞI TANISI OLAN
VE OLMAYAN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN
DİYABET ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

SELDA TERZİU

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970103

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER HASTALIĞI TANISI OLAN
VE OLMAYAN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN
DİYABET ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SELDA TERZİU

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Sevgi KIZILCI

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970103

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Selda TERZİU **'Koroner
Arter Hastalığı Tanısı Olan Ve Olmayan Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım
Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi'** konulu Yüksek Lisans tezini
07.05.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
(Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

BAŞKAN



Dr. Öğr. Üye. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
(Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi)

ÜYE



Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi)

ÜYE

Doç. Dr. Hatice MERT
(Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi)

YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Yasemin TOKEM
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi)

YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iv
EKLER	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2.Araştırmanın Amacı	5
1.3.Araştırmanın Hipotezleri/Soruları	5
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Diyabet	6
2.1.1.Tanım.....	6
2.1.2.Etiyoloji ve Epidemiyoloji.....	6
2.1.3.Sınıflandırılması	8
2.1.4.Patofizyolojisi	8
2.1.5.Tanı Kriterleri	11
2.1.6.Diyabet Tedavisi.....	11
2.1.7.Diyabetin Komplikasyonları.....	12
2.1.7.1.Diyabetin Akut Komplikasyonları.....	13
2.1.7.2.Tip 2 Diyabetin Kronik Komplikasyonları.....	16
2.2.Koroner Arter Hastalığı	21
2.3.Diyabet Özbakımı.....	23
2.4.Diyabet Hemşireliği	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1.Araştırmanın Tipi	26
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4.Çalışmanın Materyali	27
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	28

3.6. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6.1. Diyabetli Bireyi Tanılama Formu.....	28
3.6.2. Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA).....	28
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.10. Etik Kurul Onayı	31
4. BULGULAR	32
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	32
4.2. Diyabete Özgü Bulgular	34
4.3. Diyabet Özbakım Davranışları	37
5. TARTIŞMA.....	46
5.1. Sosyo-demografik Özellikler.....	46
5.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışları	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR.....	56
8. EKLER	71

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. TURDEP-II Çalışması Genel Sonuçları.....	7
Tablo 2. Diyabetin Etiyolojik Sınıflaması.....	8
Tablo 3. Tip 1 Diyabet ve Tip 2 Diyabetin Ayırıcı Tanısı.....	10
Tablo 4. Diyabet Tanı Kriterleri.....	11
Tablo 5. Diyabetik Ketoasidozun Belirti ve Bulguları.....	15
Tablo 6: Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	33
Tablo 7: Diyabetli Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	35
Tablo 8: KAH Tanısı Olma ve Olmama Durumuna Göre Diyabet Özbakım Davranışları Puanı.....	37
Tablo 9: Diyabet ve Özbakım Puanlarını Etkileyen Faktörler.....	37
Tablo 10: Diyabet ve Özbakım Uygulamaları.....	38
Tablo 11: Sigara İçme Durumu.....	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Diyabet Komplikasyonları.....	12
Şekil 2: Diyabette Kardiyovasküler Komplikasyon Gelişim Patofizyolojisi.....	22
Şekil 3: Araştırma Planı ve Takvimi.....	30



EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	71
Ek-2: Orem'in Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisine Göre Yapılandırılmış Diyabetli Birey Tanılama Formu.....	72
Ek-3: Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi.....	75
Ek-4: Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi Kullanım İzni.....	77
Ek-5: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İzin Belgesi.....	79
Ek-6: DEÜ Kardiyoloji Bölümü Araştırma İzni.....	80
Ek-7: İzmir Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi.....	81
Ek-8: Etik Kurulu Onayı.....	82
Ek-9: Özgeçmiş.....	85

KISALTMALAR

AADE	American Association of Diabetes Educator (Amerikan Diyabet Eğiticiler Birliği)
ADA	American Diabetes Association
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
BGT	Bozulmuş Glukoz Toleransı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DM	Diabetes Mellitus
DHD	Diyabet Hemşireliği Derneği
DKA	Diyabetik Ketoasidoz
DÖBA	Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi
FEND	Foundation of European Nurses in Diabetes(Avrupa Diyabet Hemşireliği Derneği)
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
HHN	Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma
HT	Hipertansiyon
IDF	International Diabetes Federation
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
MI	Miyokard Infarctus
NCEP	Diyabet Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (National Cholesterol Education Program
OAD	Oral Antidiyabetik Tedavi
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

SVH	Serebro Vasküler Hastalık
TKD	Türk Kardiyoloji Derneği
TURDEP	Türkiye Diyabet ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜRKDİAB	Türkiye Diyabet Vakfı
TEMĐ	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
UKPDS	The UK Prospective Diabetes Study



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tezimi hazırlama sürecimde bana her konuda yardımcı olan saygıdeğer hocalarım, tez danışmanlarım **Sayın Prof. Dr.Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ** ve **Doç. Dr. Sevgi KIZILCI'ya,**

Uzman görüşlerinde önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli arkadaşım **Öğr. Gör. Dr. Aşlı AKDENİZ KUDUBEŞ'e,**

İlkokuldan itibaren eğitim hayatımın her aşamasında bana destek olan, ben vazgeçsem bile beni sürekli teşvik edip başarıya ulaşmamı sağlayan sevgili **Annem ve Babama,**

Sevgisiyle ve hoşgörüsüyle bana güç veren, her zaman her durumda yanımda olacağını bildiğim değerli eşim **Gazi TERZİU'ya** ve oğlum **Enis TERZİU'ya,**

Yürekten teşekkürlerimi sunuyorum.

SELDA TERZİU

KORONER ARTER HASTALIĞI TANISI OLAN VE OLMAYAN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN DİYABET ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Selda Terziu

seldasvc@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Koroner arter hastalığı tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırmanın örneklem grubunu İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan koroner arter hastalığı tanısı konmuş ve tip 2 diyabeti olan 185 hasta ve İzmir Sağlık Bakanlığı Karabağlar 17 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 250 Tip 2 Diyabet hastası oluşturmuştur. Araştırma verileri Ocak- Nisan 2015 tarihleri süresinde toplanmıştır. Veri toplamak için araştırmacı tarafından geliştirilen Diyabetli Bireyi Tanılama Formu ve Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA) kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sayı, yüzde, T-Testi, One Way Anova, Kruskal Wallis Testi, Mann Whitney U Testi kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular:Yapılan çalışma sonucunda koroner arter hastalığı tanısı olan ile olmayan bireylerin diyabet ve özbakım puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır. Koroner arter hastalığı tanısı olanlara baktığımızda diyabet ve diyabet özbakım puanlarını etkileyen faktörler BKİ, eğitim durumu, diyabet tedavi şekli ve diyabet eğitim sayısının olduğu görülmektedir. Koroner arter hastalığı tanısı olmayanları ise etkileyen faktörler cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, yaşadığı kişi, diyabet tedavi şekli ve diyabet eğitim sayısı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sonuç: Araştırmanın sonucunda; koroner arter hastalığı tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin yeterli diyabet özbakım davranışları göstermedikleri görülmüştür. Tip 2 diyabeti olan tüm bireylere diyabet özbakım davranışlarının kazandırılması, bunun için de diyabet eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: diyabet, koroner arter, özbakım

**DETERMINATION OF THE FACTORS AFFECTING DIABETES SELF-CARE
BEHAVIORS OF THE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETICS WITH AND
WITHOUT DIAGNOSIS OF CORONARY ARTERY DISEASE**

Selda Terziu

seldasvc@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: To determine the diabetes self-care behaviors and related factors of type 2 diabetes patients with and without diagnosis of Coronary Artery Disease.

Method: The sample group consisted of 185 patients with diagnosis of type 2 diabetes who were hospitalized in Cardiology Clinic of Izmir Dokuz Eylul University Research and Practice Hospital and 250 Type 2 Diabetes patients who applied to Izmir Family Health Center, Karabaglar No 17. Research data were collected from January to April 2015. To collect data, the Diabetic Individual Diagnosis Form and Diabetes Self-Care Activities Questionnaire developed by the researcher were used. Statistical analyses were performed using number, percentage, T-Test, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test and One Way Anova.

Results: According to data analysis, no statistically significant difference was found between diabetes and self-care scores between patients with and without diagnosis of Coronary Artery Disease. When we analyze people with diagnosis of Coronary Artery Disease, factors affecting diabetes and self-care scores are BMI, educational status, type of diabetes treatment, and diabetes education level. The factors affecting patients without diagnosis of Coronary Artery Disease are gender, BMI, educational status, the persons she/he lives, the type of diabetes treatment and diabetes education level.

Conclusion: As a result of the study; It has been observed that individuals with type 2 diabetes with and without diagnosis of Coronary Artery Disease do not have adequate diabetes self-care behaviors. It is recommended to provide diabetes self-care behaviors to all individuals with type 2 diabetes and to ensure the continuity of diabetes education.

Keywords: diabetes, coronary artery, self-care

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde diyabet görülme sıklığı toplumdan topluma değişmesine rağmen giderek her toplumda artmaktadır. Dünyada, 2013 yılında 382 milyon kişi de görülen diyabet sayısı 2015 yılında 415 milyona ulaşmıştır (International Diabetes Federation [IDF], 2015). Toplam diyabetli birey sayısının 2040 yılında 642 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Sekizinci Diyabet Atlası istatistiklerine göre 2017 yılında dünyada 425 milyon diyabetli birey bulunmaktadır. 2045 yılında bu sayının artacağı 693 milyona ulaşabileceği tahmin edilmektedir. Aynı şekilde Türkiye'de de diyabetin görülme oranı her geçen gün artmaktadır. Türkiye'de 1998-1999 yılında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasına (TURDEP I) göre %7.2 oranındaki diyabet görülme sıklığı (Satman ve ark., 2002), değişmiş olup, 2010 yılında yapılan TURDEP-II'de %13.7 olarak belirlenmiştir (Satman ve ark., 2013).

Kan glikoz düzeyinin yüksek olması sonucu; makrovasküler komplikasyonlar (miyokardiyal, serebral, periferik damar hastalıkları) ve mikrovasküler komplikasyonlar (retinopati, nefropati, nöropati) ortaya çıkmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMĐ], 2018; Mercer, 2012). Bundan dolayı diyabetin yönetiminde amaç; glisemik kontrolün sağlanabilmesi ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesidir (Amerikan Diyabet Derneği [ADA], 2014). Özbakım davranışları; beslenme rejimini sürdürme, fiziksel aktivitede bulunma, ilaç tedavisi, ayak bakımını düzenli yapma, kendi kendine kan şekeri ölçümü ve sağlık kontrollerine gitme olarak tanımlanmıştır (ADA, 2019; Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı, 2011). Diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar ise ciddi bir mortalite ve morbidite sebebidir (TEMĐ, 2018; Olgun, 2011). Amerikan Kalp Cemiyeti, diyabeti koroner arter hastalık eşdeğeri olarak kabul ederek, kardiyovasküler hastalıklar için ana risk etmeni olarak tanımlamıştır (ADA, 2019; TEMĐ, 2018). Türk Kardiyoloji Derneğinin diyabet, prediyabet ve kardiyovasküler hastalıklara ilişkin kılavuzuna göre kardiyovasküler hastalıklar ile hiperglisemi arasında sürekli bir etkileşim olduğu bulunmuştur (Türk Kardiyoloji Derneği [TKD], 2008). Koroner arter hastalığı riski diyabetik olmayanlara oranla tip 2 diyabetlilerde 2-4 kat daha fazladır (TEMĐ, 2018). Ülkemizin de içinde bulunduğu 22 ülkede 2006-2007 yıllarında EUROASPIRE III çalışması yapılmıştır ve bu çalışmaya göre katılanların %33.6'sında diyabet (açlık kan glukozu >126 mgr/dl)

saptanmıştır (Tokgözoğlu, 2010). Kardiyovasküler hastalıklar tüm diyabetli bireylerde ölümlerin %70-80'ine sebep olmakta ve bu ölümlerin %75'i koroner arter hastalığından (KAH) kaynaklanmaktadır (Johnstone ve Nesto, 2005; TEMD, 2018). Kardiyovasküler mortalite diyabetli olmayan bireylere göre diyabetli kadınlarda 3-5 kat, diyabetli erkeklerde 2-3 kat artmıştır (Öngen, 2004). Diyabet süresi 15-20 yıl olan bireylerde KAH gelişme oranı, diyabeti olmayan bireye göre on kat daha fazladır (ADA, 2014).

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilen diyabet komplikasyonları önemli oranda önlenabilmektedir (ADA, 2014; Heisler ve ark., 2005). Bu nedenle diyabet komplikasyonlarının ciddi olmasına karşın önlenabilir olması nedeniyle ADA ve TEMD, KAH'nın diyabetli bireylerde önemi nedeniyle diyabet komplikasyonlarının öncelikle ele alınması gerektiğini belirtmiş ve öneriler sunmuştur (TEMD, 2018; ADA, 2014). Kanıt düzeyindeki çalışmalar, diyabet kontronün sağlanabilmesi ve görülen komplikasyonların azaltılabilmesi için iyi planlanmış bir tedaviye ve bakım sürecine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (UKPDS, 1998).

KAH tanısı olan hastalarda koroner arter hastalığının ilerlememesi için diyabet özbakımı önemlidir. Diyabet özbakım davranışları (DÖBA); tıbbi beslenme, fiziksel aktivite, kan glikozu kontrolü, ilaç tedavisine uyum, sigara içmeme ve kendini izlemdir (ADA, 2014). Özbakım davranışlarının karşılanması için bireyin özbakım gücü önemlidir. Bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik durumunu sürdürebilmek için sağlık aktivitelerini başlatma veya uygulama yeteneği, özbakım gücü olarak isimlendirilmektedir (Orem, 1995; Taylor ve Renpenning, 2011). Özbakım gücü yeterli olan birey, özbakım gereksinimlerini yeterli ve uygun biçimde karşılayabilir, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilir, başkalarına bağımlı olmadan yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilir (Chitty, 2001). Bireyin özbakım gücü yetersiz ise başkasına bağımlıdır ve o bağımlı olduğu bireyin de özbakım gücü önemlidir. Bireyin özbakım gücü arttıkça özbakım davranışları artmaktadır. Bireyin özbakımını etkileyen faktörler temel durumsal faktörlerdir. Orem'e göre bu temel durumsal faktörler; yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sağlık durumu, sosyokültürel eğilim, tıbbi tanı ve tedavi gibi sağlık bakım sistem faktörleri, aile sistem faktörleri, yaşam biçimi, çevresel faktörler, kaynakların uygunluğu ve yeterliliği olarak on başlık altında gruplanmıştır (Fawcett, 2005; Dalton ve ark., 2006; Alligood ve Tomey, 2006). Yapılan çalışmalarda diyabetli bireylerde diyabet özbakım gücünü ve özbakımını etkileyen faktörler olarak; diyabet algısı (Düzöz, Çatalkaya ve Uysal, 2009), diyabet hakkında bilgi düzeyi (Ünsal ve Kızılcı, 2009), psikososyal özellikler (Aba ve Tel,

2012), diyabet eğitimi alma durumu (Özkan ve Durna, 2006; Düzöz, Çatalıkaya ve Uysal, 2009; Norris, Engelgau, Narayan ve Venkat, 2002) olduğu bulunmuştur.

Diyabet özbakımını etkileyen faktörler göz önüne alındığında diyabet nedeniyle kardiyovasküler sorun yaşayan bireyin diyabet ciddiyet algısının daha yüksek olacağı ve buna bağlı olarak da diyabet özbakım davranışlarının daha iyi olacağı beklenmektedir. Oysa kardiyojoloji kliniğinde yatan hastaların diyabet özbakım davranışlarının yetersiz olduğu gözlenmektedir. Ülkemizde koroner arter hastalığı diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışlarını inceleyen bir çalışmaya ulaşılammıştır. Çalışmanın amacı, koroner arter hastalığı tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu çalışmadan çıkacak sonuçlar, koroner arter hastalığı tanısı olan diyabetli bireylerin hemşireler tarafından daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve bakımlarının planlanması açısından hemşirelere yardımcı olacaktır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırma; Koroner arter hastalığı tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri/Soruları

1. KAH tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranış puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
2. KAH tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Diyabet

2.1.1.Tanım

Diyabet, glisemik kontrol dışında multifaktöriyel risk azaltma stratejileri ile sürekli tıbbi bakım gerektiren karmaşık ve kronik bir hastalıktır (ADA, 2019).

Pankreastan salgılanan insülin hormonu, kan şekerinin kullanımını düzenler. Diyabet, insülin hormonu salgısının tamamen veya kısmen yetersizliğinde veya bulunmamasında ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasının bozulduğu bir hastalıktır. Diyabet sebebiyle oluşan kronik hiperglisemi özellikle sinirler, göz, kalp, böbrek ve damarlarda uzun dönemde hasarlara sebep olur. Bu hasarlar nefropati, nöropati, ülserasyon ve kardiyovasküler komplikasyonlar gibi vücutta farklı komplikasyonlara yol açar. Diyabet temelde endokrin hastalığı olmasına rağmen temel bulguları itibariyle metabolik hastalık görünümündedir (ADA, 2019).

2.1.2.Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Tip 2 diyabetin ortaya çıkma nedenleri henüz tam bilinmemesine rağmen, önemli kabul edilen bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri; obezite, aile öyküsü, beslenme bozukluğu, fiziksel aktivitenin az olması, ırk, ileri yaş, hamilelik döneminde yükselen kan şekeri sebebiyle anne karnındaki bebeğin etkilenmesidir (IDF, 2011).

Dünya çapında Tip 2 diyabetli bireylerin sayısında büyük bir artış gözlemlenmektedir. Bu artışın sebepleri, ekonomik kalkınma, yaşlanmakta olan nüfus, beslenme bozuklukları, kentselleşmenin artması, yaşam tarzın değişmesiyle ve fiziksel aktivitelerinin azalmasıyla bağdaşmaktadır (IDF, 2015; Shaw, Sicree ve Zimmet, 2010; Wild, Roglic, Green, Sicree ve ark., 2004). Dünya genelinde 425 milyon diyabetli birey, henüz tanısı konmamış 212 milyon yetişkin bulunmakta ve bu artışa göre 2045 yılında 629 milyon kişinin diyabetli olacağı düşünülmektedir (IDF, 2017).

Günümüzde ölüme sebebiyet veren ilk 5 hastalığın içerisinde diyabet bulunmaktadır. Hatta diyabetin ölüme etkisi daha az hesaplanmaktadır çünkü ölüm raporları içerisinde diyabete yer verilmemektedir (Gren, Hirsch ve ark., 2003). Dünya genelinde IDF verilerine

göre 2017 yılında 20-79 yaş aralığında 4 milyon kişi diyabetten hayatını kaybetmiştir. Bu da dünya genelinde ölümlerin %14.5'ine denk gelmektedir (IDF, 2017)

Türkiye’de de diyabet ve prediyabetin her geçen gün arttığı gözlenmektedir. Türkiye’de diyabet prevalansı (TURDEP-1) çalışmasında 2002 yılındaki bozulmuş glikoz toleransı oranı %6.7, diyabet oranı da %7.2 bulunmuştur (Satman, 2002). Son yayınlanan TURDEP-II ön raporu ise Türkiye’de 20 yaş üstü nüfusta %65.4’e yükseldiğini, bilinen %7.5 oranındaki diyabetli sayısına 12 yılda nüfusun %6.5’inin de eklendiğini ve böylece diyabet oranının %13.7 yükseldiğini göstermektedir (Satman, 2013).IDF’nin verilerine göre 2017 yılında Türkiyede ortalama 46.300 kişi diyabetten hayatını kaybetmiştir (IDF, 2017).

Tablo 1. TURDEP-II Çalışması Genel Sonuçları

Türkiye Genel Görünüm	Oran (%)	Kişi Sayısı
Türkiye’de 20 Yaş Üzeri Nüfus	65.4	46.467.350
Diyabet	13.7	6.503.027
Bilinen Diyabet	7.5	3.547.401
Yeni Diyabet	6.2	2.955.626
Prediyabet	28.7	13.812.899
Diyabet + Prediyabet	42.4	20.315.926
Obezite	31.2	15.237.019
Fazla Kilolu	37.5	17.088.246
Fazla Kilolu+ Obezite	68.7	32.325.265
Hipertansiyon	25.6	12.578.848

Kaynak: Türkiye Diyabet Programı (2015-2020)

<http://www.tdhd.org/pdf/VER%C4%B0LERLE%20D%C3%9CNYADA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YEDE%20D%C4%B0YABET.pdf>(ErişimTarihi:15.09.2017)

2.1.3.Sınıflandırılması

Diyabetin klinik sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır;

Tablo 2.Diyabetin Etiyolojik Sınıflaması

I. Tip 1 Diyabet (Genelde tam insülin eksikliğine yol açan β -hücresi harabiyeti)
II. Tip 2 Diyabet (İnsülin yetmezliği ile seyreden insülin rezistansı)
III. Diğer Spesifik Diyabet Tipleri
A. β -hücresi fonksiyonunun genetik defektleri (monogenik diyabet formları)
B. İnsülinin etkisindeki genetik defektler
C. Pankreasın ekdokrin doku hastalıkları
D. Endokrinopatiler
E. İlaç ve kimyasal ajanlara bağlı
F. Enfeksiyonlar
G. İmmün aracılıklı nadir diyabet formları
H. Diyabetle ilişkili genetik sendromlar
IV. Gestasyonel Diyabet (GDM): Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet formları)

Kaynak: ADA. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2019;42(Suppl. 1):S13–S28; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu, 2018. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, 10.baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, Mayıs 2018.

2.1.4.Patofizyolojisi

Diyabetin üç tipi de (tip 1 DM, tip 2 DM, gestasyonel diyabet) vücutta yeterli insülin hormonu üretilmediği veya üretilen insülinin etkili olarak kullanılmadığı zaman ortaya çıkar. İnsülin ise pankreastaki Langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinden salgılanır ve vücut hücrelerinin glikozu almasında, onu enerji olarak kullanmasında anahtar rolü oynar (IDF, 2011).

Tip 1 Diyabet

Bireylerde sürekli insülin eksikliği bulunmaktadır. Bireylerin %10'unda nonotoimmün, %90'ında ise otoimmün β -hücre yıkımı meydana gelmektedir. Çevresel tetikleyici faktörlerin (toksinler, virüsler, emosyonel stres) etkisiyle, genetik yatkınlığı (riskli doku grupları) olan bireylerde otoimmünite tetiklenir ve ilerleyen β -hücre hasarı başlar. Bu durumda β -hücre rezervi %10-20'lere düştüğü zaman klinik diyabet semptomları görülmeye başlanır. Tip 1 diyabet akut başladığından dolayı, tanı sırasında A1C yüksek görülmeyebilir. Bunun için tip 1 diyabeti tanımlarken A1C'den çok APG yüksekliğine dikkat etmemiz gerekmektedir (TEMD, 218).

Tip 2 Diyabet

- *İnsülin direnci:* Hücre-reseptör hasarından (post-reseptör düzeyde) dolayı organizmalar tarafından üretilen insülinin kullanımında ortaya çıkan sorunlar sebebiyle glikoz hücre içine alınamadığı ve enerji olarak kullanılamadığı durumdur. İnsülinin etkisi periferik dokularda (özellikle kas ve yağ dokusunda) yetersiz kalmaktadır ve glikoz tutulumu (uptake) kas ve yağ hücresinde azalmaktadır (TEMD, 2018).
- *İnsülin sekresyonunda azalma:* Kandaki glikoz seviyesi yükseldiğinde pankreas yeteri kadar insülin üretemez ve karaciğerde glikoz yapımı artar. İnsülin sekresyon defekti ve sabaha karşı daha aktif olan kontr-insüliner sistem hormonları (kortizol, büyüme hormonu ve adrenalin; Dawn fenomeni) hepatik glikoz yapımının artmasından sorumludur. İnsülin direnci genellikle tip 2 diyabetin ortaya çıkmasından önce başlayıp uzun yıllar boyunca meydana gelmekte ve insülinin salgılanmasında önemli derecede azalma ise diyabetin ileri dönemlerinde veya araya giren hastalıklar sırasında ön plana geçmektedir (TEMD, 2018).

İnsülin direnci veya insülin salgılanmasında azalma nedeniyle, glikozun vücut hücrelerine taşınması azalır; kan glikoz düzeyi seviyesi ve ekstrasellüler sıvının osmolaritesi artar. Böbrek tübüllerinde glikozun maksimum geri emilimi için renal eşik değeri ortalama 180-200 mg/dl civarındadır. Kan glikoz seviyesi 180-200 mg/dl'yi geçince, glikozun tamamı tübüllerden geri emilemez ve idrarla atılınca (glikozüri) ozmotik diüretik etkilenir ve çok fazla sıvı kaybı meydana gelir (poliüri). Sıvı kaybından dolayı birey susama hissine kapılır ve çok su içme (polidipsi) gelişir.

Ayrıca, glikozun hücre içine giremeyen glikoz yüzünden açlık hissi de gelişir ve besin alımında artış (polifaji) olur (Guyton ve Hall,2001).

Tablo 3. Tip 1 Diyabet ve Tip 2 Diyabetin Ayırıcı Tanısı

Klinik Özellikler	Tip I Diyabet	Tip II Diyabet
Başlangıç Yaşı	Genellikle ≤ 30 yaş	Genellikle ≥ 30 yaş
Başlangıç Şekli	Genellikle akut, semptomatik	Yavaş, çoğunlukla asemptomatik
Ketozis	Sıklıkla var	Sıklıkla yok
Başlangıç Kilosu	Genellikle zayıf	Genellikle fazla kilolu/obez
Ailede Diyabet Yüğü	Yok veya belirgin değil	Yoğun
C - Peptid	Düşük	Normal / Yüksek / Düşük
Otoantikör (ICA, Antigad, IA2Ab, IAA)	Genellikle pozitif	Negatif
Otoimmün Hastalık Birlikteliğı	Var	Yok

Kaynak: Türkiye Diyabet Vakfı (TÜRKDİAB). Diyabet tanı ve tedavi rehberi. Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu. Ege Reklam Basım Sanatları San. Tic. Ltd. Şti (8.baskı). İstanbul, 2018: 88

Diğer Spesifik Diyabet Tipleri

Hormonal hastalıklar, pankreatik hastalık, ilaç kullanımı, insülin reseptör bozuklukları ve nadir genetik formlar bu grup içinde yer almaktadır (Zimmerman ve Reddy, 2016).

Gestasyonel Diyabet (GDM)

Tip 2 diyabet ile benzer patafizyolojiye sahip olan GDM genellikle gebeliğin son trimesterında görülür (Özkan ve Törüner, 2015). Genellikle gebelikte görülen bu diyabetik durum doğumdan sonra düzelir (Karakurt ve ark., 2009). Gestasyonel diyabetli kadınların daha sonraki yıllarda tip 2 diyabete yakalanma riskleri yüksektir. 10-20 yıl içinde tip 2 diyabet oluşma olasılığı %30-40 arasındadır (Olgun ve ark., 2012).

2.1.5.Tanı Kriterleri

Diyabet tanısı, klasik belirtiler varlığında hemen konulabilir. Fakat erken tanıda klasik belirtilerle birlikte bazı laboratuvar yöntemlerin doğru şekilde yorumlanması, sonuçların tanı kriterlerine uygun olarak değerlendirilmesi de önemlidir.

Tablo 4.Diyabet Tanı Kriterleri

Diyabet Tanı Kriterleri
$A1c \geq \%6.5$
$FBG \geq 126 \text{ mg/dL (7.0 mmol/L)}$ (Açlık, en az 8 saat hiçbir kalorinin alınmaması olarak tanımlanır)
$\text{İki saatlik PG} \geq 200 \text{ mg/dL (11.1 mmol/L)}$ (OGTT sırasında) (Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği şekilde su içinde çözünmüş 75 gr. glukoz eşdeğeri içeren glikoz yükü kullanılarak test yapılmalıdır.)
Hiperglisemik kriz veya hipergliseminin klasik semptomları olan hastada rastgele plazma glikoz düzeyinin $\geq 200 \text{ mg / dL (11.1 mmol)}$ olması

Kaynak: ADA. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2019;42(Suppl. 1):S13–S28

2.1.6.Diyabet Tedavisi

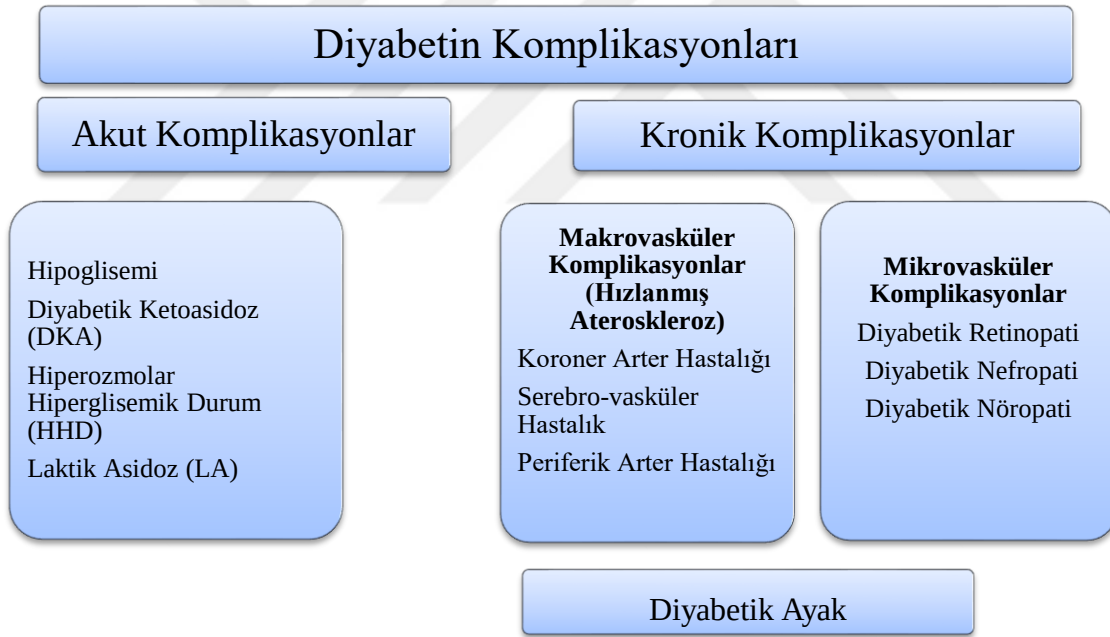
Diyabet tedavisinin ana amacı kan glikoz seviyesinin normal sınırlarda kalmasını sağlamak, nöropatik ve vasküler komplikasyonların oluşmasını önlemek ve bireylerin yüksek yaşam kalitesini sürdürmesini sağlamaktır. Bunun için de multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Diyabetli bireyler için önerilen tedavi şekli;

1. Fiziksel Aktivite
2. Tıbbi Beslenme Tedavisi
3. İlaç Tedavisi (Oral Antidiyabetik Ve İnsülin)
4. Sürekli İzlem ve Sağlık Kontrolü
5. Diyabet Özyönetim Eğitimi'dir (ADA, 2018; TEMD, 2018).

2.1.7.Diyabetin Komplikasyonları

Diyabet dünyada ciddi mortaliteye, komplikasyonlara sebebiyet vermektedir (Wild,Roglic, Green, Sicree ve ark., 2004). Diyabette kardiyovasküler hastalık oranı 4 kat artmıştır ve MI (Miyokard Infarctus) geçirme riski de 5 kat artmıştır (Buyken, Von, Schulte ve ark., 2007). Kadiyovasküler hastalıklar nedeniyle kaybedilen diyabetli bireylerin oranı %55, serebrovasküler olaylar nedeniyle mortalite oranı ise %10 civarındadır. Diyabet tedavisi alan bireylerde inme riskinin 2-4 kat arttığı gösterilmiştir (Baliga ve Weinberger, 2006). Diyabetik retinopati, nefropati gibi diğer mikrovasküler-makrovasküler organ hasarlarının riskini arttırmaktadır (Cade, 2008).

Diyabetin komplikasyonları akut ve kronik olmak üzere iki alt gruba ayrılmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1:Diyabet Komplikasyonları

Kaynak: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu, 2018. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, 10.baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, Mayıs 2018; ADA. Professional practice committee: standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2018;41: 3.

2.1.7.1.Diyabetin Akut Komplikasyonları

Kan glikoz seviyelerinin kontrolsüz bir şekilde olması, gereken değerlerin dışına çıkması ile diyabetin akut komplikasyonları ortaya çıkmaktadır (Karaca Sivrikaya, 2006).

Hipoglisemi

Hipoglisemi tanısını koymak için 'Whipple triadı' (glisemi <50 mg/dl bulunması, düşük glisemi ile uyumlu bulgular ve bu bulguların, glisemi düşüklüğünü ortadan kaldıran bir tedavi ile iyileşmesi) olması yeterlidir. Fakat çoğu diyabetlide plazma glikozu düzeyinin 50 mg/dl'nin altına inmesi de belirti görülmekte ve tedaviye gereksinim olmaktadır. Özellikle uzun süre hiperglisemik kalmış, glisemik kontrolü iyi olmayan bireylerde ortaya çıkmaktadır. Hatta, Amerikan Endokrin Cemiyeti'nin 2009 yılı rehberinde diyabetli bireyler için hipoglisemi sınırı PG <70mg/dl belirlenmiştir (TEMD, 2017).

Hipogliseminin ana nedeni insülin miktarının fazlalığıdır. Başlıca nedenler; diyabetik bireylerde hipoglisemi en çok görülen sebepleri ise insülin ve insülin salgılanmasını ya da duyarlılığını yükselten ilaçların (sülfonilüreler, meglitinidler) çok kullanılması, insülin dozlarının uygun zamanda uygulanmaması (yemek- egzersiz zamanlarında uyumsuzluk), insülin duyarlılığının artması (kilo kaybı, fiziksel aktivite artışı, kontr-regülatuar hormon yetersizliği, postpartum dönem, menstrüasyon), sindirim güçlüğü, mide boşalmasının gecikmesi, alkol ve ilaç kullanımları (insülin sekresyonunu arttıran OAD tedavisine başlanması ve/ veya insülin direncini azaltan oral antidiyabetiklerin tedaviye eklenmesi, oral antidiyabetik olmayan, ancak sülfonilüre etkisini veya insülin salınımını arttıran ilaçların kullanımı), dengesiz beslenme (anoreksiya nervosa, geç/az öğün, laktasyon veya egzersiz sırasında eksik beslenme) olarak sıralayabiliriz (Sivrikaya, 2006; Ertaş, 2016; TEMD, 2017; Türkiye Diyabet Vakfı (TÜRKDİAB), 2018).

Hipoglisemi; Tip 2 diyabetli bireylerde endojen insülin sekresyonunun biraz olsun korunmuş olması ve düşen kan glikozuna yanıt olarak endojen insülin sekresyonunu azaltabildiği için Tip 1 diyabete göre daha az görülür (Damcı, 2010).

Akut hipoglisemi belirtileri: Nöroglikopenik ve adrenerjik olmak üzere iki ana başlık olarak sıralayabiliriz;

- Adrenerjik bulgu ve belirtileri: Otonom sinir sistemi ve adrenal medullanın aktivasyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Belirtileri bulantı, çarpıntı, titreme, anksiyete, soğuk terleme, acıkma
- Nöroglikopenik bulgu ve belirtileri: Serebral kortekse glikoz gönderiminin azalmasından dolayı ortaya çıkar. Belirtileri konuşmada zorluk, halsizlik, baş dönmesi, baş ağrısı, konsantre olmada zorlanma, konfüzyon(TEMĐ, 2017).

Hipoglisemi klinik olarak hafif, orta ve ağır olmak üzere üç seviyede gelişebilmektedir:

- Hafif hipoglisemi görüldüğünde 15 g karbonhidrat (150 ml portakal suyu veya 4 adet küp şeker) alınmalıdır. Kan şekeri 15 dakika sonra 80 mg/dl altında ise 15 gr daha ek karbonhidrat alınmalıdır (TEMĐ, 2017).
- Orta derecede hipoglisemi görüldüğünde 20 g karbonhidrat (200 ml portakal suyu veya 5 kesme şeker) alınmalıdır. Kan şekeri 15 dakika sonra kan 80 mg/ dl altında ise 15 g daha ilave karbonhidrat alınmalıdır (TEMĐ, 2017).
- Ciddi hipoglisemi yaşamakta olan 5 yaş üstünde ve bilinci kapalı bireylere ev koşullarında subkutan veya intramüsküler glukagon enjeksiyonu uygulanmalı ve hemen sağlık kuruluşlarına medikal yardım amacıyla yönlendirilmelidir (TEMĐ, 2017).

Hipoglisemi riski, diyabet tedavi sürecinde sıkı glisemik kontrol sağlamanın önündeki en önemli engeldir. Bu sebeple insülin tedavisi uygulayan bütün bireylere ve ailelerine hipoglisemi ataklarından korunma yolları, hipoglisemi belirtileri ve bu durumda tedavinin nasıl uygulanacağı konusunda bilgi verilmelidir (TEMĐ, 2018; Dağdelen, 2012; Yumuk 2012; Damcı, 2010).

Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

DKA; ciddi hiperglisemi ve insülin eksikliği sonucunda görülen önemli metabolik bir bozukluktur ve burdaki asıl sebep insülin eksikliğidir (TEMĐ, 2017; Özçalık ve ark., 2015). Diyabetik ketoasidoz, çoğunlukla tip 1 olan diyabetli bireylerde gelişmektedir ve tip 2 diyabetli bireyler de katabolik strese sebep olan akut hastalık varlığında risk altındadır (TEMĐ, 2018; Ünal ve İbiş, 2012). Nedenleri arasında; infeksiyonlar, insülin tedavisindeki yanlışlar (insülin tedavisini kesme, eksik doz uygulanması, yanlış enjeksiyon uygulama şekli, insülinin son kullanma tarihinin geçmiş olması, insülin pompasının bozukluğu vb.), yanlış

beslenme şekli, serebrovasküler olaylar, miyokard infarktüsü, yanık, alkol, pankreatit, travma, hipertiroidi yer alır (TEMD,2018).

Tablo 5.Diabetik Ketoasidozun Belirti ve Bulguları

Semptomlar	Fizik Muayene Bulguları
• Halsizlik • İştahsızlık, bulantı, kusma • Ağızda kuruluk, polidipsi, poliüri • Karın ağrısı ve kramplar • Nefes darlığı • Kilo kaybı	• Taşikardi • Müköz membranların kuruluğu, deri turgorunda azalma • Cildin kuru ve sıcak olması • Dehidratasyon, hipotansiyon • Takipne, Kussmaul solunumu • Batında hassasiyet • Ağızda oluşan keton kokusu • Letarji, zihinsel küntleşme, koma

Kaynak: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD). Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu, 2018. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, 10.baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, Mayıs 2018.

DKA tedavisindeki amaç; doku perfüzyonunu ve dolaşım hacmini düzenlemek, kan glikoz ve osmolalitesinin normal seviyede olmasını sağlamak, idrar ve serumda görülen keton cisimlerini yok etmek, elektrolit seviyesini düzelterek hastayı rahatlatmaktır (TEMD, 2018; Akgüç, 2013; Ustaalioğlu, 2015). Toplam sıvı açığı 24-36 saatte yerine konmalıdır (TEMD, 2018).

Hiperozmolar hiperglisemik durum (HHD)

HHD’de asıl problem dehidratasyondur. İnsülinin düşük seviyede olması lipolizi baskılar ve keton cisimlerinin oluşumu gerçekleşmez. Hazırlayıcı faktörler; enfeksiyonlar, miyokard infarktüsü, serebrovasküler olay, renal yetersizlik, gastrointestinal problemler, endokrin sistem hastalıkları (hipertiroidi, akromegali vb), karbonhidrat toleransını bozan bazı

ilaçlar, ilaç uygulamadaki yanlışlar sebebiyle tedavinin yetersiz olması sayılabilir (TEMD, 2018).

HHD'nin DKA'dan farkı, HHD'de de plazma veya idrarda keton bileşiklerinin bulunmaması, plazma glikoz seviyesi ve ozmolaritesinin çok üst seviyede olmasıdır. Plazmada glikoz seviyesi >600 mg/dl 'dir. Vücutta 8-10 litre kadar su kaybı görülmektedir. Sodyum, potasyum, klor, magnezyum, kalsiyum ve fosfat kayıpları vardır (TEMD, 2018).

Laktik asidoz (LA)

Laktik asidoz kanda laktat seviyesi yükseldiğinde ortaya çıkan anyon açığının da olduğu asidoz halidir. Daha çok altta yatan ciddi bir hastalığı olanlarda görülür. Vücutta dokulara oksijen gönderiminin ve kullanımının azlığından dolayı oluşan ciddi bir metabolik asidoz halidir. Laktik asit birikimi, laktatın yapımı ile kullanılması arasındaki dengenin bozulması sebebiyle görülmektedir (TEMD, 2018).

Altta yatan hastalığa bağlı olarak akut ortaya çıkan laktik asidozda prognoz genellikle kötüdür. Laktik asidoz tablosu gelişen bireyler yoğun bakım birimlerinde tedavi görmelidir. Tedavinin temeli altta var olan ve durumu hızlandıran etkenin ortadan kaldırılmasıdır. İlk önce hemodinamik stabilizasyon ve bireyin oksijen tedavisi alması sağlanmalıdır. Tedavide amaç 48 saatte laktat seviyesini indirmektir. Bu bireylerde ortaya çıkabilecek su ve sodyum tutulumunun tedavisi için hemodiyaliz gerekebilmektedir. Ayrıca, metformine bağlı laktik asidozda ilacın atılımı da hemodiyalizle sağlanmış olur (TEMD, 2018).

2.1.7.2. Tip 2 Diyabetin Kronik Komplikasyonları

Uzun dönemde tedavisi yapılamayan diyabet sebebiyle retinopati, nöropati, nefropati, kalp-damar hastalıkları ve ayak amputasyonları gibi kronik komplikasyonlar gelişebilmektedir (Broome ve Llewelyn, 1995; Fowler, 2008; TEMD, 2018).

Diyabette kronik komplikasyonların önemli bir bölümüne vasküler komplikasyonlar sebep olup etkilenen damarlara göre mikrovasküler veya makrovasküler komplikasyonlar olarak ortaya çıkmaktadır (Yumuk, 2008; Biessels, Staekenborg, Brunner, Brayne ve ark., 2006).

Makrovasküler Komplikasyonlar

Büyük damarlarda ortaya çıkan değişiklikler sonucunda makrovasküler komplikasyonlar oluşmaktadır. Kalpte koroner arter hastalığı (KAH), periferik arterlerde periferik arter hastalığı (PAH), serebrovasküler sistemde serebrovasküler hastalık (SVH-inme) görülebilmektedir. Diyabette makrovasküler komplikasyonlar tip 2 diyabetli bireylerde henüz belirgin diyabetin ortaya çıkmadığı bozulmuş glikoz toleransı döneminde başlamaktadır (Olgun ve ark., 2014; Özcan, 10 Eylül 2016; Karşıdağ, 2007; Karamahmut, 2009).

- ***Koroner Arter Hastalığı (KAH)***

Koroner arter hastalığı diyabetli bireyler için en büyük mortalite ve morbidite sebebidir. KAH riski özellikle Tip 2 diyabetli bireylerde, diyabetik olmayan bireylere göre 2-4 kat daha fazla görülmektedir. Bu bireylerin mortalite oranı %60-75'i makrovasküler olaylar sebebiyle olmaktadır. Diyabetli bireylerde ateroskleroz daha erken yaşlarda görülmekte, multisegmenter tutulumlu ve daha yaygındır (TEMD,2018).

- ***Serebrovasküler hastalıklar***

Diyabetin en yaygın görülen makrovasküler komplikasyonlarından birisi serebrovasküler hastalıklardır. Serebrovasküler infarktüs riski diyabetli bireylerde 3 ile 10 kat artış göstermektedir ve diyabetli bireyler inmeyi takiben yüksek bir morbidite ve mortaliteye sahip olmaktadır. Bu da diyabetin bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Artmış olan bu risk diyabetik bireylerde diyabetle birlikte yüksek hipertansiyon prevalansı ile ilişkilidir (Tekeşin ve ark., 2014; Gündoğdu ve ark., 2006).

- ***Periferik arter hastalığı (PAH)***

Periferik arter hastalığı (PAH), diyabetli bireylerde yaygın görülen kardiyovasküler bir komplikasyondur. Sistemik aterosklerozun bir sonucu olarak PAH meydana gelmektedir. PAH'da etkilenen arterlerde farklı derecelerde darlıklar ve sonucunda tıkanma oluşmaktadır (Bozoğlan, 2015; Sadıkoğlu ve ark., 2002). Bacaklardaki arterlerde skleroz veya tıkanmayla meydana gelen ve yetersiz oksijenlenme sonucu oluşan bu hastalık; bacak amputasyonları, kalp krizi ve inme için ciddi bir risk faktörüdür (Barnett ve Krall, 2008). En önemli belirtisi

yürüme ve koşmayla artıp, istirahatle azalarak geçen bacak ağrısıdır. Topallayan bireylerin PAH açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (TEMD,2018). Diyabette PAH 4 kat daha fazla artış olmasına rağmen hastaların çoğu klinik olarak asemptomatiktir (Gibson, 2004; Kahn, 2005; Gündoğdu ve ark., 2006). PAH'da çoğu hasta asemptomatik olduğu için diyabetli bireylerde PAH'ın gerçek prevalansını belirlemek zordur (Açan, 2009).

Mikrovasküler Komplikasyonlar

Küçük damarlarda oluşan değişiklikler nedeniyle mikrovasküler komplikasyonlar oluşmaktadır. Kan şekerinin normal aralıklarda tutulması, mikrovasküler komplikasyonların oluşmasını azaltmakta yada geciktirmektedir (Javanshir, 2006).

- ***Diyabetik Retinopati***

Diyabetli yetişkinlerin en önemli körlük sebebi diyabetik retinopatidir (TEMD,2018). Diyabetli bireylerin diyabeti olmayan bireylere göre, 25 kat daha fazla körlük riskine sahip oldukları da ifade edilmektedir (Terkeş ve Bektaş, 2012). Görme bozukluğunun en önemli sebebi, makula ödemi ve proliferatif retinopatiye bağlı gelişen komplikasyonlardır (Polat ve Batıoğlu, 2007). Diyabetik retinopati ile karakterize oluşan anormalliklerde ilerleme küçük farklılıklarla ortaya çıkış süresine göre değişir. Diyabetik retinopati, 20-74 yaş aralığı olan bireylerde birden oluşan körlük olgularının en başta gelen sebebidir. Tanı konduktan 20 yıl sonra ise tip 1 diyabetli bireylerin tamamında, tip 2 diyabetli bireylerin de %60'ında retinopati ortaya çıkmakta ve diyabetli bireylerin yaklaşık %2'sinde retinopatiye bağlı görme kaybı oluşabilmektedir (Codario, 2005; Olgun ve ark., 2014; http://www.tdhd.org/dhd_kitap/13blm.pdf).

Tip 1 diyabetli bireylerin, tanıdan 5 yıl sonra veya ergenlikten itibaren yılda bir kere göz dibi taraması yapmaları gerekmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerde ise, ilk başlarda retinopatisi olmayan ya da düşük seviyede retinopatisi olan bireylerde yılda bir kez, ileri evrede olan bireylerde 3-6 ayda bir olmak üzere kontrolden geçirilmelidir. Eğer tanıda muayene bulguları normal ise 1 yıl sonra, tekrar normal çıkarsa takip aralıkları iki yılda bir olarak değerlendirilmelidir. Gebe olmayı düşünen veya olan diyabetli kadınların ayrıntılı bir görme ve göz dibi muayenesi yaptırmaları ve onu her trimesterde takrarlamaları gerekmektedir (TEMD, 2018).

- ***Diyabetik Nefropati***

Yetişkin diyabetli bireylerin en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinin biride nefropatidir. Diyabetin böbreklere verdiği zarara dikkat çekmek için nefropatiye ‘diyabetik böbrek hastalığı’ denmesi önerilmektedir (TEMD, 2018). Diyabetin mikrovasküler komplikasyonu ve son dönem böbrek yetersizliğinin en çok görülme nedeni olan diyabetik nefropati, böbrek fonksiyonlarının glomerül içi hasarına bağlı olarak bozulmasıyla ortaya çıkar. Mikrovasküler komplikasyonlardan biri olan nefropati tüm diyabetiklerin %20-40’ında görülmektedir (TÜRKDİAB, 2017). Diyabetli bireylerde başka böbrek hastalıkları bulunmadan, devamlı idrar albumin çubuğunun pozitif olması da diyabetik nefropati olarak adlandırılır (Kurt, Atmaca ve Gürlek, 2004). Tip 1 ve tip 2 diyabette böbrek lezyonlarının patolojisi birbirine benzer, bununla birlikte hiperglisemi tip 1 diyabette nefropatinin meydana gelmesinde ve ilerlemesinde önemli bir yer tutar ve genellikle nefropati gelişikten sonra hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar ortaya çıkar (Özcan, 2002). Glisemik kontrolün en iyi şekilde sağlanmasıyla ve gerekirse yoğun diyabet tedavisi uygulanmasıyla, tip1 ve tip 2 diyabetli bireylerin nefropatisi önlenebilir veya ilerlemesi geciktirilebilir (TEMD, 2018). Tip 1 diyabetli yetişkinlerde diyabetin görülmesinden 5 yıl sonra başlayarak, tip 2 diyabetli bireylerde ise tanıdan itibaren her yıl eGFR ve idrar albumin/kreatinin oranı ile diyabetik nefropati taraması yapılması gerekmektedir (TEMD, 2018).

Diyabetik nefropatinin primer ve sekonder korumasında hemşireler; tuz alımının azaltılması, düzenli egzersiz ve kilo verme, diyetle proteinin kısıtlanması, diyetle uyum ve glikoz kontrolünün sağlanması için diyabetli bireylerde gerekli yaşam biçimi değişikliklerini sağlamalıdır. Diyabetik nefropati kan şekerinin kontrolünü sağlayarak, diyeti düzenleyerek, kan basıncını kontrol altında tutarak, protein alımını azaltarak, son dönem böbrek yetmezliği ve hiperlipidemi tedavisi veya böbrek nakliyle tedavi edilebilir (Özcan, 2002).

- ***Diyabetik Nöropati***

Sinir sisteminin farklı bölümlerini etkileyen diyabetik nöropati, otonom ve/veya periferik sinir sistemi ile ilgili değişik klinik bulgular oluşturur (TÜRKDİAB, 2018). Diğer bir deyişle; diğer periferik nöropati sebeplerinden başka, diyabet süresince klinik veya subklinik düzeyde ortaya çıkabilen, somatik, periferik ya da otonom sinir tutulumlarını belirtir. Diyabetik bireylerde nöropati sebeplerinden biri de uzun süreli yüksek kan glikoz düzeyidir. Nöropati, diyabetin en sık rastlanan komplikasyonlarından birisidir. Bulguları hem

otonom hem de periferik sinir sistemi ile ortaya çıkmaktadır (Kökoğlu, Levenoğlu ve Erdemoglu, 2009). Genellikle 25 yıl ya da daha fazla süredir diyabeti olan bireylerin %50'sinden fazlası nöropatiden etkilenmektedirler (Fowler, 2008; Bhadada ve ark., 2001). Özellikle iskemi ve alt ekstremiteleri tutan distal-simetrik duyusal polinöropati enfeksiyonla birlikte en önemli ayak amputasyonu sebebidir (TEMD, 2018).

- **Diyabetik Ayak**

Diyabetik ayak, mikrovasküler komplikasyonlarının uzun dönemli sonuçlarından biri ekstremitelerde şekil deformitelerine neden olmakta ve ayak ülserlerine zemin hazırlamaktadır. Diyabetik ayak diyabetli bireylerde hastane yatışlarının en sık nedenleri arasında bulunmaktadır (Olgunve ark., 2011). Diyabetli bireylerin hayatları süresince diyabetik ayak ülseri olma riski %12-15 oranındadır. Diyabetik ayak ülserleri, tedavi maliyetinin ciddi düzeyde yükselmesine, bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına, alt ekstremitte amputasyonlarının oluşmasına ve mortalite oranının artmasına sebep olmaktadır. Diyabete bağlı non-travmatik ayak amputasyonlarının oranı %40-60 civarında olduğu ve bunların %85'inde ülser veya bir yaralanma sorunu ile başladığı görülmektedir. Diyabetli bireyde ayak ülseri varsa ülseri olmayan diyabetli bireye göre hastanede yatış süresi %50 daha uzun zaman almaktadır. Ayak amputasyonu geçiren bireyin amputasyondan 3-5 yıl içinde diğer bacağının da ampute olma oranı %50 oranından daha fazladır. Ayağında ülser gelişen diyabetli bireyin bununla ilişkili ölüm riskinde de 2.5 kat artma oluşmuş demektir. (TEMD, 2018).

Hemşirelik bakımında amaç; diyabetli bireyi hastalığı konusunda bilgilendirmek, yaşam kalitesini yükseltmek, komplikasyonları en düşük seviyeye indirmek ya da oluşumunu engellemek, ayak ülserinin bakımını sağlayarak iyileşmesini hızlandırmak ve bireye uygun eğitim vermektir (Erkan, 2008; TEMD, 2018).

Nükseden ülser oluşumu ilk yılda %28 oranında iken, 40 ayın sonunda %100 oranına çıkmaktadır. Bu oranlar göz önüne alındığında, ayak ülseri gelişen veya riski olan bireylerin diyabetik ayak açısından düzenli kontrollerden geçmesinin önemi birkez daha ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden ülser geçmişi ya da iskemisi olan bireylere ve yakınlarına bu konuda eğitim verilmeli, sık sık ve düzenli olarak kontrollerden geçirilmeli ve bu kontrollerin tekrarının önemi vurgulanmalıdır. Bireylere ayak ülserinin nüksedebileceği bilgisi verilmelidir. Bu bireylerden, ağrı hissi bulunmayan bireylere ayaklarını her türlü travmadan

nasıl korumaları gerektiği bilgisi aktarılmalıdır. Kontrollere gelen her birey kontroller sırasında çorapları çıkarılarak değerlendirilmelidir. Bireylere ayaklarında gelişebilecek herhangi bir enfeksiyon belirtisinin neler olduğu, ayağın nemlenmesinin önemi, ayak hijyeni ve kendi ayak yapısına göre ayakkabı seçiminin bilgisi verilmelidir. Bu tedbir ve bakımla ülserin %50 oranında azalması sağlanabilir (TEMD,2018).

2.2.Koroner Arter Hastalığı

1990-2016 yılları arasında Türk Kardiyoloji Derneğinin ülkemizde yaptığı ve 2017 yılında yayınladığı TEKHARF çalışmasında izlenen bireylerde (72.350 kişi/yılı süreli takip) meydana gelen 906 ölümün %42'sinin (357) ölüm sebebinin KAH olduğu bulunmuştur (Onat ve Can, 2017).

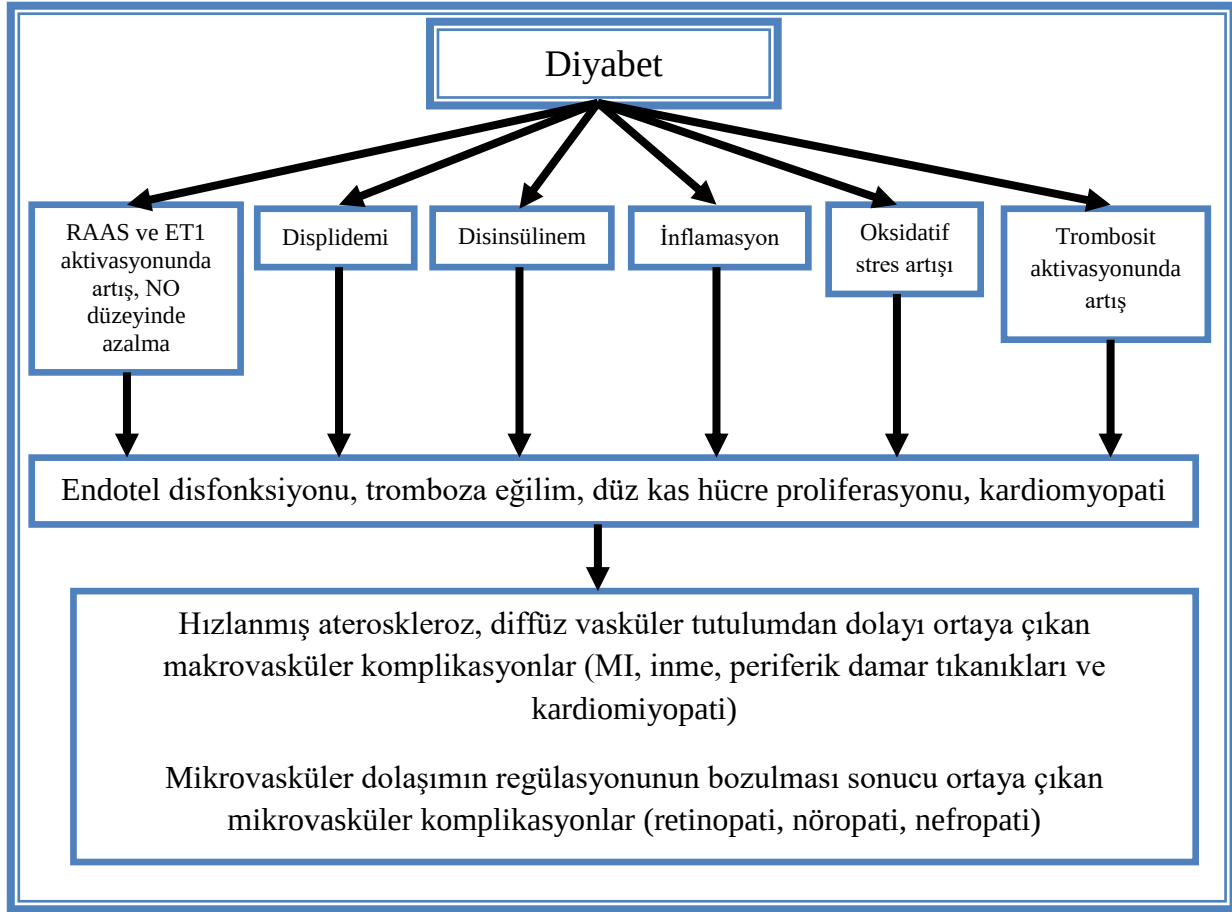
KAH insidansı ve prevalansının yaş ile birlikte artması yaşın en önemli risk faktörü olduğunu göstermektedir. Erkeklerde 45, kadınlarda ise 55 yaşının üstünde olmanın ateroskleroz için risk faktörü olduğu ve prevalansının yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir (Çengel, 2010; TKD, 2002). 60 yaşının altındaki erkeklerin, kardiyovasküler hastalık insidansı kadınlara oranla 2 kat yüksektir. Kadın hormonlarının koruyucu rolünün buna neden olduğu düşünülmektedir. Cinsiyetin aterosklerozda önemli rol oynadığı ve erkeklerin kadınlara göre daha fazla yatkınlık gösterdiği saptanmıştır (Kopaei, Storki, Doudi, Baradaran ve ark., 2014).

KAH gelişimine neden olan risk faktörleri (hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, sedanter hayat, obezite, sigara ve aile öyküsü) olasılıkla aterosklerotik hastalık sürecini ilerlettikleri için, bilinen hastalığı olan kişilerin prognozunu olumsuz etkiler (TKD,2013).

Diyabet, KAH için kanıtlanmış bir risk faktörüdür (Ross, 1990; TEMD,2017; Dokken, 2008). Diyabetin kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin önemli etkenlerinden biri olduğundan ve toplum sağlığında önemli bir yere sahip olduğundan dolayı Amerikan Kalp Derneği tarafından 2003 yılında majör risk faktörleri arasında kabul edilmiştir (Onat, 2017). Diyabet Ulusal Kolesterol Eğitim Programında (National Cholesterol Education Program-NCEP) ATP II kılavuzunda “Koroner Arter Hastalığı (KAH) risk faktörü” olarak değerlendirilmiş, NCEP ATP III kılavuzunda ise “KAH risk eşdeğeri” olarak kabul edilmiştir (NCEP, 2001). Diyabetli bireylerde oluşan kardiyovasküler komplikasyonların

patogenezinde, hızlanmış aterosklerozun ve endotel disfonksiyonunun anahtar rol oynadığı düşünülmektedir (Keskin ve Balcı, 2011; Rydén, Standl, Bartnik, Van den Berghe ve ark., 2007; Rickard, 2008; Oto, 2013). Diyabete bağlı nöropatiler kardiyovasküler sistemi etkilediğinden, aritmiler, senkop, perioperatif risk artışı ve ani ölüm gibi durumlar gerçekleşebilmektedir (Ross, 1990).

Makrovasküler hastalıkların, diyabette oluşan kardiyovasküler mortalite artışının sebebi olduğu düşünülmekte fakat birçok çalışmada hiç vasküler hastalığı olmayan diyabetli bireylerin de diyastolik ve sistolik fonsiyonunun bozulduğu görülmektedir (Young, Walkers, Davey, Barrett ve ark., 2009).



Şekil 2: Diyabette Kardiyovasküler Komplikasyon Gelişim Patofizyolojisi

Kaynak: Keskin Ö, Balcı B. Diabetes mellitus ve kardiyovasküler komplikasyonlar. Kafkas J Med Sci, 2011;1(2): 81-85.

Diyabete bağlı ölüm nedenlerinin %50' si kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıklarıdır (WHO, 2006; IDF, 2009; ADA, 2011). Her yıl 8 ile 14 milyon insan kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi birçok kronik hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir. Yaşam şeklindeki değişimlerle beraber diyabetin gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığı giderek artmaktadır. Özellikle tip 2 diyabetin prevelansı hızla yükselen bir seyir göstermektedir (Türkiye Diyabet nleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, (2011-2014) (2011).

Diyabette kardiyovasküler hastalık oranı 4 kat artmıştır ve MI (Miyokard Infarctus) geçirme riski de 5 kat artmıştır (Buyken ve ark., 2007; Haffner ve ark., 1998).

2.3.Diyabet özbakımı

Özbakım, bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için şimdiki ve gelecekteki gereksinimlerini bilerek kendisinin veya bir başkasının onun adına başlattığı eylemlerdir (Orem, 1995).

Özbakım kavramı ilk kez 1956 yılında Dorothea Elizabeth Orem tarafından tanımlanmıştır. Orem, 1959 yılında hastaların niye hemşirelerin yardımına ihtiyaç duyduklarını açıklamış, 1980 yılında ise zbakım teorisini revize ederek insanın işleyişi ve gelişimi için düzenleyici olduğu üzerinde durmuştur (Taylor, 2011). Bireyin zbakım gücünden faydalanabilmesi için;

- z-bakım kararını verme ve uygulama,
- Kendine dikkat etme,
- Aktivitelerini sıraya koyma,
- Karar verirken zbakım anlayışında yargılama
- Aktivitelerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama
- Fiziksel gücünü kullanma ve kontrol etme,
- Gdleme,

gibi bazı özelliklere sahip olması gereklidir.

Bireyler bu özelliklere sahip olduğu zaman zbakım gücüne sahip olacak ve zbakım ihtiyaçlarını yeterli ve doğru bir şekilde kendisi karşılayabilecek, kendi sağlığından sorumlu olabilecek ve çevresindekilere bağımlı olmayacaktır (Bakoğlu ve Yetkin, 2001). Bireyin

özbakım davranışlarını yerine getirmesi yaşam kalitesini olumlu etkilerken akut ve kronik komplikasyonların gelişimini önlemekte, yaşam süresini uzatmaktadır (Şengül, 1998).

Diyabette özbakım, hayatta kalmak için diyabetin karmaşık doğasının öğrenilmesi veya bu durumun farkında olunması olarak ifade edilmektedir. Diyabet özbakım davranışları, diyabetli olan veya diyabet olma riski taşıyan bireylerin hayatta kalmak için sürdürdükleri davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesinin artması, iyi glisemik kontrol, diyabete bağlı komplikasyonların ve ölümlerin azalması ile diyabet özbakım davranışları arasında pozitif bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (Shrivastava, 2013).

Diyabetli bireylerde iyi sonuç için AADE'nin belirlediği özbakım davranışları şunlardır: sağlıklı beslenme, aktif olma, kendi kendine izlemine yapma, ilaç tedavisine uyum, problem çözme, risk azaltma davranışları (sigarayı bırakma, düzenli göz kontrolü, ayak bakımı) ve etkili başetme yöntemleridir (AADE, 2012).

Tip 2 diyabetli bireylerde yapılan değişik çalışmalarda hastalıklarına yönelik eğitim alan hastaların, özbakım aktivitelerinin olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir (Yeşilbalkan, 2001).

2.4.Diyabet Hemşireliği

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre diyabet eğitimi “Diyabet tedavisinin temel taşıdır ve diyabetlinin toplum ile bütünleşmesinde yaşamsal önemi vardır” şeklinde tanımlanmıştır. Diyabet gibi kronik hastalıklarda, kaliteli bir yaşam sürmek ve yaşam süresini uzatmak için bireyin yaşam şekli, hastalık ile ilgili tutum ve alışkanlıklarında değişiklik yapması ve tedaviye uyum sağlaması gerekmektedir. Fakat diyabet yönetiminin başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için yeterli bir diyabet eğitime ihtiyaç vardır (Gagliardino, González ve Caporale, 2007; Sivrikaya, 2006; Mollaoğlu, Tuncay, Fertelli ve Çelik, 2009). Verilecek olan eğitimdeki amaç: bireye hastalığın ne olduğu, belirtileri ve semptomları, dikkat etmesi gereken davranışlar, tedaviye tam uyulmadığında meydana gelebilecek komplikasyonlar, bu komplikasyonları nasıl önleyebileceği ve hastalıkla başa çıkabilmenin yöntemlerini öğretmektir (Sivrikaya, 2006).

Bireylerin eğitiminde hemşireler çok önemli rol oynamaktadırlar. Özellikle eğitimle önlenebilen kronik hastalıklarda eğitimden sorumlu olan hemşirelerin de bu hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Diyabet eğitiminden sonra, bireylerin

hastalığa karşı algı ve tutumlarının daha olumlu olduğu ve hastalıklarıyla daha iyi başa çıkabildikleri bildirilmektedir (Gagliardino ve ark., 2007; Fischer 2012). Bu konuda, Macrina ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, hemşirelerin diyabet ve tanısı, ilaçlar, ayak bakımı, diyabetlilerde acil durumlar, diyet ve egzersiz, diyabet komplikasyonları ve yönetimi hakkındaki bilgi seviyesinin verilen planlı eğitimle yükseldiği saptanmıştır (Macrina, Snyder, Perko, Fordham ve ark., 2008).

Diyabetli bireyler, özelleştirilmiş bir tedaviye ve bakıma ihtiyaç duyarlar. O yüzden diyabet tedavisi süresince, diyabet ekibinde yer alacak ve bu konuda özel eğitilmiş bir diyabet hemşiresine ihtiyaç duyulmaktadır (Loveman, Royle ve Waugh, 2009; Karakurt, 2008).

Avrupa Diyabet Hemşireliği Derneği'nin (Federation of European Nurses in Diabetes-FEND) diyabet hemşiresi görev tanımı şöyledir: "Diyabet alanında çalışan hemşire, eğitimci, danışman, yönetici, araştırmacı, iletişim ve değişim rollerine sahip olan, diyabet yönetiminde ileri düzeyde bilgi ve beceriye sahip klinisyen hemşiredir" (DHD, 2015).

Diyabet Hemşireliği Derneği (DHD)'nin tanımına göre diyabet hemşiresi, diyabetin yönetiminde ileri bilgi ve becerisi olan, uygulayıcı, araştırmacı, eğitici, yönetici, danışman, yenilikçi, koordinatör ve mesleki faaliyetlerden sorumlu meslek üyesidir (DHD, 2015).

Türkiye'de bir hemşirenin diyabet hemşiresi olarak çalışabilmesi için en az hemşirelik lisans programından mezun, en az 2 yıl diyabetli bireylerle çalışmış ve diyabet hemşireliği temel eğitim sertifikasına sahip olan hemşirelerdir (DHD, 2015).

Diyabet Hemşiresinin Görevleri

- Diyabetli bireylerin bakım önceliklerini belirler, hemşirelik girişimlerini başlatır, izler, değerlendirir ve diğer sağlık profesyonellerine yönlendirir.
- Diyabetli bireylerin özbakım yeterliliğini sürekli olarak tanılar ve uygun eğitimi verir.
- Diyabetli bireylerin sağlık potansiyelini arttırmak ve desteklemek, bakımın sürekliliğini sağlamak için diyabetli birey ile birlikte veya diyabetli birey adına karar verir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; Koroner arter hastalığı tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışları ve ilgili faktörlerin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir ilinde Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde ve Sağlık Bakanlığı Karabağlar 17 no'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde Ocak – Nisan 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Kardiyoloji kliniğinde 54 yatak bulunmaktadır. Ayda ortalama 300 kadar hastanın kliniğe yatış kaydı yapılmaktadır. Bu hastaların tanıları KAH, kalp yetersizliği, miyokard infarktüsü, anstabil anjina pectoris, ritm bozukluklarıdır. Bu hastalıklara ek olarak hastalarda diyabet ve/veya hipertansiyon tanıları da bulunmaktadır. Kardiyolojik sorunlar nedeniyle kliniğe yatan diyabet tanısı bulunan hastaların diyabet özbakım davranışları klinikte çalışan hemşireler tarafından izlenmektedir. Yeni diyabet tanısı alan ya da diyabet özbakım davranışları yetersiz görülen hastalar diyabet polikliniğinde bulunan diyabet hemşiresine yönlendirilmektedir. Hastaların yatış süresi ortalama 2-3 gün ile 5-6 gün arasında değişmektedir. Hastaların kliniğe tekrarlı yatışları bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Karabağlar 17 no'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde toplam beş tane aile hekimi ve beş hemşire görev yapmaktadır. Her hekim dosyasında yaklaşık 50 tane tip 2 diyabetli birey kayıtlıdır. Diyabetli bireyler ilaç yazdırmak, kan şekeri ölçtürmek, muayene olmak amacıyla 3-6 ay aralıklarla aile hekimine başvurmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma örneklemini; Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatan koroner arter hastalığı tanısı konmuş ve tip 2 diyabeti olan bireyler oluşturmuştur. Örneklem seçimi olayın görülüş sıklığına göre evrendeki eleman sayısı bilinmediğinde kullanılan formül ile hesaplanmıştır. $n = \frac{t^2 p q}{d^2}$ (t:1.96, p:0.14,

q:0.86, d:0.05) formülü kullanılarak ± 5 örnekleme hatası ile örneklem sayısı 185 olarak bulunmuştur. (Tokgözoğlu, Kaya, Erol ve Ergene, 2010; Aksayan, Bahar, Bayık, Emiroğlu ve ark., 2004).

Sağlık Bakanlığı Karabağlar 17 no'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve örneklem özelliklerine uygun tip 2 diyabetli bireyler oluşturmuştur. Bu aile sağlığı merkezinde (ASM) 5 hekim bulunmakta ve hekim başına düşen tip 2 diyabetli birey sayısı ortalama 50 kişi olduğu varsayılırsa, evren 250 kişidir. Örneklem hesabı yapılmayıp örneklem kriterlerine uyan tüm hastalar çalışma kapsamına alınmıştır.

KAH tanısı olan ve kardiyoloji kliniğinde yatan tip 2 diyabetli bireyler için örneklem kriterleri;

- 18 yaş üstünde olup araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Kişi, yer ve zamana oryante olan,
- Türkçe konuşup anlıyor olan,
- Diyabet eğitimi almış olan,
- Koroner arter hastalığı olan [Mİ geçirmiş ve/veya koroner girişim (PTCA, stent, Koroner Bypass) uygulanmış],
- 6 ay önce KAH tanısı almış olan,
- En az 6 aydır tip 2 diyabet tanısı olan bireyler örneklem olarak alınmıştır.

KAH olmayan ve ASM'de bulunan tip 2 diyabetli bireyler için örneklem kriterleri;

- 18 yaş üstünde olup araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Kişi, yer ve zamana oryante olan,
- Türkçe konuşup anlıyor olan,
- Diyabet eğitimi almış olan,
- En az 6 aydır tip 2 diyabet tanısı olan ve kronik diyabet komplikasyonu gelişmemiş tip 2 diyabetli bireyler örneklem olarak alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 18 yaş altında olan,
- İletişim engeli olanlar (işitme engeli olan, görme engeli olan)

3.4.Çalışmanın Materyali

Araştırmada herhangi bir çalışma materyali kullanılmamıştır.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Diyabet özbakım aktiviteleri puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, boy, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yaşanılan yer, yaşanılan ev tipi, sağlık durumunu algılama durumu, tip 2 diyabet hastalık süresi, koroner arter hastalığı süresi, tip 2 diyabet tedavi şekli, koroner arter hastalığı tedavi şekli, diyabet eğitimi alma durumu ve kaç kez aldığı, diyabet eğitimini nerden ve kimden aldığı, diyabeti yönetebilme durumu, ailede başka kronik hastalık olma durumu, sağlık kontrollerini yaptırmada yaşanılan güçlükler, kullanılan ilaçların yan etkilerini bilme durumu)

3.6.Verİ Toplama Araçları

Verileri toplamak için Diyabetli Bireyi Tanılama Formu (Ek-2), Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi- DÖBA (Ek-3) kullanılmıştır.

3.6.1.Diyabetli Bireyi Tanılama Formu

Orem'in özbakım eksikliği teorisine dayalı olarak hazırlanmıştır. Teoriye göre bireyin özbakım aktiviteleri sosyo-demografik özellikleri ile ilişkilidir. Bu nedenle anket sorularını 10 sosyo-demografik özellik ile ilgili 26 soru oluşturmaktadır (Orem,1995; Dalton ve ark., 2006; Alligood ve Tomey, 2006; Fawcett, 2005) (Ek-2).

3.6.2.Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA)

Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi, Toobert ve Glasgow (1994) tarafından geliştirilmiştir ve 2000 yılında Toobert ve arkadaşları tarafından sigara ve ayak bakımı ile ilgili maddeler eklenerek revize edilmiştir. Bu anketin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması 2009 yılında yapıp, Türk toplumuna uyarlanmıştır (Coşansu ve Erdoğan, 2009)

Bu araç ile bireye; diyet, kan şekeri testi, egzersiz, ayak bakımı ve sigara başlıkları altında bulunan özbakım aktivitelerini son yedi gün içinde kaç gün gerçekleştirdiği (gün/hafta) sorulmaktadır. Cevaplar bir sayı doğrusu üzerinde gün olarak (0-7 arasında) işaretlenmekte, sadece sigara içimini sorgulayan onbirinci madde 0- içmiyorum, 1- içiyorum (içilen sigara miktarı/adet) şeklinde belirtilmektedir. Ölçeğin her alt boyutu ayrı ayrı puanlanmakta ve bağımsız olarak kullanılabilir. Buna göre;

Diyet: İlk dört madde beslenme alışkanlıklarına ilişkin durumu belirlemek için kullanılır. Birinci ve ikinci maddenin toplamının ortalaması genel diyet puanını, dördüncü madde ters puanlanmak şartı ile üçüncü ve dördüncü maddenin toplamının ortalaması ise önerilen özel diyet puanını oluşturur. “Diyet Puanını” ise bütün maddelerin toplamının ortalamasını vermektedir.

Egzersiz: “Egzersiz Puanını” beşinci ve altıncı maddenin toplam puan ortalamasını vermektedir.

Kan Şekeri Testi: “Kan Şekeri Testi Puanını” yedinci ve sekizinci maddenin toplam puan ortalamasını vermektedir.

Ayak Bakımı: “Ayak Bakımı Puanını” dokuzuncu ve onuncu maddenin toplam puan ortalamasını vermektedir. Her bir alt boyutun puanı 0 ve 7 arasında değişecektir.

Sigara İçme Durumu: Sigara içme durumunu (0= içmiyor, 1= içiyor) ve günde içilen sigara sayısını onbirinci madde göstermektedir. Sigara içmeyi sorgulayan onbirinci madde haricindeki bölümlerde puanın yüksek çıkması beklenir. Her bir alt boyutun puanı 0 ve 7 arasında değişecektir. Puanın yüksek olması özbakım aktivitesinin daha çok yapıldığını gösterir (Coşansu ve Erdoğan, 2009).

Coşansu ve Erdoğan’ın (2009) yaptığı Diyabet Özbakım Davranışları Anketinin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında, DÖBA anketinin alt boyutlarının *maddeler arası korelasyon değerleri* diyet için .24, egzersiz için .54, kan şekeri testi için .89 ve ayak bakımı için .62 bulunmuştur. DÖBA anketinin alt boyutlarının *cronbach alpha (α katsayıları)* diyet için .59, egzersiz .70, kan şekeri testi .94 ve ayak bakımı .77 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanılarak Diyabet Özbakım Aktiviteleri anketinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirtilmiştir (Coşansu ve Erdoğan, 2009) (Ek-3).

3.7.Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 3: Araştırma Planı ve Takvimi

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızın verileri bilgisayarda değerlendirilip, verilerin analizi SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 15,0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. KAH olan tip 2 diyabetli bireylerin tanımlayıcı özellikleri sayı ve yüzde şeklinde verilmiştir. Tanımlayıcı özelliklerine göre diyabet özbakım aktivitelerini değerlendirmek için parametrik testler için T-Testi ve One Way Anova, non parametrik testler için de Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma İzmir il sınırlarında yapıldığından tüm tip 2 diyabetli bireylere genellenemeyecektir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi'nin araştırmada kullanımı için, Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğini yapan Yardımcı Doçent Dr. Gülhan Coşansu'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-4).

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Bilim Dalı başkanından (Ek-6) ve hastane başhekimliğinden kurum izni alınmıştır (Ek-5). Aynı zamanda aile sağlığı merkezi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Ek-7).

Kurum iznini takiben, araştırmanın uygulanması için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurullarından onay alınmıştır (30.10.2014 tarih ve 1679-GOA protokol ve 2014/33-27 karar numaralı) (Ek-8). Araştırma boyunca gönüllülük ilkesi gereğince, araştırmanın amacı ve uygulanması hakkında her katılımcıya bilgi verildikten sonra "Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile izinleri alınmıştır (Ek-1).

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan koroner arter hastalığı tanısı olan ve olmayan tip2 diyabetli bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve diyabet özbakım davranışlarını etkileyen faktörlere yer verilmiştir.

4.1.Sosyo-Demografik Özellikler

Çalışmaya katılanların %54.3'ü kadın, %54'ü 50-64 yaşları arasındadır. Evli olanların oranı %80.7 iken eğitim durumunun en fazla ilköğretim %38.9 ve orta öğretim %37.7 olduğu görülmüştür. Katılanların %75.4'ün fazla kilolu veya obez olduğu, %92.2'sinin emekli sandığına bağlı olduğu ve %50.1'inin gelir durumları orta, %35.2'sinin de kötü olduğu saptanmıştır. Bireylerin %83.7'sinin eşi ve çocuklarıyla, %91'nin kentte yaşadığı ve %63'nün sağlık durumlarının orta, %25.3'ünün de kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

KAH olanlara baktığımızda katılanların %52.4'ü kadın, %54.1'i 50-64 yaşları arasındadır. Evli olanların oranı % 80.5 iken eğitim durumunun en fazla ilköğretim %38.4 ve ortaöğretim %35.7 olduğu görülmüştür. Katılanların %75.1'inin fazla kilolu veya obez olduğu, %91.9'unun emekli sandığına bağlı olduğu ve %48.1'inin gelir durumları orta, %36.2'sinin de kötü olduğu saptanmıştır. Bireylerin % 84.3'ünün eşi ve çocuklarıyla, %90.3'ünün kentte yaşadığı ve %64.3'nün sağlık durumlarının orta, %23.8'inin de kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

KAH olmayanlara baktığımızda ise katılanların %55.6'sı kadın, %54'ü 50-64 yaşları arasındadır. Evli olanların oranı %80.8 iken eğitim durumunun ilköğretimin ve ortaöğretimin oranlarının eşit %39.2'şer olduğu görülmüştür. Katılanların %75.6'sının fazla kilolu veya obez olduğu, %92.4'ünün emekli sandığına bağlı olduğu ve %51.6'sının gelir durumları orta, %34.4'ünün de kötü olduğu saptanmıştır. Bireylerin %84.4'ünün eşi ve çocuklarıyla, %91.6'sının kentte yaşadığı ve %62'sinin sağlık durumlarının orta, %26.4'ünün de kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6:Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=435)

Faktörler	Değişkenler	N	%	KAH Olan		KAH Olmayan	
				n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	236	54.3	97	52.4	139	55.6
	Erkek	199	45.7	88	47.6	111	44.4
Yaş	49 yaş ve altı	69	15.9	31	16.7	38	15.2
	50-64 yaş	235	54.0	100	54.1	135	54.0
	65 yaş ve üstü	131	30.1	54	29.2	77	30.8
Medeni durum	Evli	351	80.7	149	80.5	202	80.8
	Bekar	84	19.3	36	19.5	48	19.2
Eğitim	Okur yazar değil	18	4.1	8	4.3	10	4
	İlköğretim	169	38.9	71	38.4	98	39.2
	Ortaöğretim	164	37.7	66	35.7	98	39.2
	Yüksek öğretim	84	19.3	40	21.6	44	17.6
Çalışma durumu	Çalışıyor	190	43.7	76	41.1	114	45.6
	Çalışmıyor	136	31.3	60	32.4	76	30.4
	Ev hanımı	109	25.0	49	26.5	60	24.0
BKİ	Normal	107	24.6	46	24.9	61	24.4
	Fazla kilolu	186	42.8	80	43.2	106	42.4
	Obez	142	32.6	59	31.9	83	33.2
Sosyal güvence	SSK	19	4.4	9	4.9	10	4.0
	Emekli sandığı	401	92.2	170	91.9	231	92.4
	Diğer	15	3.4	6	3.2	9	3.6
Gelir durumu	İyi	64	14.7	29	15.7	35	14.0
	Orta	218	50.1	89	48.1	129	51.6
	Kötü	153	35.2	67	36.2	86	34.4
Yaşadığı kişi	Tek başına	29	6.7	11	5.9	15	6
	Eş çocuk	364	83.7	156	84.4	211	84.4
	Diğer	42	9.6	18	9.7	24	9.6
Yaşadığı yer	Kır	39	9.0	18	9.7	21	8.4
	Kent	396	91.0	167	90.3	229	91.6

Ev tipi	Müstakil	39	9.0	18	9.7	21	8.4
	Apartman	396	91.0	167	90.3	229	91.6
Sağlık durumu	İyi	51	11.7	22	11.9	29	11.6
	Orta	274	63.0	119	64.3	155	62.0
	Kötü	110	25.3	44	23.8	66	26.4
Total		435	100.00	185	100.00	250	100.00

4.2.Diyabete Özgü Bulgular

Araştırmaya katılan tüm bireylerin %50.3'ünün, KAH tanısı olanların da %50.3'ünün, KAH tanısı olmayanların ise %50.4'ünün diyabet sürelerinin 6-10 yıl arasında olduğu saptanmıştır. Katılanların %50.8'inin koroner arter hastalığı sürelerinin 1-5 yıl arasında olduğu ve %45.4'ünün tedavi şeklinin stent, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği olduğu görülmüştür. Katılan bireylerin %71.3'ünde, KAH tanısı olmayanların %90.4'ünde başka hastalık olmadığı, KAH tanısı olanların ise %54.6'sında başka hastalık olduğu görülmüştür. Katılan tüm bireylerin %41.6'sının diyabet tedavi şeklinin diyet, insülin ve egzersiz, %39.3'ünün ise diyet, OAD ve egzersiz olduğu, KAH tanısı olanlarda bu oranların %48.1 ve %29.7 olduğu, KAH tanısı olmayanlarda ise %46.4'ünün tedavi şeklinin diyet, OAD ve egzersiz, %36.8'inin diyet, insülin ve egzersiz olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %60'ı, KAH tanısı olanların %61.6'sı, KAH olmayanların ise %58.8'i bir kez eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Bu bireylerin ortalama %80'nin hastanede eğitim aldığı ve ortalama %74'ünün eğitimlerini hemşireden aldıkları görülmüştür. Diyabet yönetiminde zorluk yaşayanların oranının %75 civarında olduğu ve en çok karşılaştıkları zorluğun %50 civarında olan kan şekeri ölçme olduğu saptanmıştır. Katılanların %95'ten fazlası ailede başka hastalık olduğunu, sağlık kontrolünde zorluk yaşamadıklarını ve ortalama %90'ı da ilaçların yan etkilerini bildiklerini belirtmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 7: Diyabetli Bireylerin Hastalığa İlişkin Özellikleri

				KAH Olan		KAH Olmayan	
Faktörler	Değişkenler	N	%	n	%	n	%
Diyabet süresi	1 yıldan az	8	1.8	4	2.2	4	1.6
	1-5 yıl	129	29.7	51	27.6	78	31.2
	6-10 yıl	219	50.3	93	50.2	126	50.4
	10 yıldan fazla	79	18.2	37	20.0	42	16.8
Koroner Arter Hastalığı süresi	1 yıldan az	11	5.9	11	5.9		
	1-5 yıl	94	50.8	94	50.8		
	6-10 yıl	68	36.8	68	36.8		
	10 yıldan fazla	12	6.5	12	6.5		
	Total	185	100				
Kalp hastalığı tedavisi	Yaşam tarzı değış.	6	3.2	6	3.2		
	İlaç ted.-yaşam t.d.	28	15.2	28	15.1		
	stent-ilaçt.-yaşam t.d	84	45.4	84	45.4		
	ptca-ilaç t.-yt	43	23.2	43	23.2		
	bypass-ilaç t.-yaşam t	24	13.0	24	13.0		
	Total	185	100				
Başka hastalık	Var	125	28.7	101	54.6	24	9.6
	Yok	310	71.3	84	45.4	226	90.4
Diyabet tedavisi	diyet-egz	9	2.1	4	2.2	5	2.0
	diyet-oad-egz	171	39.3	55	29.7	116	46.4
	diyet-oad-eg-insülin	34	7.8	14	7.6	20	8.0
	diyet-insülin-egz	181	41.6	89	48.1	92	36.8
	insülin	40	9.2	23	12.4	17	6.8
Diyabet eğitimi alma sayısı	1kez	261	60.0	114	61.6	147	58.8
	2kez	146	33.6	64	34.6	82	32.8
	3veüstü	28	6.4	7	3.8	21	8.4
Diyabet eğitimi alma yeri	Hastane	351	80.7	150	81.1	201	80.4
	ASM	78	17.9	32	17.3	46	18.4
	Diğer	6	1.4	3	1.6	3	1.2

Diyabet eğitimi kimden aldığı	Hemşire	323	74.3	137	74.1	186	74.4
	Diyetisyen	87	20.0	37	20.0	50	20.0
	Hekim	25	5.7	11	5.9	14	5.6
Diyabet yönetiminde zorluk yaşama	Evet	110	25.3	47	25.4	63	25.2
	Hayır	325	74.7	138	74.6	187	74.8
Yaşanılan güçlükler neler	Kan şekerini belli aralıklarda tutabilme	30	27.3	12	25.5	18	31.6
	Şekerini sık ölçme	54	49.1	25	53.3	25	43.8
	İnsülini doğru yapabilme	13	11.8	5	10.6	8	12.3
	İnsülin dozu ayarlama	13	11.8	5	10.6	8	12.3
	Total	110	100.0	47	100.00	57	100.00
Ailede kronik hastalık olma durumu	Evet	421	96.8	179	96.8	242	96.8
	Hayır	14	3.2	6	3.2	8	3.2
Sağlık kontrolünde yaşanılan güçlük	Evet	20	4.6	7	3.8	13	5.2
	Hayır	415	95.4	178	96.2	237	94.8
İlaç etki –yan etki bilme durumu	Evet	383	88.0	164	88.6	219	87.6
	Hayır	52	12.0	21	11.4	31	12.4
	Total	435	100.0	185	100.00	250	100.00

4.3.Diyabet Özbakım Davranışları

Tablo 8:KAH Tanısı Olma ve Olmama Durumuna Göre Diyabet Özbakım Davranışları (DÖBA) Puanı

KAH Tanısı	N	%	$\bar{x}$	Ss	t	p
Olan	185	42.5	2.90	0.56	1.604	0.109
Olmayan	250	57.5	2.81	0.54		
Toplam	435	100.00				

Araştırma kapsamındaki tip 2 diyabetli bireylerin %42.5'inde KAH tanısı bulunmakta, %57.5'inde KAH tanısı bulunmamaktadır. Yapılan test sonucuna göre KAH tanısı olan ve KAH tanısı olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışları puanı arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.10$), fakat KAH tanısı olan bireylerde DÖBA puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 9:Diyabet ve Özbakım Uygulamaları

	Ort(0-7gün)
Diyet	2.622 $\pm$ 0.570
Egzersiz	2.165 $\pm$ 1.335
Kan Şekeri İzlemi	3.428 $\pm$ 1.333
Ayak Bakımı	1.329 $\pm$ 0.951

Yapılan çalışmada bireylerin özbakım puanları Tablo 9'da verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin diyabet ve özbakım davranışlarına dikkat etmedikleri görülmektedir. En fazla dikkat ettikleri davranış kan şekeri izlemi olduğu, en az ise ayak bakımına dikkat ettikleri bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 10: Sigara İçme Durumu

	Genel		KAH olan		KAH olmayan	
	n	%	n	%	n	%
İçmeyen	350	80.5	162	87.6	188	75.2
İçen	85	19.5	23	12.4	62	24.8

Çalışmamıza katılan bireylerin % 80.5'i sigara içmediğini belirtmiştir. Bu oran KAH tanısı olan bireylerde KAH tanısı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 10). KAH tanısı olanlar hastalığı olduğu için sağlığını önemseyerek sigarayı bırakma eğiliminde oldukları düşündürmektedir.



Tablo 11: Diyabet ve Özbakım Puanlarını Etkileyen Faktörler

			N	DÖBA Ort			Diyet Ort 1.Alt Grup			Egzersiz Ort 2.Alt Grup			Kan Şekeri Test Ort 3.Alt grup			Ayak Bakımı Ort 4.Alt Grup		
				$\bar{X} \pm ss$	t	p	$\bar{X} \pm ss$	t	p	$\bar{X} \pm ss$	t	p	$\bar{X} \pm ss$	t	p	$\bar{X} \pm ss$	t	p
CİNSİYET	KAH	Kadın	97	2.92±0.58	0.661	0.509	3.62±0.58	-0.586	0.558	2.16±1.29	0.714	0.478	3.57±1.42	0.909	0.365	1.67±0.86	0.313	0.754
	var	Erkek	88	2.87±0.56			3.67±0.56			2.01±1.43			3.37±1.44			1.63±0.85		
	KAH	Kadın	139	2.90±0.53	2.848	0.005	3.71±0.54	0.976	0.330	2.32±1.28	1.382	0.168	3.42±1.22	0.324	0.746	1.33±1.07	4.845	0.000
	yok	Erkek	111	2.70±0.53			3.64±0.61			2.09±1.37			3.36±1.30			0.79±0.67		
	Genel	Kadın	236	2.91 ±0.55	2.487	0.013	3.67 ±0.55	0.390	0.697	2.25 ±1.28	1.537	0.125	3.48 ±1.30	0.849	0.40	1.47 ±1.00	3.436	0.001
		Erkek	199	2.78 ±0.55			3.65 ±0.59			2.05 ±1.39			3.37 ±1.37			1.16 ±0.87		
MEDENİ DURUM	KAH	Evli	149	2.93±0.58	1.924	0.059	3.63±0.57	-0.293	0.771	2.17±1.35	1.649	0.105	3.53±1.48	1.195	0.237	1.70±0.83	1.546	0.128
	var	Bekar	36	2.76±0.47			3.66±0.56			1.76±1.32			3.25±1.20			1.44±0.90		
	Kah	Evli	202	2.81±0.53	-0.258	0.797	3.66±0.55	-0.831	0.409	2.21±1.34	-0.311	0.757	3.42±1.24	0.779	0.439	1.081±0.98	-0.384	0.702
	yok	Bekar	48	2.83±0.59			3.75±0.65			2.27±1.24			3.26±1.34			1.13±0.84		
	Genel	Evli	351	2.86±0.56	0.933	0.353	3.65±0.56	-0.837	0.404	2.19±1.34	0.876	0.383	3.47±1.34	1.366	0.174	1.34±0.97	0.705	0.482
		Bekar	84	2.80±0.54			3.71±0.61			2.05±1.29			3.25±1.27			1.27±0.88		
BAŞKA HASTALIK	KAH	Var	101	2.84±0.59	-1.574	.117	3.67±0.54	.815	.416	1.97±1.34	-1.337	.183	3.31±1.45	-1.720	0.087	1.58±.87	-1.273	0.205
	var	Yok	84	2.97±0.53			3.60±0.60			2.23±1.37			3.67±1.38			1.74±.81		
	KAH	Var	24	SA=134.90	U=2486.5	0.502	140.75	U=2346.0	0.272	121.92	U=2626.0	0.796	132.04	U=2555.0	0.637	128.96	U=2629.0	0.802
	yok	Yok	226	SA=124.50			123.88			125.88			124.81			125.13		
	Genel	Var	125	2.85±0.57	-0.066	0.948	3.69±0.55	0.594	0.553	2.02±1.34	-1.440	0.151	3.35±1.48	-0.749	0.455	1.49±0.91	2.325	0.021
		Yok	310	2.85±0.55			3.65±0.58			2.22±1.33			3.46±1.27			1.26±0.96		
GÜÇLÜK YAŞAMA	KAH	Evet	47	2.88±0.52	-0.261	0.795	3.67±0.51	0.426	0.671	2.32±1.43	1.286	0.202	3.20±1.19	-1.704	0.091	1.55±0.91	-0.874	0.385
	var	Hayır	138	2.91±0.58			3.63±0.59			2.01±1.33			3.57±1.50			1.68±0.83		
	KAH	Evet	63	2.76±0.58	-0.889	0.376	3.77±0.62	1.403	0.164	2.06±1.32	-1.145	0.255	3.21±1.14	-1.399	0.164	0.97±0.85	-1.201	0.232
	yok	Hayır	187	2.83±0.63			3.65±0.56			2.27±1.32			3.45±1.29			1.13±0.98		
	Genel	Evet	110	2.81±0.56	-0.851	0.396	3.73±0.57	1.374	0.171	2.17±1.37	0.024	0.981	3.21±1.54	-2.191	0.029	1.22±0.92	195.915	0.163
		Hayır	325	2.86±0.55			3.64±0.57			2.16±1.33			3.50±1.38			1.37±0.96		

				$\bar{X} \pm ss$	F	p	$\bar{X} \pm ss$	F	p	$\bar{X} \pm ss$	F	p	$\bar{X} \pm ss$	F	p	$\bar{X} \pm ss$	F	p
YAŞ	KAH var	49 altı	31	2.97±0.77	0.373	0.689	3.69±0.88	0.555	0.575	2.15±1.45	0.316	0.729	3.41±1.19	0.763	0.468	1.90±0.84	1.769	0.173
		49-64	100	2.90±0.51			3.67±0.50			2.02±1.34			3.59±1.47			1.57±0.78		
		65 üstü	54	2.86±0.53			3.57±0.45			2.19±1.34			3.29±1.50			1.65±0.96		
	KAH yok	49 altı	38	2.85±0.54	0.366	0.694	3.66±0.57	0.045	0.956	2.64±1.44	2.568	0.079	3.25±0.96	0.338	0.713	1.04±1.03	1.512	0.223
		49-64	135	2.83±0.55			3.68±0.58			2.19±1.22			3.40±1.35			1.19±0.95		
		65 üstü	77	2.77±0.54			3.69±0.56			2.06±1.40			3.45±1.26			0.95±0.90		
	Genel	49 altı	69	2.90±0.65	0.750	0.473	3.67±0.72	0.139	0.870	2.42±1.25	1.496	0.225	3.33±1.06	0.440	0.645	1.43±1.04	1.000	0.369
		49-64	235	2.86±0.53			3.67±0.55			2.12±1.27			3.48±1.40			1.55±0.90		
		65 üstü	131	2.80±0.54			3.64±0.52			2.12±1.37			3.40±1.33			1.24±0.99		
BKİ	KAH var	Normal	46	3.02±0.49	2.408	0.093	3.72±0.55	0.685	0.506	2.36±1.32	1.683	0.189	3.51±1.46	0.037	0.964	1.80±0.69	3.325	0.038
		Kilolu	80	2.80±0.58			3.60±0.56			1.91±1.32			3.44±1.46			1.47±0.82		
		Obez	59	2.93±0.59			3.63±0.59			2.13±1.42			3.49±1.40			1.78±0.96		
	KAH yok	Normal	61	2.66±0.43	3.273	0.040	3.66±0.58	0.051	0.950	1.97±1.31	2.175	0.116	3.15±1.10	1.544	0.216	0.87±0.79	2.376	0.095
		Kilolu	106	2.84±0.56			3.69±0.58			2.20±1.36			3.50±1.33			1.13±0.96		
		Obez	83	2.88±0.58			3.68±0.56			2.43±1.25			3.43±1.26			1.20±1.04		
	Genel	Normal	107	2.82±0.49	1.043	0.353	3.69±0.57	0.138	0.871	2.13±1.32	1.242	0.290	3.31±1.27	0.589	0.555	1.27±0.88	1.512	0.222
		Kilolu	186	2.83±0.56			3.65±0.57			2.07±1.35			3.48±1.38			1.28±0.92		
		Obez	142	2.90±0.58			3.66±0.57			2.31±1.33			3.45±1.32			1.44±1.04		
EĞİTİM DURUMU	KAH var	O.Y.degil	8	63.00	11.507	0.009	66.75	2.461	0.482	89.81	1.192	0.755	66.38	17.649	0.001	41.50	14.330	0.002
		İlk	71	82.56			91.29			94.52			77.26			85.96		
		Orta	66	95.14			97.08			88.05			98.09			95.28		
		Yüksek	40	114.00			94.55			99.11			117.86			112.04		
		O.Y.degil	10	119.50			131.20			122.10			101.30			146.05		
	KAH yok	İlk	98	115.80	5.827	0.120	116.66	4.235	0.237	121.28	1.319	0.725	113.36	12.061	0.007	125.70	0.982	0.806
		Orta	98	126.06			136.55			125.34			126.40			122.85		
		Yüksek	44	147.22			119.28			136.05			156.03			126.27		
		O.Y.degil	18	181.64			195.19			210.78			166.22			186.11		
	Genel	İlk	169	197.75	16.383	0.001	207.56	4.421	0.219	215.33	1.836	0.607	190.11	29.119	0.000	211.78	5.467	0.141
		Orta	164	220.22			233.45			213.16			223.66			214.56		
		Yüksek	84	262.20			213.74			234.37			274.17			244.05		

YAŞADIĞI KİŞİ	KAH var	Tek	14	70.89	4.514	0.105	85.71	2.523	0.283	78.61	1.131	0.568	76.14	2.781	0.249	86.00	3.835	0.147
		Esçocuk	153	96.75			95.68			93.99			95.94			96.18		
		Diğer	18	78.28			75.92			95.78			81.14			71.44		
	KAH yok	Tek	15	72.97	11.182	0.004	106.10	2.117	0.347	80.03	6.914	0.032	85.43	13.000	0.002	110.50	0.833	0.660
		Esçocuk	211	131.48			128.27			129.49			132.49			127.00		
		Diğer	24	105.79			113.31			118.85			89.10			121.73		
	Genel	Tek	29	149.31	13.828	0.001	191.90	4.331	0.115	158.86	7.172	0.028	163.48	13.928	0.001	203.71	2.597	0.273
		Esçocuk	364	227.41			223.48			223.09			227.80			222.10		
		Diğer	42	183.92			188.57			214.76			170.68			192.30		
DİYABET SÜRESİ	KAH var	0-1 yıl	4	55.50	3.425	0.331	58.63	2.174	0.537	68.88	1.846	0.605	66.63	2.156	0.541	104.75	1.565	0.667
		1-5 yıl	51	99.40			89.52			99.12			99.08			95.30		
		6-10 yıl	93	94.01			95.52			92.71			93.25			94.91		
		10+ yıl	37	85.69			95.19			87.91			86.85			83.76		
	KAH yok	0-1 yıl	4	154.38	3.925	.270	166.50	5.866	0.118	139.38	1.433	0.698	169.75	2.136	0.545	124.38	2.163	0.539
		1-5 yıl	78	120.14			115.22			131.87			121.60			120.19		
		6-10 yıl	126	121.97			124.30			120.44			124.39			124.10		
		10+ yıl	42	143.30			144.30			127.54			131.86			139.67		
	Genel	0-1 yıl	8	200.00	0.734	.865	211.88	3.574	0.311	196.75	2.018	0.569	223.69	0.050	0.997	241.06	1.054	0.788
		1-5 yıl	129	217.17			204.16			230.60			219.55			213.79		
		6-10 yıl	219	215.60			219.36			212.76			217.22			215.87		
		10+ yıl	79	227.82			237.46			214.10			217.04			228.44		
KOR-ART SÜRE	KAH var	0-1 yıl	11	99.86	2.089	.554	97.77	.676	.879	101.05	1.992	.574	92.55	1.093	.779	89.41	.502	.918
		1-5 yıl	94	97.01			94.60			97.30			96.28			95.20		
		6-10 yıl	68	89.09			91.88			87.39			90.63			91.89		
		10+ yıl	12	77.46			82.50			83.75			81.17			85.33		

DİYABET TEDAVİ ŞEKLİ																		
	KAH var	Diy-Eg	4	60.13			77.00		87.88			47.00		84.75				
		Diy-Oad-Eg	55	71.79			88.00		77.64			64.89		95.08				
		D-Oad-Eg-İns	14	82.65	8.959	0.062	102.82	2.916	0.572	87.75	4.051	0.399	67.21	34.765	0.000	103.21	2.099	0.718
		Di-İns-Egzer	89	101.24			89.04		100.74			106.80		93.79				
		İnsülin	23	104.50			90.67		85.87			126.39		80.20				
	KAH yok	Diy-Eg	5	60.10			98.40		104.40			47.60		69.50				
		Diy-Oad-Eg	116	105.25			122.38		116.85			96.43		122.71				
		D-Oad-Eg-İns	20	114.17	16.368	0.003	137.38	2.664	0.616	125.28	2.372	0.668	108.17	44.560	0.000	122.73	4.821	0.306
		Di-İns-Egzer	92	142.26			130.90		131.87			142.35		133.99				
		İnsülin	17	155.18			111.53		108.88			209.68		118.32				
	Genel	Diy-Eg	9	125.06			175.39		191.94			101.56		162.94				
		Diy-Oad-Eg	171	175.43			222.74		193.96			162.57		209.74				
		D-Oad-Egz-İns	34	193.88	27.495	0.000	225.43	1.951	0.745	214.74	5.672	0.225	172.85	82.381	0.000	217.94	4.658	0.324
		Di-İns-Egzer	181	244.09			217.38		232.26			252.19		230.64				
		İnsülin	40	260.14			203.80		193.70			329.60		208.58				
DİYABET EĞİTİM SAYISI																		
KAH var	1 kez	114	86.38			89.99		85.97			92.14		90.70					
	2 kez	64	95.46	19.701	0.000	93.76	4.804	0.091	96.47	19.247	0.000	90.98	2.715	0.257	91.30	7.392	0.025	
	3veüstü	7	178.29			135.14		175.71			125.43		146.00					
KAH yok	1 kez	147	109.19			123.57		114.70			114.93		110.33					
	2 kez	82	133.15	37.026	0.000	124.42	1.417	0.492	129.07	19.059	0.000	132.49	12.882	0.002	131.52	35.557	0.000	
	3veüstü	21	209.79			143.24		187.17			172.17		208.17					
Genel	1 kez	261	195.76			212.99		200.09			208.16		200.61					
	2 kez	146	227.89	52.170	0.000	217.67	4.664	0.097	224.96	36.559	0.000	221.92	10.883	0.004	223.25	38.412	0.000	
	3veüstü	28	373.70			266.43		348.63			289.27		352.73					

AİLEDE BAŞKA HAS.		Sıra Ort			U	p	Sıra Ort			U	p	Sıra Ort			U	p	Sıra Ort			U	p
		KAH	evet	179	92.68	479.0	0.653	93.19	503.5	0.793	91.98	354.5	0.154	93.07	524.5	0.922	93.08	523.0	0.912		
		var	hayir	6	102.67	00		87.42	00		123.42	00		90.92	00		90.67	00			
		KAH	evet	242	125.40	943.0	0.901	124.96	837.0	0.510	125.89	874.5	0.639	124.34	687.5	0.158	125.54	957.5	0.958		
		yok	hayir	8	128.63	00		141.88	00		113.81	00		160.56	00		124.19	00			
		Genel	evet	421	217.56	2760.	0.686	217.63	2792.	0.735	217.31	2657.	0.528	216.91	2489.	0.317	218.29	2823.	0.786		
hayir	14		231.32	500	229.07	000		238.68	500		250.68	500		209.18	500						

Yapılan analizler sonucunda diyabet özbakım puanlarının çalışmaya katılan tüm kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=2.487$, $p=0.013$). Alt gruplarda sadece ayak bakımında anlamlı fark bulunmuştur ve kadınların puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür ($t=3.436$, $p=0.001$). KAH tanısı olma durumuna göre incelendiğinde ise DÖBA ortalamaları arasında bir fark olmadığı ($p>0.05$), fakat KAH tanısı olmayanlarda ayak bakımı açısından kadınlar lehine fark olduğu tespit edilmiştir ($t=4.845$, $p=0.000$) (Tablo11).

Başka hastalık olma durumuna göre bakıldığında çalışmaya katılan tüm bireylerde genel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) fakat ayak bakımı açısından başka hastalığı olanların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t=2.325$, $p=0.021$). KAH tanısı olma durumuna göre ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 11).

Sağlığı yönetmede güçlük yaşıyıp yaşamadığına göre incelediğimizde çalışmaya katılan tüm bireylerin genel puanlarda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), fakat kan şekeri testi DÖBA puan ortalamaları arasında güçlük yaşamayanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t=-2.191$, $p=0.029$). KAH tanısı olma durumuna göre ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 11).

BKİ'ye göre bakıldığında çalışmaya katılan tüm bireyler açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). KAH tanısı olma durumuna göre bakıldığında ise KAH tanısı olmayanlarda DÖBA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ve BKİ arttıkça puanların da yükseldiği görülmüştür ($F=3.273$, $p=0.040$). KAH tanısı olanlarda ise sadece ayak bakımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve BKİ arttıkça puanların da yükseldiği görülmüştür ($F=3.325$, $p=0.038$) (Tablo 11).

Eğitim durumuna göre çalışmaya katılan tüm bireyler açısından incelediğimizde genel DÖBA puanları ($\chi^2=16.393$, $p=0.001$) ve kan şekeri testi puanları ($\chi^2=29.119$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir. KAH tanısı durumuna göre baktığımızda; KAH tanısı olmayanların kan şekeri testi puanları ($\chi^2=12.061$, $p=0.007$), KAH tanısı olanlarda ise DÖBA puanları ($\chi^2=11.507$, $p=0.009$), kan şekeri testi puanları ($\chi^2=17.649$, $p=0.001$) ve ayak bakımı puanları ($\chi^2=14.330$, $p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça puanların da arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 11).

Yaşadığı kişilere göre baktığımızda çalışmaya katılan tüm bireyler açısından DÖBA puanları ($\chi^2=13.828$, $p=0.001$), egzersiz puanları ($\chi^2=7.172$, $p=0.028$) ve kan şekeri testi

puanları ($\chi^2=13.928$, $p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. KAH durumuna göre incelendiğinde KAH tanısı olmayanlarda da DÖBA puanları ($\chi^2=11.182$, $p=0.004$), egzersiz puanları ($\chi^2=6.914$, $p=0.032$) ve kan şekeri testi puanları ($\chi^2=13.000$, $p=0.002$) arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanların puanları diğer iki gruba göre da yüksek, diğerleriyle yaşayanlarında tek yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. KAH tanısı olanlar açısından baktığımızda ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Diyabet tedavi şekline göre incelediğimizde çalışmaya katılan tüm bireyler açısından DÖBA puanları ($\chi^2=27.495$, $p=0.000$) ve kan şekeri testi puanları ($\chi^2=82.381$, $p=0.000$) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. KAH tanısı durumuna göre baktığımızda KAH tanısı olmayanların DÖBA puanları ($\chi^2=16.368$, $p=0.003$) ve kan şekeri testi puanları ($\chi^2=44.560$, $p=0.000$), KAH tanısı olanların ise sadece kan şekeri testi puanları ($\chi^2=34.765$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

(İnsülin>Diyet+İnsülin+Egzersiz>Diyet+Oral Antidiyabetik+Egzersiz+İnsülin>Diyet+Oral Antidiyabetik+Egzersiz>Yalnızca Diyet+Egzersiz) (Tablo 11).

Diyabet eğitim sayısına göre araştırdığımızda çalışmaya katılan tüm bireyler açısından DÖBA puanları ($\chi^2=52.170$, $p=0.000$), egzersiz puanları ($\chi^2=36.559$, $p=0.000$), kan şekeri testi puanları ($\chi^2=10.883$, $p=0.004$) ve ayak bakımı puanları ($\chi^2=38.412$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. KAH tanısı durumuna göre incelediğimizde KAH tanısı olmayanların DÖBA puanları ($\chi^2=37.026$, $p=0.000$), egzersiz puanları ($\chi^2=19.059$, $p=0.000$), kan şekeri testi puanları ($\chi^2=12.882$, $p=0.002$) ve ayak bakımı puanları ($\chi^2=35.557$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. KAH tanısı olanların ise DÖBA puanları ($\chi^2=19.701$, $p=0.000$), egzersiz puanları ($\chi^2=19.247$, $p=0.000$) ve ayak bakımı puanları ($\chi^2=7.392$, $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Diğer sosyodemografik özelliklere bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 11).

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, KAH tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışlarını etkileyen faktörler, sosyo-demografik özellikler ve diyabet özbakım davranışları olarak tartışma kısmında iki bölümde incelenmiştir.

5.1.Sosyo-Demografik Özellikler

Bu çalışmaya katılan bireylerin %54'ünün 50-64 yaş aralığında olduğu, %54.3'ünün kadın olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Literatüre bakıldığında; diyabetli kadın oranı Bayraktar'ın (2008) çalışmasında %75, Kartal'ın (2006) çalışmasında %52.0, Kavak'ın (2006) çalışmasında %62.9, Akaltun ve Ersin'in (2016) çalışmasında %67.5, Coşansu Kuzu'nun (2009) çalışmasında %59.7, Beyazıt'ın (2005) çalışmasında %58, Turhan'ın (2007) çalışmasında %65, Kartal ve Özsoy' un (2015) çalışmasında %52, Us'un (2007) çalışmasında %65, Çallı'nın (2014) çalışmasında %51.5, Kaur ve ark.'larının (2014) yaptıkları çalışmada % 52.5, Gündüz'ün (2014) çalışmasında %52.3, Uysal ve Akpınar'ın (2013) çalışmasında %55.2, Satman ve ark.'larının (2002) yaptığı çalışmasında da %55 olarak bulunmuştur. TURDEP-II araştırmasında bireylerin, yaş ortalamasının 44.6 ± 15 yıl, %63'ünün kadın olduğu görülmüştür (Satman ve ark., 2013). Satman ve ark.'larının (2011) çalışmasında, Javanshir'in (2006) çalışmasında ve Talaz'ın (2007) yaptığı çalışmada da diyabet sıklığında erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Diyabetli bireylerin bilgi düzeylerinin incelendiği Ünsal ve Kızılcı'nın (2009) yaptığı çalışmada bireylerin % 59.2'si kadın ve yaş ortalaması 52.79 ± 9.29 olarak bulunmuştur. Bradley'in (2007) insülin kullanan hastalarda yaptığı çalışmasında bireylerin %54'ü erkek, %46'sı kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmamızın bulgusu Bradley'in çalışması hariç, diğer araştırmalarla ve literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin medeni durumunun %80.7'sinin evli olduğu görülmüştür (Tablo 6). Literatüre bakıldığında; Yılmaz'ın (2010) tip 2 diyabet hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %73.3'ünün, Bayraktar'ın (2008) tip 2 diyabetli bireylerin yaşam kalitesini ölçtüğü araştırmada bireylerin %82'sinin, Chlebowy ve arkadaşlarının yaptığı (2010) araştırmasında %65.2'sinin, Jr-Moreira ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında tip 2

diyabetli bireylerin %55.6'sının medeni durumunun evli olduğu görülmüştür. Araştırmamızın bulgusu diğer araştırmalarla ve literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmaya dahil olan bireylerin beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 28 ± 4.4 olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında diyabetle ilgili çalışmalarda BKİ ortalamasının 26.1 ± 4.3 - 34.5 ± 7.6 arasında değiştiği görülmüştür (Khattab ve ark., 2010; Cherrington ve ark., 2010; Akpunar, 2012; Kara ve Çınar, 2011; Olgun ve Akdoğan-Altun, 2012; Oguz ve ark., 2013; Nural ve Hintistan, 2015; DePalma ve ark., 2015; Özdoğan ve ark., 2015). Araştırmamızın bulgusu diğer araştırmalarla ve literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin %4.1'i okuma yazma bilmemekte, %38.9'u ilköğretim, %37.7'si ortaöğretim, %19.3'ü ise yükseköğretim mezunudur (Tablo 6). Literatüre baktığımızda ise Karamahmut'un (2009) çalışmasında bireylerin %35'inin üniversite mezunu, Tekin-Yanık'ın (2011) yaptığı çalışmada %58.7'sinin ilk/orta öğretim mezunu, Kara ve Çınar'ın (2011) çalışmasında %27.5'inin lise mezunu, Kartal ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmasında %24.5'inin ilköğretim mezunu, Kavak'ın (2006) araştırmasında bireylerin %55.62'sinin ilköğretim mezunu, Kartal ve Özsoy'un (2014) araştırmasında katılımcıların %50'sinin ilkokul mezunu, Jr-Moreira ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında %52.8'sinin ilkokul ya da daha düşük eğitilmiş olduğu, Acemoğlu ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında %60.4'ünün okur-yazar olmadığı, Ayele ve arkadaşları (2012) araştırmalarında %42.4'ünün okur-yazar olmadığı görülmüştür. Ülkemizdeki ve yabancı literatürdeki araştırmalara bakıldığında sonuçların birbirine benzer olduğu görülmüş, eğitim seviyesindeki bu farklılığın bölgesel farklılıktan olabileceği düşünülse de genelde diyabetli bireylerin eğitim seviyelerinin düşük olduğu gözlemlenmektedir. Tip 2 diyabet sıklığının eğitim düzeyi ile direkt olarak bir ilişki olmasa da dolaylı olarak eğitim düzeyinin tip 2 diyabet sıklığını ve diyabet yönetimini etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin %83.7'si ailesiyle, %6.7'si tek başına, %9.6'sı diğer kişilerle yaşamaktadır. Ayrıca bu bireylerin %14.7'si iyi, %50.1'i orta, %35.2'si de gelir durumlarını kötü olarak tanımlamaktadır (Tablo 6). Literatüre bakıldığında; Özarslan'ın (2013) diyabetik koroner arter hastalarının yaşam kalitesini belirlediği çalışmada bireylerin %43.6'sının eşi ile birlikte yaşadığı ve %83.3'ünün gelir durumunun kötü olduğu, Bayraktar'ın (2008) tip 2 diyabetli bireylerin yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında bireylerin %98'inin ailesi ile birlikte yaşadığı ve ekonomik durumlarının da %67'sinin orta olduğu, Yılmaz'ın (2010) tip 2 diyabetli bireylerin umutsuzluk düzeyleri ile öz-bakım gücü

ilişkisini araştırdığı çalışmada bireylerin %88.6'sının ailesi ile birlikte yaşadığı ve %68.3'ünün gelir düzeylerinin orta olduğu, Kara ve Çınar'ın (2011) çalışmasında %63.2'sinin gelir düzeylerinin orta derecede olduğu, Akgüç'ün (2013) tip 2 diyabetli bireylerde hastalık algısı ve tedaviye uyumlarının araştırıldığı çalışmasında kişilerin %90'ının ailesi ile birlikte yaşadığı ve %71'nin gelir düzeylerinin orta olduğu görülmektedir. Bu bulgular Özarslan'ın çalışması hariç, bizim araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin %11.7'si sağlığını iyi, %63'ü orta, %25.3'ü ise kötü olarak algılamaktadır (Tablo 6). Çallı'nın (2014) yaptığı araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun sağlık durumlarını orta (%63.5) olarak algıladığı belirlenmiştir. Bu bulgular araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin diyabet süresi incelendiğinde, %1.8'inin 0-1 yıl arasında olduğu, %29.7'sinin 1-5 yıl arasında, %50.3'ünün 6-10 yıl arasında, %18.2'sinin ise 10 yıldan uzun süredir tip 2 diyabetli olduğu görülmektedir (Tablo 7). Literatürde diyabetle ilgili yapılan çalışmalarda diyabetin süresi incelendiğinde, Bayraktar'ın (2008) tip 2 diyabetli bireylerin yaşam kalitesini ölçtüğü çalışmada hastaların diyabet yılının %60'ının 5 yıldan az olduğu, Kavak'ın (2006) tip 2 diyabetli bireyler üzerinde yaptığı araştırmada %51.65'inin 1-5 yıl arasında olduğu, Turhan'ın (2007) tip 2 diyabetli hastaların tedavi biçimine ve hastalık süresine göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin ölçüldüğü araştırmada diyabet yılının %42'sinin 0-5 yıl, Çallı'nın (2014) çalışmasında hastaların %50'sinin 1-4 yıl, Aslan'ın (2004) çalışmasında hastaların %40.0'nin 0-4 yıl, Karakurt (2008) çalışmasında hastaların %35'inin 1-5 yıl, Uysal ve Akpınar'ın (2013) çalışmasında hastaların %40.9'ünün 0-4 yıl arasında olduğu bulunmuştur. Papadopoulos tarafından (2007) Yunanistan'da tip 2 diyabetli bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirleyicileri ile ilgili araştırmada diyabet ile ilgili tanı süresi 10 yıl, Kartal ve İnci'nin araştırmasında (2011) %33.6'sının, Kitiş'in (2002) araştırmasında %76.46'sının, Palabıyık Yılmaz'ın (2011) araştırmasında %62.2'sinin, İzgi'nin (2014) çalışmasında hastaların %42.6'sının diyabet süresinin 10 yıldan çok olduğu görülmüştür. Chan ve arkadaşlarının (2006) tip 2 diyabetli bireylerde yaptığı araştırmada ise bu süre 15 yıl olarak bulunmuştur. Literatür ışığındaki bu bulgular araştırmamızın bulguları ile paralellik göstermemektedir.

Çalışmada katılımcıların %100'ünün diyabet eğitimi aldığını belirtmiştir. Kara ve Çınar'ın (2011) araştırmasında %58'inin, Türkcan-Düzöz ve arkadaşlarının (2009) %82.5'inin, Sharoni ve Wu'nun (2012) %34.8'inin, Al-Khawaldeh ve arkadaşlarının (2012)

%41.7'sinin, Reisi ve arkadaşlarının (2016) %48.1'inin diyabet eğitimi aldığı belirtilmiştir. Bu bulgular araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Arslan'ın gerçekleştirdiği çalışmada (2011) tip 2 diyabet tanısını en az 1 yıldır almış olan 400 birey ile araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya göre, bireylerin %42.8'inin tedaviye uyumunun kötü, %57.3'ünün ise tedaviye uyumunun iyi olduğu görülmüştür. Okuma-yazma bilmeyenlerin %56.3'ünün tedaviye uyumu iyi iken, ortaöğretim ve üzeri eğitim alanların %71.2'sinin tedaviye uyumunun iyi olduğu görülmüştür. Diyabet odaklı bir eğitim almayanların %48.8'inin tedaviye uyumu iyi iken, eğitim alanların %63.5'inin tedaviye uyumunun iyi olduğu görülmüştür. 5 yıldan daha az tanı süresi olanların %46.6'sının tedaviye uyumları iyi iken, 19 yıldan fazla diyabet tanısı bulunanların %71.8'inin tedaviye uyumlarının iyi olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, şehirde yaşayanların %62.1'inin tedaviye uyumu iyi iken, köyde yaşayanların %37'sinin tedaviye uyumunun iyi olduğu görülmüştür. Kan şekeri düzeylerini bilenlerin %72.1'inin tedaviye uyumu iyi iken kan şekeri seviyesini bilmeyenlerin %53.2'sinin tedaviye uyumunun iyi olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bireylerin %63.5'i diyetisyenle iletişime geçmiş ve bu bireylerin diyetisyenin önerilerine uyanların oranı %41.7 olduğu bulunmuştur. Buna bağlı olarak, kırsal bölgede yaşayanlar, öğrenim seviyesi düşük olanlar, hastalığın ilk dönemlerinde olan bireylerin tedaviye uyumu açısından riskli gruplar olarak değerlendirilmiştir.

Taşkın'ın araştırmasında (2006), diyabetli bireylerin tedaviye uyum durumu ve etkileyen faktörlerini araştırmak amacıyla grup görüşmesi yöntemi uygulanmıştır. Toplamda 4 grup olup, her grupta 3-9 birey bulunmaktadır. Bu çalışmaya göre, bireyler diyabeti komplikasyonları nedeniyle yıkıcı ve korkutucu olduğunu belirtmişlerdir. Bu korkudan dolayı bireyler bazen doktora dahi gitmemektedirler. Ayrıca bireyler diyabeti kansere benzetip yavaş yavaş ölüme neden olduğundan kanserden daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda insülin kullanan bireylerin madde kullanıcılarına benzetilmesinden dolayı insülin uygulamalarını geciktirdiklerini söylemişlerdir. Bu nedenle de oral antidiyabetik kullanan bireylerin insülin kullananlara oranla tedaviye daha iyi uyum gösterdikleri görülmüştür.

5.2. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışları

Bu bölümde diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışları ile ilişkili bireysel ve hastalıkla ilişkili bazı değişkenler tartışılmıştır. Bu çalışmada diyabetlilerin son bir haftada gerçekleştirdikleri özbakım aktiviteleri sırası ile diyet, egzersiz, kan şekeri izlemi ve ayak

bakımı olmuştur. Çalışmada katılımcıların %100'ünün diyabet eğitimi aldığı ve eğitim alma sayısı arttıkça da diyabet özbakım puanlarının arttığı görülmüştür (Tablo 7).

Literatüre bakıldığında, diyabetli bireylerin diyabetinde bireysel yönetim ve daha kaliteli ve uzun yaşam üzerinde özbakım davranışlarının önemli olduğunu, bunun yanında diyet yönetimi, egzersiz, kan şekeri izlemi ve ayak bakımı gibi özbakım aktivitelerinin yeterli seviyede olmadığı görülmüştür (Aljasem, Peyrot, Wissow ve Rubin, 2001; Aalto ve Uutela 1997; Van der Ven, Weinger, Yi, Pouwer ve ark. 2003; Sousa, Zauszniewski, Musil, McDonald ve ark. 2005; Tan ve Magarey, 2008).

Bu çalışmada diyet, egzersiz, kan şekeri izlemi ve ayak bakımı özbakım davranışları puan ortalamalarına bakıldığında KAH tanısı olan ve olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışları puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Buna rağmen KAH tanısı olanların puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun kişilerin diyabet hastalığına ek olarak KAH hastalığının eklenmesiyle hastalıklarının ciddiyetinin ve KAH'ın prognozuna bağlı korkularının artmasından kaynaklandığı, bu nedenle özbakımlarına daha çok dikkat etmeye çalıştıkları düşünülmektedir (Tablo 8). Ayrıca çalışmaya katılan kişilerin özbakım aktivitelerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Kişilerin korkularına rağmen davranışlarını değiştirmeye yönelik algılarının olumsuz olması nedeniyle özbakım puanlarının düşük olduğu tahmin edilmektedir (Tablo 10).

Bireylerin diyabet tanısını aldıktan sonra yaşam tarzı ve mevcut alışkanlıklarını değiştirmeleri gerekmektedir. Özellikle değişiklik yapılması gereken konulardan birisi beslenme alışkanlığıdır (İmamoğlu, 2009; Tümer ve Çolak, 2012). Diyabet ve obezite görülme sıklığının doğru orantıda arttığı yapılan çalışmalarla görülmüştür (Mokdad, Bowman, Ford, Vinicor ve ark., 2001). Kilo kontrolünün sağlanmasıyla daha iyi bir diyabet yönetimi sağlanacaktır (Magnani, 2001). Tip 2 diyabet riski olan obez kişilerde kilo kaybının diyabet oluşumunu önlediği ve geciktirdiği çalışmalarla kanıtlanmıştır (Klein, Sheard, Pi-Sunyer, Daly ve ark., 2004). Bizim çalışmamızda ise KAH tanısı olan bireylerde BKİ arttıkça ayak bakım puanlarının düştüğü görülmüştür. Fakat KAH tanısı olmayan bireylerde tersi bir durum söz konusudur. BKİ arttıkça DÖBA puanlarının arttığı yani bireylerin özbakım aktivitelerine daha dikkat ettikleri saptanmıştır (Tablo 11).

Diyabetli bireylerin, ayak bakımı ile ilgili yeterli bilgilerinin bulunmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Seçkin, 2008; Sözen ve Kızılcı, 2012; Batkın ve Çetinkaya, 2005; Mohan, Raj, Shanthirani, Datta ve ark., 2005; Wee, Ho ve Li, 2002; Upadhyay, Palaian,

Shankar ve Mishra, 2008; Policarpo, Moura, Melo Júnior ve ark., 2014; Ekore, Ajayi, Arije ve Ekore JO, 2010). Nural ve Hintistan'ın (2015) diyabetli bireylerin ayak bakımları konusunda bilgi ve tutumlarını incelediği çalışmasında diyabet eğitimi almış olanların yaklaşık dörtte birinde diyabetik ayak problemi geliştiği ve eğitimin diyabetik ayak gelişimini etkilemediği görülmüştür. Bu sonuç izlemlerin önündeki engellerin tespit edilmesinin ve bunlara yönelik girişimlerin planlanmasının önemini bir kez daha göstermektedir. Fakat bunun tersini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Kaymaz ve Olgun'un (2009) ayak bakımına ilişkin yaptıkları çalışmada üç ayda bir yapılan eğitimler sonucunda ayak bakım davranışlarında iyileşmeler olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise eğitim alma sayısı arttıkça ayak bakımı puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızla benzer sonuçlar gösteren kaynaklara rastlanmaktadır.

Ayers ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri araştırmada (2007), bireylerin kan şekerinin yükselişini bedenlerinden hissedip anlayabilmelerinin, ne zaman, ne yapacaklarını bilmelerini sağladığını belirtmişlerdir. Aynı şekilde, Hernandez ve arkadaşlarının gerçekleştirdikleri araştırmada (1999), bedensel tepkilerin önemli olduğu bildirilmekte ve bu alanda bireylerin eğitim almalarının gerektiği belirtilmektedir. Her bireyin bedensel belirtilerinin, obireyin kendine özgü belirtileri olduğu için eğitimcilerin, bireyleri hastalık belirtilerini farkedebilme konusunda bilgilendirmeleri gerektiği önerilmiştir. Diğer yandan, Taşkın'ın yaptığı çalışmada bireyler bedensel belirtilerini her zaman anlayamadıklarını, bazı zamanlarda kan şekerinin yüksek olduğunu farketmeyip tepki vermediklerini ifade etmişlerdir. Bu yüzden bireylerin hem bedensel belirtilerini tanımaları ve emin olabilmeleri için ölçüm yapmaları önerilmelidir. Bu araştırmada, diyabetli bireylerin çoğunun kan şekerini düzenli olarak ölçmedikleri fakat diğer davranışlardan daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Akgüç (2013) 100 tip 2 diyabetli bireyle gerçekleştirdiği çalışmada, bireylerin %25'inin diyetine önem verdikleri, %41'inin egzersizlerini düzenli yaptıkları, %40'ının kan şekerini kontrol ettikleri, %83'ünün ise ilaçlarını düzenli kullandıklarını belirtmişlerdir. Kan şekerini kontrol edenlerin %44'ünün günlük, %15'inin haftalık, %39'unun ise düzensiz ölçümler yaptıkları görülmüştür. Genelde diyabet tedavisine uyumlarının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Şermet'in (2012) diyabetli bireylerde yaptığı çalışmada %61.1 ile çoğunluğun diyetine uyduğu, %52.1'inin düzenli egzersiz yapmadığı, %90.4'ünün kan şekeri izlemlerini düzenli yaptığı bulunmuştur. Baykal ve Kapucu'nun gerçekleştirdiği araştırmada (2015), tip 2 diyabetli 157 bireyin %89.8'inin ilaç kullanımının düzenli olduğu, tedavi ve takipte herhangi

bir zorluk yaşamadıkları bulunmuştur. Bu bireylerin egzersizlerine bakıldığında, gerçekleştirme oranı %56.8 olduğu, bunların %64.9'unun düzenli yaptığı ve en fazla (%64.9) yürüyüş olduğu bulunmuştur. Ayrıca diyeti uygulayan bireylerin oranı %78.3 olduğu ve bu bireylerin %35.7'si diyetle tamamen uyduğunu %45.2'si kısmen uyduğunu, %19.1'i ise uymadığını anlaşılmıştır. Özarslan'ın (2013) diyabetik koroner arter hastalarının yaşam kalitesini belirlediği çalışmada hastaların ilaçlarını ve insülinlerini %49.3'ünün düzenli aldıkları ve uyguladıkları bulunmuştur. Badur'un (2009) yılında diyabetli bireylere yaptığı çalışmada bireylerin ayak bakımını % 51'inin düzenli olarak yaptığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise diyabetli bireylerin diyet (2.622 ± 0.570), egzersiz (2.165 ± 1.335), kan şekeri izlemi (3.428 ± 1.333) ve ayak bakımı (1.329 ± 0.951) puanlarının düşük olduğu, özbakımlarına dikkat etmedikleri ortaya çıkmıştır. Komplikasyonların çok fazla görüldüğü ve glisemik kontrolün yeterli olmadığı bulunmuştur.

Raum ve arkadaşlarının uyguladığı araştırmada (2012), kadınların tedaviye uyumu ve glisemik kontrolünün erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna benzer Taşkın'ın araştırması (2006) da bu verileri desteklemekte ve erkekler tedaviye uyumları aşamasında daha fazla engellerin olduğunu belirtmişlerdir. Erkekler hastalıklarını hayatlarının küçük bir parçası olarak sayarak toplumda gizlemeyi tercih ediyorken, kadın bireyler hastalıklarını sosyal kimliklerinin bir parçası olarak görmektedirler. Buna karşın, başka bir çalışmada, Williams (2000), erkek bireylerin daha fazla spor yaptıkları, kadınların ise diyetlerine dikkat etmedikleri, kendilerini sağlıksız olarak gördükleri ve hastalıkları ile ilgili daha çok suçluluk hissettiklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda erkek bireylerin kadın bireylere oranla diyabet yönetimi ve tedaviye uyumları daha düşük bulunmuştur.

Kişilerde diyabet ile sigara kullanmanın ilişkisine bakılan çalışmada, öyküsünde diyabet, inme öyküsü veya koroner kalp hastalığı bulunmayan 7124 erkekten 290'ının diyabetli olduğu bulunmuştur. Diyabet riskinde sigaranın önemli bir yerinin olduğu bulunmuştur (Wannamethee, Shaper ve Perry, 2001). Çalışılan diğer bir araştırmada ise sigaraya son verilmesi ile HbA1c seviyelerinde olumlu yönde düzelme izlenmiştir (Gunton, Davies, Wilmschurts, Fulcher ve ark., 2002). Türkiye'deki diyabet araştırmalarında sigara tüketiminin %5-29 arasında değiştiği ve sigara kullanımının erkeklerde daha fazla olduğu görülmektedir (Kara ve Çınar, 2011; Türkcan-Düzöz ve ark., 2009; Akpunar, 2012; Oguz ve ark., 2013; Yılmaz ve ark., 2013). Sigara kullanımı bireylerin Tip 2 diyabet riskini yaklaşık olarak %50 oranında arttırmaktadır (Eliasson, 2003). Bir çalışmada diyabet görülme sıklığı

hem erkek hem de kadınlarda sigara kullanımına baēlı olarak arttıēı görülmüştür (Will, Galuska, Ford, Mokdad ve ark., 2001). Sigara; kalp damar hastalıklarının en önemli üç risk faktöründen biri olduēu ve koroner arter hastalığı için düzeltilebilen en önemli risk faktörü olduēu bilinmektedir (Jee, Suh, Kim ve Appel, 1999). Gün içinde içilen bir paket sigara koroner kalp hastalığı riskini en az iki kat arttırmaktadır (Yusuf ve ark., 2004). Sigara diēer risk faktörleri ile etkileşime girerek riskin daha fazla artmasına sebep olmaktadır. Miyokard infarktüsü (MI) ve kardiyak ölüm riski, sigara içen erkeklerde 2.7, kadınlarda da 4.7 kat daha fazla olduēu görülmüştür. Sigaraya son verilmesiyle KAH'a baēlı hastalıklarda azalma gözlenmektedir (Bazzano, He, Muntner, Vupputurive ark., 2003). Çalışmamızda sigara içmeyenlerin oranı %80.5'dir. KAH olanların içme oranı KAH olmayanlara göre düşük bulunmuştur. Bu durum bize bireylerin KAH olduktan sonra sigarayı bırakma eēiliminde olduēunu düşündürmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek için planladığımız bu çalışmanın sonucunda;

- Yapılan test sonucuna göre KAH tanısı olan ve KAH tanısı olmayan tip 2 diyabetli bireylerin diyabet özbakım davranışları puanı arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir ($p=0.10$), fakat KAH tanısı olan bireylerde DÖBA puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).
- Tüm bireyler açısından incelediğimizde diyabet ve özbakım puanlarını etkileyen faktörler; cinsiyet, başka hastalık olma durumu, hastalığını yönetmede güçlük yaşama durumu, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi, diyabet tedavi şekli ve diyabet eğitim sayısıdır ($p\leq 0.05$) (Tablo 11).
- KAH tanısı olan diyabetli bireylere baktığımızda diyabet ve özbakım puanlarını etkileyen faktörler BKİ, eğitim durumu, diyabet tedavi şekli ve diyabet eğitim sayısı olduğu görülmektedir ($p\leq 0.05$) (Tablo 11).
- KAH tanısı olmayan diyabetli bireyleri ise etkileyen faktörler; cinsiyet, BKİ, eğitim durumu, yaşadığı kişi, diyabet tedavi şekli ve diyabet eğitimi alma sayısı olarak karşımıza çıkmaktadır ($p\leq 0.05$) (Tablo 11).
- Diğer sosyo-demografik özelliklere bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 11).

ÖNERİLER

- Bireylerin en az bir kere diyabet eğitimi almış olmalarına rağmen özbakım puanlarının düşük olmasından dolayı eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması için belirli aralıklarla eğitimlerin tekrarlanması gerekmektedir. Çünkü eğitim tekrarlanma oranları arttıkça tüm grupların aktivitelerinin olumlu yönde etkilendiği görülmüştür. Bunun için de hastanelerde diyabet eğitim hemşireleri tarafından verilen eğitimlerin tekrarlanması, eğitim sonuçlarının etkinliğinin değerlendirilmesi, sahada ise bu bireylerin izleminin daha düzenli bir şekilde yapılması,

- Tip 2 diyabette mortalitenin önemli bir kısmını koroner arter hastalarının oluşturduğu göz önüne alınarak bireylere verilen eğitimde koroner arter hastalığı konusuna da geniş yer verilmesi,
- Koroner arter hastalığı ve tip 2 diyabeti olan bireylere diyabet özbakımının iki tanısı için de önemli olduğunun vurgulanması,
- Kardiyoloji servislerine yatışı yapılan diyabetli bireyler için, burada çalışan hemşirelerin diyabet öz bakım yönetiminde semptom tanıma ve izlemenin önemine ilişkin farkındalıklarının artırılması,
- Kardiyoloji servisinde ve ASM'lerde ebe ve hemşirelere diyabet hemşiresi tarafından düzenli eğitim verilmesi,
- Diyabetli kadınların özbakımlarını yerine getirme durumlarının daha fazla olması nedeniyle özellikle diyabetli erkek popülasyonuna verilecek eğitimlerin artırılması ve erkeklerdeki farkındalığın yükseltilmesi,
- Eğitim seviyesinin artmasının, özbakım davranışlarını pozitif yönde etkilemesi nedeniyle planlanacak olan diyabet bilgilendirmelerinin her eğitim seviyesindeki bireyleri kapsayacak şekilde hazırlanmasının olumlu etki sağlayacağı düşünülmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Aalto AM, Uutela A. Glycemic control, self- care behaviors and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model, International Journal of Behavioral Medicine, 4 (3), 1997, 191-214
- Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. Cumhuriyet Hem. Der. 2012;1:18-23.
- Açan S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda açlık plazma homosistein düzeyi ile diyabetik ayak ülserleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. The Eurasian Journal of Medicine, 2006;38: 89-95.
- ADA. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2019;42(Suppl. 1):S103–S123
- ADA. Professional practice committee: standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2018;41: 3.
- ADA. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2019;42(Suppl. 1):S13–S28
- ADA. Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes, Diabetes Care 2019;42(Suppl. 1):S3.
- Akaltun H. Ve Ersin F. Evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların diyabet tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, cilt 9, sayı 4, 2016
- Akgüç N. Tip 2 diyabet hastalarında hastalık algısı ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
- Akpınar D. Diyabet eğitiminin hastaların sağlık inancına, bilgi düzeyine ve diyabet yönetimine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2012.
- Aksayan S, Bahar Z, Bayık Aİ, Emiroğlu ON ve ark. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri kitabı. 3.Baskı, Aralık, 2004:136.

- Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 2001, 27(3), 393-404.
- Al-Khawaldeh O, Al-Hassan M, Froelicher E. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 2012;26: 10-6.
- Alligood RM, Tomey MA. *Nursing theory: utilization & application*. 3rd edition, Mosby, USA, 2006: 255–279.
- American Association Of Diabetes Educators (AADE). Learn about AADE’s seven self-care behaviors. 2012, URL: <https://www.optumrx.com/vgnlive/HCP/Assets/PDF/DiabetesBehaviors/SelfCareQuickGuideforPeoplewithDiabetesEnglish.pdf> , Erişim tarihi: 14.07.2015
- American Medical Association, Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *Jama*, 2001. 285(19): s. 2486, <http://www.med.ucla.edu/champ/NCEP%20Reference.pdf> Erişim Tarihi: 11.07.2017.
- Arslan E. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler. T.C. Dicle Üniversitesi, Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi Diyarbakır, 2011 .
- Aslan Ü. Tip 2 diyabet hastaları için bir sağlık eğitimi programı geliştirilmesi ve etkisinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
- Ayele K, Tesfa B, Abebe L, Tilahun T ve ark. Self care behaviour among patients with diabetes in harari: eastern ethiopia: the health belief model perspective. *PLoS One*, 2012;7: 1-6.
- Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S ve ark. Diabetes mellitus. İçinde: Bradley C, Woodcock A. (Edt), *Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press. England, 2007: 670-673.
- Badur F. Diyabetli yaşlılarda ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
- Bakoğlu E. Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000;4(1): 41-49.

- Balcıoğlu İ. Endokrinoloji ve psikoloji ilişkisi. YÜCE reklam yayım dağıtım a.ş. İstanbul, 2006.
- Baliga S.B. Weinberger J. Diabetes and stroke:part one—risk factors and pathophysiology. Current Cardiology Reports.2006;8: 23–28 .
- Barnett DM, Krall LP. Diyabetin tarihçesi. İçinde: Joslin’s diabetes mellitus (Eds: Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM ve ark. Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008: 1-6.
- Batkin D. Çetinkaya F. Diabetes mellitus hastalarının ayak bakımı ve diyabetik ayak hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005; 14(1): 6-12.
- Baykal A, Kapucu S. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2015: 44-58.
- Bayraktar G. Tip 2 diyabetes mellitus tanısı konmuş bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa, 2008.
- Bazzano LA, He J, Muntner P, Vupputuri S ve ark. Relationship between cigarette smoking and novel risk factors for cardiovascular disease in the United States. Ann Intern Med 2003;138(11): 891-7.
- Bernstein RK, 2008 American diabetes association clinical guidelines. January 2008, <http://www.diabetes-book.com/2008-american-diabetes-association-clinical-guidelines/>Erişim tarihi: 24.10.2018.
- Beyazıt E. Diyabetes mellitus tanısı olan bireylere verilen planlı eğitimin metabolic kontrol üzerindeki etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Sivas, 2005.
- Bhadada SK, Sahay RK, Jyotsna VP, Agrawal JK. Diabetic neuropathy: Current concepts. J Indian Acad Clin Med,2001;2: 305-318.
- Bradley C. Plowright R. Stewart J. Valentine J. ve ark. The diabetes treatment satisfaction questionnaire change version evaluated in insulin glargine trials shows greater responsiveness to improvements than the original DTSQ. Health and Quality of Life Outcomes, 2007;5(57): 1-12 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2170436/> (Erişim Tarihi: 06.02.2019).
- Buyken AE, Von EA, Schulte H ve ark. Type 2 diabetes mellitus and risk of coronary heart disease: results of the 10-year follow-up of the PROCAM Study. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil,2007;14: 230–236.

- Cade WT. Diabetes-related microvascular and macrovascular diseases in the physical therapy setting. *Physical Therapy*, 2008;88: 1322-1335.
- Çallı D. Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2014.
- Çengel A. Kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2010, 38, 17-24.
- Chan MF, Christine M. The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control. *J Clin Nurs*, 2006;15:770-781.
- Cherrington A, Wallston K, Rothman R. Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *J Behav Med*, 2010;33: 81-9.
- Chitty KK. Professional nursing: concepts, challenges. Philadelphia: WB Saunders Company, 2001.
- Chlebowy D, Myers J, Mendes A. Socio-demographic variables and self-efficacy in caucasian and african american adults with type 2 diabetes. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 2010;10
- Codario RA. Tip 2 diyabet, pre-diyabet ve metabolik sendrom, birinci basamak tanı ve tedavi kılavuzu. Çeviri: Karşıdağ, K., Sağlam, H., Totowa, Humana Press Inc., 2005: 133-151
- Coşansu (Kuzu) G. Tip 2 diyabetlilerde özbakım aktiviteleri ve diyabete ilişkin bilişsel-sosyal faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2009: 132.
- Dağdelen AZ. Aydın merkezde diyabet bilinci: diyabetle ilgili bilgi düzeyi ve ilişkili faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, 2012.
- Dalton J, Garvey J, Samia LW. Evaluation of a diabetes disease management home care program, *Home Health Care Management Practice*, 2006;18: 272.
- Damcı T. Diabetik hastalarda hipoglisemi. İçinde: İç hastalıklarında aciller, Sempozyum Dizisi, İstanbul, 2010: 292-296.

- DePalma M, Trahan L, Eliza J, Wagner A. The relationship between diabetes self-efficacy and diabetes self-care in american indians and alaska natives. American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 2015;22: 1-23.
- Diyabet Hemşireliği Derneği (DHD), Diyabet Hemşireliği Erişim tarihi: 13.07.2015
http://www.tdhd.org/pdf/30_03_15_DIYABET_HEMSIRELIGI.pdf,
- Dokken BB. The pathophysiology of cardiovascular disease and diabetes: beyond blood pressure and lipids. Diabetes Spectrum, 2008;21(3): 160-165.
- Düzöz GT, Çatalkaya D, Uysal DD. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi, 2009;26: 210-213.
- Ekore RI, Ajayi IO, Arije A, Ekore JO. Knowledge of and attitude to foot care among type 2 diabetes patients attending university based primary care clinic in Nigeria. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 2010;2(10): 175–178.
- Eliasson B. Cigarette smoking and diabetes, Progress in cardiovascular diseases. 2003;45(5): 405-413.
- Erkan C. Diyabetik ayak yarasında hemşirelik bakımı. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yara Bakımı ve Tedavisi, Ed. Erdost ŞK, Çetinkale O., Aksu Basım Yayın, Sempozyum Dizisi No:67, 2008: 95-100.
- Ertaş PK. Tip 1 diyabetli hastalarda hipoglisemi korkusunun incelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2016.
- Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 2th ed., USA: FA Davis Comp, 2005: 223–319.
- Fischer HH, Moore SL, Ginosar D, Davidson AJ ve ark. Care by cell phone: text messaging for chronic disease management. Am J Manag Care, 2012;1:18(2): 42-7.
- Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. Clin Diabetes, 2008;26: 77-82.
- Gagliardino JJ, González C, Caporale JE. Diabetes education study group of argentina. The diabetes related attitudes of health care professionals and persons with diabetes in argentina. Rev Panam Salud Publica, 2007;22(5): 304–7.
- Gibson G. Periferik arter hastalığı. İçinde: Lebovitz HE (Ed). Diabetes Mellitus ve ilgili sorunların tedavisi. 4. baskı. Virginia ADA; 2004: 527-535.

- Gren A, Hirsch NC ve ark. The changing world demohraphy of type 2 diyabetes. *Diyabetes Metab Res Rev.* 2003;19: 3-7.
- Gündoğdu AS, Özgil Yetkin D, Yalın S. Tip 2 diabetin komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi. İçinde: *Diabet Esasları*, Gündoğdu AS. (Çeviri editörü), O'Keefe JH, Bell DSH, Wyne KL, Haffner SM. (eds). 1. Baskı, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 2006:6-78.
- Gündüz F. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- Gunton JE, Davies L, Wilmshursts E, Fulcher G ve ark. Cigarette smoking affects glycemic control in diabetes. *Diabetes Care*, 2002;24(4): 796-797.
- Guyton AC, Hall JH, Medical physiology. W.B. 10.Basım, Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 2001: 884-899.
- Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K ve ark. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non diabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *The New England Journal Of Medicine*, 1998;23,339(4): 229-34.
- Heisler M, Piette J, Spencer M ve ark. The relationship knowledge of recent hba1c values and diabetes care understanding and self-management. *Diabetes Care*, 2005;28: 816-822.
- Hernandez CA, Bradish GI, Rodger NW, Rybansky SI. Self-Awareness in diabetes: using body cues, circumstances, and strategies. *The Diabetes Educator*, 1999;25:576-584.
- http://www.tdhd.org/dhd_kitap/13blm.pdf Erişim tarihi: 02.13.2018
- http://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/Diyabet_tani_ve_tedavi_kitabi.pdf Erişim tarihi: 15.12.2018.
- http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf. Erişim Tarihi: 13.07.2015
- İmamoğlu Ş. Diabetes Mellitusta Tıbbi Beslenme Tedavisi. İçinde: İmamoğlu Ş, Özyardııcı Ersoy C, eds. *Diyabetes Mellitus Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve İzlem.* Genişletilmiş 2. Baskı. Deomed Medikal Yayıncılık , İstanbul; 2009: 114-123.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [article online]. 7th edition; 2015. URL: www.diabetesatlas.org (Erişim Tarihi: 13.07.2017)
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Eighth Edition, 2017, URL: <http://www.diabetesatlas.org> (Erişim tarihi: 20.12.2017)

- Iversen MM, Ostbye T, Clipp E, Midthjell K ve ark. Regularity of preventive foot care in persons with diabetes: results from the nord-trondelag health study. *Research in Nursing & Health*, 2008;31 (3): 226-237.
- İzgi C. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısının diyabet yönetimine etkisi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 2014.
- Javanshir M. Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
- Jee SH, Suh I, Kim IS, Appel LJ. Smoking and atherosclerotic cardiovascular disease in men with low levels of serum cholesterol: the Korea Medical Insurance Corporation Study. *JAMA* 1999;282(22): 2149-2155.
- Johnstone MT, Nesto R. Diabetes Mellitus And Heart Disease. İçinde: Pickup JC, Williams G, editors. *Joslin's Diabetes Mellitus*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 975- 98.
- Johnstone MT, Veves A. Diabetes and cardiovascular disease, 2nd Edition, Boston, MA, 2005
- Jr-Moreira E, Neves R, Nunes Z, de Almeida M ve ark. Glycemic control and its correlates in patients with diabetes in venezuela: results from a nationwide survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2010; 87: 407-414.
- Kahn CR. *Joslin's diabetes mellitus*. Fourteenth Edition. Boston, Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 1124-1131.
- Kara K, Çınar S. Diyabet bakım profili ve metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2011;1: 57-63.
- Karaca Sivrikaya S. Tip 2 diabetes mellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına, iyilik hallerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum, 2006.
- Karakurt P. Tip 2 diyabetli hastalara verilen eğitimin öz-bakım üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum, 2008.
- Karamahmut S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kişilik Yapısının Glisemik Kontrole Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

- Kartal A, Çağırğan G, Tıǵlı H, Güngör Y ve ark. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008;7: 223-30.
- Kartal A, İnci FH. A cross survey of self- perceived health status and metabolic control values in patients with type 2 diabetes. İnternational Journal of Nursing Studies, 2011;48: 227-234.
- Kartal A, Özsoy S. Tip 2 diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve metabolik kontrole etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014: 1-15.
- Kartal A. Diyabetli hastalarda planlı eğitim programının sağlık inancına ve diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2006: 163.
- Kaur S, Mandal L, Nair P, Pathak P ve ark. Awaraness among patients with t2dm regarding the dieasase at a tertiary care referral center. Journal of Postgraduate Medicine. Education and Research, 2014;48(3): 117-122.
- Kavak H. Tip 2 diyabetes mellitus ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006: 44.
- Kaymaz DK, Olgun N. Tip 2 diyabetli hastalarda ayak bakım becerisinin kazandırılması. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, 2009;1(1): 28-38.
- Keskin Ö, Balcı B. Diabetes mellitus ve kardiyovasküler komplikasyonlar. Kafkas J Med Sci, 2011;1(2): 81-85.
- Kitiş Y. Diyabetlilerin evde izlenmesinin diyabet kontrolüne etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2002: 120
- Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A ve ark. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: Rationale and strategies, Diabetes Care, 2004;27 (8): 2067-2071.
- Kökoğlu F, Levenoğlu A, Erdemoglu AK. Erken dönem diyabetik nöropati hastalarda dorsal sural sinir iletim çalışmaları ve adiponektin ve Hs-CRP düzeyleri ile ilişkileri. Journal of Neurological Sciences(Turkish). 2009;26(4): 404-415.
- Kopaei MR, Storki M, Doudi M, Baradaran A, Nasri H. Atherosclerosis: process, indicators, risk factors and new hopes. Int J Prev Med,2014;5(8): 927-946.

- Kurdak H, Kurdak S. Diyabet ve egzersiz. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015;6(1): 68-75.
- Kurt M, Atmaca A, Gürlek A. Diyabetik nefropati. Hacettepe Tıp Dergisi, 2004;3(1): 12-17
- Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;1:1-27.
- Macrina DM, Snyder SW, Perko M, Fordham PN, Casebeer LL. Staff nurses' level of diabetes and diabetes management knowledge after a diabetes lecturebased and computer-based educational intervention. University of Alabama Birmingham. Doctor of Philosophy, Alabama, 2008.
- Magee MJ, Dewey TM, Acuff T. Influence of Diabetes on Mortality and Morbidity: Off-Pump Artery Bypass Grafting Versus Coronary Artery Bypass Grafting Wit Cardiopulmonary Bypass. Ann Thorac Surg 2001;72: 776–81.
- Magnani L, Obesity and diabetes mellitus, Minerva Gastroenterologica Dietologica, 2001;47 (4): 223-228.
- Mercer BN, Morais S, Cubbon RM, Kearney MT. Diabetes mellitus and the heart (Review Article). The International Journal of Clinical Practice, July 2012;66,7: 640–647.
- Mohan D, Raj D, Shanthirani C.S, Datta M, Unwin NC. Awareness and knowledge of diabetes in Chennai - the Chennai Urban Rural Epidemiology Study. The Journal of the Association of Physicians of India, 2005;53: 283–287.
- Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F ve ark. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the united states, JAMA, 2001, 286: 1195-1200.
- Mollaoğlu M, Tuncay ÖF, Fertelli KT, Çelik Z. Diyabet eğitim programının,diyabetik hastaların tutumları üzerine etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009;5 (13): 96-97
- Norris SL, Lau J, Smith JS ve ark. Self management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care, July 2002;25;7: 1159
- Nural N, Hintistan S. Diyabetik hastaların ayak bakımıyla ilgili bilgi ve tutumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;18: 116-124.
- Oguz A, Benroubi M, Brismar K, Melo P ve ark. Clinical outcomes after 24 months of insulin therapy in patients with type 2 diabetes in five countries: results from the TREAT study. Current Medical Research and Opinion, 29, 2013;29: 911-920.

- Olgun N, Eti AF, oşansu G, elik S. Diabetes Mellitus. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F. (eds), 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama LTD.Şti., 2014:769-806.
- Onat A, Oniki yıllık izleme deneyimine göre türk erişkinlerinde kalp sağlığı. Onat A, Sansoy V, Soydan İ, Tokgözoğlu L, Adalet K. Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi. , TEKHARF, İstanbul, 2003; 29:8-19.
- Onat A, ve Can G, Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı Ed. Onat A. Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, TEKHARF 2017,İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p. 180.
- Orem DE, (Edt). Nursing: Conceptsof Practice (5 th ed.). St. Lous: Mosby-Year Books. 1995: 1-333.
- Oto A. Diabetes and coronary artery disease: Scary duo of the developing world. EJCM 2013;01 (2): 45-49.
- Özarslan B. Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
- Özçalık MŞ, Ateş İ, Altay M, Yılmaz N. Nadir bir ketoasidoz nedeni: Pilonidal sinüs. Çağdaş Tıp Dergisi - J Contemporary Medicine, 2015;5: 86-88.
- Özcan Ş. Kronik komplikasyonlar. Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı. 2005, http://www.Tdhd.Org/Dhd_Kitap/13blm.Pdf. (Erişim Tarihi 10.09.2016).
- Özdoğan E, Özdoğan O, Altunoğlu E, Köksal A. Tıp 2 diyabet hastalarında kan lipid düzeylerinin Hba1c ve obezite ile ilişkisi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,2015;49: 248-54.
- Özkan , Törüner FB. Endokrinoloji. İçinde: Davey P, Aygencel G, Durusu Tanrıöver M. (Ed.) Bir bakışta iç hastalıkları. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 2015: 320-328.
- Özkan S, Durna Z.,İnsüline bağımlı diyabetli hastalarda öz-bakım gücünün belirlenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006;22(2): 121-135.
- Palabıyık Yılmaz D. Diyabetik hastaların diyabetik ayak ile ilgili bilgi ve tutumlarının diyabetik ayak lezyonlarının gelişimi üzerine etkileri, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2011: 114.

- Papadopoulos AA, Kontodimopoulos N, Frydas A ve ark. Predictors of health- related quality of life in type 2 diabetic patients in greece. BMC Public Healt, 2007;7: 186-194.
- Polat B, Batioğlu F. Diabetik retinopatide güncel tıbbi tedavi yaklaşımları. Retina-Vitreus, 2007;15: 153-159.
- Policarpo DSN, Moura JRA, De Melo Júnior EB, De Almeida PC ve ark. Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2014;35(3): 36–42.
- Prescott E, Hippe M, Schnohr P ve ark. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. BMJ 1998;316: 1043.
- Raum E, Kramer HU, Rüter G, Rothenbacher D ve ark. Medication non-adherence and poor glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Reserch and Clinical Practice, 2012;97: 377-384.
- Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B ve ark. Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. Oman Medical Journal, 2016;31: 52-9.
- Ross R. Atherosclerotic coronary heart disease. The Heart. Sevent Ed. 1990: 877–892
- Rydén L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G ve ark. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. European heart journal, 2007;28(1): 88-136.
- Satman I, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S, ve ark. TURDEP-II (Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması-II) Sonuçlarının Özeti 2010. http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf (Erişim Tarihi: 23.09.2014).
- Satman İ, TURDEP-II Çalışma Grubu. Türkiye diyabet prevalans çalışmaları: TURDEP-I ve TURDEP-II, 47. Ulusal Diyabet Kongresi, 2011 http://diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf (Erişim Tarihi: 11.7.2018).
- Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, ve ark. Population–based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Epidemiology/Health Services/Pyschosocial Research. Diabetes Care 2002;25: 1551-1556.

- Seçkin Y. Sivas il merkezindeki sağlık ocaklarına müracaat eden tip 2 diyabet hastalarının diyabetik bakım kalitesini etkileyen önemli muayene ve tetkikler konusundaki bilgi ve uygulamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas; 2008.
- Şengül A. Tip I diabetes mellitusta yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmış Doktora Tezi. Şişli Etfal Hastanesi. İstanbul, 1998.
- Şermet Ş. diyabetli yaşlıların diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
- Sharoni S, Wu S. Self-efficacy and self-care behaviour of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. Nursing and Health Sciences, 2012;14: 38-45.
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030, Diabetes Research and Clinical Practice, 2010;87: 4- 14.
- Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2013;12: 14.
- Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, McDonald P, Milligan SE. Testing a conceptual framework for diabetes self-care management. Research and Theory for Nursing Practice 2004;18:293–316.
- Sözen E, Kızılcı S. Tip 2 diyabetlilerde ayak bakım davranışlarının incelenmesi ve karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2012;28: 41–53.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı eylem planı (2011-2014) (2011). (Yayın No: 816). Ankara, Erişim Tarihi: 23.12.2014.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Tütün Kontrolü Çalışmaları, <https://www.saglik.gov.tr/TR,3286/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari-31052012.html> Erişim tarihi: 02.03.2015.
- Talaz A. Diyabetik ayak gelişen ve gelişmeyen hastalarda kan şekeri kontrolünün ve psikososyal uyumun değerlendirilmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- Tan MY ve Magarey J. Self-care practices of malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycaemic control. Patient Education and Counseling, 72 , 2008, 252–267.

- Taşkın MT. Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler. Marmara ÜNİVERSİTESİ HALK SAĞLIĞI, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006
- Taylor S, Repenning K. Self-Care science, nursing theory, and evidence-based practice. 2011, URL: http://www.springerpub.com/samples/9780826107787_chapter.pdf (Erişim Tarihi: 05.09.2014).
- Tekeşin A, Doğan B, Yağız O, Polat H. Tip 2 diyabetli hastalarda serebrovasküler hastalık ile HBA1C seviyeleri arasındaki korelasyon. İstanbul Med J, 2014;15: 40-42.
- Tekin O, Yanık Y. Tip 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2011.
- Terkeş N, Bektaş H. Diabetes mellitus hastalarında komplikasyonları önlemeye yönelik tedavi ve hemşirelik bakım. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Derg,2012;4(1): 50.
- Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III türkiye çalışma grubu, EUROASPIRE III: türkiye ile avrupa'nın karşılaştırılması EUROASPIRE III: A comparison between Turkey and Europe, Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2010;38(3): 164-172.
- Turhan H. Tip 2 diabetes mellitus'lu hastalarda tedavi şekline ve hastalık süresine göre depresyon ve anksiyete. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
- Türk Kardiyoloji Derneği. Kararlı koroner arter hastalığı yönetimi kılavuzu. ESC Kılavuzları, Arşiv;2013: 81.
- Türkcan-Düzöz G, Çatalkaya D, Demir-Uysal D. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi, 2009;26: 210-213.
- Türkiye Diyabet Programı (2015-2020)<http://www.tdhhd.org/pdf/VER%C4%B0LERLE%20D%C3%9CNYADA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YEDE%20D%C4%B0YABET.pdf>(Erişim Tarihi:15.09.2017)
- Türkiye Diyabet Vakfı (TÜRKDİAB). Diyabet tanı ve tedavi rehberi. Ulusal Diyabet Kongresi Konsesnsus Grubu. Ege Reklam Basım Sanatları San. Tic. Ltd. Şti (8.baskı). İstanbul, 2018: 88.

- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, 2017. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Klavuzu. 9. Baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, Nisan 2017.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu, 2018. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu, 10.baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, Mayıs 2018.
- Ünal M, İbiş A. Diyabetik ketoasidoz tablosu ile gelen yeni tanı konmuş diyabetik olguda nadir bir neden: Akut Bruselloz. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2012;32(4): 1167-1170.
- Ünsal E, Kızılcı S. Diyabetli bireylerin bilgi düzeyi özbakım gücü ve HbA1c düzeyi arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009;2(2): 16-26.
- Upadhyay KD, Palaian S, Shankar RP, Mishra P. Knowledge, attitude and practice about diabetes patient in western Nepal. Rawal Medical Journal, 2008;33: 8-11.
- Us S. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda anksiyete, depresyon oranı, seviyesi, etki eden hastalık özellikleri ve sosyodemografik özelliklerine göre farklılıkları. Uzmanlık Tezi, 2007.
- Usta Yeşilbalkan Ö. Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri, öz bakım güçleri ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;20(2): 11-29.
- Ustaalioglu S. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2015.
- Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2013;38(1): 31-40.
- Van der Ven NC, Weinger K, Yi J, Pouwer F ve ark. The confidence in diabetes self-care scale. Diabetes Care 26(3): 2003, 713-718.
- Wannamethee G, Shaper G, Perry IJ. Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men. Diabetes Care, 2001;24: 1590- 1595.
- Wee HL, Ho HK, Li SC. Public awareness of diabetes mellitus in Singapore. Singapore Med Jour. 2002;43(3): 128-34.

- WHO. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Report of WHO/ IDF Consultation, Switzerland, 2006: 3.
- 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: 1047–53.
- Will JC, Galuska DA, Ford ES, Mokdad A, Calle EE. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 2001;30: 540-546.
- Williams C. Doing health, doing gender: teenagers, diabetes and asthma. *Social Science & Medicine*, 2000;50: 387-396.
- Yılmaz E. Tip 2 diyabet hastalarının umutsuzluk düzeyleri ile özbakım gücü ilişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, İstanbul, 2010 .
- Yılmaz S, Çömlekçi A, Ünal B. Bir endokrinoloji polikliniğinde izlenen tip 2 diyabet hastalarında tıbbi ve davranışsal tedavi yaklaşımlarının etkileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2013;22: 220-5.
- Young LH1, Wackers FJ, Chyun DA, Davey JA, Barrett EJ, Taillefer R, Heller GV, Iskandrian AE, Wittlin SD, Filipchuk N, Ratner RE. Inzucchi SE; DIAD Investigators. Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: the DIAD study: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2009; 301:1547–55.
- Yumuk N. Tip 2 diyabetli hastaların diyetlerinin içerdiği glisemik indeks ve glisemik yükün değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2008.
- Yumuk VD. Diyabetin Akut Komplikasyonları. İçinde: Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H (eds). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*. 2. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012: 1405-1415.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T ve ark. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study, *Lancet*, 2004;364: 937-952.
- Zimmerman R,Reddy S. Diabetes mellitus kontrol ve komplikasyonlar Tuğrul A., Demir A.M., (Ed.)Cleveland klinik iç hastalıkları endokrinoloji/nefroloji ve hipertansiyon/kardiyoloji. İstanbul Tıp Kitabevi. 29. İstanbul, 2016

8.EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Benim adım Selda Terziu, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. “Koroner Arter Hastalığı Tanısı Olan Ve Olmayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” ile ilgili bir çalışma yapacağım. Bu çalışma diyabeti olan ve de hem diyabeti hem de koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumunu, hastalığın yönetiminde etkili olan faktörleri ve diyabetlilerin özbakım aktivitelerini (diyet, egzersiz, ilaç kullanımı, kan şekeri takibi ve ayak bakımı) belirlemek amacı ile planlanmıştır. Elde edilecek sonuçların diyabet eğitime ve tedavinin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra cevaplayınız. Her sorunun cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Size en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Verdiğiniz bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve değerlendirilecektir.

Selda TERZİU

Yukarıda araştırmaya gönüllü katılacak olan kişiye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar içerisinde araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

İmzası:

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

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı: Selda TERZİU

Telefon: 0543 323 1456

İmzası:

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

Ek-2: Orem'in Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisine Göre Yapılandırılmış Diyabetli Birey Tanılama Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz
☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz:
☐ Evli ☐ Bekar
4. Boy: Kilo: BKİ:
5. Eğitim durumunuz
☐ Okur Yazar Değil
☐ İlköğretim (8 yıl ve altı)
☐ Ortaöğretim (9-11 yıl)
☐ Yükseköğretim (12 yıl ve üstü)
6. Çalışma durumunuz:
☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐ Ev Hanımı
7. Sosyal güvenceniz aşağıdakilerden hangisidir?
☐ SSK ☐ Emekli Sandığı ☐ Diğer....
8. Gelir durumunuz
☐ İyi
☐ Orta
☐ Kötü
9. Birlikte yaşadığınız kişiler
☐ Tek başına yaşıyor
☐ Eşi / çocuklarıyla birlikte yaşıyor
☐ Diğer (Huzurevi,)
10. Yaşadığınız yer
☐ Kır
☐ Kent

11. Yaşadığınız ev tipi

☐ Müstakil

☐ Apartman

12. Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

☐ İyi

☐ Orta

☐ Kötü

13. Kaç yıldır Tip 2 diyabetiniz var?

☐ Bir yıldan az

☐ 1-5 yıl

☐ 6-10 yıl

☐ 10 yıldan fazla

14. Kaç yıldır koroner arter hastalığınız var?

☐ Bir yıldan az

☐ 1-5 yıl

☐ 6-10 yıl

☐ 10 yıldan fazla

15. Başka kronik hastalığınız var mı?

☐ Var

☐ Yok

16. Kalp hastalığı tedaviniz aşağıdakilerden hangisidir?

☐ Yaşam tarzı değişikliği

☐ Yalnızca ilaç tedavisi + Yaşam tarzı değişikliği

☐ Stent + İlaç tedavisi + Yaşam tarzı değişikliği

☐ PTCA + İlaç tedavisi + Yaşam tarzı değişikliği

☐ Bypass ameliyatı + İlaç tedavisi + Yaşam tarzı değişikliği

17. Diyabet tedaviniz aşağıdakilerden hangisidir?

☐ Yalnızca Diyet + Egzersiz

☐ Diyet + Oral Antidiyabetik + Egzersiz

☐ Diyet + Oral Antidiyabetik + Egzersiz + İnsülin

☐ Diyet + İnsülin + Egzersiz

☐ İnsülin

18. Diyabet eğitimi aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

19. Kaç kez diyabet eğitimi aldınız?

- ☐ 1 kez
☐ 2 kez
☐ 3 ve üzeri

20. Diyabet eğitiminizi nerede aldınız?

- ☐ Hastane
☐ Aile sağlığı merkezi
☐ Diğer.....

21. Diyabet eğitiminizi kimden aldınız?

- ☐ Hemşire
☐ Diyetisyen
☐ Hekim
☐ Diğer.....

22. Diyabetinizin yönetiminde güçlük yaşıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

23. Cevabınız ‘Evet’ ise yaşadığınız güçlükler nelerdir?

Açıklayınız.....

24. Ailenizde başka bir kronik hastalık sorunu olan birey var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

25. Sağlık kontrollerinizi yaptırırken güçlük yaşıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

26. Kullandığınız ilaçlarınızın etki ve yan etkilerini biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Ek-3: Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi

Aşağıda diyabetle ilişkili öz-bakım aktivitelerinizi belirlemek için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak son 7 gün içinde bu aktiviteleri uygulama durumunuzu sorunun altında yer alan rakamların üstünde işaretleyerek belirtiniz. Eğer son 7 günü hasta olarak ya da olağandışı bir durum (**seyahat, misafir ağırlama, çok yoğun iş temposu gibi**) yaşayarak geçirdiyseniz lütfen soruları ondan önceki bir haftayı düşünerek cevaplayınız.

Diyet

1. Son 7 günün kaç gününde sağlıklı bir beslenme planı izlediniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. Geçen ay içinde ortalama olarak haftada kaç gün beslenme planınıza uydunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Son 7 günün kaç gününde beş porsiyon ya da daha fazla meyve ve sebze yediniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. Son 7 günün kaç gününde kırmızı et veya tam yağlı süt ürünleri gibi yüksek yağ içeren besinler tükettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Egzersiz

5. Son 7 günün kaç gününde en az 30 dakikalık fiziksel bir aktivitede bulundunuz? (*yürüme dahil olmak üzere ara vermeksizin, sürekli ve düzenli yapılan aktivitelerin dakika olarak toplamı*)

0 1 2 3 4 5 6 7

6. Son 7 günün kaç gününde evde veya işinizde yaptıklarınızın dışında ayrıca yüzme, bisiklete binme ve yürüme gibi egzersizler yaptınız?

0 1 2 3 4 5 6 7

Kan Şeker Testi

7. Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi ölçtünüz ?

0 1 2 3 4 5 6 7

8. **Son 7 günün kaç gününde** kan şekerinizi sağlık ekibinizin önerdiği sıklıkta ölçtünüz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Ayak Bakımı

9. **Son 7 günün kaç gününde** ayaklarınızı kontrol ettiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

10. **Son 7 günün kaç gününde** ayakkabılarınızın içini gözden geçirdiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7

Sigara

11. **Son 7 gün içinde** sigara içtiniz mi? (bir nefes bile olsa)

0- Hayır 1- Evet (Cevabınız evet ise günde ortalama kaç adet sigara içtiniz?)

Günde içilen sigara sayısı:

Ek-4: Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi Kullanım İzni

Yard.Doç.Dr.Gülhan Coşansu <gulhanc@istanbul.edu.tr>

6.05.2014 Sal 08:16

Kime:

selda sıvacı

Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi.pdf

Sayın Sıvacı,

"Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi"ni tez çalışmanız için kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır.

Anketi ekte gönderiyorum.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Yard.Doç.Dr. Gulhan Cosansu

Istanbul Universitesi

Florence Nightingale Hemsirelik Fakultesi

Halk Sagligi Hemsireligi Anabilim Dalı

Abide-i Hurriyet Cad.

Sisli-Istanbul

TEL:212-440 00 00 Dahili: 27064

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "selda sıvacı" <seldasvc@hotmail.com>

Kime: gulhanc@istanbul.edu.tr

Gönderilenler: 6 Mayıs Salı 2014 7:14:45

Konu: "Diyabet Özbakım Aktiviteleri Anketi" Hakkında

İyi günler Gülhan Hanım,

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapıyorum, danışmanım Doç.Dr.Sevgi Kızılcı. " KORONER ARTER

HASTALIĞI TANISI OLAN VE OLMAYAN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERİN DİYABET ÖZBAKIM DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ" isimli tez çalışmam üzerinde çalışıyoruz. Yaptığım literatür aramaları sonucunda sizin yayınlamış olduğunuz doktora tezinize ulaştım: "TİP 2 DİYABETLİLERDE ÖZBAKIM AKTİVİTELERİ VE DİYABETE İLİŞKİN BİLİŞSEL- SOSYAL FAKTÖRLER". Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Diyabet Özbakım Davranışları Anketi" 'ni, izniniz olursa tez çalışmamda kullanabilir miyim ?

Saygılarımla

Bu elektronik posta ve beraberinde iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alınması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmeniz ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir. -----

This e-mail and any files transmitted with it are confidential and intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed. If you are not the intended recipient you are hereby notified that any dissemination, forwarding, copying or use of any of the information is strictly prohibited, and the e-mail should immediately be deleted. İSTANBUL UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message may belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of İSTANBUL UNIVERSITY.

Ek-5: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinin İzin Belgesi



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : 82010743/

KONU : Doç.Dr.Sevgi KIZILCI

14.10.2014 011274

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

T.C. İzmir Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 26.09.2014 tarih, 38043 sayılı
Doç.Dr.Sevgi KIZILCI'nın araştırması ile ilgili yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet Refik MAS
Başhekim

Ek: Yazı (1 Sayfa)

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR

Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Şef Meral BEŞİRLİ

Elektronik ağ : www.deu.edu.tr



Ek-6: DEU Kardiyoloji Bölümü Araştırma İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI'NA

İZMİR

" Koroner Arter Hastalığı Olan ve Olmayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli sorumlu olduğumuz yüksek lisans tez çalışmasının Kardiyoloji Kliniğinde yapılabilmesi için kurum izni alınması gerekmektedir.

Gereğinin yapılmasını arz ederiz.



Doç. Dr. Sevgi KIZILCI

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

İnciraltı/İZMİR

Prof. Dr. Özer BADAĞ

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Kardiyoloji Anabilim Başkanı



Ek-7: İzmir Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Şube : AR-GE Hizmetleri Birimi
Sayı : 36026262.430.99 – 158
Konu : Doç. Dr. Sevgi KIZILCI'nın Araştırma İzni

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir il Halk Sağlığı Müdürlüğü
(Giden Evrak)
26.09.2014 14:45:38 / 38043
AR-GE Hizmetleri Birimi
Kayıt Yapan: C.Y.G.U. - 30.09.2014

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Dahiliye Anabilim Dalı
İZMİR

İlgi: 17/09/2014 tarihli araştırma başvurusu.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sevgi KIZILCI sorumluluğunda yapılması planlanan **"Koroner Arter Hastalığı Tanısı Olan ve Olamayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci Basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uyulması gerekmektedir. Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleşecek olan araştırmalarda da bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair izin alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın ve yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalarda aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir."

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yer alan bu ilkelere bağlı kalarak, anket formlarının araştırmacılar tarafından yapılması şartıyla, araştırmanın izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışmanın tamamlanması durumunda sonuç raporunun bir nüshasının Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir" denilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mehmet NİHİDİR
Halk Sağlığı Müdürü

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
30.09.2014 - 15824

Ek-8: Etik Kurulu Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.

03.11.2014

Sayı: 724

Sayın Doç.Dr.Sevgi KIZILCI,

Kurulumuz tarafından 30.10.2014 tarih ve 1679-GOA protokol numaralı 2014/33-27 karar numarası ile görüşülen "Koroner Arter Hastalığı Tanısı Olan ve Olmayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan Yard.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	Araştırmacı Dilekçesi	30.10.2014	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Inciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1679-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Arter Hastalığı Tanısı Olan ve Olmayan Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Sevgi KIZILCI Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırma Dilekçesi	30.10.2014	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

	Karar No:2014/33-27	Tarih: 30.10.2014
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr.Sevgi KIZILCI'nın sorumlusu olduğu "Koroner Arter Hastalığı Tanısı Olan ve Olmayan Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 30.10.2014 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Kurumun izin belgesi ile ilgili belge incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ONVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Banu
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Reyhan
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Ece
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Hüseyin Baskın
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Vesile
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yaşın Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Bilgin
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	M.Öneli
Prof.Dr.Ayşe Aydın ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Nihal
Prof.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İşıl
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Müge
Doç.Dr.Seyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	Seyda
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Ahmet
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	DEU Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	M.Özkul

Ek-9: Özgeçmiş



SELMA TERZİOĞLU

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	11042125590
Doğum Tarihi	22/05/1986
İletişim Adresi	9105/11sk. No:9 D:19 Karabağlar İzmir
Telefon	(541) 323 14 56
E-posta	seldasvc@hotmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2012 - Şu Anda (6 yıl 8 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

01 Eylül 2005 - 01 Haziran 2010 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 85.2 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Mart 2011 - Şu Anda (8 yıl 2 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)