



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN AŞILANMAYA İLİŞKİN
FARKINDALIKLARI**

Sinem BEBEK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Özlem OVAYOLU

Gaziantep
2020



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN AŞILANMAYA İLİŞKİN
FARKINDALIKLARI**

Sinem BEBEK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı)

DANIŞMAN
Prof. Dr. Özlem OVAYOLU

Gaziantep
2020

BEYAN

Bu tez çalışmasının, kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından ve yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sinem BEBEK

Kasım 2020

TEŞEKKÜR

Çalışmamın planlanma, yürütölme ve sonlandırılmasına kadar olan tüm aşamalarda bilimsel katkılarıyla, sonsuz anlayışı ve sabrıyla bana destek olan tez danışmanım, değerli bilim insanı **Prof. Dr. Özlem OVAYOLU**'na

Çalışmamın veri toplama sürecinin her aşamasında bana kolaylık sağlayan ve motivasyon kaynağı olan, çalışmam süresince bilgi, tecrübe ve desteklerini benden esirgemeyen kardeşim **Gizem BEBEK**'e, kıymetli arkadaşım **Ali SARICI**'ya ve değerli dostlarım **Devran AYYILDIZ**'a ve **Ömer BULAKÇİBAŞI**'na

Hayatımın her döneminde, her koşulda yanımda olan, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi	5
2.2. Tanı ve Sınıflaması	5
2.3. Tip 2 Diabetes Mellitus	6
2.3.1. Fizyopatolojisi	6
2.3.2. Klinik Özellikleri.....	6
2.3.3. Risk Faktörleri	6
2.3.4. Komplikasyonlar	7
2.3.4.1. Akut Komplikasyonlar	7
2.3.4.2. Kronik Komplikasyonlar	8
2.3.5. Diyabet Yönetimi	8
2.4. Diyabette Aşılama	10
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	16
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.4. Araştırmanın Evreni	16

3.4.1. Araştırmanın Örneklemi	16
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.4.3. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	18
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	18
3.6. Veri Toplama Yöntemi	18
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	18
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Çalışmanın Yürütülme Süreci	18
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguları.....	20
4.2. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	22
4.3. Hastaların Aşılarla İlişkin Bulguları	25
4.4. Hastaların Bazı Özellikleri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılanma Durumlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	27
4.5. Hastaların Aşılanmaya İlişkin Bilgileri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılanma Durumlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	34
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	36
5.1. Tartışma.....	36
5.1.1. Hastaların Sosyodemografik ve Diyabet ile İlgili Bazı Özelliklerinin İncelenmesi	36
5.1.2. Hastaların Aşı ve Diyabet ile İlgili Bazı Bulgularının İncelenmesi	37
5.2. Sonuç ve Öneriler.....	41
5.2.1. Sonuç	41
5.2.2. Öneriler.....	41
6. KAYNAKLAR	42

7. EKLER	52
Ek 1. Soru Formu	52
Ek 2: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni Yazısı	56
Ek 3. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni Yazısı	58
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	60
Ek 5. Özgeçmiş	62



KISALTMALAR LİSTESİ

DBT: Difteri-Boğmaca-Tetanoz

HPV: Human Papilloma Virüs

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

IDF: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)

ADA: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)

PG: Plazma Glukozu

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

HbA1C: Glikozillenmiş Hemoglobin

DKA: Diabetik Ketoasidoz

HHD: Hiperozmolar Hiperglisemik Durum

LA: Laktik Asidoz

TBT: Tıbbi Beslenme Tedavisi

OAD: Oral Antidiyabetik

BKŞİ: Bireysel Kan Şekeri İzlemi

Td: Tetanoz ve erişkin tip difteri toksoidi

Tdap: Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca

KPA-13: Konjuge pnömokok

PPA-23: Polisakkarit pnömokok

Hib: Haemophilus influenzae tip b

HBV: Hepatit B Virüsü

HBsAg: Hepatit B yüzey antijeni

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices (İmmünizasyon Uygulamaları Tavsiye Komitesi)

TEMD: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

CDC: Centers For Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1. Diyabet ile İlgili Bazı Kılavuzlarda Önerilen Aşı Takvimi	11
Tablo 2. 2. Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre Aşı Önerileri ve Dozları.....	12
Tablo 4. 1. Hastaların Bazı Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 4. 2. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 4. 3. Hastaların Aşılar İle İlgili Bulgularının Dağılımı.....	26
Tablo 4. 4. Hastaların Bazı Özellikleri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4. 5. Hastaların Aşılanmaya İlişkin Bilgileri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılanma Durumlarının Karşılaştırılması	35



ÖZET

TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN AŞILANMAYA İLİŞKİN FARKINDALIKLARI

Sinem BEBEK

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özlem OVAYOLU
Kasım 2020, 68 sayfa

Araştırma tip 2 diyabeti olan hastaların aşılarmaya ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla bir üniversite hastanesinin endokrinoloji polikliniğine başvuran ve endokrinoloji servisinde tedavi alan 200 hasta ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma öncesi gerekli olan izinler alındı. Araştırmanın verileri soru formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanıldı. Hastaların %64.5'inin 54-71 yaşları arasında, %51'inin kadın, %51.5'inin okuryazar olmadığı, %82'sinin çalışmadığı, %52'sinin diyabet dışında kronik hastalığının bulunduğu belirlendi. Hastaların %31.5'inin diyabet tanı süresinin 61-120 ay arasında değiştiği, %39.5'inin diyabet tedavisinde oral antidiyabetik ile birlikte insülin kullandığı, %69.5'inin kontrollere düzenli olarak gelmediği ve sadece %27.5'inin diyabet hemşiresi ile düzenli olarak görüştüğü tespit edildi. Hastaların %60'ının aşı olmanın gerekliliğini, %98'inin aşı takvimini, %96.5'inin erişkin aşı şemasını, %95.5'inin ise diyabetli bireylerin olması gereken aşıları bilmediği belirlendi. Ayrıca hastaların %91.5'ine pnömokok, %82.5'ine grip, %99.5'ine difteri-boğmaca-tetanoz (DBT), %95.5'ine hepatit B ve tamamına hepatit A, herpes zoster, ve human papilloma virüs (HPV) aşılarının önerilmediği saptandı. Hastaların %12.5'inin pnömokok, %14.5'inin grip, %35.5'inin DBT ve %18'inin hepatit B aşısı olduğu saptandı. Ancak %98.5'inin hepatit A, tamamının ise herpes zoster ve HPV aşılarını olmadığı belirlendi. Ayrıca yaş, eğitim durumu, cinsiyet, diyabet hemşiresi ile görüşme, kontrollere düzenli gelme, hastalık ile ilgili bilgi alma ve aşı olmanın gerekliliğini bilmenin aşılama durumunu olumlu etkilediği saptandı. Sonuç olarak diyabeti olan hastaların aşılama ile ilgili farkındalıklarının yeterli olmadığı ve aşılama oranlarının düşük olduğu saptandı. Bu doğrultuda hastalara aşılamanın önemi konusunda bilgi verilerek, farkındalığın artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, aşı, farkındalık, hemşirelik.

ABSTRACT

VACCINATION AWARENESS OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS

Sinem BEBEK

Postgraduate Thesis, Department of Nursing

Master of Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Özlem OVAYOLU

November 2020, 68 pages

The present study was conducted as a descriptive study with 200 patients who were admitted to the endocrinology outpatient clinic of a university hospital and received treatment at the endocrinology department in order to evaluate vaccination awareness of type 2 diabetes patients. Prior to the study, the required permission was obtained. Data were collected via a questionnaire form. Chi-squared test was used in data analysis. It was found that 64.5% of patients were between the age of 54-71, that 51% of them were female, that 51.5% were illiterate, that 82% of them were unemployed, and that 52% of patients had a chronic disease other than diabetes. The time of diagnosis varied between 61-120 months for 31.5% of patients and 39.5% of them were administered oral antidiabetics and insulin in their diabetes treatment while 69.5% did not come to their routine checks regularly and only 27.5% of them visited their diabetes nurse regularly. It was also noted that 60% of patients did not know about the necessity for vaccination, that 98% of them did not know about their immunization schedule while 96.5% did not know about adult immunization schedule, and that 95.5% of them did not know about the vaccines individuals with type 2 diabetes needed. In addition, vaccines not recommended for these patients are as follows: pneumococcal vaccine for 91.5%, flu vaccine for 82.5%, tetanus-diphtheria-pertussis (TDAP) vaccine for 99.5%, hepatitis B vaccine for 95.5% and hepatitis A and human papilloma virus (HPV) for all of them. It was found that 12.5% of patients had pneumococcal vaccine, that 14.5% of them had flu vaccine, that 35.5% had TDAP vaccine, that 18% had hepatitis B vaccine. However, it was found out that 98% of them did not have hepatitis A vaccine while none of them had herpes zoster and HPV vaccines. Moreover, it was concluded that factors such as age, education level, gender, visiting their diabetes nurse, coming to routine checks, having information on the disease, and knowing about the necessity for vaccination had a positive impact on vaccination awareness. In conclusion, it was observed that diabetes patients did not have enough vaccination awareness and that their vaccination rate was low. Accordingly, we suggest that patients be provided information on the importance of vaccination in order to raise awareness among them.

Keywords: Diabetes, vaccine, awareness, nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Diyabet, pankreas tarafından kan glukoz seviyesini düzenleyen insülin hormonunun yetersiz üretilmesiyle ortaya çıkan ya da üretilen insülinin vücutta kullanılamamasına bağlı olarak meydana gelen kronik seyirli bir hastalıktır (1). Tüm dünyada diyabeti olan hasta sayısı 2015 yılı itibari ile 415 milyon iken, 2040 yılında bu sayının 642 milyona ulaşması beklenmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ülkemiz için 2030 yılında 6.5 milyon diyabet tanısı alacak hasta sayısını öngörmesine rağmen, 2014 yılında bu sayıya ulaşıldığını bildirmektedir. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP) II sonuçlarına göre ise diyabet sıklığı kadınlarda (%17.2), erkeklere (%16) göre daha yüksek olup, diyabet prevalansının en yüksek olduğu bölge doğu (%18.2) iken, en düşük bölge kuzey'dir (%14.5) (3).

Diyabeti olan bireylerde hastalığın sebep olduğu anormal glukoz metabolizmasının bir sonucu olarak fagositoz, kemotaksis ve lökosit bağlanması gibi lökosit fonksiyonlarında bozukluklar görülmektedir. Bütün bunlar, diyabeti olan hastaların özellikle influenza ve pnömokok başta olmak üzere enfeksiyonlara daha yatkın hale gelmesine ve enfeksiyonların daha ağır seyretmesine zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle DSÖ, aşılannayı önermektedir. Çünkü aşılama, bulaşıcı hastalıkları önleme ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada en etkili ve güvenli koruyucu sağlık hizmetlerinden birini oluşturmaktadır (4). Amerikan Diyabet Cemiyeti ve İmmünizasyon Uygulamaları Tavsiye Komitesi de diyabetik hastalara özellikle influenza sezonundan önce her yıl pnömokok aşısının yapılmasını önermektedir (5). Ancak ülkemizde diyabetli hastalardaki aşılama oranlarının gelişmiş ülkelere göre daha düşük olduğu ve diyabetli bireylerde aşılamanın gerekliliği konusunda farkındalığın da yetersiz olduğu belirtilmektedir (4,5,6). Türkiye'nin batısındaki çoğu gelişmiş şehirde pnömokok aşılama oranları, diyabet tanısı olan ve 65 yaşın üzerindeki bireylerde %0.1 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'nin güneyinde yapılan bir çalışmada ise, görüşme yapılan 2383 hastanın %10.7'sinin pnömokok aşısının farkında olduğu, ancak sadece %0.9'unun aşı yaptırdığı saptanmıştır (7). Özellikle diyabeti olan hastalarda influenzaya bağlı gerçekleşen komplikasyonların ve influenza-pnömokok enfeksiyonlarına bağlı

hospitalizasyon ihtiyacının diyabet tanısı almayan sağlıklı popölasyona göre daha fazla olduğu ve ölüm oranının diyabetik olmayan bireylere göre iki-dört kat daha sık olduğu da belirtilmiştir. Bu doğrultuda diyabetik hastalarda aşılama, özellikle influenza ve pnömokok aşılamlarının artmasıyla, gelişebilecek enfeksiyonların da önlenileceği vurgulanmıştır (5,8,9,10).

Ancak ölkemizde yapılan literatür taramasında tip 2 diyabeti olan bireylerin aşılamaya ilişkin farkındalıklarını irdeleyen yeterli sayıda çalışmanın olmadığı görölmüştür. Bu doğrultuda planlanmış olan bu çalışma ile diyabetik bireylerin bir bütün olarak ele alınması ve aşılamaya ilişkin farkındalığın oluşturulması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, tip 2 diyabeti olan hastaların aşılamaya ilişkin farkındalıklarının belirlenerek, bu konuda hasta ve çalışanlara rehberlik edilmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Diyabet pankreasın beta hücrelerinden yeterli insülinin üretilmemesi ya da vücut hücrelerinin insüline yanıt verememesine bağlı olarak ortaya çıkan, hiperglisemi ile karakterize, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının bozukluğuna neden olan kronik bir hastalıktır (11,12,13). Bu yüzyılın en hızlı büyüyen sağlık sorunlarından biridir ve diyabetli yetişkinlerin sayısı son 20 yılda üç katından fazla artmıştır. 2000 yılında 151 milyon yetişkin diyabetli iken, 2009 yılına kadar diyabetli birey sayısı %88 oranında artarak 285 milyona ulaşmıştır (14). Prevalansı, gelişmekte olan ülkelerde %2–5 iken, gelişmiş ülkelerde %5–10 düzeyindedir (13). International Diabetes Federation (IDF); dünyada 2015 yılından itibaren her 11 yetişkinden birinin diyabet hastası olduğunu belirtmiştir. 2040 yılından itibaren ise her 10 yetişkinden birinin diyabet tanısı alacağını öngörmektedir. Türkiye’de ise diyabet prevalansının 2015 yılı itibarıyla %12.5 olduğu ve yetişkin diyabetli sayısının 6.3 milyona ulaştığı belirtilmektedir (15). IDF 2019 yılı verilerinde de ülkemizin hem prevalans hem de nüfus açısından diyabetin en sık görüldüğü ilk beş ülke içinde yer aldığını bildirmiştir (16).

2.2. Tanı ve Sınıflaması

Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association- ADA) diyabeti tip 1, tip 2, gestasyonel ve diğer spesifik diyabet olarak sınıflandırmaktadır (16). IDF de bu sınıflandırmayı kabul etmektedir (17). ADA aşağıda verilen kriterlerden biri saptanırsa diyabet tanısı konulabileceğini belirtmiştir.

1. Diyabetin klinik semptom ve bulguları olan kişilerde rastlantısal plazma glukozunun (PG) ≥ 200 mg/dl
2. Açlık kan glukozunun ≥ 126 mg/dl olması (farklı zamanda iki kez ölçülen)
3. Ağızdan verilen 75 gr’lık glukoz yüklemesini (oral glukoz tolerans testi-OGTT) takiben iki saat sonraki PG ≥ 200 mg/dl
4. HbA1C (glikozillenmiş hemoglobin) ≥ 6.5 (18).

2.3. Tip 2 Diabetes Mellitus

Tip 2 diabetes mellitus tüm diyabet olgularının %90'ından fazlasını kapsadığından en yaygın görülen diyabet formunu oluşturmaktadır (19,20). Hiperglisemi, yetersiz insülin üretimi ve vücudun insüline direnç göstermesi şeklinde tanımlanan ve insüline tam yanıt verememe durumunun sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tip 2 diyabet çoğunlukla yaşlı yetişkinlerde görülür. Fakat artan obezite, fiziksel hareketsizlik, dengesiz beslenme nedeniyle çocuklarda, ergenlerde ve gençlerde de görülmektedir (16). Genellikle hastalığın temelinde genetik yatkınlığı olan kişilerde yaşam tarzına (sağlıksız beslenme şekli, fiziksel aktivitede azlık, şişmanlık gibi) bağlı değişkenlerle tetiklenen ve giderek artan insülin direnci ile ilişkili ortaya çıkan sorunlar yer almaktadır (17,19).

2.3.1. Fizyopatolojisi

Tip 2 diyabetin fizyopatolojisinde, insülin direncinin gelişimi ya da insülin salınımının azalması temel noktadır. İnsülin direncinin gelişmesinde, hücre ve hücre reseptörü arasında bir defekt gerçekleşir ve buna bağlı olarak insülinin hücrede kullanımında sorunlar ortaya çıkar. Bilhassa karaciğer, yağ dokusu ve kas kütlelerinde insülinin etkisi yetersiz kalır ve hedef hücreler tarafından insülin kullanılamaz hale gelir. Sonuçta hücrelerde hücre içi hipoglisemi gerçekleşir (17,21).

2.3.2. Klinik Özellikleri

Tip 2 diyabette belirtiler sinsi başlangıçlı olup uzun süre asemptomatik kalabilir. Poliüri, polidipsi ve polifaji diyabetin en sık görülen ve bilinen klinik özellikleri arasında yer alır. Ayrıca hastalığın ileri dönemlerinde immün sistemin baskılanmasına bağlı enfeksiyona yatkınlık, deride iyileşmeyen enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme, kuru-kaşıntılı deri, el ve ayakta karıncalanma, his kaybı, görme bozuklukları gibi sorunlar da ortaya çıkabilir (17,22).

2.3.3. Risk Faktörleri

Diyabet açısından risk oluşturan faktörler arasında; yaş, genetik yapı, insülin direnci, yağ dokusunun artması, fiziksel aktivitenin azalması, ilaçlar (tiyazid, glukokortikoid vb.) birinci ya da ikinci derece akrabalarda tip 2 diyabet varlığı, hipertansiyon, dislipidemi (trigliserid ≥ 250 mg/dl olanlar ve/veya HDL kolesterol ≤ 40 mg/dl olanlar), doymuş yağlardan zengin ve posa miktarı düşük beslenme alışkanlıklarına sahip olmak, koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı olmak yer almaktadır. Ayrıca fazla kilolu veya obez bireylere ek olarak bel çevresi ölçümünde kadınların 80

cm, erkeklerin 94 cm'nin üzerinde bir genişliğe sahip olması, polikistik over sendromu, gestasyonel diyabet, dört kilonun üzerinde bebek doğurma öyküsüne sahip olan kadınlar ve düşük doğum ağırlığına sahip olan kişiler de bulunmaktadır (17,23,19,24,25,26).

2.3.4. Komplikasyonlar

Diyabette, hastalığın kontrol altına alınamamasına bağlı gelişen komplikasyonlar bireyin yaşam kalitesini ve süresini önemli ölçüde etkilemektedir. Uygulanan tedavi ve hastalığın takibine rağmen diyabete bağlı acil komplikasyonlar ölüm nedeni bile olabilmektedir (27).

2.3.4.1. Akut Komplikasyonlar

Diyabetin akut komplikasyonları; diyabetik ketoasidoz, hiperozmolar hiperglisemik durum, laktik asidoz ve hipoglisemi şeklindedir (28).

Diyabetik Ketoasidoz

Diabetik Ketoasidoz (DKA) endokrinoloji acillerinde en sık karşılaşılanlardan biri olup, mortalitesi %1-10 arasında değişmektedir (29,30). Tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarında eşit oranlarda görülmez ve genellikle tip 1 diyabetli 40 yaş altı hastalarda en sık ölüm nedeni iken, tip 2 diyabette ise genellikle fiziksel/emosyonel bir strese ikincil olarak gelişen akut metabolik bir komplikasyondur (31,32). Nedenleri arasında; enfeksiyonlar, insülin tedavisini kesme, enjeksiyon uygulama hataları, insülinin son kullanma tarihinin geçmiş olması, alkol ve serebrovasküler sorunlar yer alır. Ancak DKA'nın meydana gelmesinin temel sebebi mutlak insülin eksikliğinin olmasıdır. Hastada susama, poliüri, dehidratasyon, uyuşukluk, abdominal ağrı, kusma, kusmaul solunum, konfüzyon ve komaya kadar giden durumlar görülür. Biyokimyasal parametrelerde ise plazma glukoz düzeyinde artış, glukozüri, ağır ketonüri, metabolik asidoz ve nefeste aseton kokusu oluşur (30,32,33). DKA tedavisinin hedefleri; dehidratasyon, hiperglisemi ve elektrolit dengesi bozukluklarının düzeltilmesi, eşlik eden faktörlerin tanınması ve en önemlisi de hasta takibidir (34).

Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD)

Tip 2 diyabet hastalarında görülen ve ketoasidoz olmadan ileri derecede hiperglisemi, dehidratasyon, hiperosmolarite ve mental bozukluklarla karakterize bir komplikasyondur. Tedavinin en önemli noktası, parenteral sıvı tedavisiyle intravasküler volümün normale dönmesini sağlamaktır (35).

Laktik Asidoz (LA)

Genellikle tip 2 diyabet tanısına sahip ve altta yatan herhangi bir hastalığı bulunan kişilerde görülen, dokulara oksijen dağılımı ve kullanımının yetersizliğinden kaynaklanan ağır bir metabolik asidoz durumudur (36).

Hipoglisemi

Kan glikoz düzeyinin 70 mg/dl'nin altında olması hipoglisemi olarak adlandırılır. Hipogliseminin meydana gelmesinde; insülin dozunun fazlalığı, insülin uygulama hataları, oral antidiyabetik ilaç dozunun fazla alınması, ağır ve aşırı yapılan egzersiz, yetersiz karbonhidrat alımı gibi birçok etken bulunmaktadır (37).

2.3.4.2. Kronik Komplikasyonlar

Diyabette kronik komplikasyonlar mikrovasküler veya makrovasküler komplikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır (38). Makrovasküler komplikasyonlar; koroner arter hastalığı, perifer arter hastalığı ve serebrovasküler hastalık, mikrovasküler komplikasyonlar ise; retinopati, nefropati, nöropati ve diyabetik ayak şeklindedir (28).

2.3.5. Diyabet Yönetimi

Diyabet yönetiminde temel hedef; metabolik kontrolün sağlanması, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin güçlendirilmesidir (39,40,41). Bu hedeflere ulaşılmasında; tıbbi beslenme tedavisi (TBT), düzenli fiziksel aktivite, oral antidiyabetik (OAD) ve ihtiyaç halinde insülin tedavisi, bireysel kan şekeri izlemi (BKŞİ) ve diyabet eğitimi temel öğelerdir. Aynı zamanda eşlik eden hastalıkların (hipertansiyon, dislipidemi gibi) tedavisi ve kontrol altına alınması da başarılı bir diyabet tedavisi için son derece önemlidir (39).

Tıbbi Beslenme Tedavisi

Kişinin yaşı ve yaşam tarzına uyum gösteren, kalori gereksinimine göre düzenlenmiş, kompleks karbonhidrat içeriği yüksek, protein ve yağ içeriği düşük olan beslenme programıdır (39). Bu programda; genel değerlendirme, beslenmenin belirlenmesi, hedef saptanması ve izlem aşamaları yer alır ve genel olarak üç-altı ay içinde tamamlanır (13).

Düzenli Fiziksel Aktivite

Diyabeti olan bireylerde egzersizin; iskelet kasına glikoz girişini arttırarak kan glikoz seviyesini ve HbA1c düzeyini düşürdüğü, metabolik hızın artmasıyla serbest yağ asitlerinin daha iyi kullanılması sonucu kilo ve yağ kaybının sağlandığı, yağsız dokunun korunduğu, kasa oksijen taşıyan sistemin daha aktif hale getirildiği, karbonhidrat depolarının yerine yağ depolarının kullanıldığı, abdominal yağ dokusunu ve mikroalbuminürinin azaldığı belirtilmektedir. Ayrıca düzenli yapılan egzersizin

özellikle diyabetik kişilerde kardiyovasküler hastalıkların gelişmesini azalttığı, lipid profilini olumlu etkilediği, endorfin salgılanmasını sağlayarak kişilerin kendilerini daha iyi hissetmelerini sağladığı, hücrel stres yanıtını düzenleyerek oksidatif stres ve inflamasyona karşı savunma sistemini aktive ettiği ve kemik dokusunu güçlendirerek osteoporozu önlediği ve tedavisine katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır (42,43).

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisinin temelini oral antidiyabetikler ve insülinler oluşturmakla birlikte, bu tedavilerin hedefi; glisemik kontrolün sağlanması, akut komplikasyonların gelişiminin azaltılması, mikrovasküler ve makrovasküler kronik komplikasyonların önlenmesi, eşlik eden diğer nedenlerin düzeltilmesidir (44).

Oral Antidiyabetikler: Kan glikoz düzeyini kontrol altında tutmaya yarayan ajanlar olup; insülin sekresyonunu ve insüline duyarlılığı artırma veya karbonhidrat emilimini azaltma yoluyla etki gösterirler (45).

İnsülin Tedavisi: İnsülinin temel etkisi glikozun hücre içine girişini sağlayarak kandaki glukoz seviyesini düşürmektir (17,45). Diyabette insülin tedavisi, bireysel olarak, diyet ve OAD kombinasyonlarına rağmen istenen glisemik kontrolün sağlanamadığı, glisemik kontrolün bozulduğu, akut ve kronik komplikasyonların geliştiği durumlarda ve tüm tip 1 diyabetli bireylere uygulanmaktadır (46, 47).

Bireysel Kan Şekeri İzlemi (BKŞİ)

Diyabetik hastalarda özellikle insülin ile tedavi edilenlerde BKŞİ, tedavinin önemli bir parçasıdır (39).

Diyabet ve Hemşirelik

Makro ve mikro komplikasyonlara sebebiyet vermesiyle multiorgan hasarına yol açan diyabetin; bakım, izlem ve tedavisinde birden fazla disiplinin koordinasyonuna ihtiyaç duyulmaktadır (48,49). Diyabetin bakım ve tedavisinin sürdürülmesinde multidisipliner ekip içerisinde; hemşire, hekim, diyetisyen, sosyal hizmet görevlileri, diğer sağlık bakım profesyonelleri ve diyabetli bireyin ailesi yer alır (49). Bu ekip içinde yer alan diyabet hemşiresi; diyabet yönetiminde hastaların eğitim gereksinimlerini belirleyen, hemşirelik tanımlarını geliştiren, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulayan ve değerlendiren, diyabetli birey, ailesi ve toplum ile çalışan profesyonel meslek üyesidir (50). Hemşirenin diyabet tanısı alan bireylerin hastalığın seyri ve tedavinin başarısı açısından; diyabetin nedenleri, tedavi seçenekleri, beslenme ve egzersizin önemi, özbakım, plazma glikoz düzeylerinin takibi, tedaviye uyum, beklenmeyen durumlarla

başa çıkma yöntemleri, komplikasyonları tanıma ve önleme gibi konularda vereceği eğitim oldukça önemlidir (48). Ayrıca eğitim sürecinde ve hasta izleminde; BKŞİ, HbA1c ölçümü (3–6 ayda bir), egzersiz eğitimi (yılda bir kez), tıbbi beslenme tedavisi ve eğitimi (yılda bir kez), göz (yılda bir kez), ayak (hekim tarafından yılda 1-2 kez, hasta tarafından günlük) ve diyabetik nefropati muayenesi (yılda bir kez), kan basıncı ölçümü (yılda 4 kez), lipid profili (yılda bir kez) takibinin yapılması son derece önemlidir (51). Diyabet yönetiminde hemşire tüm bu uygulamaları diyabetteki; danışmanlık, bakım verici, eğitmen rolü, araştırmacı, değişim ajanı ve çalışmaları organize etme sorumluluğu olarak yerine getirir (52).

2.4. Diyabette Aşılama

Toplum sağlığını korumada hayati önemi olan aşılama, genellikle çocukluk çağında başarı ile yürütülürken erişkin dönemde yeterli oranda ilgi görememektedir. Fakat yaş ilerledikçe yaşamı tehdit eden ve neredeyse her gün karşılaşılan bakteri ve virüslere karşı koruyuculuk, erişkinlerde daha da azalmaktadır. Bunun nedenlerinden birisi timüs bezi olup, bu yapı bağışıklık sisteminin önemli bir parçasıdır ve lenfositlerin olgunlaşmasından sorumludur. Normalde T lenfositleri kemik iliğinde oluşur ve olgunlaşmak için timusa göç eder, sonra da lenfatik sisteme geçer. Yaş ilerledikçe timus bezi küçülmeye başlar bu yüzden T lenfositlerinin sayısında azalma, bakteri ve virüslerin oluşturduğu enfeksiyonlar ile mücadelede zayıflamaya neden olur (53,54). Ancak diyabet gibi kronik hastalıklar bu sürecin daha da olumsuz etkilenmesine zemin hazırlar. Diyabet ve enfeksiyonlar birlikte değerlendirildiğinde, diyabetik hastaların, glukoz intoleransı ve pankreatik beta hücre fonksiyonunda bozulma, insülin duyarlılığında azalma gibi sebeplerle diyabetik olmayanlara göre daha sık enfeksiyonlara maruz kaldığı görülebilir (55,56).

Diyabette T hücrelerinin azalmış cevabı ile nötrofil ve monosit fonksiyonlarında bozulma meydana gelmesi, hücresel immüniteyi etkileyerek diyabetli bir bireyin hem yaygın görülen enfeksiyonlara karşı duyarlılığını arttırıp hem de sadece immün sistem yetersizliklerinde görülen enfeksiyonlarla karşılaşılmasına neden olur (4,57,58). Diyabeti olan bireyin enfeksiyona yatkınlığını tetikleyen diğer bir etmen ise hipergliseminin varlığıdır. Hiperglisemi nötrofil ve makrofaj fonksiyonlarını büyük ölçüde bozar, yani kemotaksis, fagositoz, aderans ve mikroorganizmaların hücre içi öldürülmesi gibi fonksiyonlarda bozulmalar meydana getirir. Ayrıca diyabetik

hastalarda mikrovasküler dolaşımdaki anormallikler de perfüzyonda bozulmalara neden olarak, enfeksiyon oluşumuna yol açar. Bütün bu anormalliklerin sonucunda diyabetik bireyler enfeksiyonlara daha yatkın hale gelir. Tüm bu veriler diyabetli bireylerde aşılamanın oldukça önemli olduğunu göstermektedir (4,55,59,60). Ancak literatürde diyabet tanısı alan bireyler için uygulanması gereken aşılar ile ilgili bir konsensus olmadığı, aşılarda nasıl uygulanacağı ve nasıl temin edileceğinin ülkelerin sağlık politikalarına göre farklılık gösterdiği bildirilmektedir (53). Bu doğrultuda aşağıda diyabet ile ilgili bazı kılavuzlarda önerilen aşı takvimi (Tablo 2.1) ve erişkinlerde yaş gruplarına göre aşı önerileri ve dozları (Tablo 2.2) verilmiştir (4,61).

Tablo 2. 1. Diyabet ile İlgili Bazı Kılavuzlarda Önerilen Aşı Takvimi

REHBER İSMİ	ÖNERİLEN AŞILAR
Amerikan Diyabet Birliği Diyabette Tıbbi Bakım Standartları Kılavuzu	İnfluenza, Pnömonokok, Hepatit B
Kanada Diyabet Yönetimi ve Korunmasında Klinik Uygulamalar Kılavuzu	İnfluenza, Pnömonokok, Hepatit B, Herpes Zoster
Avustralya Tip 2 Diyabet Yönetiminde Genel Uygulama Kılavuzu	İnfluenza, Pnömonokok, DTB (Difteri, Tetanoz, Boğmaca)
Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu	İnfluenza, Pnömonokok, Hepatit B
Türkiye Diyabet Vakfı Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi	İnfluenza, Pnömonokok, Hepatit B
Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklama Rehberi	İnfluenza, Pnömonokok, Herpes Zoster (Zona)
Amerikan İmmünizasyon Danışma Kurulu	İnfluenza, Pnömonokok, Hepatit B, Herpes Zoster, DBT

Tablo 2. 2. Erişkinlerde Yaş Gruplarına Göre Aşı Önerileri ve Dozları

Aşı	Yaş				
	19-26	27-36	37-59	60-64	≥65 YAŞ
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl bir doz				
KPA-13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPA-23 ³	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz ⁴
Hepatit B ⁵	3 doz (0, 1, 6. ay)				
Hepatit A ⁵	2 doz (0, 6. ay)				
Zoster					1 doz
Suçiçeği ⁵	2 doz (1 ay arayla)				
KKK ⁶	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0, 1-2, 6.ay) ⁸				
Td, Tetanoz-difteri; Tdap, Tetanoz-difteri-aselüler boğmaca; Hib, Haemophilus influenzae tip b aşısı; HPV, Human papilloma virus aşısı; KKK, Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı; KPA-13, Konjuge pnömokok aşısı; PPA-23, Polisakkarit pnömokok aşısı.					
	Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.				
	Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.				
	Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir				

¹ Primer aşlamayı tamamlamamış erişkinlere 4 hafta ara ile 2 doz ve 6-12 ay sonra 3.doz Td önerilir.

² Rapellerden birinin Tdap olması önerilir.

³ Erişkin yaş grubunda her iki pnömokok (KPA-13 ve PPA-23) aşısının da yapılması önerilir.

• Tercihen önce tek bir doz KPA-13, en az bir yıl sonra PPA-23 ve 5 yıl sonrasında PPA-23 rapeli. PPA-23'ün üçüncü rapelinin de 65 yaş ve sonrasında yapılması önerilir.

• Riskli grupta yer almayan erişkinlerde her iki pnömokok aşısı (KPA-13 ile PPA-23) arasında en az 1 yıl süre olmalıdır. Ancak, risk grubunda olan 19-64 yaş arası erişkinlere ve 65 yaş ve üzeri erişkinlerden immün yetmezlik, aspleni, BOS kaçağı veya koklear implant olanlara ilk önce KPA-13 uygulanmışsa en az 8 hafta sonra PPA-23 uygulanabilir. İlk önce PPA-23 uygulanmışsa da en az bir yıl sonra KPA-13 uygulanmalıdır.

⁴ 65 yaş ve üzeri erişkinlere daha önce (65 yaşından önce)

• herhangi bir pnömokok aşısı ile aşılanmamışlarsa, önce KPA-13 ve en az bir yıl sonra PPA-23,

• sadece PPA-23 ile aşılanmışlarsa, son dozdan en az 1 yıl sonra KPA-13, KPA-13'den en az 1 yıl sonra ve PPA-23'den en az 5 yıl sonra olacak şekilde PPA-23,

• sadece KPA-13 ile aşılanmışlarsa, en az bir yıl sonrasında PPA-23,

• hem KPA-13 hem de PPA-23 uygulanmışsa, KPA-13 dozundan en az 1 yıl, PPA-23 dozundan en az 5 yıl sonra olmak üzere tek bir doz PPA-23 uygulanmalıdır.

⁵ Serolojik olarak bağışık olduğu gösterilemeyenlere önerilir. 1980 yılından sonra doğan ve KKK aşısı olduğuna dair kayıtlı bilgisi ve güvenilir öyküsü olmayan veya hastalığı geçirdiğine dair kayıt olmayan yetişkinlere kontraendikasyon (gebelik veya immün yetmezlik) yoksa en az 1 doz subkütan yoldan KKK aşısı önerilir.

⁶ 1980 yılından önce doğanlar bağışık kabul edilebilir.

⁷ Yakın zamanda kızamık, kızamıkçık veya kabakulağa maruz kalma ya da salgın durumunda, bir sağlık kuruluşunda ya da bakım evinde çalışma, yükseköğrenim kurumlarında eğitim görme, temas riskinin yüksek olduğu uluslararası seyahat planlaması durumunda en az 28 gün arayla 2 doz aşı önerilir.

⁸ HPV, kuadrivalan ve dokuz valanlı aşilar 0, 2, 6.ay; bivalan aşı 0, 1, 6.ay şeklinde uygulanır.

İnfluenza (Grip): İnfluenza virüsünün neden olduğu akut ateşle seyreden bir enfeksiyon hastalığıdır. Virüs solunum yolu ile bulaşır ve çoğunlukla kış aylarında salgınlara neden olur. Bir-iki günlük inkübasyon döneminden sonra genellikle ani titremelerle başlayan yüksek ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, halsizlik, iştahsızlık gibi klinik belirtilere ilave olarak öksürük, boğaz ağrısı gibi solunum yolu belirtileri ile karakterizedir. Tanı çoğunlukla klinik belirtiler ile konulur (62). İnfluenza aşısının içeriği, DSÖ tarafından belirlenir ve bir sonraki yıl görülme olasılığı yüksek olan suşlara yönelik virüs tipleri hedeflenip üreticilere bildirilir.

Ülkemizde onaylanmış grip aşıları; trivalan ve kuadrivalan inaktive aşılardır. Trivalan aşılar; iki influenza A suşu içerir. Kuadrivalan aşılar; trivalan aşıya ek olarak bir tane daha influenza B suşuna karşı koruyuculuk içermektedir. Bu nedenle tercih edilebilir fakat maliyetlidir. Aşının koruyuculuğu uygulamadan 1-2 hafta sonra başlar ve sağlıklı erişkinlerde koruyuculuk süresi 6-8 ay veya daha uzun sürer (63).

Pnömoni: Streptococcus pneumoniae adlı bakterinin neden olduğu ve vücudun farklı yerlerinde ortaya çıkan enfeksiyonların nedenidir (4,64). Pnömonide başlangıç olarak üşüme titreme ile ani yükselen ateş, öksürük, pürülan balgam, yan ağrısı, fizik muayenede inspiryum sonu ince raller, konsolidasyon bulguları (perküsyonunda matite, bronşiyal ses) ile karakterize belirti ve bulguları vardır. Tanı, klinik belirti ve bulgulara dayanarak fizik muayene bulguları ve akciğer grafisinde yeni infiltrasyonların saptanması ile konulur (4,65).

Diyabeti olan bireylerde pnömoni riski fazla olup, aynı yaştaki sağlıklı kişilere oranla üç kat daha fazla risk vardır. Bu doğrultuda diyabetik hastalarda pnömokok aşılarının yaptırılması bu hasta grubunda hospitalizasyon, mortalite, morbidite ve sağlık maliyeti açısından önemlidir (4,53,66). Pnömokok aşısı olarak; diyabetli bireylere pnömokok için pneumococcal conjugate vaccine (KPA-13) ve pneumococcal polysaccharide vaccine 23 (PPA-23) yapılması önerilmektedir (13).

Hepatit B: Bir DNA virüsü olan Hepatit B virüsünün (HBV) neden olduğu hem akut hem de kronik enfeksiyona yol açabilen, siroza ve karaciğer kanserine neden olan bulaşıcı bir etkindir. HBsAg (+) vücut sıvılarına parenteral veya mukozal olarak maruz kalma ile bulaş olur. En temel bulaşma kan, cinsel ilişki ve perinatal yol ile gerçekleşir (67,68).

Genel popülasyonla karşılaştırıldığında diyabet hastalarının, hepatit B enfeksiyonuna yakalanma oranları daha fazladır. Bunun nedenleri arasında; enfekte kanla temas veya

uygun olmayan ekipman kullanımı (glikoz ölçüm cihazları veya enfekte iğneler) yer almaktadır (69,70,71). Reilly ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 23-59 yaş arası diyabetli ve HBV risk davranışları olmayan bireylerin, yaklaşık iki kat daha fazla akut HBV riski taşıdıkları gösterilmiştir (72). Erişkin diyabetik bireylerde akut ve kronik hepatit B enfeksiyonuna bağlı hospitalizasyon artmakta ve bu durum maliyet artışını da beraberinde getirmektedir (73,74). Ancak hepatit B aşısıyla, Hepatit B'nin yol açtığı sonuçlar engellenebilmektedir. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), diyabetik hastalarda Hepatit B bağışıklığını; yaş aralığı uyan, hepatit B aşısı olmamış ve hepatit B virüsüyle karşılaşma durumu bilinmeyen hastalara önermektedir (5). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) de; daha önce aşılanmamış olan 19-59 yaş aralığındaki diyabetlilere ve 59 yaşından büyük diyabetli bireylere üç doz HBV aşısı yapılabileceğini belirtmektedir (21).

Diğer Aşılar: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), özellikle diyabetli bireyler için yukarıda verilen grip, pnömokok ve hepatit B aşılarının yanı sıra, difteri-boğmaca-tetanoz (DBT), kızamık-kabakulak-kızamıkçık (KKK), insan papilloma virüsü (HPV) ve zona'ya karşıda aşılanmayı da önermektedir (69).

Difteri, Boğmaca Tetanoz, (Td/TDaP): Tetanoz ve difteri toksoit aşılarıyla primer aşılanmayı tamamlamamış ya da hiç aşılanmamış 11 yaş ve üzerindeki kişilere, primer aşı şemasına başlanması veya eksik dozların tamamlanması gerektiği belirtilmektedir. Erişkinler için primer aşılama üç dozdan oluşmaktadır; dört hafta ara ile iki doz ve ikinci dozdan altı ay sonra üçüncü doz olarak Td aşısıdır(0., birinci ve yedinci ay). Eğer üçüncü doz aşı zamanında yapılmamışsa ilk dozdan sonraki 12. aya kadar da Td yapılabilir.

Primer aşılama serisini tamamlamış olan yetişkinlerin her 10 yılda bir de Td rapeli ile aşılanması ve bu rapellerden birinin Tdap olması önerilir. İleri yaşlarda tetanoz antikorlarının çok azaldığı, hatta kaybolduğu için erişkinlerde ≥ 65 yaş üzerinde Tdap immünizasyonun yapılması önemlidir (67,75).

Herpes Zoster: Varisella zoster virüsü, su çiçeği hastalığına neden olduktan sonra, dorsal arka kök ganglion hücrelerinde latent kalabilir. Burada virüsün tekrar aktive olması sonucu ortaya çıkan, dermatomla sınırlı tutulum gösteren, ağrılı, tek taraflı, veziküler lezyon şeklinde belirti ve bulgulara sahip viral hastalık “herpes (zona) zoster” olarak adlandırılır (76). Herpes zoster görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta, özellikle 50 ile 70 yaş arasında en üst seviyeye ulaşmaktadır. Daha önce bireylerin su çiçeği ve

zona zoster geçirip geçirmemiş olmasına bakılmaksızın 60 yaş üzerindeki tüm bireylere zoster aşısı önerilmektedir. Özellikle kronik hastalığı olanlar (diabetes mellitus, romatoid artrit gibi) ve huzurevinde kalanlar zona açısından yüksek riske sahip olduklarından mutlaka aşılanmaları önerilmektedir (63,77).

Human Papilloma Virüs (HPV): Çok fazla tipi ve bulaş yolu bulunan bir virüstür (78, 79). Komplikasyonların önlenmesi açısından immünizasyon önemlidir. Kadınlarda; rutin aşılama 11-12 yaşlarda ve üç doz şeklinde önerilmektedir. Daha önce aşılanmamış kadınlar ise 13-26 yaşları arasında üç doz şeklinde aşılanmalıdır. Erkeklerde de rutin aşılama 11-12 yaşlarda üç doz şeklinde ve daha önce aşılanmamış olanlarda 13-21 yaşları arasında önerilmektedir (75). DSÖ'nün güncel önerilerine göre ise HPV aşıları 9-13 yaş arası kız çocuklarına uygulanmalıdır. Seksüel aktivite başlamadan HPV aşısı şemasının tamamlanması önemlidir. Bununla birlikte HPV aşısı için bir üst yaş sınırı da bulunmamaktadır (67).

Hepatit A: Tüm dünyada görülen ve genellikle kendi kendini sınırlayan bir enfeksiyon hastalığıdır. Çocukluk çağında daha sık olup her yaşta ve her cinsten görülmektedir (80). Bulaş yolları genellikle fekal-oral yol, kontamine su ve yiyeceklerle veya yakın temas ile olur (81). Rutin aşılama en erken 12. ayda olmak üzere 12-23 ay arası çocuklar için iki doz hepatit A aşısı şeklindedir ve ikinci doz 6 – 18 ay sonrası aralığa dağıtılmaktadır. Özel gruba giren bireylere ise en az altı ay arayla iki doz hepatit A aşısı önerilmektedir (81).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, tip 2 diyabetli hastaların aşılarmaya ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Tip 2 diyabetli hastalarda sosyoekonomik ve hastalık özellikleri ile aşılarmaya ilişkin farkındalıkları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁: Tip 2 diyabetli hastalarda sosyoekonomik ve hastalık özellikleri ile aşılarmaya ilişkin farkındalıkları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.12.2019-31.01.2020 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin endokrinoloji servisi ve poliklinik birimlerinde yürütüldü.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında ilgili birimlere başvuran veya yatışı olan ve tip 2 diyabet tanısı konulmuş hastalar oluşturdu.

3.4.1. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem sayısının tespitinde diyabetik hastaların hepatit B, influenza ve pnömokok aşıları hakkında bilgi sahibi olma oranları göz önüne alındı ve bu hastaların %46.3'ünün influenza aşısı yaptırma gerekliliğinin farkında olduğu beklentisi, %5 kesinlik ve %95 güven ile tahmin etmek için gerekli minimum hasta sayısı 169 olarak belirlendi. Ancak sonuçların güvenilirliği ve genellenebilirliğini güçlendirmek açısından çalışma 200 hasta ile sonlandırıldı. Aşağıda bu hesaplamanın ayrıntılı şekli görölmektedir.

Assumptions:

Precision = 5.00 %

Prevalence = 46.30 %

Population size = 300

95% Confidence Interval specified limits [41.3% -- 51.3%]

(these limits equal prevalence plus or minus precision)

Estimated sample size: **n = 169**

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Belirtilen sağlık kurumuna başvuran,
- Diyabet tanısı alan,
- 18 yaş üzerinde olan,
- İletişime engel olacak fiziksel ve mental sağlık sorunu bulunmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dahil edildi.

3.4.3. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dahil olma kriterlerine uymayan ve araştırmaya katılmayı reddeden hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Hastaların aşılanma oranları

Bağımsız değişkenler: Hastaların sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özellikleri

3.6. Veri Toplama Yöntemi

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri ilgili literatürler doğrultusunda hazırlanan soru formu ile toplandı (2,82).

Soru Formu (EK 1)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form; hastaların sosyo-demografik, hastalığa ilişkin özellikleri ve aşılama ile ilişkin durumlarını değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Çalışmanın Yürütülme Süreci

Veri toplanmasına başlamadan önce, gerekli etik kurul izni ve kurum izinleri alınıp, birim sorumlu hekimi ve sorumlu hemşireler ile görüşülerek çalışmanın amacı ve uygulama süreci ile ilgili açıklama yapıldı. Soru formu, araştırmacı tarafından çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Serviste yatan hastaların protokol numaraları hasta dosyasından, polikliniğe gelen hastaların protokol numarası ise aldığı sıra numarasındaki kâğıttan alındı. Soru formları yaklaşık 30-45 dakikada uygulandı.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya dahil olan hastalara; araştırmanın amacı, planı, süresi ve kendilerinden ne beklendiği, elde edilen verilerin hangi doğrultuda kullanılacağı “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” aracılığı ile açıklanarak **isteklilik ve gönüllülük ilkesi** ışığında, araştırmaya katılım için bilgilendirilmiş yazılı izinleri alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek **“otonomi”** ilkesine saygı gösterildi. Hasta bireylere, kimliklerinin ve kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği kendilerine açıklanan amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek **“sadakat-gizlilik”** ilkesine bağlı kalındı. Veriler, hasta bireylerin bakım ve tedavisini engellemeyecek zaman dilimlerinde toplanarak **“zarar vermeme-yarar sağlama”** ilkelerine özen gösterildi. Araştırmanın yürütüleceği Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Başhekimliği, Endokronoloji Anabilim Dalı Başkanlığı, Endokronoloji Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin alındı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk ile test edildi ve karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanıldı. p değerinin 0.05 den küçük olması halinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın en önemli sınırlılığı hastaların aşılama oranlarının kendi sözel beyanlarına dayandırılması şeklindedir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1’de verilmiştir. Toplam 200 hasta ile yürütülen bu çalışmada hastaların; %64.5’inin 54-71 yaş aralığında, %51’inin kadın, %98’inin evli, %51.5’inin okuryazar olmadığı, %82’sinin çalışmadığı, %49’unun emekli olduğu, %86.5’inin ekonomik durumunun orta olduğu, %71.5’inin ilçede yaşadığı, %98.5’inin çocuk sahibi olduğu, %52’sinin diyabet dışında da herhangi bir kronik hastalığının bulunduğu, %94.5’inin sigara ve %98’inin alkol kullanmadığı, %96.5’inde hastalığın yaşam kalitesini etkilediği ve %94.5’inin ailesinde diyabet öyküsünün olduğu saptandı.

Tablo 4. 1. Hastaların Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (Yüzde)
Cinsiyet	
Kadın	102(51.0)
Erkek	98(49.0)
Yaş	
18-35	2(1.0)
36-53	49(24.5)
54-71	129(64.5)
72 ve üzeri	20(10.0)
Eğitim durumu	
Okuryazar değil	103(51.5)
İlkokul	63(31.5)
Ortaokul	8(4.0)
Lise	26(13.0)
Çalışma durumu	
Evet	36(18.0)
Hayır	164(82.0)
Meslek	
Memur	2(1.0)
İşçi	18(9.0)
Esnaf	8(4.0)
Emekli	98(49.0)
Diğer	74(37.0)
Gelir Düzeyi	
Düşük	27(13.5)
Orta	173(86.5)
İyi	0(0.0)
Yaşadığı Bölge	
İl	47(23.5)
İlçe	143(71.5)
Köy	10(5.0)
Medeni Durum	
Evli	196(98.0)
Bekar	4(2.0)
Çocuk sahibi olma	
Evet	197(98.5)
Hayır	3(1.5)
Dişabet dışında kronik hastalık	
Evet	104(52.0)
Hayır	96(48.0)
Sigara kullanma	
Evet	11(5.5)
Hayır	189(94.5)
Alkol kullanma	
Evet	4(2.0)
Hayır	196(98.0)
Hastalığın yaşam kalitesine etkisi	
Evet	193(96.5)
Hayır	7(3.5)
Ailede dişabet öyküsü	
Evet	189(94.5)
Hayır	11(5.5)
Toplam	200(100)

4.2. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların diyabet ile ilgili bazı özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların %31.5’inin diyabet tanı süresinin 61-120 ay olduğu, %39.5’inin diyabet tedavisinde OAD ile birlikte insülin kullandığı, %52’sinin tıbbi beslenme tedavisi aldığı, %72’sinin herhangi bir fiziksel aktivite/egzersiz yapmadığı belirlendi.

Hastaların %69.5’inin kontrollere düzenli olarak gelmediği, %95.5’inin evde kan şekeri ölçümü yaptığı, ölçüm yapanların %36.5’inin günde iki defa kan şekerini ölçtüğü, %30.5’nin göz, %15.5’inin böbrek, %35.5’inin kalp damar ve %44.5’inin ayak muayenesi yaptırdığı, %91’nin hipoglisemi, %57.5’inin ise hiperglisemi yaşamadığı ve %27.5’inin diyabet hemşiresi ile düzenli olarak görüştüğü tespit edildi.

Hastaların %92’sinin hastalıkla ilgili bilgi aldığı, %60’ının aşı olmanın gerekliliğini, %98’inin aşı takvimini, %96.5’inin erişkin aşı şemasını, %95.5’inin ise tip 2 diyabetli bireylerin olması gereken aşıları bilmediği belirlendi. Ayrıca hastaların %68.5’inin sıkça üst solunum yolu enfeksiyonu yaşadığı, ancak %79.5’inin alt solunum yolu enfeksiyonu ve %91’inin de üriner sistem enfeksiyonu yaşamadığı ve %99.5’inin enfeksiyonlardan korunmak için eğitim almadığı tespit edildi.

Tablo 4. 2. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (Yüzde)
Hastalık süresi (ay)	
0-60	44(22.0)
61-120	63(31.5)
121-180	48(24.0)
181-240	21(10.5)
241-300	9(4.5)
301-360	10(5.0)
361-420	4(2.0)
421-480	1(0.5)
Dişabet tedavi şekli	
OAD	74(37.0)
İnsülin	47(23.5)
OAD ve İnsülin	79(39.5)
Tıbbi beslenme tedavisi	
Evet	104(52.0)
Hayır	96(48.0)
Fiziksel aktivite	
Evet	56(28.0)
Hayır	144(72.0)
Kontrollere düzenli gelme	
Evet	61(30.5)
Hayır	139(69.5)
Evde kan şekeri ölçümü yapma	
Evet	191(95.5)
Hayır	9(4.5)
Evde kan şekeri ölçümü sıklığı	
Yanıt vermeyen	31(15.5)
Günde 1 defa	22(11.0)
Günde 2 defa	73(36.5)
Günde 3 defa	67(33.5)
Haftada 4 defa	1(0.5)
Her gün	6(3.0)
Göz muayenesi yaptırma	
Evet	61(30.5)
Hayır	139(69.5)
Böbrek muayenesi yaptırma	
Evet	31(15.5)
Hayır	169(84.5)
Kalp-damar muayenesi yaptırma	
Evet	71(35.5)
Hayır	129(64.5)
Ayak muayenesi yaptırma	
Evet	89(44.5)
Hayır	111(55.5)
Hipoglisemi yaşama	
Evet	18(9.0)
Hayır	182(91.0)

Tablo 4. 3. Çalışmaya Alınan Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı
(Devam)

Hiperglisemi yaşama Evet Hayır	85(42.5) 115(57.5)
Diyabet hemşiresi ile düzenli görüşme Evet Hayır	55(27.5) 145(72.5)
Hastalıkla ilgili eğitim alma Evet Hayır	184(92.0) 16(8.0)
Aşı olmanın gerekliliğini bilme Evet Hayır	80(40.0) 120(60.0)
Aşı takvimini bilme Evet Hayır	4(2.0) 196(98.0)
Erişkin aşı şemasını bilme Evet Hayır	7(3.5) 193(96.5)
Diyabet hastaların olması gereken aşıları bilme Evet Hayır	9(4.5) 191(95.5)
Sıkça üst solunum yolu enfeksiyonu yaşama Evet Hayır	137(68.5) 63(31.5)
Sıkça alt solunum yolu enfeksiyonu yaşama Evet Hayır	41(20.5) 159(79.5)
Sıkça üriner sistem enfeksiyon yaşama Evet Hayır	18(9.0) 182(91.0)
Enfeksiyonlardan korunma ile ilgili eğitim alma Evet Hayır Toplam	1(0.5) 199(99.5) 200(100)

4.3. Hastaların Aşılarla İlişkin Bulguları

Hastaların %91.5'ine pnömokok, %82.5'ine grip, %99.5'ine difteri- boğmaca-tetanoz (DBT), %95.5'ine hepatit B aşısı ve tamamına (%100) hepatit A, herpes zoster (zona), ve human papilloma virüs (HPV) aşılarının önerilmediği saptandı.

Hastaların %12.5'inin pnömokok aşısı yaptırdığı, %14.5'inin geçen sonbaharda grip aşısı olduğu ve sadece %10.5'inin yıllık grip aşısının tekrarını yaptırdığı, %35.5'inin DBT aşısı olduğu, %98.5'inin hepatit A aşısı olmadığı, %18'inin hepatit B aşısı yaptırdığı, %98'inin de hepatit B antikor düzeyini kontrol ettirmediği, hastaların tamamının ise herpes zoster ve HPV aşılarını yaptırmadığı belirlendi (Tablo 4.3).



Tablo 4. 4. Hastaların Aşılar İle İlgili Bulgularının Dağılımı

	Sayı (Yüzde)
Pnömonokok aşısı olmanız önerildi mi?	
Evet	17(8.5)
Hayır	183(91.5)
Pnömonokok aşısı oldunuz mu?	
Evet	25(12.5)
Hayır	175(87.5)
Grip aşısı olmanız önerildi mi?	
Evet	35(17.5)
Hayır	165(82.5)
Geçen sonbaharda grip aşısı oldunuz mu?	
Evet	29(14.5)
Hayır	171(85.5)
Grip aşısının yıllık tekrarını yaptırıyor musunuz?	
Evet	21(10.5)
Hayır	179(89.5)
Difteri, tetanoz, boğmaca aşısı olmanız önerildi mi?	
Evet	1(0.5)
Hayır	199(99.5)
Difteri, tetanoz, boğmaca aşısı oldunuz mu?	
Evet	71(35.5)
Hayır	129(64.5)
Hepatit A aşısı olmanız önerildi mi?	
Evet	0(0.0)
Hayır	200(100.0)
Hepatit A aşısı oldunuz mu?	
Evet	3(1.5)
Hayır	197(98.5)
Hepatit B aşısı olmanız önerildi mi?	
Evet	9(4.5)
Hayır	191(95.5)
Hepatit B aşısı oldunuz mu?	
Evet	36(18.0)
Hayır	164(82.0)
Hepatit B antikor düzeyine baktırdınız mı?	
Evet	4(2.0)
Hayır	196(98.0)
Herpes zoster (zona) aşısı olmanız önerildi mi?	
Evet	0(0.0)
Hayır	200(100.0)
Herpes zoster (zona) aşısı oldunuz mu?	
Evet	0(0.0)
Hayır	200(100.0)
Human papilloma virüs (HPV) aşısı olmanız önerildi mi?	
Evet	0(0.0)
Hayır	200(100.0)
Human papilloma virüs (HPV) aşısı oldunuz mu?	
Evet	0(0.0)
Hayır	200(100.0)
Toplam	200(100)

4.4. Hastaların Bazı Özellikleri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılama Durumlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Çalışmaya alınan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, diyabet öyküsüne sahip olma, kontrollere düzenli gelme, diyabet hemşiresi ile düzenli görüşme, hastalık ve enfeksiyonlardan korunma için bilgi alma durumu ile pnömonokok, grip, DBT, hepatit A, hepatit B, zona ve HPV aşısı olma durumları arasındaki ilişki Tablo 4.4’de verilmiştir.

Diyabet hastalarından 54-71 yaşları arasında olanların pnömonokok, grip, DBT ve hepatit B aşılarını yaptırdığı, Hepatit A aşısını ise sadece 36-53 yaşındaki hastaların yaptırdığı, pnömonokok aşısı dışında bu durumların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Kadın ve erkek hastaların ise zona ve HPV aşıları dışında tüm aşıları yaptırdıkları ancak sadece DBT aşısında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Eğitim düzeyi ile aşıları yaptırma durumu arasında zona ve HPV aşıları dışında anlamlı ilişki olduğu, lise düzeyinde eğitim durumuna sahip olanların zona ve HPV aşıları dışında tüm aşıları yaptırdıkları, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanların ise hepatit A, zona ve HPV aşıları dışında tüm aşıları yaptırdıkları belirlendi ($p<0.05$). Diyabet tanı süresi 61-120 ay olanların pnömonokok, grip, DBT ve hepatit aşılarını yaptırdıkları, hepatit, zona ve HPV aşıları dışında diğer aşılama durumu ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Diyabet hastalarından kontrollere düzenli gelenlerin pnömonokok, grip, DBT ve hepatit aşılarını yaptırdıkları, hepatit A aşısı dışında bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), zona ve HPV aşıları yaptırma durumu ile arasında ilişki olmadığı tespit edildi. Diyabet hemşiresi ile düzenli görüşen bireylerin pnömonokok, grip, DBT ve hepatit B aşılarını yaptırdıkları, yine hepatit A, zona ve HPV aşıları dışında bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastalıkla ilgili bilgi alanların pnömonokok, grip, DBT ve hepatit aşılarını yaptırdıkları, ancak sadece DBT aşısı yaptırma durumu ile bilgi alma arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Enfeksiyonlardan korunmak için eğitim alma ile aşı yaptırma durumu arasında ilişki olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).

Tablo 4. 5. Hastaların Bazı Özellikleri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılanma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Pnömonokok		Grip		DBT		Hepatit A		Hepatit B		Zona		HPV	
	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)
Yaş														
18-35	-	2(1.1)	-	2(1,5)	1(1.4)	1(.8)	-	2(1.0)	1(2.8)	1(.6)	-	2(1.0)	-	2(1.0)
36-53	5(20.0)	44(25.1)	22(32.8)	27(20.3)	22(31.0)	27(20.9)	3(100.0)	46(23.4)	12(33.3)	37(22.6)	-	49(24.5)	-	49(24.5)
54-71	20(80.0)	109(62.3)	45(67.2)	84(63.2)	48(67.6)	81(62.8)	-	129(65.5)	23(63.9)	106(64.6)	-	129(64.5)	-	129(64.5)
72 ve üzeri	-	20(11.4)	-	20(15.0)	-	20(15.5)	-	20(10.2)	-	20(12.2)	-	20(10.0)	-	20(10.0)
p	0.217		0.003		0.004		0.025		0.066		-		-	
Cinsiyet														
Kadın	9(36.0)	93(53.1)	29(43.3)	73(54.9)	27(38.0)	75(58.1)	1(33.3)	101(51.3)	16(44.4)	86(52.4)	-	102(51.0)	-	102(51.0)
Erkek	16(64.0)	82(46.9)	38(56.7)	60(45.1)	44(62.0)	54(41.9)	2(66.7)	96(48.7)	20(55.6)	78(47.6)	-	98(49.0)	-	98(49.0)
p	0.109		0.121		0.006		0.537		0.385		-		-	
Eğitim Durumu														
Okur. değil	8(32.0)	95(54.3)	18(26.9)	85(63.9)	85(63.9)	85(65.9)	-	103(52.3)	5(13.9)	98(59.8)	-	103(51.5)	-	103(51.5)
İlkokul	8(32.0)	55(31.4)	25(37.3)	38(28.6)	27(38.0)	36(27.9)	-	63(32.0)	13(36.1)	50(30.5)	-	63(31.5)	-	63(31.5)
Ortaokul	-	8(4.6)	4(6.0)	4(3.0)	4(5.6)	4(3.1)	-	8(4.1)	2(5.6)	6(3.7)	-	8(4.0)	-	8(4.0)
Lise	9(36.0)	17(9.7)	20(29.9)	6(4.5)	22(31.0)	4(3.1)	3(100.0)	23(11.7)	16(44.4)	10(6.1)	-	26(13.0)	-	26(13.0)
p	0.002		0.000		0.000		0.000		0.000		-		-	
Hastalık süresi (ay)														
0-60	6(24.0)	38(21.7)	23(34.3)	21(15.8)	25(35.2)	19(14.7)	2(66.7)	42(21.3)	13(36.1)	31(18.9)	-	44(22.0)	-	44(22.0)
61-120	15(60.0)	48(27.4)	28(41.8)	35(26.3)	28(39.4)	35(27.1)	1(33.3)	62(31.5)	15(41.7)	48(29.3)	-	63(31.5)	-	63(31.5)
121-180	4(16.0)	44(25.1)	13(19.4)	35(26.3)	12(16.9)	36(27.9)	-	48(24.4)	6(16.7)	42(25.6)	-	48(24.0)	-	48(24.0)
181-240	-	21(12.0)	1(1.5)	20(15.0)	1(1.4)	20(15.5)	-	21(10.7)	1(2.8)	20(12.2)	-	21(10.5)	-	21(10.5)
241-300	-	9(5.1)	-	9(6.8)	1(1.4)	8(6.2)	-	9(4.6)	-	9(5.5)	-	9(4.5)	-	9(4.5)
301-360	-	10(5.7)	-	10(7.5)	2(2.8)	8(6.2)	-	10(5.1)	-	10(6.1)	-	10(5.0)	-	10(5.0)
361-420	-	4(2.3)	2(3.0)	2(1.5)	2(2.8)	2(1.6)	-	4(2.0)	1(2.8)	3(1.8)	-	4(2.0)	-	4(2.0)
421-480	-	1(.6)	2(.0)	1(.8)	-	1(.8)	-	1(.5)	-	1(.6)	-	1(.5)	-	1(.5)
p	0.041		0.000		0.000		0.759		0.063		-		-	

Tablo 4. 6. Hastaların Bazı Özellikleri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılanma Durumlarının Karşılaştırılması (Devam)

Kontrollere düzenli gelme														
Evet	14(56.0)	47(26.9)	34(50.7)	27(20.3)	34(47.9)	102(20.9)	2(66.7)	59(29.9)	17(47.2)	44(26.8)	-	61(30.5)	-	61(30.5)
Hayır	11(44.0)	128(73.1)	33(49.3)	106(79.7)	37(52.1)	13(79.1)	1(33.3)	138(70.1)	19(52.8)	120(73.2)	-	139(69.5)	-	139(69.5)
p		0.003		0.000		0.000		0.170		0.016		-		-
Diyabet hemşiresi ile görüşme														
Evet	21(84.0)	34(19.4)	39(58.2)	16(12.0)	42(59.2)	13(10.1)	-	55(27.9)	26(72.2)	29(17.7)	-	55(27.5)	-	55(27.5)
Hayır	4(16.0)	141(80.6)	28(41.8)	117(88.0)	29(40.8)	116(89.9)	3(100.0)	142(72.1)	10(27.8)	135(82.3)	-	145(72.5)	-	145(72.5)
p		0.000		0.000		0.000		0.282		0.000		-		-
Hastalıkla ilgili bilgi alma														
Evet	25(100.0)	159(90.9)	65(97.0)	119(89.5)	70(98.6)	114(88.4)	2(66.7)	182(92.4)	34(94.4)	150(91.5)	-	184(92.0)	-	184(92.0)
Hayır	-	16(9.1)	2(3.0)	14(10.5)	1(1.4)	15(11.6)	1(33.3)	15(7.6)	2(5.6)	14(8.5)	-	16(8.0)	-	16(8.0)
p		0.115		0.064		0.011		0.103		0.550		-		-
Enfeksiyonlardan korunma için eğitim alma														
Evet	-	1(.6)	1(1.5)	-	1(1.4)	-	-	1(.5)	-	1(.6)	-	1(.5)	-	1(.5)
Hayır	25(100)	174(99.4)	66(98.5)	133(100)	70(98.6)	129(100)	3(100)	196(99.5)	36(100)	163(99.4)	-	199(99.5)	-	199(99.5)
p		0.705		0.158		0.177		0.902		0.639		-		-

4.5. Hastaların Aşılanmaya İlişkin Bilgileri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılama Durumlarının Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Erişkin aşı şemasını ve diyabet hastalarının olması gereken aşıları bilmeyenler ile pnömonokok, grip, DBT ve Hepatit aşıları yaptırma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Aşı olmanın gerekliliğini bilme ile pnömonokok, grip, DBT ve Hepatit B aşıları yaptırma durumu arasında da anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.5).



Tablo 4. 7. Hastaların Aşılanmaya İlişkin Bilgileri ile Pnömonokok, Grip, DBT, Hepatit A, Hepatit B, Herpes Zoster ve HPV ile Aşılama Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	Pnömonokok		Grip		DBT		Hepatit A		Hepatit B		Zona		HPV	
	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)	Evet n(%)	Havır n(%)
Erişkin aşı şemasını bilme														
Evet	5(20.0)	2(1.1)	6(9.0)	1(.8)	6(8.5)	1(.8)	1(33.3)	6(3.0)	7(19.4)	-	-	7(3.5)	-	7(3.5)
Hayır	20(80.0)	173(98.9)	61(91.0)	132(99.2)	65(91.5)	128(99.2)	2(66.7)	191(97.0)	29(80.6)	164(100)	-	193(96.5)	-	193(96.5)
p	0.000		0.003		0.005		0.005		0.000		-		-	
Diyabet hastalarının olması gereken aşıları bilme														
Evet	7(28.0)	2(1.1)	9(13.4)	-	9(12.7)	-	-	9(4.6)	7(19.4)	2(1.2)	-	9(4.5)	-	9(4.5)
Hayır	18(72.0)	173(98.9)	58(86.6)	133(100.0)	62(87.3)	129(100.0)	3(100.0)	188(95.4)	29(80.6)	162(98.8)	-	191(95.5)	-	191(95.5)
p	0.000		0.000		0.000		0.705		0.000		-		-	
Aşı olmanın gerekliliğini bilme														
Evet	22(88.0)	58(33.1)	52(77.6)	28(21.1)	57(80.3)	23(17.8)	2(66.7)	78(39.6)	30(83.3)	50(30.5)	-	80(40.0)	-	80(40.0)
Hayır	3(12.0)	117(66.9)	15(22.4)	105(78.9)	14(19.7)	106(82.2)	1(33.3)	119(60.4)	6(16.7)	114(69.5)	-	120(60.0)	-	120(60.0)
p	0.000		0.000		0.000		0.776		0.000		-		-	

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Günümüzde diyabet, sıklığı ve sebep olduğu sorunlar nedeniyle ülkemizde ve dünyada önemli bir sağlık sorunu olup, özellikle yaşam tarzındaki değişimlere bağlı olarak tüm toplumlarda prevalansı hızla yükselen bir kronik hastalık haline gelmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2017 yılı itibari ile dünyadaki diyabetli birey sayısının 451 milyon (18-99 yaş) iken, bu sayının 2045 yılında 693 milyona ulaşacağını öngörmektedir (83). Bilindiği gibi diyabette, glukoz metabolizmasının bozulması fagositoz, kemotaksis ve lökosit fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek hücrel immünitede değişikliklere yol açmaktadır. Aynı zamanda mikrovasküler ve makrovasküler fonksiyon bozukluğu da bu duruma katkı sağlamaktadır (55,58). Bütün bu değişiklikler, diyabetik hastaların başta influenza ve pnömokok olmak üzere enfeksiyonlara daha yatkın hale gelmesine ve enfeksiyonların daha ağır seyretmesine neden olmaktadır (4). Ancak önlenabilir hastalıklar grubu içerisinde yer alan enfeksiyon hastalıklarından korunmanın en etkili ve temel yolu bağışıklamadır. Aşı ise birincil bağışıklamanın temel mekanizmasını oluşturmaktadır (84). Bu doğrultuda yapılmış olan bu çalışmada özel gruplar içerisinde yer alan diyabet hastalarının, aşılama ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi ve aşılama oranlarına katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

5.1.1. Hastaların Sosyodemografik ve Diyabet ile İlgili Bazı Özelliklerinin İncelenmesi

Literatürde diyabet hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların çoğunluğunun 50 yaş ve üzeri, kadın, evli, ilkokul mezunu ve çalışmadıkları belirtilmektedir (36,85,86). Bu çalışmada da verilen sonuçlara benzer olarak hastaların çoğunun 50 yaş ve üzeri, kadın, evli olduğu, okuryazar olmadığı ve çalışmadığı saptandı (Tablo 4.1). Diyabet ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların diyabet tanı süresinin en az 1-5 yıl olduğu, diyabet tedavisi olarak OAD kullanıldığı, çoğunun kronik hastalığının ve ailesinde de diyabet öyküsünün bulunduğu, diyabet ile ilgili eğitim almadığı, düzenli egzersiz yapmadığı, tıbbi beslenme tedavisine/diyete uymadığı, ancak doktor kontrolüne düzenli olarak gittikleri belirtilmiştir (3,27). Bu çalışmada hastaların çoğunun hastalık süresinin 61-120

ay olduğu, diyabet tedavisi olarak OAD kullanıldığı, kronik hastalığının bulunduğu, neredeyse tamamına yakınının ailesinde de diyabet öyküsünün bulunduğu, egzersiz yapmadığı, kontrollere düzenli gitmediği, ancak tıbbi beslenme tedavisine uyduğu ve diyabet eğitimi aldığı saptandı (Tablo 4.2). Ayrıca Ündey'in çalışmasında diyabet hastalarının %66.5'inin sigara, %82'sinin alkol kullanmadığı belirtilmiştir (3). Bu çalışmada da benzer olarak hastaların neredeyse tamamına yakınının sigara ve alkol kullanmadığı belirlendi (Tablo 4.1). Eryılmaz'ın yaptığı çalışmada diyabet hastalarının %59.4'ünün hiperglisemi, %85.0'nın hipoglisemi yaşamadığı ve %60.9'unun ev/hastane dışında kan şekeri ölçümü yapmadığı tespit edilmiştir (27). Bu çalışmada ise hastaların %57.5'inin hiperglisemi, %91.0'nın hipoglisemi yaşamadığı, %95.5'inin kan şekeri ölçümü yaptığı ve %33.5'inin günde üç defa kan şekeri ölçümü yaptığı belirlendi (Tablo 4.2).

5.1.2. Hastaların Aşı ve Diyabet ile İlgili Bazı Bulgularının İncelenmesi

Diyabet hastalarında aşılama ve aşılama ile ilgili bilgi sahibi olma durumu, özellikle influenza, pnömokok ve hepatit B aşılarının yaptırılması; hospitalizasyon, mortalite, morbidite ve sağlık maliyeti açısından oldukça önemlidir. Ancak ülkemizde genel popülasyonda olduğu gibi diyabet hastalarında da aşılama oranlarının, gelişmiş ülkelere göre daha düşük düzeyde olduğu ve hastaların bu konunun önemine ilişkin yeterli farkındalığa sahip olmadığı bildirilmektedir (6). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hastaların sadece %34.5'nin hepatit B, %46.3'ünün influenza ve %18.9'unun pnömokok aşısı olmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir (5). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesinde 2383 kişiyle yüz yüze görüşme yoluyla yapılan bir çalışmada ise hastaların sadece %10.7'sinin pnömokok aşısını yaptırmaları gerektiğinin farkında olduğu saptanmıştır (87). Candan'ın yaptığı çalışmada hastaların %74.6'sının erişkin aşıları hakkında bilgi sahibi olduğu, ancak Kadioğlu'nun yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun erişkin aşıları hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir (82,88). Bu çalışmada ise hastaların %60'ının aşı olmanın gerekliliğini, %98'inin aşı takvimini ve %95.5'inin de diyabeti olan bireylerin olması gereken aşıları bilmediği tespit edildi (Tablo 4.2). Bu sonuçlar genel toplumda ve risk grubuna giren diyabetli bireylerde aşılamaya ilişkin farkındalığın yeterli olmadığını ve hastaların bu açıdan mutlaka desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Literatürde influenzaya bağlı komplikasyon gelişme riskinin; 65 yaş üzeri ve iki yaş altı, uzun dönem aspirin kullanan, morbid obez, hamile ve immünsüpresyonu olan, bakımevinde yaşayan ve diyabet gibi kronik sağlık sorunu olanlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (89). Ayrıca grip aşısının prensipte kontrendikasyonu olmayan ve isteyen herkese uygulanabileceği, pnömokok aşısı için ise 65 yaş üzeri tüm erişkinlerin ve 19-64 yaş arası risk faktörlere sahip olan tüm bireylerin aşılama gerektiği vurgulanmaktadır (63,90). Meksika, Brezilya ve İspanya’da yapılan çalışmalarda influenza aşılama oranlarının 60 yaş ve üzeri bireylerde sırasıyla %56.5, %63.2 ve %68.0 olduğu bulunmuştur (91,92). Ülkemizde Özışık ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 65 yaş üstü hastaların %32.7’sinin influenza, %20.4’ünün pnömokok, 65 yaş altında ve risk faktörleri olanların ise %23.4’ünün influenza ve %10.6’sının pnömokok aşısını yaptırdığı saptanmıştır (93). Elbi ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %32.8’inin grip aşısını yaptırdığı, Erbay ve arkadaşlarının çalışmasında risk altındaki erişkinlerde influenza ve pnömokok aşılama oranlarının çok düşük olduğu, influenza aşılama oranının %12.3, pnömokok aşılama oranının ise %3 olduğu, en az pnömokok aşısı yaptıran grubun diyabet tanısı alanlar (%0.2 pnömokok) olduğu belirtilmiştir (94,95). Ege Bölgesinde iç hastalıkları polikliniklerine başvuran erişkin hastalarda yapılan bir çalışmada da kronik hastalığı olanlar içerisinde aşılama oranının en düşük olduğu grubun diyabetikler olduğu belirtilmiş ve diyabet hastalarının %9.1’inin influenza, %0.1’inin de pnömokok aşısı yaptırdığı tespit edilmiştir (96). Bu çalışmada ise bireylerin %14.5’inin influenza, %12.5’inin pnömokok aşısı olduğu (Tablo 4.3), 54 yaş ve üstü diyabet hastalarının %67.2’sinin influenza, %80’inin pnömokok aşısı yaptırdığı ve diğer çalışmalara göre bu aşıları yaptıрма oranının fazla olduğu tespit edildi (Tablo 4.4). Literatürde kadın ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin daha yüksek oranda influenza aşısı yaptırdıkları belirtilmektedir. Ancak cinsiyet ve eğitim düzeyinin aşılama oranlarını etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (89,97). Çin’de yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyi olanların, aşı yaptıрма yüzdesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (98). Bu çalışmada ise eğitim düzeyi ile aşı yaptıрма durumu arasında anlamlı ilişki olduğu, lise düzeyinde eğitim durumuna sahip olanların tüm aşıları yaptırdıkları, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olanların ise hepatit A aşısı dışında tüm aşıları yaptırdıkları, erkeklerin influenza aşısını daha fazla yaptırdığı ancak cinsiyet ile aşı yaptıрма durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı (Tablo 4.4).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu "Sağlıklı Kişiler 2020" projesi kapsamında hepatit B aşısı yaptırma hedefi %90 olarak belirlenmiştir (82). Ülkemizde ise Arslan ve arkadaşlarının diyabetli bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada aşı olmanın gerekliliğini bilenlerin sadece %15.5'inin hepatit B aşısı yaptırdığı kaydedilmiştir (5). Candan'ın yapmış olduğu araştırmada ise katılımcıların %62'sinin erişkin dönemde hepatit B aşısının gerekli olduğunu düşündüğü, ancak %43.4'ünün en az bir kez hepatit B aşısı yaptırmış olduğu, eğitim seviyesi arttıkça hepatit B aşısının gerekli olduğunu düşünenlerin yüzdesinin arttığı, ancak eğitim seviyesi ve yaş ile hepatit B aşısı yaptırma durumu arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (82). Kadioğlu'nun yaptığı çalışmada en az bir kez hepatit B aşısı yaptıranların oranının %18.6 olduğu, genç yaş ve lise üzeri düzeyde eğitime sahip olanlarda, hepatit B aşısı yaptırma oranının yüksek olduğu saptanmıştır (88). Bu çalışmada ise hastaların sadece %4.5'ine hepatit B aşısı önerildiği, %18'inin hepatit B aşısını yaptırdığı ve %2'sinin hepatit B antikor düzeyine baktırdığı tespit edildi (Tablo 4.3). Ayrıca 54-71 yaş ve lise düzeyinde eğitim alanların hepatit B aşısını yaptırdığı, cinsiyetin bu durumu etkilemediği belirlendi (Tablo 4.4). Diğer çalışma sonuçlarına kıyasla hepatit B aşısı yaptırma oranının düşük olması nedeniyle, hastaların mutlaka hepatit B aşılarını yaptırma durumları açısından desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Literatürde erişkin tetanoz vakalarının daha çok ileri yaşlarda görüldüğü ve genellikle primer immünizasyonun yetersiz olduğu bildirilmektedir (99). Amerika'da yapılan bir çalışmada son 10 yıl içinde tetanoz aşısı yaptırma sıklığının 18 yaş ve üstü erkeklerde %65, kadınlarda ise %58.3 olduğu belirlenmiştir (100). Bolatkale'nin yapmış olduğu çalışmada hastaların %59.0'ının en az bir kez tetanoz aşısı yaptırdığı ve eğitim düzeyi ile aşı yaptırma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (99). Samsun ilinde 2011 yılında yapılan bir çalışmada bireylerin %56.8'inin en az bir kez tetanoz aşısı yaptırdığı ve tetanoz aşılama oranının ileri yaşta giderek azaldığı, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan bireylerde aşılama oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (88). Zeybek ve arkadaşlarının 2003 yılında sağlıklı erişkin polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerle yaptıkları çalışmada ise tetanoz aşılama sıklığı %1.8 olarak bulunmuştur (101). Bu çalışma hastaların %35.5'inin DBT aşısını yaptırdığı belirlendi (Tablo 4.3). Ayrıca 54-71 yaşları arasında olanların, erkeklerin ve okuryazar olmayanların daha yüksek oranda tetanoz aşısı yaptırdığı saptandı (Tablo 4.4).

Amerika’da 2015 yılında yayınlanan bir sağlık raporuna gre, hepatit A aşıısı (iki doz) kapsamının ≥ 19 yetişkinlerde %9, 19-49 yaşları arasında %12.3 ve ≥ 50 yetişkinlerde %5.5 olduğu belirtilmiştir (102). lkemizde ise Bolatkale’nin yapmış olduğu çalışmada hepatit A aşılanma oranının %13.4 olduğu, yaş, aylık gelir ve eğitim durumu ile aşılanma arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (99). Kadioğlu’nun yaptığı çalışmada ise hepatit A ile aşılanan bireyin olmadığı ifade edilmiştir (88). Bu sonuçlara benzer olarak bu çalışmada da diyabetli bireylerin sadece %1.5’inin hepatit A aşısını yaptırdığı ve hastaların hiçbirine hepatit A aşısının önerilmediği saptandı (Tablo 4.3).

Herpes zoster (zona) aşıısı 60 yaş üzerindeki tüm bireylere, huzurevinde yaşayanlara ve kronik hastalığı olanlara önerilmektedir (63). Çünkü zona özellikle yaşlı bireylerde lezyonlar ortadan kalktığı halde nöropatik ağrının bazen aylarca sürdüğü klinik durumlara yol açmakta ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak lkemizde yapılan çalışmalarda bireylerin zona aşıısı ile ilgili çok az bilgiye sahip olduğu ve aşı yaptıırma oranının da oldukça yetersiz olduğu belirtilmiştir (84,103,104). Bu bilgiye paralel olarak bu çalışmada da hastaların hiçbirinin zona aşıısı yaptıırmadığı saptandı (Tablo 4.3).

Literatürde bireylerin HPV aşıları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı ve aşılanma oranının da düşük olduğu belirtilmektedir (84, 88). Ankara’da 2014 yılında yapılan Ulusal Aşı alıştayında HPV aşısının önemi üzerinde durulmuş, lkemizde bu aşının yaptıırılma oranının %1’den az olduğu ve bunun nedeninin ise aşının yüksek maliyeti olduğu açıklanmıştır (105). HPV aşıısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında, Candan’ın çalışmasında bireylerin %1.1’inin HPV aşıısı yaptıırdığı, sadece %29.7’sinin erişkin dönemde HPV aşısının gerekli olduğunu düşündüğü, eğitim seviyesi arttıa HPV aşısının gerekli olduğunu düşünenlerin yüzdesinin arttığı saptanmıştır (82). Aşık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %40’ının erişkinlikte HPV aşısının gerekli olduğunu düşündüğü, %18’inin ise gereksiz olduğunu düşündüğü belirtilmiştir (84). Uzunur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sadece bir kişinin (%0.3) HPV aşısını yaptıırdığı belirlenmiştir (103). Bu çalışmada da verilen sonuçlara benzer olarak diyabetli bireyler arasında HPV aşısını yaptııran kişinin olmadığı belirlendi (Tablo 4.3).

5.2. Sonuç ve Öneriler

5.2.1. Sonuç

Tip 2 diyabetli bireylerin aşılarmaya ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla 200 katılımcı ile gerçekleştirilen bu çalışmada;

- Hastaların çoğunun kadın, 54-71 yaşları arasında, okuryazar olmadığı, çalışmadığı, diyabet dışında da herhangi bir kronik hastalığının olduğu, sigara-alkol kullanmadığı ve ailesinde de diyabet öyküsünün bulunduğu,
- Hastalık süresinin 61-120 ay arasında değiştiği, OAD ve insülin tedavisi kullandığı, kan şekeri ölçümü yaptığı, ancak fiziksel aktivite yapmadığı, kontrollere düzenli gelmediği, göz, böbrek, kalp damar ve ayak muayenesi yaptırmadığı, diyabet hemşiresi ile düzenli olarak görüşmediği ve hastalıkla ilgili eğitim almadığı,
- Hastaların büyük bir kısmının aşı olmanın gerekliliğini, aşı takvimini, erişkin aşı şemasını ve diyabetli bireylerin olması gereken aşıları bilmediği, pnömokok, influenza, DBT, hepatit A ve B, herpes zoster ve HPV aşısının önerilmediği,
- Hastaların sadece %12.5'inin pnömokok, %14.5'inin geçen sonbaharda grip aşısı olduğu, %10.5'inin yıllık grip aşısının tekrarını yaptırdığı, %35.5'inin DBT, %18'inin hepatit B aşısı yaptırdığı, ancak %98.5'inin hepatit A aşısı olmadığı, %98'inin de hepatit B antikor düzeyini kontrol ettirmediği, hastaların hiçbirinin herpes zoster ve HPV aşılarını yaptırmadığı
- Yaş, eğitim durumu, cinsiyet, diyabet hemşiresi ile görüşme, kontrollere düzenli gelme, hastalık ile ilgili bilgi alma ve aşı olmanın gerekliliğini bilmenin aşılanma durumunu olumlu etkilediği belirlendi.

5.2.2. Öneriler

Diyabetli bireylerin aşılanma oranının düşük olması ve farkındalıklarının yeterli düzeyde olmaması nedeniyle sağlık çalışanları tarafından aşılanmanın önemi ile ilgili eğitim verilmesi, aşılanma oranlarının takip edilmesi ve aşılanmayı etkileyen faktörlerin göz önünde bulundurulması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global report on diabetes. 2016;6-11

Erişim adresi :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=1415086592FFF17B15C9EB2044DD4689?sequence=1,

Erişim Tarihi: 18.05.2020.

2. Üren Y, Karabulutlu Yılmaz E. Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Kontrolünü Zorlaştıran Faktörlerin İncelenmesi. HSP. 2018;5(3):376-386.

3. Ündey E. Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı 18-64 Yaş Arası Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı ve Öz Etkililiğin Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine Etkisi. 2019, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 101 Sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Medine YILMAZ).

4. Tarkun İ, Sargın M, Salman S. Diyabetik Birey Aşılama Rehberi. İlkova H, Satman İ, Yılmaz Temel M, Olgun N, Siva Oşar Z (Eds.). Erişim adresi: <http://www.diabetcemiyeti.org/c/diyabetik-birey-asilama-rehberi>, Erişim tarihi: 16.10.2020.

5. Arslan Emre İ, Altınova A, Törüner Baloş F, Yalçın Muhuttin E, Özkan Ç, Çakır N, Aktürk M, Arslan M. Diyabetik Hastaların Hepatit-B, İnfluenza ve Pnömonokok Aşı Farkındalıkları. GMJ. 2016; 27: 115-117.

6. Satman İ, Akalın S, Çakır B, Altınel S, and The diaVAX Study Group. The effect of physicians' awareness on influenza and pneumococcal vaccination rates and correlates of vaccination in patients with diabetes in Turkey. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2013; 9:12:2618–2626.

7. Ünal S, Tanrıöver Durusu M, Taş E, Güner İ, Çetin Yalçın Ö, Sayar İ. Aile Hekimlerine Eğitim Verilmesi ve Aşılama Hedeflerinin Belirlenmesinin Pnömonokok Aşılama Oranları Üzerine Etkileri. Flora. 2015;20(1):10-15.

8. <http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/677/17102018114531-025.pdf>, Erişim Tarihi: 16.10.2020
9. Sağlam H. Diyabet ve Enfeksiyonlar. Güncel Pediatri. 2004; 2:44-52.
10. Çelik A, Altay H, Azap A, Çavuşoğlu Y, Nalbantgil S, şenol E, Temizhan A, Yılmaz Birhan M. Kalp Yetersizliği ve Kronik Kalp Hastalıklarında Erişkin Aşılama: Uzman görüşü. Türk Kardiyoloji Derneği. 2018;46(8):723-734.
11. Önmez A, Tamer A. Bir Üniversite Hastanesi Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(3):143-147.
12. Arpacı İ, Olgun N, Eren Arpacı İ. Hastane Çalışanlarında Diyabet Riskinin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon. 2019;11(1):8.
13. TÜRKDİAB. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi. 9. baskı, İstanbul, 2019. https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020.
14. Osman Omar A. Üniversite Öğrencilerinde Tip 2 Diyabet Riski, Davranışsal Ve Ailesel Risk Faktörleri İle Tip 2 Diyabet Farkındalığı. 2020, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 72 Sayfa, Aydın, (Prof. Dr. Zeynep GÜNEş).
15. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 8th. 2015. https://www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2015_UK.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020.
16. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes. 2019;42(1): S13–S28.
17. Erkoç A. Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Eğitiminin Bilişsel Sosyal Faktörlere Etkisi. 2015, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 100 Sayfa, Erzurum, (Danışman: Prof.Dr. Mehtap TAN).
18. Tanrıverdi Halis M, Çelepkolu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2013;4(4): 562-567.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı. 2015-2020.

- 20.** Pititto Almeida B, Dias Lourenço M, Moraes De Franco Carolina A, Ferreira Rg S, Franco Reis D, Eliaschewitz Goldberg F. Type 2 diabetes in Brazil: epidemiology and management. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. 2015; 8:17–28.
- 21.** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 12. baskı, Ankara, 2019. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20190819095854-2019tbl_kilavuzb48da47363.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020.
- 22.** Akın İrem A. Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon. 2013, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 94 Sayfa, İstanbul, (Dr. Çağla GÜLOL).
- 23.** Coşansu G. Diyabet: Küresel Bir Salgın Hastalık. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2015;31(Ek sayı):1-6.
- 24.** Arısoy H. Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları. 2013, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 89 Sayfa, Ankara, (Öğr. Gör. Dr. İmatullah AKYAR).
- 25.** Sanrı B. İstanbul Tıp Fakültesi Diyet Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sık Görülen Hastalıkların Belirlenmesi. 2014, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 118 Sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Emine AKSOYDAN).
- 26.** Olgun N, Yalın H, Demir Gülyüz H. Diyabetle Mücadelede Diyabet Risklerinin Belirlenmesi ve Tanılama. The Journal of Turkish Family Physician. 2011;2(2):41-49.
- 27.** Eryılmaz A. Tip 2 Diyabetli Bireylere Verilen Planlı Diyabet Eğitiminin ve Telefonla İzlemin Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. 2019, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 101 Sayfa, Balıkesir, (Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA).
- 28.** Eroğlu N. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Eğitimin Diyabet Öz Yönetim ve Öz Etkililiklerine Etkisi. 2017, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 136 Sayfa, İstanbul, (PROF. DR. NECMİYE SABUNCU).
- 29.** Üzmezoğlu B, Özdemir L, Hatipoğlu Nuri O, Özdemir B, Edis Çakır E. Hiperhomosisteinemi ve Diyabetik Ketoasidozun Tetiklediği Masif Pulmoner Tromboemboli Olgusu. Eurasian J Pulmonol. 2014; 16:124-6.
- 30.** Özderya A, Öztürk Yener F, Şen Çil E, Karaman Ö, Altuntaş Y. İyi Kontrollü Tip 2 Diyabetik Hastada Kaplıca Tedavisinin İndüklediği Diyabetik Ketoasidoz Olgusu. CausaPedia. 2013; 2:379.

31. Joffe Hv, Abrahamson MJ. Case study: Tea-Colored Urine İn A Patient With Diabetic Ketoacidosis. Clinical Diabetes. 2004;22(4):197-8.
32. <http://www.turkjem.org/current-issue/diyabetik-ketoasidozlu-ve-hiperozmolar-koma-hastasina-yaklasim-3039>, Erişim tarihi: 16.10.2020.
33. Sözeri E, Kutlutürkan S. Erişkin Hastalarda Diyabetik Ketoasidoz ve Hemşirelik Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2016;8(4):354-8.
34. Nar A, Bayraktar M. Hiperglisemik Aciller. Yoğun Bakım Dergisi. 2002;2(1):48-57.
35. Pasquel Fj, Umpierrez GE. Hyperosmolar Hyperglycemic State: A Historic Review of the Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment. Diabetes Care. 2014; 37:3124–3131.
36. Demir M. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık İnançları ve Tedaviye Uyum Durumlarının İncelenmesi. 2020, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 Sayfa, Sivas, (Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN).
37. Eroğlu N. Diabetes Mellitus'un Komplikasyonları. İzmir Democracy University Health Sciences Journal. 2018: 2651-4575.
38. Terziu S. Koroner Arter Hastalığı Tanısı Olan ve Olmayan Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Özbakım Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. 2019, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 Sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ).
39. Eroğlu N. Diyabetin Komplikasyonlarından Korunmak için Tanı, Tedavi ve İzlem. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;4(1):31-33.
40. Yu H C, Parsons A J, Mamdani M, Lebovic G, Hall S, Newton D, Shah R B, Bhattacharyya O, Laupacis A, Straus E S. A Web-Based İntervention To Support Self Management Of Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Effect On Self-Efficacy, Self-Care And Diabetes Distress. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2014; 14:117.
41. Yuan C, Lai K. W. C, Chan C. W. L, Chow M, Law W. K. H, Ying M. The Effect of Diabetes Self-Management Education on Body Weight, Glycemic Control, and Other Metabolic Markers in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Diabetes Research. 2014:6.
42. Ergen N. Diabetes Mellitus Tip 2 ve Egzersiz. Tıp Fakültesi Klinikleri. 2018;1(3):1-10.

- 43.** Dede Doğan N. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Profesyonel Egzersizin Oksidatif Stres ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisini İnceleyen Klinik Çalışma. 2010, Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 63 Sayfa, Konya, (Doç Dr. M. Sait GÖNEN).
- 44.** Dinççağ N. Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisinde Güncel Durum. İç Hastalıkları Dergisi. 2011; 18:181-223.
- 45.** Ayvaz G. Kan E. Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar. Mised. 2010;23-24.
- Erişim adresi :
http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110325013320diabet_mellitus_tedavisi.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020
- 46.** Karakoç A. Konca C. Diabetes Mellitus'ta İnsülin Tedavisi. Mised. 2010;23-24.
- Erişim adresi :
http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110325013554diabet_mellitusta_insulin_tedavisi.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020
- 47.** T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi. ANKARA – 2015.
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/Diyabetli-Bireyler-Icin-Egitimci-Rehberi.pdf>, Erişim Tarihi: 16.10.2020.
- 48.** İstek N. Karakurt P. Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi. JAREN. 2018;4(3):179-182.
- 49.** Çallı D. Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. 2014, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 114 Sayfa, Denizli, (Yard. Doç. Dr. Asiye KARTAL).
- 50.** Karakurt P. Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Eğitimin Öz-Bakım Üzerine Etkisi. 2008, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 62 Sayfa, Erzurum, (Doç.Dr. Mağfired KAŞIKÇI).
- 51.** Yanık Tekin Y. Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2011, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 68 Sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Özgül EROL).
- 52.** Ustaalioğlu S. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakım ve Tedaviye Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. 2015, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 71 Sayfa, Erzurum, (Prof. Dr. Mehtap TAN).

- 53.** Yardımcı B. İneli B. Akdeniz M. Erişkinlerde Aşılama. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2016; 8(2):29-47.
- 54.** Büke Çağrı A. Yaşlılarda bağışıklama. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine. 2015;54: Ek Sayı/Supplement:35-40.
- 55.** Çelikbaş A. Diyabet Seyrinde Gelişen Enfeksiyonlarda İmmünopatogenez. Klimik Dergisi.2005;18(1):17-20.
- 56.** Özkan B. Döneray H. D vitamininin iskelet sistemi dışı etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2011; 54:99-119.
- 57.** Türk Diyabet Cemiyeti. 53. Ulusal Diyabet Kongresi Sunumları. Diyabet, Enfeksiyon ve Aşılama. 2017 (<http://www.diabetcemiyeti.org/var/cdn/9/7/Mustafa-Cesur.pdf>), Erişim Tarihi: 20.05.2020.
- 58.** https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/1282011131121diyabetik_hastalarda_sistemik_infeksiyonlar_prof-dr-halis_akalin.pdf. Erişim Tarihi:20.05.2020.
- 59.** Orbay E, Bayramiçli Uygur O, Kılıç D, Kavaklı B, Yayla A. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Hepatit B ve H epatit C Seroprevalansı. Türk Aile Hek Derg, 2002;6(3);105-109.
- 60.** Kebabcı N. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde Yatan Geriatrik Hastaların İrdelenmesi. 2015, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Uzmanlık Tezi, 86 Sayfa, Bursa, (Doç. Dr. Yasemin HEPER).
- 61.** Toprak D. Köksal İ. Sargın M. Akan H. Erişkin Aşılması, Uygulamadaki Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Aile Hekimlerinin Erişkin Aşılamaındaki Rolü. Türk Aile Hek Derg. 2018;22(3):166-174.
- 62.** Tekin S. İnfluenza. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2016;32(Ek sayı):8-12.
- 63.** Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). Erişkin Bağışıklama Rehberi, 2. Güncelleme, İstanbul 2016. file:///C:/Users/user/Downloads/eriskin-bagisiklama-rehberi%20(3).pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020.
- 64.** Türk Tabipleri Birliği. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Aşı Rehberi. Ankara, 2018. https://www.ttbb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020
- 65.** Akıncı E. Enfeksiyon Hastalıkları. KURT H, GÜNDEŞ S, GEYİK FARUK M (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2013:243-248.
- 66.** Çolpan A. Diyabetik Hastalarda Üriner Sistem, Solunum Sistemi ve Karınıçi Enfeksiyonları. Klimik Dergisi. 2005;18(1):14-16.

- 67.** Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD). Erişkin Bağışıklama Rehberi. 2019.
- 68.** <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>, Erişim tarihi: 20.05.2020.
- 69.** American Diabetes Association. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care. 2019;42(Suppl. 1): S34–S45 | <https://doi.org/10.2337/dc19-S004>, Erişim tarihi: 16.10.2020.
- 70.** Yılmaz B, Dindar G, Duman Erkan A, Yılmaz H, Öztürkler M, Korkmaz U, Şentürk Ö, Çelebi A, Hülagu S. Kronik Hepatit B Hastalarında İnsülin Direnci Sıklığı. Bozok Tıp Derg. 2015;5(4):56-60.
- 71.** <https://www.vaccinateyourfamily.org/adults/chronic-diseases>, Erişim Tarihi: 21.05.2020.
- 72.** Reily R, Schillie S, Smith E. Increased Risk of Acute Hepatitis B among Adults with Diagnosed Diabetes Mellitus. Journal of Diabetes Science and Technology. 2012;6(4):858-866.
- 73.** Korbel L, Spencer David J. Diabetes Mellitus And İnfection: An Evaluation Of Hospital Utilization And Management Costs İn The United States. J Diabetes Complications. 2015;29(2):192–95.
- 74.** Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris A, Haber P, Ward W. J, Nelson P. N. Prevention Of Hepatitis Virus İnfection İn The United States: Recommendations Of The Advisory Committee On Immunization Practices. MMWR Recomm Rep. 2018;67(No. RR-1):1–31.
- 75.** Alpay Y, Ağalar C. Erişkin Bağışıklama. Flora. 2016;21(3):95-104.
- 76.** Uyan A, Pullukçu H, Taşbakan Işıkgöz M, Yamazhan T, Ulusoy S. Zona Zosterli Hastadan Bulaş Sonucu Suçiçeği Olgusu. Ankem Derg. 2017;31(2):75-77.
- 77.** Köse Ş, Atalay S, Gül S, Sönmez U, Ödemiş İ. Hastaneye Yatırılan Herpes Zoster Olgularının Değerlendirilmesi. Tepecik Eğit Hast Derg. 2013;23(2):89-92.
- 78.** Erbaydar N, Çilingirođlu N, Keskin C, Altunbaş M, Arslanođlu E, Aydın O, Çetin E, Gündüz Gamze G. Human Papilloma Virus Aşısı Bir Üniversite Hastanesi Hemşireleri İçin Ne İfade Ediyor? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi. 2016;3(3):16–27.
- 79.** Avcı Alp G, Bozdayı G. İnsan Papilloma Virüsü. Kafkas J Med Sci. 2013;3(3):136-144.

- 80.** Türker K, Balcı E, Batı S, Haşçuhadar M, Savaş E. Ülkemizde Hepatit A Enfeksiyonunun Değişen Epidemiyolojisi. Türk Mikrobiyol Cem Derg. 2011;41(4):143-148.
- 81.** Avcı Hüseyin H, Selçuk Burak E, Pehlivan E, Elbe H. Türkiye’de Yeni Bir Aşı Uygulaması: Hepatit A. Euras J Fam Med. 2014;3(1):9-14.
- 82.** Candan H. Bir Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği’ne Başvuran Hastaların Erişkin Aşıları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Mevcut Erişkin Aşılama Durumlarının Tespiti ve Değerlendirilmesi. 2017, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 108 Sayfa, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Ayşe Selda TEKİNER).
- 83.** Cho H. N, Shaw E. J, Karuranga S, Huang Y, Fernandes Rocha Da D. J, Ohlrogge W. A, Malanda B. IDF Diabetes Atlas: Global Estimates Of Diabetes Prevalence For 2017 And Projections For 2045. Diabetes Research and Clinical Practise. 2018; 138:271-281.
- 84.** Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Erişkinlerin Erişkinlik Dönemi Aşıları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları, Türk Aile Hek Derg. 2013;17(3):113-118.
- 85.** Akan G. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. 2019, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 88 Sayfa, Denizli, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Asiye KARTAL).
- 86.** Alanyalı Z. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabet Belirtileri ve Öz-Yönetim Algıları. 2019, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 59 Sayfa, Konya, (Dr.Öğr.Üyesi Selda ARSLAN).
- 87.** Turhan Ö, Polat Hüseyin H, Öncel S, Akcan A, Eravsar K, Yalçın Nevzat A. Pneumococcal Vaccination Status in Adults Sixty-Five years and Older. Kuwait Medical Journal. 2010;42(2):52-55.
- 88.** Kadioğlu E. Samsun’da Bireylerin Erişkin Aşıları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Mevcut Erişkin Aşılama Durumlarının Tespiti ve Değerlendirilmesi. 2011, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 133 Sayfa, Samsun, (Prof. Dr. Füsün YARIŞ).
- 89.** Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and Control of Influenza with Vaccines Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2010;59(No. RR-8):1-47.
- 90.** Kim K. D, Bridges B. C, Harriman H. K, Acip Adult Immunization Work Group. Advisory Committee on Immunization Practices Recommended Immunization

Schedule for Adults Aged 19 Years or Older-United States. MMWR. 2015;64(4):91.

91. Trejo-Valdivia B, Mendoza-Alvarado Lr, Palma-Coca O, Hernández-Ávila M, Téllez-Rojo Solís MM. National Survey of Vaccination Coverage (Influenza, pneumococcus and tetanus) in Mexican Population of 60 Years of Age and Older. Salud Publica Mex. 2012; 54:39-46.

92. Akman M, Sarısoy M, Uzuner A, Çifçili S, Uç D, Güzel S, Dikmen İ. Altmış Beş Yaş Üstü Erişkinlerde Aşılama Durumu ve Bilgi Düzeyleri. Turkish Family Physician. 2014;5(3):19-23.

93. Özışık L, Yekedüz E, Tanrıöver Durusu M, Helvacı Ö, Başaran Çalık N, Ünal S. Risk Altındaki Erişkinlerin Pnömonokok ve İnfluenza Aşılama Oranları ve Aşıya Karşı Tutumları. Flora. 2016;21(1):15-20.

94. Elbi H, Değer Barış T. Söke’de 65 Yaş ve Üzeri Kişilerde Grip Aşısı ile Bağışıklama Durumu. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;5(2):28-32.

95. Erbay A, Kader Ç, Ede H, Süher M, Akyol L, İntepe Selim Y, Börekçi E, Yıldırım E, Erbay Rıza A. Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ne Başvuran Risk Gruplarında ve ≥ 65 Yaşındaki Erişkinlerde İnfluenza ve Pnömonokok Aşılama Durumu. Klimik Dergisi. 2018;31(3):205-209.

96. <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179>, Erişim Tarihi: 25.05.2020

97. Özol D, Özkaçar B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Grip Aşılama Oranı. Akciğer Arşivi. 2005; 6:133-136.

98. Wu S, Su J, Yang P, Zhang H, Li H, Chu Y, Hua W, Li C, Tang Y, Wang Q. Factors Associated With The Uptake Of Seasonal İnfluenza Vaccination İn Older And Younger Adults: A Large, Population-Based Survey İn Beijing, China. BMJ Open. 2017;7:1-8. (<https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e017459>), Erişim tarihi: 16.10.2020

99. Bolatkale M. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Erişkin Aşıları Hakkındaki Farkındalıklarının, Mevcut Erişkin Aşılama Durumlarının Tespiti ve Değerlendirilmesi. 2016, Sağlık Bakanlığı Konya Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, 63 Sayfa, Konya, (DOÇ. DR. Mehmet ALİ ERYILMAZ).

100. Centers for Disease Control and Prevention. Tetanus and Pertussis Vaccination Coverage Among Adults Aged ≥ 18 Years United States, 1999 and 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2010;59(40):1302-1306.

- 101.** Zeybek Y, Tokalak İ, Boyacıoğlu S. Altmış Beş Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Aşılama Durumu. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(3):152-154.
- 102.** Walter W. W, Lu Jun-P, O'halloran A, Kim K. D, Grohskopf A. L, Pilishvili T, Skoff H. T, Nelson P. N, Harpaz R, Markowitz E. L, Lainz-Rodriguez A, Fiebelkorn Parker A. Surveillance of Vaccination Coverage Among Adult Populations United States, 2015. MMWR Surveill Summ. 2017;66(No. SS-11):6.
- 103.** Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel İsmail A, Kocatürk Cem A, Kaynar E, Khan A. Erişkinlerin Erişkin Aşları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. TJFMPC. 2018;12(3):215-225.
- 104.** İlhan B, Bakkaloğlu Kağan O. Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Polikliniğine Başvuran Yaşlılarda Aşılama Oranları. Med Bull Haseki. 2019; 57:75-78.
- 105.** TC. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Aşı Çalıştayı Raporu. Ankara- 2014.
http://www.turkgeriatri.org/pdf/Ulusal_Asi_Calistayi_Rapor_2014.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2020.

7. EKLER

Ek 1. Soru Formu

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Protokol Numarası:

Telefon Numarası:

1.Yaş:

2.Cinsiyet: a.Kadın b.Erkek

3.Eğitim Durumu: a. Okuryazar değil b. İlkokul c. Ortaokul d.Lise
e.Üniversite f. Yüksek lisans/Doktora

4.Çalışıyor musunuz? a. Evet b.Hayır

5.Meslek: a.Memur b.İşçi c.Esnaf d.Emekli e.Diğer

6.Gelir Düzeyi: a.Düşük b.Orta c.İyi

7.Yaşadığı Bölge: a.İl b.İlçe c.Köy

8.Medeni Durum: a.Evli b.Bekar c.Boşanmış

9.Çocuğunuz var mı? a.Evet b.Hayır

TIBBİ HASTALIK FORMU

10.Diyabet dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a.Evet b.Hayır

11.Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

a.Evet..... b.Hayır

12.Ne kadar süredir Tip 2 DM hastasıınız? (Ay olarak belirtiniz)

.....

13.Diabet tedavi seçeneğinizi belirtiniz: a.Oral Antidiyabetik b.İnsülin c.OAD ve İnsülin

14.Hastalığınızın tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi alıyor musunuz? a.Evet b.Hayır

15.Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz? a.Evet (sıklığını belirtiniz)..... b.Hayır

16.Kontrollere düzenli geliyor musunuz? a.Evet (sıklığını belirtiniz)..... b.Hayır

17.Evde kan şekeri ölçümü yapıyor musunuz? a.Evet (sıklığını belirtiniz)..... b.Hayır

18.Kan şekeri ölçüm sonucunuzu yorumlamayı biliyor musunuz? a.Evet b.Hayır

19.Göz muayenesi yaptırıyor musunuz? a.Evet b.Hayır

20.Böbrek muayenesi yaptırıyor musunuz? a.Evet b.Hayır

21.Kalp damar muayenesi yaptırıyor musunuz? a.Evet b.Hayır

22.Ayak muayenesi yaptırıyor musunuz? a.Evet b.Hayır

23.Hipoglisemi yaşıyor musunuz? a.Evet (sıklığını belirtiniz)..... b.Hayır

24.Hiperglisemi yaşıyor musunuz? a.Evet (sıklığını belirtiniz)..... b.Hayır

25.Diyabet hemşiresi ile düzenli olarak görüşüyor musunuz: a.Evet b.Hayır

26.Sigara kullanıyor musunuz? a.Evet (sayısını belirtiniz) b.Hayır

27.Alkol kullanıyor musunuz? a.Evet b.Hayır

28.Hastalık yaşam kalitenizi etkiliyor mu? a.Evet b.Hayır

1. Ailede diyabet hastalığına sahip kişiler var mı? a.Evet b.Hayır

- 2.Hastalıkla ilgili bilgi ya da eğitim alıyor musunuz? a.Evet b.Hayır
- 3.Hastalık bilgisini kimden alıyorsunuz? a.Doktor b.Hemşire c.Komşu/Akraba d.Medya
- 29.Diyabet ile aşılanma arasında bir ilişki olduğunu biliyor musunuz? a.Evet b.Hayır
- 30.Aşı olmanın gerekliliğini biliyor musunuz? a.Evet b.Hayır
- 31.Aşı olmanın gerekliliğini biliyorsanız bu bilgiyi hangi kaynaktan edindiniz?
a.Doktor b.Kitap, gazate c.İnternet d.TV e.Komşu
- 32.Aşı takvimini biliyor musunuz? a.Evet b.Hayır
- 33.Erişkin aşı şemasını biliyor musunuz? a.Evet b.Hayır
- 34.Tip 2 DM hastaların olması gereken aşıları biliyor musunuz? a.Evet b.Hayır
- 35.Yaz-kış sıkça üst solunum yolu enfeksiyonu yaşar mısınız? a.Evet b.Hayır
- 36.Yaz-kış sıkça alt solunum yolu enfeksiyonu yaşar mısınız? a.Evet b.Hayır
- 37.Üriner sistem enfeksiyonu sıkça yaşar mısınız? a.Evet b.Hayır
- 38.Enfeksiyonlardan korunma ile ilgili eğitim aldınız mı? a.Evet (kimden aldığınızı belirtiniz)..... b.Hayır

	EVET	HAYIR
Zatürre (pnömokok) aşısı olmanız önerildi mi?		
Zatürre (pnömokok)aşısı oldunuz mu?		
Grip aşısı olmanız önerildi mi?		
Geçen sonbaharda grip aşısı oldunuz mu?		
Grip aşısının yıllık tekrarını yaptırıyor musunuz?		
Hiç grip aşısı oldunuz mu?		
Difteri, tetanoz,boğmaca aşısı olmanız önerildi mi ?		
Difteri, tetanoz,boğmaca aşısı oldunuz mu ?		
Hepatit a aşısı olmanız önerildi mi?		
Hepatit a aşısı oldunuz mu?		
Hepatit B aşısı olmanız önerildi mi?		
Hepatit B aşısı oldunuz mu?		
Hepatit B antikor düzeyi kontrolünü yaptırıyor musunuz?		
Herpes zoster (zona) aşısı olmanız önerildi mi?		
Herpes zoster (zona) aşısı oldunuz mu?		
Human papilloma virüs (HPV) aşısı olmanız önerildi mi?		
Human papilloma virüs (HPV) aşısı oldunuz mu?		

Ek 2: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni Yazısı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU						
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Tip 2 diyabetli hastaların aşılarmaya ilişkin farkındalıkları				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		278				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu				
	AÇIK ADRESİ	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep				
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800				
	FAKS	-				
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr				
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Özlem OVAYOLU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi				
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐			
		FAZ 2	☐			
		FAZ 3	☐			
FAZ 4		☐				
Gözlemsel ilaç çalışması		☐				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐				
In vitro tıbbi tam cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐				
İlaç dışı klinik araştırma		☒				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANSEL İŞİR <i>(Signatures)</i>						

Ek 2. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni Yazısı Devamı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Tip 2 diyabetli hastaların aşılarmaya ilişkin farkındalıkları							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		278							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/278				Tarih: 03.07.2019				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Özlem ALTINDAĞ	FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Bırgül ÖZÇİRPİCİ	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Muradiye NACAK	TIBBİ FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Sinan AKBAYRAM	ÇOCUK HEMATOLOJİ ve ONKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Umut ELBOĞA	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Serkan GÜRGÜL	BIYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Eda Didem YALÇIN	AĞIZ DIŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Gönül KARATAŞ DURUSOY	GÖZ HASTALIKLARI	Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğ. Arş. Hast.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Emine Aybükten YILDIRIM	AVUKAT (Hukukçu)	Gaziantep Barosu	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Hasan KİCİKOĞLU	OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENİ	Gaziantep Anaokulu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
*: Toplantıda Bulunma Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR									

Ek 3. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni Yazısı

KİŞİYE ÖZEL



Sayı : 010.03/32644
Konu : Mevzuat İşleri

16/06/2019

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hastanenizin Genel Cerrahi Servisinde hemşire olarak çalışmaktayım. Gaziantep Üniversitesinde İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Tip 2 DM li hastaların aşılama ile ilgili farkındalığını ölçmek için tez çalışması planlamaktayım. Bunun için Endokrinoloji servisi ve Ayaktan poliklinikte bulunan hastalarla birlikte anket çalışması yapmam lazım. Etik kurul toplanana kadar kurumunuzdan izin istemekteyim .

Bilgilerinizi arz ederim.

Sinem BEBEK
Hemşire

Prof. Dr. Mustafa ARAZ
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Endokrinoloji Bilim Dalı
Tıp No: 2009-10-24416

26.06.2019

Ek 3. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni Yazısı Devamı


* 8 0 0 4 8 3 8 5 8 5 2 *



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi

Sayı :98102723/020/33502
Konu :Çalışma İzni (Sinem BEBEK)

19/06/2019

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :17/06/2019 tarihli, 32661 sayılı ve "Çalışma İzni (Sinem BEBEK)" konulu yazı

Bilim Dalımıza yapılacak olan bu tür başvurular için önce Bilim Dalı Başkanlığı ile şahsen iletişime geçilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Mustafa ARAZ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı V.

Gorsul Dr. Uygur

Prof.Dr. Mustafa ARAZ
Gaziantep Üniver. Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Endokrinoloji Bilim Dalı
19.06.2019

24.06.2019

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.gantep.edu.tr/enVision/Dogrula/8ABKSSE>
Gaziantep Üniversitesi Kampus Alanı, Tıp Fakültesi Dekanlığı, Şehitkamil - Ayrintılı bilgi için irtibat:
27310 - GAZİANTEP
Tel: 0 (342) 360 60 60 Faks: 0 (342) 360 16 17
E-Posta: : tipfaksek@gmail.com Elektronik ağı: www.gantep.edu.tr/~tipdekanlik/bilgi/paketi
1 / 1

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Tip 2 diyabeti olan hastaların aşılarmaya ilişkin farkındalıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için tip-2 diyabet tanısı almış olmanız gerekir.

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji Polikliniklerine başvurduysanız, Endokrinoloji Kliniğinde yatışınız yapıldıysa yüz yüze görüşme tekniği ile soru formunu doldurmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Soru formlarını eksiksiz doldurmanız sizin sorumluluğunuzdadır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200'dür.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; diyabetik bireylerin aşılama ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi ve bu konuda desteklenmenizdir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışma herhangi bir risk taşımamaktadır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
Araştırmanın Adı : Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Fonksiyonel Konstipasyon
Durumlarının Değerlendirilmesi

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/Versiyon:

3/3

Ek 5. Özgeçmiş

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	SİNEM BEBEK
Doğum Tarihi	05.08.1994
Doğum yeri	ADANA/CEYHAN
Akademik unvan/pozisyon	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum
2017	HEMŞİRELİK	EGE ÜNİVERSİTESİ/HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2018	İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
2018-2019	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Cerrahi Kliniği Hemşiresi

D. YABANCI DİL BİLGİSİ

Yükseköğretim Kurumları Yabancı Dil (YÖKDİL) Sınavı- Sağlık Bilimleri (İngilizce)	Sonuç	Tarih
	81,250	24.11.2017