

**T.C.
HASAN KALYONCU
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**SAMSUN E TİPİ KAPALI CEZA İNFAZ KURUMUNDAKİ
DİYABETLİ HÜKÜMLÜ/TUTUKLU VE PERSONELİN
DİYABET BAKIM PROFİLLERİ İLE METABOLİK
KONTROL DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİ**

GÜL MADEN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAMSUN E TİPİ KAPALI CEZA İNFAZ KURUMUNDAKİ
DİYABETLİ HÜKÜMLÜ/TUTUKLU VE PERSONELİN
DİYABET BAKIM PROFİLLERİ İLE METABOLİK
KONTROL DEĞİŞKENLERİNİN İNCELENMESİ

Gül MADEN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim- Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nermin OLGUN




GAZİANTEP

2018


TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Gül MADEN tarafından hazırlanan “Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu’ndaki Diyabetli Hükümlü/Tutuklu ve Personelin Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenliklerinin İncelenmesi” başlıklı tez, 09.01.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Nermin OLGUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Doç. Dr. Medet KORKMAZ Sanko Üniversitesi SBF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu’nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalıőmalarım sırasında bana sonsuz destek veren değerli hocam Prof. Dr. Nermin OLGUN' a, araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinleri veren Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'ne, Samsun Cumhuriyet Başsavcılığı'na, Ceza İnfaz Kurumunda çalıőmalarım esnasında desteğini benden esirgemeyen Kurum Müdürü Günay BAŐAR ve cezaevi personeline, Yrd. Doç.Dr Seval AĞAÇDİKEN'e, Aile Hekimi Alp BEKCİ'ye, Diyetisyen Selen TOSUN'a, sevgili anneme, babama, varlığından güç aldığım biricik oğlum Kaan'a, teşekkür ederim.

ÖZET

Maden G., Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki Diyabetli Hükümlü/Tutuklu ve Personelin Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenlerinin İncelenmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017. Bu çalışma, Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki diyabetli hükümlü/tutuklu ve personelin diyabet bakım profilleri ile metabolik kontrol değişkenlerinin incelenmesi amacıyla yapıldı. Çalışma Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında, kurumda diyabet teşhisi almış 24 hükümlü/tutuklu ve 6 personel olmak üzere 30 diyabetli ile gerçekleştirildi. Çalışmada veri toplama aracı olarak, diyabet bakım profili ölçek formu ve metabolik değişken parametreleri kayıt formu kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanıldı. Çalışmaya katılan diyabetlilerin %93.3'ünün erkek, %60'ının ilkökul mezunu, %70'inin evli, %76.7'sinin sigara kullanmakta , %66.7'sinin 1. derece akrabasında diyabet öyküsü bulunmakta, %56.6'sında retinopati bulunmakta ve % 96.7'sinin Tip 2 diyabete sahip olduğu belirlendi. Bireylerin %47'sinin preobez, %33'ünün obez olduğu saptandı. Sağlık algılama puanlarının düşük olduğu bulundu. Oral antidiyabetik kullanım oranı %66'dır. Hastaların, metabolik değişken parametreleri yüksek bulundu. Bireylerin en sık karşılaştıkları kontrol problemi hiperglisemidir. Diyabetlilerin negatif tutumlarının fazla, pozitif tutumlarının ise düşük olduğu bulundu. Özbakımlarını sürdürmede yetersiz oldukları, diyet ve egzersiz yapmadıkları, yeterli diyabet bilgisine sahip olmadıkları ve diyabetle ilgili eğitim almak istedikleri bulundu. Negatif tutuma sahip olan bireylerin daha çok tedavi engeliyle karşılaştıkları, sosyal ve kişisel özelliklerinin diyabetten daha çok etkilendiği belirlendi. Metabolik değişkenleri yüksek olan bireylerin, özbakımlarının yetersiz olduğu, duygu ve öfkeleriyle başa çıkmada zorlandıkları bulundu. Bireylerin belirttiği duygu ve ifadelerinde, en büyük desteği ailelerinden gördüklerini, ancak cezaevinde oldukları için ailelerinin yanlarında bulunmadığını, diyabet bakımında ailelerinin desteği olmadan zorlandıklarını belirtmişlerdir. Cezaevinde bulunan diyabetlilerin, diyabet yönetiminde olumlu tutum ve davranış geliştirebilmesi için, psikososyal yönden desteklenmesi, diyabetle ilgili yeterli bilgi verilerek, yeterli bakımın sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cezaevi, diyabet bakım profili, metabolik kontrol değişkenleri

ABSTRACT

Maden G., Examination of metabolic control variables and diabetes care profiles of diabetic Convicted / Prisoner and Staff in Samsun E type closed institute of execution, Hasan Kalyoncu University, Department of Nursing, MSc Thesis, Gaziantep, 2017.

The aim of this study was to compare metabolic control variables and diabetes care profiles of diabetes at Samsun E type closed institute of execution,. This study was performed at Samsun E type closed institute of execution between dates February-March 2017 and participated 30 convicts, prisoners and staff who has diabetes. In the study, diabetes care profile scale form and metabolic variable parameters used as data collection tools. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) was used at evaluation of the data. Participants in the study 93.3% were male, 60% were primary school graduate, 70% married, 76.7% were using cigarettes, 66.7% has 1.degree relatives with a history of diabetes, 56.6% retinopathy, 96.7% having type 2 diabetes. 47% of participants were pre-obese, 33% were obese. Health perception scores were low. 66% of participants were using oral antidiabetic. Metabolic variable parameters were found high. The most common control problem was hyperglycaemia. The negative attitudes of participants found high, positive attitudes found low. They weren't enough at sustaining self-care, didn't do exercise and diet, did not have enough diabetes information and wanted to get education about diabetes. Participants who have a negative attitude faced with more treatment obstacles, social and personal characteristics were determined to be more affected from diabetes. It has found that participants who has high metabolic variables, weren't enough at self-care and forced to cope with anger and emotion. Participants stated that they saw the greatest support from their families but because of living in the prison their family is away from them and without the support of their families they were forcing in diabetes care. To develop positive attitudes and behaviour in diabetes management of diabetes in the prison, must support the psychosocial aspects, given enough information about diabet and given enough care .

Key Words: Prison, diabetes care profile, metabolic control variables

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	İ
ÖZET	İİ
ABSTRACT	İİİ
İÇİNDEKİLER	İV
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI	Vİİ
TABLO DİZİNİ.....	Vİİİ
GRAFİK DİZİNİ	İX
1.GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Diyabette Bakım	2
2.1.1.Beslenme Tedavisi.....	2
2.1.2.Kendi Kendine Şeker İzlemi.....	2
2.1.3.Egzersiz.....	3
2.1.4.Ayak Bakımı	3
2.2. Diyabet Kontrolünde Bireyin Psikososyal Durumu.....	3
2.3. Diyabet Eğitimi.....	4
2.4. Diyabet Yönetiminde Sosyal Destek.....	4
2.5. Diyabetin Akut Komplikasyonları	5
2.5.1.Hipoglisemi.....	5
2.5.2.Diyabetik Ketoasidoz (DKA).....	6
2.5.3.Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma (HHNK)	6
2.6. Diyabetin Uzun Dönem Komplikasyonları	6
2.7. Oral Antidiyabetik (OAD) Kullanımı	7
2.8. İnsülin Tedavisi	8
3.GEREÇ VE YÖNTEM	9
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	9

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	9
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	9
3.4 Araştırmanın Etik Yönü	9
3.5 Verilerin Toplanması.....	9
3.6 Veri Toplama Araçları	10
3.6.1.Diyabet Bakım Profili.....	10
3.6.2.Metabolik Kontrol Değişkenleri	10
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	12
3.8 Araştırma Süreci	12
4. BULGULAR	13
5. TARTIŞMA.....	28
5.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi	29
5.2 Metabolik Kontrol Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	30
5.3.Diyabet Bakım Profili Puanları ve Diyabet Bakım Profili ile İlişkili Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	33
5.3.1.Diyabet Bakım Profili Puanlarının Değerlendirilmesi.....	33
5.3.2.Sağlık Algılaması ile Diyabet Bakım Profili Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	37
5.3.3.Metabolik Kontrol Düzeyleri ile Diyabet Bakım Profili Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	37
5.4.Diyabetli Hükümlü/Tutukluların Diyet, Egzersiz ve Destek Tutumları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi	38
5.5.Diyabetli Personellerin Diyet, Egzersiz ve Destek Tutumları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi	38
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	39
6.1 SONUÇLAR	39
6.2 ÖNERİLER	40
6.3. SINIRLILIKLAR.....	41
KAYNAKLAR	42
EKLER	54
Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	
Ek 2. Etik Kurul Onay Formu	
Ek 3.Etik Kurul Kararı	
Ek 4. Kurum İzni	

Ek 5. Diyabet Bakım Profili Ölçek Formu

Ek 6. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu

Ek 7. İntihal Raporu

Ek 8. Özgeçmiş

TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki hükümlü/tutuklu ve personelin diyabet bakım profilleri ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı çalışmamın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

09/01/2018

Gül MADEN



TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 3.1. Diyabetes Mellitus ve Bozulmuş Glikoz Toleransı Tanı Kriterleri	11
Tablo 3.2. Beden Kütle İndeksi Değerlerine Göre Fazla Kilolu ve Obezite Sınıflandırılması	11
Tablo 3.3. Toplam Kolesterol Düzeyinin Sınıflandırılması	11
Tablo 3.4. Trigliserid Düzeyinin Sınıflandırılması	12
Tablo 3.5. Kan Basıncı Tanı Kriterleri	12
Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerin Dağılımı	13
Tablo 4.2. Sağlık Algılama Puan Ortalamalarının Dağılımı	14
Tablo 4.3. Yaş ve BKİ Ortalamaları	15
Tablo 4.4. Diyabetli Bireylerin Metabolik Kontrol Değişkenleri Ortalamaları	16
Tablo 4.5. Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamalarının Dağılımı	16
Tablo 4.6. Yaş ve BKİ ile Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	22
Tablo 4.7. Sağlık Algılama Puan Ortalamaları ile Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	23
Tablo 4.8. Metabolik Kontrol Düzeyi ile Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	24
Tablo.4.9. Diyabetli Hükümlü/Tutukluların Egzersiz, Diyet ve Destek Tutumları Hakkındaki Düşünce ve İfadelerinin Dağılımı	25
Tablo 4.10. Diyabetli Personellerin Egzersiz, Diyet ve Destek Tutumları Hakkındaki Düşünce ve İfadelerinin Dağılımı	27

GRAFİK DİZİNİ

Grafikler	Sayfa No
Grafik 4.1. Diyabetlilerin Tanı Sürelerine Göre Dağılımı.....	14
Grafik 4.2. Diyabetlilerin Kronik Komplikasyon Oranları	15
Grafik 4.3. Diyabetlilerin Kullandıkları Tedavi Biçimi	15

1.GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Önemi

Günümüzde diyabet ciddi komplikasyonlara yol açan, yaşam kalitesini, sosyal ve ekonomik hayatı etkileyen, dünyada salgın olarak kabul edilen kronik bir hastalıktır. Gelişen teknolojiyle beraber, hareketsiz yaşam biçimi, obezitenin artması diyabetin de hızla artmasına sebep olmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu verilerine göre 2017 yılında 425 milyon kişinin diyabetli olduğu ve 2045 yılına kadar diyabetli sayısının 629 milyona ulaşması beklendiği bildirilmiştir (1).

Diyabet, bireyin ve ailesinin yaşamını çeşitli boyutları ile etkileyerek, zorunlu yaşam tarzı değişikliklerine yol açmaktadır. Bireyi, akut ve kronik komplikasyonları sebebiyle fiziksel olarak etkilemekte, aynı zamanda bireyin psikolojisini ve sosyal hayatını da değiştirmektedir. Diyabetli bireyler, verilen tıbbi öneriler doğrultusunda diyabetlerini yönetmek, planlanmış bir bakımı ve tedaviyi sürdürürken normal yaşamlarına da devam etmek zorundadırlar (2).

Diyabet yönetimi için yapılması gereken; egzersiz, kan şekeri takibi, beslenme tedavisi gibi yaşam tarzını değiştiren uygulamalar bireyi zorlamaktadır. Diyabetli bireyin, hastalığını yönetmede başarılı olabilmesi için, yeterli bilgiye sahip olması, yeterli beceri kazanması ve hastalığıyla baş etmede olumlu tutum ve inanca sahip olması gerekmektedir. Kişinin hastalığa karşı tutumu metabolik kontrolün sağlanmasında önemlidir (3,4).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki diyabetli hükümlü/tutuklu ve personelin diyabet bakım profilleri ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabette Bakım

Diyabetli bireylerde, diyabet yönetiminin sağlanması önemlidir. Hastanın beslenme tedavisi, egzersiz, kendi kendine şeker takibi, diyabetin akut ve kronik komplikasyonları, ayak bakımı, kan basıncı kontrolü, ilaç tedavisi konularında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Diyabet kontrolünde temel amaç; kilo kontrolünü sağlayabilme, sağlıklı bir fiziksel aktivite düzeyi oluşturma, kan şekeri düzeyini normale yakın düzeyde tutma, kişide diyabetini kontrol ettiği hissini oluşturmaktır. Diyabetli bireylerde yılda bir kez göz dibi muayenesi, mikroalbüminüri, belirli aralıklarla ayak muayenesi yapılmalıdır (5).

Diyabet bakımında; hipoglisemi, hiperglisemi gibi diyabetin akut komplikasyonlarının yaşanması, diyabetli bireyin kişisel ve sosyal yaşantısının hastalığından dolayı etkilenmesi, tedavisini uygulamada karşılaştığı sorunlar, kan şekeri takibi ve düzenli egzersiz yapmasına engel olan durumlar diyabet kontrolünü zorlaştırmaktadır (6).

Bireyin, hastalığına karşı pozitif tutum içerisinde olması, öz-bakımını sürdürmesi, yeterli bakımın sağlanmasının önemli olduğu inancı, beslenme tedavisine sağladığı uyum, diyabetle ilgili yeterli bilgiye sahip olması, düzenli yapılan bakımın diyabetin kronik komplikasyonlarını geciktireceğine olan inancı ve sosyal çevresinden gördüğü olumlu destek tutumları, diyabet kontrolünü olumlu yönde etkilemektedir (7).

2.1.1. Beslenme Tedavisi

Beslenme tedavisinin amaçları, kişinin fiziksel egzersiz düzeyi, kullandığı ilaçlarla birlikte dengelenmiş diyet programı, kan şekeri düzeyini mümkün olduğu kadar normal sınırlarda tutmak, ideal kilo ve lipid düzeyini sağlamaktır. Aynı zamanda bireyin, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarından korunması, kişinin yapacağı diyabete özgü yaşam tarzı değişiklikleri de beslenme düzenini sağlayarak, diyabet yönetimini oluşturmaktır (8).

2.1.2. Kendi Kendine Şeker İzlemi

Hastanın kendi kendine şeker takibi, beslenmesini ve yaşam kalitesini artırarak, bireye güven verir. Kişinin glikometre cihazını doğru kullanmayı ve sonuçlarını değerlendirmeyi bilmesi, hipoglisemi ve ketoasidozu daha erken fark edebilmeyi, oral antidiyabetik (OAD) ve insülin doz ayarlamasını yapabilmeyi sağlar. Glisemik kontrolü

sağlandığında, diyabetli bireyin beslenme programı da kolaylaşır. Aynı zamanda uzun dönem komplikasyonlarını da azaltır.

Diyabetli bireylerde açlık kan şekeri hedef düzeyi 70-120 mg/dl, tokluk 2. Saat hedef düzeyi <140 mg/dl olmalıdır. Kan glikoz seviyesi yüksek olduğunda keton bakılmalıdır (9,10,11).

2.1.3.Egzersiz

Diyabetli bireylerde egzersiz, diyabet yönetiminin önemli bir kısmını oluşturur. Fiziksel egzersiz, kan şekeri, kan yağlarının ve vücut ağırlığının azalmasına yardımcı olur. Bireyin kas gücünü artırarak kendini daha rahat hissetmesini sağlar. Egzersiz programı için, ayrıntılı tıbbi değerlendirme yapılarak, kronik komplikasyonlar araştırılmalı, uygun egzersiz programı verilmelidir. Kan şekeri 250 mg/dl'nin üzerindeyse ve idrarda keton varsa egzersiz yapılmamalıdır. Egzersiz öncesi ve sonrası kan şekeri ölçümü yapılmalıdır (12,13).

2.1.4.Ayak Bakımı

Kan glikoz düzeyinin yüksek seyretmesi, dolaşım ve sinir sisteminde hasara sebep olur. Zamanla ağrı duyusundaki azalma sonucu, ayakta meydana gelen yaralanmalar fark edilemeyebilir. Bu nedenle diyabetli bireylerin her gün ayaklarında, renk, ısı, kuruma, çatlama, enfeksiyon, yara, bası noktaları, nasır vb. kontrol edilmeli ve günlük bakım yapılmalıdır. Geniş uçlu, rahat ayakkabılar tercih edilmeli, pamuklu, sıkmayan çoraplar giyilmeli, tırnaklar düz kesilmeli, ayaklar ılık suyla yıkanarak nemliken parmak araları dışında kalan tüm ayağa krem sürülmelidir (14,15).

2.2. Diyabet Kontrolünde Bireyin Psikososyal Durumu

Diyabet kronik, ömür boyu süren, bireyin beslenme ve uyku alışkanlıklarında değişime sebep olan, düzenli ve sürekli bakım ve tedavi gerektiren bir hastalıktır. Bu nedenle, diyabetli birey, ilk tanı konulduğunda, hastalığını kabullenmekte psikolojik olarak zorlanabilir. Birey bu dönemde desteklenmelidir. Diyabetle ilgili duygu ve düşüncelerini aktarmasına fırsat verilmelidir. Diyabetin kontrol edilebilir bir hastalık olduğu anlatılmalı, diyabet tedavisi, kilo kontrolü, beslenme, fiziksel hareketin artırılması konularında bilgilendirilmelidir. Hastalığıyla baş etmede, olumlu tutum ve davranış geliştirmesi sağlanmalıdır (16).

Diyabetli bireylerin, hastalığa karşı tutumu diyabet yönetiminde önemlidir. Yapılan çalışmalara göre, olumlu tutuma sahip olan diyabetli bireylerin, kan şekeri düzeylerinin daha iyi olduğu, kronik komplikasyonlarının azaldığı, öz bakımlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (17,18).

Negatif tutuma sahip olan diyabetliler ise diyabet yönetiminde kötüdürler. Güneydoğu Anadolu'da yapılan bir çalışmaya göre, diyabetli bireylerin negatif tutumlarının yüksek olduğu ve bireysel hastalık yönetimi konusunda başarısız oldukları, metabolik kontrolü sağlayamadıkları bulunmuştur (19).

Diyabet yönetiminde aile arkadaş ve sosyal çevreden görülen destek önemlidir.

2.3. Diyabet Eğitimi

Eğitim, diyabet yönetiminin ve bakımın ayrılmaz bir bileşenidir. Tüm sağlık profesyonellerinin, diyabet konusunda kanıtlanmış, etkin ve profesyonel eğitime erişmeleri gerekir (20,21,22,23).

Diyabet eğitiminin amacı diyabetli hastaların, yaşamlarını sağlıklı insanlar gibi sürdürmesini sağlamaktır. Bu nedenle diyabet eğitimi, diyabet yönetiminde önemli bir role sahiptir. Diyabet eğitimi diyabet alanında donanımlı hekim, hemşire, diyetisyen, eczacı, psikolog, sosyal çalışmacı gibi sağlık profesyonelleri tarafından yapılmalıdır (21,24).

Diyabet eğitiminde birey, tıbbi beslenme, egzersiz, kendi kendine şeker takibi, ayak bakımı, verilen tedaviyi uygulayabilme, sigaranın zararları, diyabetin akut ve kronik komplikasyonları, metabolik kontrolü sağlayabilme konularında bilgilendirilmeli, düzenli eğitimlerle olumlu davranış ve tutum değişiklikleri için danışmanlık yapılmalıdır (24).

2.4. Diyabet Yönetiminde Sosyal Destek

Diyabet sadece hastayı değil, diyabetli bireyin aile ve yakınlarını da etkileyen ve bakımda yardım gerektiren bir hastalıktır (25).

Bu nedenle bireyin, çevresinden aldığı sosyal desteğin, diyabet yönetiminde önemli rolü vardır. Bireyin stres altında olması, çevresinden yeterli destek görememesi, diyabet yönetimini olumsuz etkiler. Aile ve arkadaşları tarafından destek gören diyabetliler diyabetle baş etmede daha olumlu tutum göstermektedir. Bu nedenle sosyal destek mutlaka tedaviye dahil edilmelidir. Diyabetli birey sağlık çalışanları tarafından da tıbbi beslenme, tedavi ve bakıma uyum konularında desteklenmelidir (26,27,28).

Tip 1 diyabetli çocuklarla yapılan çalışmada, çocukların annelerinden psikolojik destek beklediği bulunmuştur (29).

Aile desteği sağlıklı beslenme, artan algılanan destek, daha yüksek öz-yeterlik, psikolojik iyilik hali ve daha iyi glisemik kontrol üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir. Kontrolsüz gliseminin düzeltilmesinde önemlidir (30).

2.5. Diyabetin Akut Komplikasyonları

2.5.1.Hipoglisemi

Plazma glikoz düzeyinin 70 mg/dl'nin altına düşmesidir. İnsülin kullanan tip 1 ve tip 2 DM hastalarında yaşamın herhangi bir döneminde hipoglisemi gelişebilir. İnsülin dozunun fazla yapılması, insülin uygulama zamanlarına uyulmaması, uygunsuz insülin seğimi, yüksek doz OAD (sulfonilüre grubu) kullanımı, öğün atlama ve yetersiz karbonhidrat alımı, insulin gereksiniminin azalması, egzersiz yapılacak bölgeye insülin enjeksiyonu, glukoz kullanımının arttığı durumlar, hepatik glukoz üretiminin azalması (Alkol alımı), glukagon ve epinefrin yanıtında yetersizlik, adrenal yetersizlik, kronik böbrek yetersizliği hipoglisemiye yol açmaktadır.

Hipoglisemi belirtileri hafif, orta ve ciddi olup olmasına bağlı olarak değişebilir. Hafif hipoglisemide, soğuk nemli cilt, halsizlik, solukluk, tremor, çarpıntı, terleme vardır. Orta hipoglisemide, hastanın bilinci yerinde olup aktiviteleri belirgin bir Grafikde etkilenmiştir. Baş ağrısı, halsizlik, ruhsal değişiklikler, irritabilite, uyku hali, dikkatte azalma, davranış değişiklikleri gözlenir. Ciddi hipoglisemide, düzeltilmesi için başkasının yardımı gerektiren durumdur. Hastada bilinç kaybı ve konvülsiyon vardır.

Hasta hipoglisemiye fark ettiği anda 15 g karbonhidrat içeren gıda alır (150-200ml meyve suyu, 4-5 adet kesme şeker, 1 dilim ekmek ya da 3-4 glikoz tableti) ve 15 dakika beklenir. Kan şekeri 70 mg/dl ve üzerinde, klinik belirtiler azalmış ve ara ya da ana öğün zamanına 30 dakikadan fazla süre var ise karbonhidrat içeren öğünler önerilmektedir.

Orta derece hipoglisemide 30 g hızlı etkili karbonhidrat (meyve suyu, kesme şeker, glikoz tablet) verilir.

Ciddi hipoglisemide glukagon 1 mg SC/İM yapılır. Hastane koşullarında hastaya İV 50 ml % 20 dextroz ya da hasta stabilleşinceye kadar 100- 150 ml % 10 dextroz devam edilir.

Diyabetli birey ve ailesinin hipoglisemi belirti ve acil durum yönetimi ile bilgilendirilmesi gerekmektedir. Evde bireysel kan glikoz izleminin yapılması ve değerlendirilmesi, öğün zamanlarına dikkat etmesi, aktivite arttırıldığında insülin dozunu azaltması söylenmelidir (31,32).

2.5.2.Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

Plazma glukoz düzeyi genelde 250 mg/dL üzerinde, total keton kanda 3 mmol/L üzerinde, Asidoz: pH<7.3; HCO₃ <15 mEq/L, idrarda keton ve glukoz pozitif ise diyabetik ketoasidoz gelişmektedir.

İnsülinin yanlış ya da yetersiz uygulanması, enfeksiyonlar, tıkaçıcı damar hastalıkları, cerrahi girişimler, travma, yanık, emosyonel stres DKA'ya sebep olmaktadır.

Hiperglisemi, bulantı-kusma, elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, vücut ısısında değişme, nefeste aseton kokusu, ağız kuruluğu, halsizlik, iştahsızlık, ateş, hipotansiyon ve taşikardi DKA'nın klinik belirtileridir.

Diyabetik ketoasidoz tedavisinde, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, kan şekerinin düşürülmesi gerekmektedir. İnsülin tedavisi, sıvı tedavisi, potasyum, gerekirse bikarbonat tedavisi uygulanmalıdır (33).

2.5.3.Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma (HHNK)

İleri derecede hiperglisemi, hiperozmolarite, dehidratasyon, bilinç bulanıklığı veya kaybı ile karakterize bir komplikasyondur.

Ciddi hiperglisemi (PG >600 mg/dL), hiperozmolarite (>320 mOsm/kg), dehidratasyon, ketonemi yok ya da eser, asidoz yok (pH>7.3) bikarbonat(>15mEq/L) HHNK'nın klinik bulgularıdır. Bireyde, poliüri, polidipsi, halsizlik, ileri derecede dehidratasyon nedeniyle baş dönmesi, yorgunluk, ağızda kuruma, kilo kaybı görülmektedir.

HHNK tedavisinde insülin, potasyum ve sıvı tedavisi uygulanır. Diyabetli bireyin ailesi HHNK'nın belirtilerini ve bilinci kapalı hastanın bakımını ve uygulamasını bilmesi gerekir (33).

2.6. Diyabetin Uzun Dönem Komplikasyonları

Diyabet iyi tedavi edilmediğinde yıllar içerisinde çeşitli organların ve sistemlerin çalışmasını etkileyebilmektedir. Kılcal damarların hasara uğraması sonucu mikrovasküler bozukluklar, ana damarların hasara uğraması sonucu makrovasküler bozukluklar, periferik sinirlerin hasara uğraması sonucu diyabetik nöropati, ayaklarda ortaya çıkan bozukluklarda diyabetik ayak görülmektedir.

Makrovasküler komplikasyonlar; koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, miyokard infarktüsü, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklardır.

Mikrovasküler komplikasyonlar; diyabetik retinopati, diyabetik nefropati, diyabetik nöropati, diyabetik ayakdır.

Diyabetli birey ve ailesi diyabetin uzun dönem komplikasyonları hakkında bilgilendirilmeli, diyabet yönetiminin uzun dönem komplikasyonları önlemede önemli olduğu anlatılmalıdır (32).

2.7. Oral Antidiyabetik (OAD) Kullanımı

OAD ilaçlar insülin salgılaması devam eden tip 2 diyabetli bireylerde kullanılır.

- **Sülfanilüreler:** İnsülin sekresyonunu artırarak etkili olurlar. Pankreas beta hücresi üzerindeki sülfanilüre reseptörlerine bağlanarak etki gösterirler. Gliburide (glibenclamide), glipizide, glimepiride, gliclazide bu grupta yer alır. Tip 1 diyabette etkisizdirler.
- **Biguanidler:** Hepatik glikoz üretimini azaltarak ve kas dokusunda insülin duyarlılığını artırarak etkilidirler. Obez tip 2 diyabetik hastalarda ilk seçenek olarak düşünülmelidir. Metformin, bu gruptan klinik kullanımda olan ilaçtır.
- **Alfa-glikozidaz inhibitörleri:** Gastrointestinal sistemden karbonhidrat emilimini azaltarak etkilidirler. Yemeklerden sonra kan şekeri yükselmesini engeller. Monoterapi ya da sülfanilüre ile kombine uygulanır ve Tokluk Kan Şekeri (TKŞ)'ni düşürürler.
- **Meglitinidler:** İnsülin salınımını arttırırlar. Etki süresi çok kısadır. Repaglinid, Nateglinid bu gruptan ilaçlardır.
- **Glitazonlar:** İnsülin direnci üzerinde etkilidirler. Konjestif kalp yetmezliği ve karaciğer fonksiyon bozukluklarında kullanılmamalıdır. Troglitazon, Piaglitazon bu gruptan ilaçlardır.
- **İnkretin bazlı ilaçlar:** İnkretinler gıda ile alınan karbonhidratlara cevap olarak ince barsak K ve L hücrelerinden salgılanırlar. Pankreastan insülin salgısını arttırarak gastrik boşalmayı yavaşlatırlar. Tip 2 diyabette artmış olan postprandial glukagon salgısını baskırlar.
- **Sodyum glikoz kotransporter 2(SGLT2):** Kan şekeri yükseldiğinde böbreklerde glikozun atılımını sağlarlar (34).

2.8. İnsülin Tedavisi

Tip 1 diyabet, gestasyonel diyabet, Oral Anti Diyabetik (OAD)'lere yanıt vermeyen Tip 2 diyabette kullanılır.

- **Çok Kısa etkili İnsülinler (humalog, novarapid, apidra):** IV,SC,IM yolla yapılır. Yemekle veya yemek sonrası yapılabilir.
- **Kısa Etkili İnsilünler:** Berraktır, katkı maddesi içermez, kullanmadan önce çalkalama veya karıştırma gerektirmez. IV,SC,IM yolla uygulanır.
- **Orta Etkili İnsülinler (NPH):** İnsülinin etkisinin uzun olması için değişik katkı maddeleri kullanıldığından bulanıktır. Her kullanımdan önce yavaş ve dikkatlice karıştırılmalıdır. Aksi halde protein yıkımına sebep olur.
- **Uzun Etkili İnsülinler:** Çoklu doz enjeksiyonlarda bazal insülin gereksinimini karşılamada kullanılır. Glargine; lantus ve levemir; detemir bu gruptan insülinlerdir.
- **Karışım İnsülinler:** SC,IM yolla uygulanır. Kısa etkili ve NPH karışımdır (32).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki diyabetli hükümlü/tutuklu ve personelin diyabet bakım profilleri ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma, Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda, hafta içi 14:00-16:00 saatleri arasında sağlık servisinde yürütüldü.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmaya, Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda bulunan, diyabet teşhisi almış, 18 yaşını doldurmuş, mental hastalığı olmayan hükümlü/ tutuklu ve personel dahil edildi. Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda, Mart 2017 tarihinde 850 hükümlü/tutuklu, 230 personel bulumaktaydı. 60 hükümlü/tutuklu diyabet teşhisi almıştı. Diyabet teşhisi alan hükümlü/tutuklulardan 24 kişi çalışmaya katılmayı kabul etti. 230 personelden 6 kişi diyabet teşhisi almıştı. Toplamda 30 kişi çalışmaya dahil edildi.

3.4 Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünden gerekli izinler alınarak yapıldı. Araştırmaya katılanlardan yazılı rıza formu alınarak, gönüllülük esas kılındı. Araştırma için Etik Kurul İzni Şubat 2017 tarihinde alındı. Geçerlilik güvenilirliğini Özcan (35)'ın yaptığı Diyabet Bakım Profili için kullanım izni alındı.

3.5 Verilerin Toplanması

Bu araştırma, Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda, hafta içi 14:00-16:00 saatleri arasında sağlık servisinde, hükümlü/tutuklu ve personele araştırma hakkında bilgi verilerek, kişilerin araştırmaya katılmak istediğine dair yazılı rıza formları alındıktan sonra, yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar doldurularak yapıldı. Katılımcıların boy, kilo ve kan basıncı ölçümleri yapıldı. Diyabet bakım profili anketi dolduruldu.

3.6 Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak; ‘‘Diyabet Bakım Profili’ ile "Metabolik Kontrol Değişkenleri" kullanıldı. Kan basıncı ve boy, kilo ölçümü yapıldı.

3.6.1.Diyabet Bakım Profili

Diyabet Bakım Profili diyabet ve tedavisinin sosyal ve psikolojik yönlerini değerlendiren bir formdur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özcan (35) tarafından 1999’ da yapılmıştır.

Diyabet Bakım Profili 104 maddeden ve 14 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek kapsamında, ölçek maddelerinin yanı sıra demografik bilgileri ve öz-bakım uygulamalarını değerlendiren sorular da yer almaktadır. Diyabet Bakım Profili’nde kontrol problemleri, sosyal ve kişisel faktörler, negatif tutum, tıbbi engeller, izleme engelleri ve egzersiz engelleri olmak üzere diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan 6 alt boyut ile pozitif tutum, öz bakım yeterliliği, bakımın önemi, öz bakıma uyum, diyetle uyum, diyabet bilgisi, uzun dönem bakımın yararları, destek tutumları olmak üzere diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan 8 alt boyut bulunmaktadır. Ölçek maddeleri 5’li likert tipi puanlama ile değerlendirilmiştir. İsteniyorsa her alt boyut içindeki madde puanlarının toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmesi ile 1’den 5’e kadar değişebilen alt boyut toplam puanları üzerinden değerlendirilmektedir.

Diyabet Bakım Profili yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuş, ortalama süre 45-60 dk sürmüştür.

3.6.2.Metabolik Kontrol Değişkenleri

Hastaların metabolik kontrol düzeylerini değerlendirmek için, sağlık dosyalarından elde edilen açlık kan şekeri, HbA1c değeri, kolesterol, trigliserid değerleri kullanıldı. "Beden Kütle İndeksi" beden ağırlığının, boy uzunluğunun karesine bölümü ile elde edildi. Kan basıncı ölçümü yapılmadan önce 5-10 dakika dinlendirildikten sonra her iki kolundan sfigmomanometreli tansiyon aleti ile ölçüldü ve iki ölçümün ortalaması alındı.

Tablo 3.1. Diyabetes Mellitus ve Bozulmuş Glikoz Toleransı Tanı Kriterleri(32)

I. Diyabet Tanısı

1. A1c >6.5

(Laboratuvar ortamında ve standartize yöntemlerle çalışılmalıdır.)

2. Açlık Plazma Glikozu >126 mg/dl

En az 8 saatlik açlık sonrası veya

3. 75 gr Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) 2. Saat değeri > 200 mg/dl

4. Klasik hiperglisemi semptomları ya da hiperglisemi krizi ile random plazma glikozu > 200 mg/dl

II. Prediyabet Tanısı

• **Açlık Plazma Glikozu: 100-125 mg/dl:**

Bozulmuş Açlık Glikozu (BAG) veya

• **75 gr OGTT 2. Saat değeri : 140 -199 mg/dl:**

Bozulmuş Glikoz Toleransı : (BGTT) veya

• **A1c: % 5.7-6.4**

Tablo 3.2. Beden Kütle İndeksi Değerlerine Göre Fazla Kilolu ve Obezite Sınıflandırılması(36)

BKİ	WHO Sınıflandırılması	Genel Tanım
<18.5	Düşük kilo	Zayıf
18.5-24.9	Normal	Sağlıklı, normal
25.0-29.9	Pre-obez	Fazla kilolu
30.0-39.9	Obez	Şişman (obez)
>40	Morbit obez	Aşırı obez

Tablo 3.3. Toplam Kolesterol Düzeyinin Sınıflandırılması (37)

200 mg/dl den düşük	Normal
200-239 mg/dl	Sınırdan yüksek
240 mg/dl ve üzeri	Yüksek

Tablo 3.4. Trigliserid Düzeyinin Sınıflandırılması(37)

150 mg/dl den düşük	Normal
150-199 mg/dl	Sınırdan yüksek
200 mg/dl ve üzeri	Yüksek

Tablo 3.5. Kan Basıncı Tanı Kriterleri (38,39)

	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertansiyon	120-139	80-89
Evre1 Hipertansiyon	140-159	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	160	100

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerde sayı, %, ort±ss; karşılaştırılmalı istatistiklerde pearson korelasyon analizi kullanıldı.

3.8 Araştırma Süreci

Uygulama Yapılacak Kurum Onayı ve Etik Kurul Onayı..... Şubat 2017
Veri Toplama..... Şubat-Mart 2017
Verilerin Değerlendirilmesi ve Yazım Aşamaları Eylül-Kasım 2017

4. BULGULAR

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular;

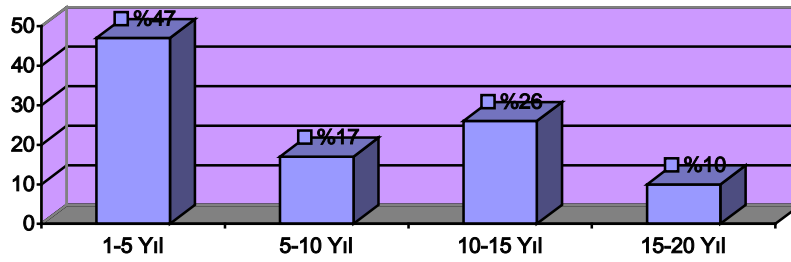
Tablo 4.1.'de hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular görülmektedir.

Tablo 4.1.Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerin Dağılımı (N=30)

	Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kadın	2	6.7
	Erkek	28	93.3
Meslek	Ev Kadını	1	3.3
	Emekli	5	16.7
	Cezaevi personeli	6	20
	İşçi	3	10
	Serbest Meslek	13	43.3
	Diğer	2	6.7
Ekonomik Durum	Muhtaç	7	23.3
	Ancak Geçinme	5	16.7
	Orta	13	43.3
	İyi	5	16.7
Medeni Durum	Bekar	9	30
	Evli	21	70
Eğitim Durumu	İlkokul	18	60
	Ortaokul	3	10
	Lise	3	10
	Üniversite	6	20
Diyabet Tipi	Tip1	1	3.3
	Tip2	29	96.7
Sigara Kullanma Durumu	Evet	23	76.7
	Hayır	3	10
	Bırakmış	4	13.3
Alkol Kullanma Durumu	Evet	1	3.3
	Hayır	11	36.7
	Bırakmış	18	60
Genetik Yatkınlık	Yok	4	13.3
	1.Derece Akraba	20	66.7
	Bilmiyorum	4	13.3
	2.Derece Akraba	2	6.7
Komplikasyon Görülme Oranı	Retinopati	17	56.6
	Nöropati	16	53.3
	Nefropati	8	26.6
	Ayak yarası	2	6.6
	Amputasyon	1	3.3
	Hipertansiyon	6	20
BKİ	18.5-24.9 (Normal)	6	20
	25.0-29.9 (Pre-obez)	14	47
	30.0-39.9 (Obes)	10	33

Tablo 4.1' de görüldüğü gibi diyabetlilerin %6.7'si kadın, %93.3'ü erkek, %3.3'ü ev kadını, %16.7'si emekli, %20'si cezaevi personeli, %10'u işçi, %43.3'ü serbest meslek, %6.7'si diğer grupta yer almaktadır. Ekonomik durumlarını %23.3'ü muhtaç, %16.7'si ancak geçindiğini, %43.3'ü orta, %16.7'si iyi olarak bildirdi. Grubun %30'u bekar, %70'i evliydi. Eğitim durumuna göre %60'ı ilkokul, %10'u ortaokul, %10'u lise, %20'si üniversite mezunuydu, %3.3'ü tip 1, %96.7'si tip 2 diyabet tanısına sahipti. Diyabetlilerin %76.7'si sigara kullanmakta, %10'u sigara kullanmamakta %13.3'ü sigarayı bırakmış olduğunu, %3.3'ü alkol kullandığını, %36.7'si kullanmadığını, %60'ı alkölü bıraktığını bildirdi. Diyabetlilerin %13.3'ünün genetik yatkınlığı yokken, %66.7'si 1.derece akrabalarında, %6.7'si 2.derece akrabalarında diyabet varlığı bulundu. %13.3'ü ailede diyabet varlığını bilmemekteydi.

Hastaların tanı sürelerine göre dağılımları Grafik 4.1.'de görülmektedir. Diyabetli bireylerin yaklaşık yarısı (%47) 1-5 yıldır diyabet tanısına sahipti.

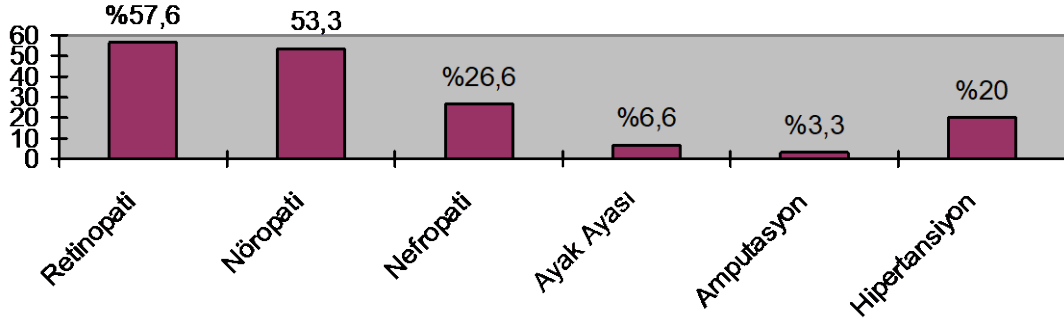


Grafik 4.1. Diyabetlilerin Tanı Sürelerine Göre Dağılımı

Tablo 4.2. Sağlık Algılama Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=30)

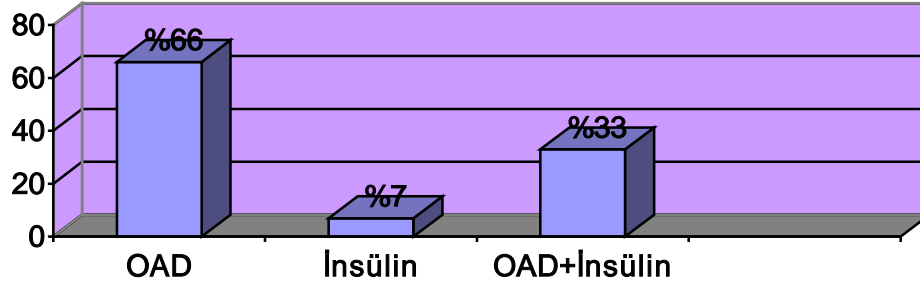
Puan Kategorisi	Ort	Ss	Min.	Max.
Son 1 Yıllık Sağlık Puanı	2.50	1.23	1	5
Son 1 Aylık Sağlık Puanı	2.37	1.19	1	5
Kendi Yaşıtlarına Göre Genel Sağlık Puanı	2.60	1.35	1	5

Tablo 4.2' de diyabetli bireylerden son bir yıl, son bir ay ve kendi yaşlıtlarına göre sağlıklarına 1 puan en kötü, 5 puan en iyi olmak üzere puan vermeleri istendi. “Son 1 yıllık sağlık puanı” ortalaması (2.50 ± 1.23); “son 1 aylık sağlık puanı” ortalaması (2.37 ± 1.19); “kendi yaşlıtlarına göre genel sağlık puanı” ortalaması (2.60 ± 1.35) olarak bulundu.



Grafik 4.2. Diyabetlilerin Kronik Komplikasyon Oranları

Grafik 4.2.' de görüldüğü gibi, diyabetlilerin %20'sinde hipertansiyon, %56.6 'sında retinopati, %53.3' ünde nöropati, %26.6' sında nefropati, %6.6 'sında ayak yarası, %3.3' ünde amputasyon olduğu belirlendi.



Grafik 4.3. Diyabetlilerin Kullandıkları Tedavi Biçimi

Grafik 4.3' te görüldüğü gibi diyabetlilerin en fazla kullandıkları tedavi biçiminin (%66) OAD tedavileri olduğu belirlendi.

Diyabet bireylerin %20 'si normal kilolu, %46'sı pre-obez, %33'ü obez olduğu tespit edildi.

Tablo 4.3. Yaş ve BKİ Ortalamaları (N=30)

	Ort	Ss	Min.	Max.
Yaş	50.77	9.73	20	70
BKİ	29.28	4.95	22.09	40.08

Araştırmaya katılan diyabetlilerin “yaş” ortalaması (50.77 ± 9.73); “BKİ” ortalaması (29.28 ± 4.95) olarak belirlendi.

Tablo 4.4. Diyabetli Bireylerin Metabolik Kontrol Değişkenleri Ortalamaları (N=30)

	Ort	Ss	Min.	Max.
HbA1c	9.08	2.10	6	13
AKŞ	238.70	112.23	83	485
Kolesterol	203.90	42.88	120	320
Trigliserit	209.40	109.93	89	441
Sistolik Kan Basıncı	128.33	14.64	100	160
Diastolik Kan Basıncı	84.33	9.35	70	100

Tablo 4.4.' te görüldüğü gibi, HbA1c ortalaması (9.08±2.10) AKŞ ortalaması (238.70±112.23) Kolesterol ortalaması (203.90±42.88) Trigliserit ortalaması (209.40±109.93) Sistolik Kan Basıncı ortalaması (128.33±14.64) Diastolik Kan Basıncı ortalaması (84.33±9.35) olarak belirlendi.

Tablo 4.5. Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamalarının Dağılımı

Diyabet Bakım Profili Değişkenleri	n	Ort±Ss
Kontrol problemleri		
Son 1 ay içinde hipoglisemi semptomları sıklığı	27	2.11±0.70
Son 1 yılda müdahale gerektiren şiddetli hipoglisemi sıklığı	25	2.12±1.27
Son 1 ay içinde hiperglisemi semptomları sıklığı	26	3.50±1.21
Son 1 ay içinde idrarda aseton görülme sıklığı	2	3.00±1.41
Son 1 yılda hiperglisemiye sebep olan faktörlerin sıklığı	29	4.31±0.64
Son 1 yılda hipoglisemiye sebep olan faktörlerin sıklığı	21	2.11±1.24
Kontrol problemleri Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.96±0.77
Sosyal ve Kişisel Faktörler		
Son 1 yıl içinde diyabetiniz normal günlük aktivitelerinizi yapmanıza hangi sıklıkta engel oldu ?	28	3.14±1.48
Diyabetim ve tedavisi beni aşağıdakilerden yoksun bıraktı:		
Yeterli para sahibi olmak	30	2.30±1.34
Okul, iş,ev işi ve diğer sorumluluklarımı yerine getirmek	30	2.63±1.30
İstedğim kadar gezmeye yada seyahat etmek	30	2.70±1.32
İstedğini kadar aktif olmak	30	3.03±1.30
Sevdiğim yiyecekleri yemek	30	3.77±1.41
İstedğim kadar yemek	30	4.17±1.12
İnsanlarla iyi ilişkiler kurmak	30	3.07±1.53
İstedğim gibi bir program yapmak	30	3.17±1.46
Arkadaşlarımla bir arada olmak	30	3.00±1.49
İstedğim kadar yalnız kalmak	30	2.53±1.41
Diyabetimin tedavisi ve ihtiyaçları için harcamaları karşılamak sorundur	30	2.60±1.57
Diyabetli olmak yaşamı zorlaştırır.	30	2.60±1.55
Sosyal ve Kişisel Faktörler Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.98±0.96
Negatif tutum		
Diyabetli olduğum için korkuyorum.	30	3.53±1.46
Gerçekten diyabetli olduğuma inanmak benim için çok zor.	30	3.37±1.45
Diyabetim yüzünden mutsuzum ve üzüntülüym.	30	3.37±1.33
Diyabetim nedeniyle, kendimi başkaları kadar iyi durumda görmüyorum	30	3.33±1.30
Diyabetim için yapmam gerekenlerin tümünü yapmak zor geliyor.	30	3.90±1.21
Diyabetim nedeniyle yaşamımdan memnun değilim.	29	3.28±1.36
Negatif tutum Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	3.47±1.18

Tablo 4.5. Devamı-1

Diyabet Bakım Profili Değişkenleri	n	Ort±Ss
Pozitif tutum		
Yaşamımdan memnunum.	30	2.43±1.28
Yapmayı planladığım her şeyi yapabilirim.	30	2.53±1.25
Diyabet yaşamımı etkilemiyor.	30	2.13±1.11
Her şey göz önüne alındığında oldukça talihliyim.	30	3.17±1.42
Şu anda benim için her şey çok iyi gidiyor.	30	2.43±1.25
Pozitif tutum Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.54±1.05
Bakım Yeterliliği		
Kan şekerimi iyi kontrolde tutabilirim	30	2.133±1.04
Kilomu kontrol altında tutabilirim	30	2.47±1.28
Diyabetim için yapmam gereken şeyleri yapabilirim.	30	2.33±1.06
Diyabetimle ilgili duygularıyla baş edebilirim.	30	2.27±1.14
Bakım Yeterliliği Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.30±1.04
Bakımın önemi		
a)Kan şekerimi iyi kontrolde tutmak	30	4.70±0.88
b)Kilomu kontrol altında tutmak.	30	4.70±0.88
c)Diyabetim için yapmam gereken şeyleri yapmak.	30	4.73±0.83
d)Diyabetimle ilgili duygularıyla baş etmek.	30	4.70±0.88
Bakımın önemi Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	4.70±0.87
Öz-bakıma Uyum		
Kan şekerimi iyi kontrolde tutabiliyorum.	26	2.15±0.97
Kilomu kontrol altında tutabiliyorum.	30	2.47±1.23
Diyabetim için yapmam gereken şeyleri yapabiliyorum.	30	2.30±0.92
Diyabetimle ilgili duygularıyla (korku, endişe, kızgınlık) oldukça iyi baş edebiliyorum.	30	2.43±1.17
Öz-bakıma Uyum Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.36±0.86
Diyete Uyum		
Bir öğün planını veya diyeti sürdürür müsünüz?	30	2.43±0.86
Öğünleriniz ve ara öğünleriniz için verilen diyet planını hangi sıklıkta izlersiniz?	30	2.33±0.88
Yiyeceklerinizi hangi sıklıkta ölçersiniz ya da tartarsınız ?	30	1.80±0.85
Yemeklerinizi planlarken değişim listelerini ya da besin grubu listelerini hangi sıklıkta kullanıyorsunuz?	30	2.03±0.85
Diyete Uyum Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.15±0.69
Tedavi Engelleri		
Kilo vermek istediğiniz için insülininizin dozunu ya da zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz?	12	1.50±0.91
Kilo almak istediğiniz için insülininizin dozunu ya da zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz?	12	1.25±0.45
İnsülininizin ya da haplarınızın dozunu ve/veya zamanını aşağıdaki nedenlerden dolayı hangi sıklıkla değiştirirsiniz?		
a) Bir önceki dozu atladığımızda	28	1.64±1.13
b) Denemek ve sonucunu görmek istediğinizde	28	1.29±0.60
c) Dozun yanlış olduğunu düşündüğünüzde	28	1.71±1.08
d) Bir şeye üzüldüğünüzde	28	1.39±0.77
e) Her zamankinden daha fazla yediğinizde	28	2.07±1.12
f) Kan şekeriniz çok yüksek ya da çok düşük olduğunda	27	2.04±1.16
Tedavi Engelleri Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	28	1.62±0.68
Egzersiz Engelleri		
a) Çok fazla efor harcatması	30	2.33±1.42
b) Faydalı olduğuna inanmamanız	30	1.37±0.72
c) Yapmak istememeniz	30	2.90±1.75
d) Bir sağlık probleminizin olması	30	2.60±1.48
e) Diyabetinizi kontrol etmeyi çok zorlaştırması	30	1.37±0.62
Egzersiz Engelleri Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.12±0.77

Tablo 4.5. Devamı-2

Diyabet Bakım Profili Değişkenleri	n	Ort±Ss
İzleme Engelleri		
a) Unutmanız	18	1.83±1.34
b) Faydalı olduğuna inanmanız	18	1.06±0.24
c) Uygun zaman ve yerin olmaması	18	1.83±1.34
d) Yapmak istememeniz	18	2.78±1.70
e) Test malzemelerinin tümünü bitirmeniz	18	2.06±1.55
f) Malzemelerin çok pahalı olması	18	1.33±0.97
g) Zahmetli bir iş olması	18	1.67±1.33
h) Test sonuçlarını değerlendirmenin zor olması	18	1.11±0.32
ı) Kendi kendinize yapamamanız	18	1.33±0.97
j) Kan şekeri düzeyinizin çok sık değişmemesi	18	1.39±0.98
k) Parmağınızı delmenin çok canınızı yakması	18	1.11±0.32
İzleme Engelleri Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	18	1.60±0.56
Diyabet Bilgisi		
a) Diyet ve kan şekeri kontrolü	21	2.81±0.75
b) Kilo yönetimi	21	2.62±0.92
c) Egzersiz	21	2.62±0.92
d) İnsülin / haplarını kullanımı	21	2.91±0.77
e) Şeker testi yapma	21	3.19±0.93
f) Ayak bakımı	21	2.43±1.03
g) Diyabet komplikasyonları	21	2.62±0.87
h) Göz bakımı	21	2.38±0.97
ı) Diyabet ilaçları ile diğer ilaçları bir arada kullanma	21	2.38±0.97
j) Alkol kullanımı ve diyabet	21	2.43±1.21
Diyabet Bilgisi Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	21	2.64±0.74
Uzun dönemde bakımın yararları		
a) Göz problemleri	30	4.63±0.62
b) Böbrek problemleri	30	4.63±0.62
c) Ayak problemleri	30	4.63±0.62
d) Damar sertliği	30	4.63±0.62
e) Kalp hastalığı	30	4.63±0.62
Uzun dönemde bakımın yararları Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	4.63±0.62
Destek Tutumları		
a) Beni ve diyabetimi kabul eder	30	3.30±1.09
b) Diyabetimden dolayı benim için rahatsızlık duyar	30	3.20±1.16
c) Diyabetim hakkında beni cesaretlendirir veya güven verir	30	3.17±1.12
d) Diyabetim hakkında cesaretimi kırar ya da üzer	30	1.87±1.04
e) Diyabetim hakkında konuşmak istediğimde beni dinler	30	3.10±1.16
f) Diyabetimle ilgili olarak beni eleştirir	30	2.00±0.98
Destek Tutumları Alt Grup Toplam Puan Ortalaması	30	2.77±0.74

Diyabetlilerin hastalıklarıyla ilgili yaşadıkları “**kontrol problemleri**” alt başlığında elde edilen veriler; “Son 1 ay içinde hipoglisemi semptomları sıklığı” ortalama puanı (2.11±0.70), “Son 1 yılda müdahale gerektiren şiddetli hipoglisemi sıklığı” ortalama puanı (2.12±1.27), “Son 1 ay içinde hiperglisemi semptomları sıklığı” ortalama puanı (3.50±1.21), “Son 1 ay içinde idrarda aseton görülme sıklığı” ortalama puanı (3.00±1.41), “Son 1 yılda hiperglisemiye sebep olan faktörlerin sıklığı” ortalama puanı (4.31±0.64), “Son 1 yılda hipoglisemiye sebep olan faktörlerin sıklığı” ortalama puanı (2.11±1.24),

“Kontrol problemleri” ortalama puanı (2.96±0.77) olarak bulundu. “**Sosyal ve kişisel faktörler**” ortalama puanı (2.98±0.96)’dır

Son 1 yıl içinde diyabetin günlük aktiviteleri engelleme düzeyi 5 puan üzerinden (3.14±1.48) olarak bulundu.

Diyabet tedavisinin yoksun bıraktığı sosyal ve kişisel faktörler sorulduğunda; diyabetin en çok “İstediğim kadar yemek” (4.17±1.12), “Sevdiğim yiyecekleri yemek” (3.77±1.41), “İnsanlarla iyi ilişkiler kurmak” (3.07±1.53), “İstediğim kadar aktif olmak” (3.03±1.30)’dan yoksun bıraktığı belirlendi. Diyabetin en az yoksun bıraktığı durumlar ise “Yeterli para sahibi olmak” (2.30±1.34), “İstediğim kadar yalnız kalmak” (2.53±1.41), “Diyabet tedavisi için ihtiyaçları karşılamak” (2.60±1.57) olarak belirlendi.

Diyabetlilere sorulan **negatif tutumla** ilgili sorular içerisinde en fazla puan verilen negatif tutum; “Diyabetim için yapmam gerekenlerin tümünü yapmak zor geliyor” (3.90±1.21), “Diyabetli olduğum için korkuyorum” (3.53±1.46) ifadeleriydi. “**Negatif tutum**” ortalama puanı (3.47±1.18) olarak bulundu.

Pozitif tutum için diyabetlilere sorulan sorular içinde en yüksek puan “Her şey göz önüne alındığında oldukça talihliyim” (3.17±1.42), en düşük puan ise “Diyabet yaşamımı etkilemiyor” (2.13±1.11) ifadelerinde belirlendi. “**Pozitif tutum**” ortalama puanı (2.54±1.05) olarak bulundu.

Bakım yeterliliği diyabetlilerin hastalıklarıyla ilgili yeterliliklerini incelemektedir. Diyabetlilerin yapabileceklerine en az inandıkları madde “Kan şekerimi iyi kontrolde tutabilirim” (2.13±1.04), en fazla inandıkları madde ise, “Kilomu kontrol altında tutabilirim” (2.47±1.28) ifadeleriydi. “**Bakım Yeterliliği**” ortalama puanı (2.30±1.04) olarak belirlendi.

Bakımın öneminde, diyabetlilerin hastalıklarına verdikleri önemi araştırmak için sorulan sorulara verdikleri cevaplar ve puanları; “Kan şekerimi iyi kontrolde tutmak” (4.70±0.88), “Kilomu kontrol altında tutmak” (4.70±0.88), “Diyabetim için yapmam gereken şeyleri yapmak” (4.73±0.83), “Diyabetimle ilgili duygularımla baş etmek” (4.70±0.88) olarak belirlendi. “**Bakımın önemi**” ortalama puanı (4.71±0.87) olarak bulundu.

Öz-bakıma uyumda sorulan sorular, diyabetlilerin bakıma verdikleri önemin yanında bakımlarıyla ilgili uygulamaları ne kadar başarabildikleriyle ilgilidir “**Öz-bakıma Uyum**” ortalaması (2.36±0.86) olarak bulundu.

Diyabetlilerde **diyete uyumu** değerlendirmek için 4 soru soruldu. Sorulan sorulardan en fazla puan “Bir öğün planını veya diyeti sürdürür müsünüz ?” (2.43±0.86) sorusuna, en düşük puan ise “Yiyeceklerinizi hangi sıklıkta ölçersiniz ya da tartarsınız ?” (1.80±0.85) sorusuna verildi. “Diyete Uyum” ortalama puanı (2.15±0.69) olarak bulundu.

Tedavi engelleri bölümünde diyabetlilerin tedavilerinde karşılaştıkları problemler belirlenmeye çalışıldı. “Kilo vermek istediğiniz için insülininizin dozunu ya da zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz?” sorusunun ortalama puanı (1.50±0.91), “Kilo almak istediğiniz için insülininizin dozunu ya da zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz ?” sorusunun ortalama puanı (1.25±0.45) olarak bulundu. ”İnsülininizin ya da haplarınızın dozunu ve/veya zamanını hangi sebeplerden değiştirirsiniz?” sorusuna en yüksek puan olarak “Her zamankinden fazla yediğimde” (2.07±1.12) ve “Kan şekeri çok yüksek ya da düşük olduğunda” (2.037±1.160) cevabı verildi. “**Tedavi Engelleri**” ortalama puanı (1.62±0.69) olarak bulundu.

Egzersiz engellerinde diyabetlilerin düzenli ve yeterli egzersiz yapmalarındaki engelleri bulmak amaçlandı. Sorulan sorularda en çok karşılaşılan egzersiz engelleri; “Yapmak istememe” (2.90±1.75), “Bir sağlık probleminin olması” (2.60±1.48) ve “Çok fazla efor harcatması” (2.33±1.42) olarak belirlendi. “**Egzersiz Engelleri**” ortalama puanı (2.11±0.77) olarak bulundu.

Diyabetlilerin kan şekeri, idrar testlerini uygulama ve bilgi düzeyleri ölçüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda diyabetlilerin hiçbirinin idrarda aseton bakmadığı, %40’ının da kan şekeri bakma konusunda bilgilendirilmedikleri bulundu.

Kan şekeri izlemi yapanlara (%60) kan şekeri izleme engellerini belirlemek için sorular soruldu. Sorulan sorular içerisinde en sık karşılaşılan izleme engeli “Yapmak istememe”(2.78±1.70) ve “Test malzemelerinin tümünü bitirme” (2.06±1.55) olarak bulundu. “**İzleme Engelleri**” ortalama puanı (1.59±0.56) olarak belirlendi.

Diyabetlilerin %70’inin diyabet eğitimi aldığı, %30’unun diyabet eğitimi almadığı tespit edildi.

Diyabet eğitimi alanlar için diyabetle ilgili bilgi düzeyini ölçmek için sorular soruldu. Sorulan sorular içerisinde en çok anlaşılan konu “Şeker testi yapma” (3.19 ± 0.93), en az anlaşılan konular ise “Göz bakımı” (2.38 ± 0.97) ve “Diyabet ilaçları ile diğer ilaçları bir arada kullanma” olarak bulundu. **Diyabet Bilgisi**” ortalama puanı (2.64 ± 0.74) olarak bulundu. Diyabetlilere “Diyabetle ilgili eğitim almak ister misiniz?” sorusu sorulduğunda tamamı “Evet” yanıtını verdi.

Uzun dönemde bakımın yararları ile ilgili bölümde diyabetlilere bakımın yararına ilişkin inançlarıyla ilgili 5 soru soruldu. Sorularda, diyabetin sebep olduğu göz, böbrek, ayak, damar sertliği, kalp hastalığı gibi komplikasyonları geciktirmede bakımın önemi soruldu. **“Uzun dönemde bakımın yararları”** ortalama puanı (4.63 ± 0.62) olarak bulundu.

Destek tutumlarında, diyabetlilerin arkadaş ve ailelerinden hastalıklarıyla ilgili bekledikleri sosyal destek ve kabullenme düzeyleri incelendi. Destek tutumlarıyla ilgili 6 soru soruldu. Diyabetlilerin arkadaşları ve aileleri için verdiği puanlama sırasıyla; “Beni ve diyabetimi kabul eder” (3.30 ± 1.09), “Diyabetimden dolayı benim için rahatsızlık duyar” (3.20 ± 1.16), “Diyabetim hakkında beni cesaretlendirir veya güven verir” (3.17 ± 1.12), Diyabetim hakkında konuşmak istediğimde beni dinler” (3.10 ± 1.16), “Diyabetim hakkında cesaretimi kırar ya da üzer” (1.87 ± 1.04) “Diyabetimle ilgili olarak beni eleştirir” (2.00 ± 0.98) olarak belirlendi. “Destek Tutumları” ortalama puanı (2.77 ± 0.74) olarak bulundu.

Tablo 4.6. Yaş ve BKİ ile Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

	n	Yaş		BKİ	
		r	p	r	p
Kontrol Problemleri	30	-0.07	0.70	-0.17	0.37
Sosyal ve Kişisel Faktörler	30	-0.01	0.97	-0.28	0.14
Negatif Tutum	30	-0.13	0.51	-0.13	0.50
Pozitif Tutum	30	0.00	1.00	0.14	0.47
Bakım Yeterliliği	30	0.09	0.65	0.04	0.82
Bakımın Önemi	30	-0.00	1.00	-0.13	0.52
Öz-bakıma Uyum	30	0.20	0.29	-0.17	0.37
Diyete Uyum	30	0.03	0.87	-0.09	0.63
Tedavi Engelleri	28	-0.43	0.02	-0.40	0.03
Egzersiz Engelleri	30	0.22	0.25	0.16	0.41
İzleme Engelleri	18	0.06	0.82	-0.04	0.88
Diyabet Bilgisi	21	-0.04	0.88	0.00	1.00
Uzun Dönemde Bakımın Yararları	30	0.22	0.25	0.09	0.66
Destek Tutumları	30	-0.21	0.27	-0.15	0.44

Tablo 4.6.'da yaş ve BKİ ile Diyabet Bakım Profili puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması verilmiştir.

Yaş ile tedavi engelleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42.5 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.43$; $p=0.02<0.05$). Buna göre genç yaşta olan diyabetlilerin daha çok tedavi engeliyle karşılaştıkları belirlendi. Yaş arttıkça tedavi engeli azalmaktadır.

BKİ ile tedavi engelleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %40.3 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.40$; $p=0.03<0.05$). BKİ arttıkça tedavi engelleri puanı azalmaktadır.

Tablo 4.7. Sağlık Algılama Puan Ortalamaları ile Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N	Son 1 yıllık sağlık puanlaması		Son 1 aylık sağlık puanlaması		Kendi yaşlarına göre genel sağlık puanlaması	
		r	p	r	p	r	p
Sosyal ve Kişisel Faktörler	30	-0.59	0.00	-0.630	0.00	-0.59	0.00
Negatif Tutum	30	-0.59	0.00	-0.695	0.00	-0.70	0.00
Pozitif Tutum	30	0.68	0.00	0.744	0.00	0.79	0.00
Bakım Yeterliliği	30	0.54	0.00	0.593	0.00	0.62	0.00
Bakımın önemi	30	-0.14	0.45	-0.161	0.39	-0.37	0.04
Öz-bakıma Uyum	30	0.63	0.00	0.652	0.00	0.60	0.00
Diyete Uyum	30	0.18	0.33	0.078	0.68	0.08	0.69
Tedavi Engelleri	28	-0.10	0.61	-0.175	0.37	-0.16	0.41
Egzersiz Engelleri	30	-0.29	0.12	-0.212	0.26	-0.26	0.17
İzleme Engelleri	18	0.06	0.82	-0.045	0.86	-0.21	0.40
Diyabet Bilgisi	21	0.20	0.39	0.166	0.47	0.10	0.67
Uzun Dönemde Bakımın Yararları	30	0.02	0.90	-0.046	0.81	0.03	0.90
Destek Tutumları	30	0.20	0.29	0.178	0.35	0.18	0.35

Sağlık algılama puanları ile Diyabet Bakım Profili puanları karşılaştırıldığında; “Son 1 yıllık”, “Son 1 aylık” ve “Yaşlarına göre sağlık algılama” puanları yüksek olan diyabetlilerin sosyal-kişisel özelliklerinin diyabetten daha az etkilendiği, negatif tutumlarının azaldığı, pozitif tutumlarının yüksek olduğu, öz bakıma uyumlarının arttığı belirlendi.

Tablo 4.8. Metabolik Kontrol Düzeyi ile Diyabet Bakım Profili Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

	n	HbA1c		AKŞ		Kolesterol		Trigliserit		Sistolik kan basıncı		Diastolik kan basıncı	
		r	P	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Kontrol problemleri	30	0.19	0.31	0.31	0.09	0.03	0.86	0.32	0.09	-0.03	0.88	-0.15	0.43
Sosyal ve Kişisel Faktörler	30	0.36	0.05	0.20	0.30	-0.02	0.91	-0.04	0.84	0.27	0.16	0.10	0.62
Negatif Tutum	30	0.31	0.09	0.33	0.08	0.02	0.90	0.11	0.57	-0.02	0.93	-0.17	0.37
Pozitif Tutum	30	-0.30	0.11	-0.32	0.08	-0.20	0.29	-0.11	0.56	-0.19	0.31	-0.03	0.88
Bakım Yeterliliği	30	-0.54	0.00	-0.40	0.03	-0.24	0.20	-0.18	0.33	-0.46	0.01	-0.25	0.18
Bakımın Önemi	30	0.21	0.27	0.10	0.60	-0.07	0.74	-0.14	0.47	0.14	0.47	0.11	0.57
Öz bakıma Uyum	30	-0.53	0.00	-0.37	0.04	-0.17	0.37	-0.17	0.37	-0.40	0.03	-0.21	0.27
Diyete Uyum	30	-0.13	0.48	0.01	0.95	0.14	0.45	0.20	0.30	-0.01	0.96	0.02	0.93
Tedavi Engelleri	28	0.24	0.22	0.34	0.08	-0.09	0.64	0.30	0.13	0.28	0.16	0.31	0.11
Egzersiz Engelleri	30	0.29	0.12	0.08	0.67	0.07	0.72	0.11	0.58	0.21	0.27	0.08	0.67
İzleme Engelleri	18	0.43	0.08	0.21	0.39	-0.00	0.99	0.37	0.13	0.42	0.08	0.25	0.33
Diyabet Bilgisi	21	-0.17	0.47	-0.11	0.65	0.04	0.86	0.00	0.99	-0.23	0.31	-0.12	0.60
Uzun Dönemde Bakımın Yararları	30	0.02	0.93	0.01	0.98	-0.22	0.26	-0.20	0.29	-0.15	0.44	-0.19	0.31
Destek Tutumları	30	0.20	0.30	0.30	0.11	-0.10	0.59	-0.10	0.58	0.10	0.61	0.15	0.43

Tablo 4.8' de görüldüğü gibi, “HbA1c”, “Açlık kan şekeri” ve “Sistolik kan basıncı” yüksek olan diyabetlilerin bakımlarında yetersiz oldukları ve öz bakıma uyumlarının azaldığı belirlendi.

BKİ ile tedavi engelleri puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0.416$; $p=0.028<0.05$). Buna göre; BKİ puanı arttıkça tedavi engelleri puanı azalmaktadır. Diyabetlilerin, kilo kontrolünün kötü olmasına karşın tedaviye uyum sağladıkları belirlendi.

Tablo.4.9. Diyabetli Hükümlü/Tutukluların Egzersiz, Diyet ve Destek Tutumları Hakkındaki Düşünce ve İfadelerinin Dağılımı

Konu	Cevaplar	Yorumlar
Günlük diyetinizi sürdürebiliyor musunuz?	Hayır	<p>-Kalabalık bir yerde yaşıyoruz. Mesela kantinden 1 kilo elma alsam, koğuştakilere versem bana kalmaz. Vermesem onların da canı çeker. Olmuyor işte o yüzden meyve de almıyorum. Ara öğün de yapamıyorum.</p> <p>- Kurum diyeti olanlara ara öğün veriyor aslında. Bazen yoğurt geliyor, bazen yumurta geliyor, bazen meyve geliyor. Ama herkes bakıyor, onların da canı çekiyor. Onlar da yemek istiyor.</p> <p>-Cezaevinde olmuyor, yapamıyorsun. Sürekli yemek istiyorum kendimi tutamıyorum. Şekerim hep yüksek.</p> <p>-Aslında yememe dikkat etmeye çalışıyorum. Akşamları sıcak ekmek geliyor, herkes yiyor dayanamıyorum herkes yeyince ben de gece yemek yiyorum.</p> <p>-Cezaevinde olmuyor burda yapılır mı hiç diyet? Dışardaki gibi olmuyor.</p>
Günlük diyetinizi sürdürebiliyor musunuz?	Evet	<p>-Elimden geldiğince yememe dikkat etmeye çalışıyorum. Koğuştakiler de yardımcı oluyor. Onlardan yaşlı olduğum için salata falan yapıyorlar bana fazla yeyince uyarıyorlar.</p> <p>-Az yiyorum aslında ama hep yüksek şekerim hiç düşmüyor.</p>
Egzersiz yapıyor musunuz?	Hayır	<p>-Burda egzersiz yapamıyorsunuz. Zaten küçük bahçe var. Çok kişiyiz. Dışarıda olsa ekmek almaya giderim, markete giderim, hareket etmiş olurum.</p> <p>-Egzersiz yapmak istemiyorum. Canım istemiyor. Cezaevinde olunca olmuyor. Dışarıdayken sahile inerdim, yürürdüm. Yemek yiyoruz, oturuyoruz.</p> <p>-Zaten bir ayağım yok yürüyemiyorum. Nasıl egzersiz yapım cezaevinde.</p> <p>-Bana kimse egzersiz yap demedi bilmiyordum bundan sonra yaparım.</p>
Egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	<p>-Bahçede yürüyorum. Dikkat ederim hareket etmeye. Yoksa burada paslanır insan. Hem kafam dağılıyor yürürken, rahatlıyorum.</p> <p>-Ben zaten yemekhanede çalışıyorum. Sürekli koşturuyoruz.</p>

Tablo 4.9 Devamı

Konu	Cevaplar	Yorumlar
Diyabetinizi yönetmede size destek olan biri var mı?	Hayır	<p>-Cezaevinde kim destek olacak. Sonuçta kaç kişi bir aradayız. Ben hastaymışım değilmişim kimsenin umrunda olmaz. Dışarda olsa başka. Eşim yemeğimi pişirir. Salatamı yapar, sebze yemekleri yapar. İlacımı verir.</p> <p>-Yani burada olmaz tabi. Herkes kendi derdinde. Dışarda olsa kızım, eşim beni uyarır yeme der. Şekerin yükselecek dikkat et der.</p> <p>-Burda yalnızsın tabi. Burda arkadaş dost olmaz çoğu kavgacı, bağırır çağırır. Seni kimse anlamaz. Ama ailem dışarıda yardım eder tabi. Şekerim çıksa üzülürler. Bir şey olacak diye korkarlar.</p> <p>-Annem çok üzülür şekerim çıkınca. Görüşüme gelir sorar. Telefonda görüştüğümde sorar. Evde ilaçlarımı getirirdi. İçirirdi. Şekerini ölçtün mü diye sorardı. Ama yanumda değil tabi.</p> <p>- Bana destek olacak kimse yok. Dışarda da yalnız yaşıyorum zaten.</p>
Diyabetinizi yönetmede size destek olan biri var mı?	Evet	<p>-Oğlumla birlikte tutuklandık biz. O yanımda bana yardım ediyor.</p> <p>-Sağolsun koğuştakiler yardımcı oluyor. Ben sinirlenince falan susuyorlar. Şekerin çıkacak dikkat et diyorlar. Siz de ilaçlarımızı veriyorsunuz hastaneye gönderiyorsunuz.</p>

Tablo.4.9' da diyabetli hükümlü/tutukluların “Diyet”, “Egzersiz” ve “Destek tutumları” hakkındaki düşünce ve ifadeleri yer almaktadır. Burada olumsuz düşüncelerin daha yoğun yaşandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Diyabetli Personellerin Egzersiz, Diyet ve Destek Tutumları Hakkındaki Düşünce ve İfadelerinin Dağılımı

Konu	Cevap	Yorumlar
Günlük diyetinizi sürdürürebiliyor musunuz?	Evet	<i>-Evde tabii dikkat etmeye çalışıyorum.Ama cezaevinde genelde ara öğün yemeyi unutuyorum yoğunluktan.O zaman da öğle yemeğinde çok yiyorum.</i> <i>-Fazla yememeye çalışıyorum.</i> <i>-Pek dikkat etmiyorum ama şekerli yiyecekler yememeye çalışıyorum.</i>
Günlük diyetinizi sürdürürebiliyor musunuz?	Hayır	<i>-Pek diyet yapamıyorum. Neredeyse bütün gün cezaevindeyiz. Genelde yemekler de pek diyetime uygun olmuyor.Dışarıdan cezaevine yiyecek de getiremiyoruz.İş yoğunluğundan dışarı da çıkamıyoruz.</i> <i>- Çok diyet yapamıyorum.Stresli ve yoğun bir yerde çalışıyoruz.Hiç yemek yemesem de şekerim yükseliyor. İzne ayrıldığımda o kadar şekerim yükselmiyor.</i>
Egzersiz yapabiliyor musunuz?	Evet	<i>-Gün içerisinde hareketliyiz işimiz gereği.Vakit bulduğumda da sahilde yürüyüş yaparım.</i> <i>-Cezaevinde koşturmaca halindeyiz sürekli.Eve giderken de yürüyorum.</i>
Diyabetinizi yönetmede size destek olan biri var mı?	Evet	<i>-Tabii eşim, çocuklarım ilaçlarımı alıp almadığımı sorar.Bana uygun yemekler yaparlar.Şekerim çıkınca üzülürler.</i> <i>-Evet ailem beni çok destekler.Ama cezaevinde çalışmak insanı yıpratıyor.Mahkumla uğraşmak zor.</i> <i>-Eşim,çocuklarım arkadaşlarım hep destek olurlar.Ama cezaevi insanı yıpratıyor.Hep sorunlu insanlarla uğraşıyoruz.Haliyle şekerimi de etkiliyor.</i>

Tablo.4.10' da diyabetli personelin “Diyet”, “Egzersiz” ve “Destek tutumları” hakkındaki düşünce ve ifadeleri yer almaktadır. Burada cezaevinde çalışmalarından dolayı olumsuz düşüncelerin daha yoğun yaşandığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada ve ülkemizde nüfus giderek artmaktadır. Bununla beraber kentleşme ve yaşam tarzının değişimi ile birlikte fiziksel aktivitenin azalması ve obezitenin artması diyabet oranında artışa sebep olmuştur (4).

Ülkemizde nüfusun artmasının yanı sıra suç işleme oranı da artmakta ve dolayısıyla ceza infaz kurumlarında barınan hükümlü/ tutuklu sayısı da artmaktadır (40). Hükümlü/tutuklular da toplumun bir parçasıdır. Bu nedenle burada barınan hükümlü/tutuklular da diyabet açısından risk altındadır. Yapılan literatür taraması sonucunda Ceza İnfaz Kurumlarında bulaşıcı hastalık belirlenmesi, depresyon durumları gibi konularda çalışmalara yer verildiği ancak diyabet gibi kronik hastalıklarla ilgili yapılmış çok az çalışma olduğu görülmüştür. 2012 yılında Sincan Ceza İnfaz Kurumunda yapılan bir çalışmada diyabet prevalansı %1.37 bulunurken (41), 2015 yılında Samsun Ceza İnfaz Kurumunda yapılan çalışmada rastgele seçilen 203 kişiye diyabet risk belirleme anketi uygulanmış ve diyabet prevalansı % 3.27 çıkmıştır (42). Avrupa Ceza İnfaz Kurumlarında diyabet prevalansı %4.8 olarak belirlenmiştir (43).

Samsun Ceza İnfaz Kurumunda Mart 2017 tarihi itibarıyla 850 hükümlü/tutuklu ve 230 personel bulunmaktaydı. Diyabetli olan 60 hükümlü/tutukludan 24'ü çalışmaya katılmayı kabul etti. 24 hükümlü/tutuklu ve 6 personel olmak üzere çalışmaya 30 diyabetli hasta dahil edildi. Ceza İnfaz Kurumundaki diyabet prevalansı % 6.11' dir. Türkiye'deki 20 yaş üstü grupta yapılan TURDEP II çalışmasında diyabet prevalansı % 14.7 olarak belirlenmiştir (44). Ceza İnfaz Kurumundaki diyabet prevalansı dünya ve Türkiye diyabet prevalansı ile orantılı olarak artmıştır. Fakat Ceza infaz kurumundaki diyabet prevalansının topluma göre daha düşük olduğu belirlendi. Bunun sebebinin Ceza İnfaz Kurumu hükümlü/tutuklu ve personelinin demografik verilerinin Türkiye toplumu verilerini yansıtmaması olabilir.

Diyabet Bakım Profili diyabet hastalarının bakım yeterliliklerinin yanı sıra psikolojik ve sosyal boyutlarının da değerlendirilmesini sağlar. Özcan (35) tarafından Türkçe güvenilirliği yapılan ölçek, diyabetli hastaları birçok yönden değerlendirmekte, alt grupları ayrı ayrı puanlanarak kullanılabilir.

5.1. Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan diyabetlilerden çoğunluğu (%93.3) erkektir. TURDEP-II sonuçlarına göre diyabet sıklığı erkeklerde kadınlardan daha düşük bulunmuş olup kadın ve erkekler arasında çok anlamlı bir fark görülmemiştir (44). Samsun Ceza İnfaz Kurumu'nda Şubat-Mart 2017 tarihleri arasında 40 kadın, 15 çocuk, 790 erkek hükümlü/tutuklu bulunmaktaydı. Erkek mahkum sayısının kadın sayısından fazla olması çalışmamızda erkek diyabetlilerin oranını arttırmıştır.

Çalışma kapsamında yer alan diyabetli bireylerin çoğunluğu (%60) ilkökul mezunudur. Diyabet yönetiminde bilgi düzeyi önemlidir (45). Diyabeti iyi yönetebilmek için eğitim seviyesinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Diyabetli bireylerin yaklaşık yarısı muhtaç ya da ancak geçinebilen durumda ve aynı zamanda ailelerinde de güçlü diyabet öyküsü (%73) bulunmaktaydı. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Endokrinoloji Bilim Dalı Diyabet Polikliniği'nde yapılan bir çalışmada da çalışmaya katılanların ailede diyabet öyküsünün fazla olduğu bulunmuştur (46).

Diyabetliler, kontrollerini ceza infaz kurumu aile hekimliği ve aynı hastane polikliniğinde sürdürdurmekteydiler.

Diyabet hastaların %76,7'si **sigara** kullanmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre Türkiye'de her gün sigara kullanma oranı %26.5'dir (47). Diyabetlilerde bulunan sigara içme oranı Türkiye ortalamasının üzerinde bulundu. Sigara, insülin direncine neden olmakta, diyabetik nefropati kalp krizi riskini ikiye katlamaktadır (48). Sonuç olarak diyabetlilerde, sigara içme oranı arttıkça komplikasyon gelişme oranında artış olacağı düşünülmektedir.

Diyabetli bireylerin %3.3'ünün alkol kullanmakta olduğu, %60 'ının ise alkolü bıraktıkları belirlendi. Türkiye'de kişi başı alkol tüketimi 1,3 lt'dir (49). Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün, 5275 sayılı kanununa göre cezaevine alkol sokmak yasaktır (50). Alkolü bırakan hükümlü tutuklular ceza infaz kurumunda alkol kullanımının yasak olduğu için alkol kullanamadıklarını özgür hayatlarına kavuştuklarında devam edeceklerini ifade ettiler. Aşırı alkol kullanımını inme riskini artırmaktadır (51). Diyabetli hükümlü/tutukluların, ceza infaz kurumundaki alkol alımı kısıtlanmasıyla alkolün oluşturacağı komplikasyonlardan korundukları değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin “Son bir yıl”, “Son bir ay” ve “Kendi yaşlarına göre sağlıklarına verdikleri genel sağlık puanlaması 5 puan üzerinden 3’ün altındadır. Erol ve ark (52) tarafından yapılan benzer bir çalışmada bulunan sağlık algılama puanı 3’ün üzerindedir. Bu çalışmada diyabetli bireylerin sağlık algılama düzeylerinin daha az olduğu bulundu.

5.2 Metabolik Kontrol Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Diyabetli bireylerin tedavi ve bakımlarında en çok takip edilen parametreler AKŞ, HbA1c değeridir. Bu çalışmada AKŞ ve HbA1c ortalama değerlerinin normal sınırların üzerinde olduğu (9.08 ± 2.10 mg/dl), diyabetlilerin glisemik kontrollerini sağlayamadıkları belirlendi. Benzer çalışmalarda diyabetlilerin HbA1c oranı 6.5 mg/dl’ nin üzerinde çıkmış, glisemik değerleri yüksek bulunmuştur (53,54).

Çalışmamızda, diyabetlilerin kolesterol (203.90 ± 42.88) ve trigliserid (209.40 ± 109.93) değerlerinin "sınırdan yüksek" olduğu belirlendi. Türkiye’de 35–64 yaşlar arasında ortalama “total kolesterol” düzeyi 185 mg/dl,’dir. Türkiye’de ortalama total kolesterol düzeyi Kuzey Avrupa Ülkeleri ve Akdeniz Ülkeleri ortalama kolesterol düzeyinin 40–50 mg/dl altındadır (55).

Diyabetli bireylerde en önemli ölüm nedenleri aterosklerotik kalp ve damar hastalıklarıdır(56). Bu çalışmada kolesterol, trigliserid oranı sınırdan yükseklik gösterdiğinden diyabet yönetiminde orta düzeyde risk taşıdığı düşünülmektedir.

Çalışmada diyabetli bireylerin çoğunluğu (%79.9) pre-obez ve obezdi. BKİ ortalaması (29.28 ± 4.95) olarak bulundu. 2014 yılı Türkiye İstatistik Kurumu’nun verilerine göre normal kilolu prevalansı %42.2, fazla kilolu prevalansı 33.7, obezite prevalansı 19.9’dur (57). Samsun Ceza İnfaz Kurumunda 2015 yılında yapılan çalışmada, vakaların %38.9’u fazla kilolu (pre-obez), %20.7’si obez bulunmuştur (42). Benzer bir çalışmada da BKİ ortalaması %30.1 bulunmuştur (58). Genel olarak diyabetle ilgili yapılan çalışmalarda BKİ ortalamasının (26.1 ± 4.3 - 34.5 ± 7.6) arasında değiştiği görülmüştür (59,60,61,62,63). Literatür taramasında obezite oranının arttığı görülmektedir Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında diyabetlilerin ortalamasının üzerinde kilo kontrol problemleri yaşadığı görülmüştür. Ceza infaz kurumunda bulunan hükümlü/tutukluların yanlış beslenme ve hareketsiz bir yaşam sürdükleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyabetli bireylerin çoğunluğu (%73) aile bireylerinde diyabetli olduğunu belirtti. Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada; tüm vakaların %58'inin 1. derece akrabalarında diyabet görüldüğünü, 1. derecede akrabalarında diyabet öyküsü olan kişilerde, diyabete başlangıç yaşının düştüğü bulunmuştur (64). Bu sonuç çalışmamıza benzerdir ve diyabette genetik yatkınlığın önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Çalışmaya katılan diyabetlilerdeki sistolik (128.330±14.641) ve diastolik kan basıncı (84.330±9.353) ortalaması normal sınırlar içerisinde bulundu. Çınar ve ark tarafından yapılan bir çalışmada Sistolik Kan Basıncı (127.9±13.54 mm/Hg), Diastolik Kan Basıncı (79.15±8.85 mm/Hg) olarak bulunmuş (58) ve bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Diyabetli bireylerde hipertansiyon varlığı, mikro ve makrovasküler hastalıklara sebep olmaktadır (65). Bu çalışmadaki diyabetli bireylerin, kan basıncı seviyelerinin normal sınırlar içerisinde olmasından dolayı hipertansiyon komplikasyonları açısından daha az risk altında oldukları düşünülebilir.

Bu çalışmada diyabetlilerin çoğunun (%73.3) kronik komplikasyona sahip olduğu ve en çok görülen komplikasyonun, "retinopati" ve "nöropati" olduğu belirlendi (Grafik4.2.). Benzer çalışma sonuçlarında da en çok karşılaşılan komplikasyonun "retinopati ve hipertansiyon" olduğu bulunmuştur (35,59,66).

Bu çalışmada diyabetik retinopati oranı %56.6 olarak belirlendi. Türkiye verilerinde %28 olarak bildirilmiştir. Retinopati yetişkinlerdeki körlük ve görme bozukluğunun önde gelen sebebidir (67). 15 yıl boyunca diyabetik olan, şekeri kontrolsüz kişilerin % 2'si kör olurken, % 10'unda ağır görme bozukluğu gelişebilmektedir (68). Diyabetik retinopatiyi önlemek veya ilerlemesini geciktirmek için kan basıncı ve kan glikoz düzeyi normal sınırlarda tutulmalıdır. Literatür taraması sonucu benzer bir çalışmada diyabetik retinopati oranı, bilinen diyabetli bireylerde % 22-37, yeni teşhis edilen diyabetli bireylerde % 6-13 olarak bulunurken (69). Nadarajan ve ark (70) tarafından yapılan bir çalışmada retinopati komplikasyonu gelişme oranı %32.53 bulunmuştur.

Benzer çalışmalar ile karşılaştırıldığında bu çalışmada retinopati oranı daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada en yüksek komplikasyonlardan biri olan nöropatinin oranı %53.3 olarak bulundu. 20 yıldan uzun süreli diyabetiklerde ve diyabet kontrolü kötü olan

hastalarda nöropati riski iki kat artmaktadır (71). Roma, Umberto Di Mario (72) 'nun 15 yıl boyunca tip 1 diyabetli hastalar arasında yaptığı çalışma sonucu nöropati komplikasyonu görülme oranı % 50 bulunmuştur. Kıyı Karnataka'daki Üçüncü Göz Hastanesinde Tip 2 Diabetes Mellituslu olgularda periferik nöropati prevalansı ve risk faktörlerini belirlemek için yapılan çalışmada, Diyabetik Nöropati Skoru aracına göre,% 41.4' ü nöropati varlığı tespit edilmiş olup hastalığın süresi ile nöropati görülmesi pozitif korelasyon göstermiştir (73). Yapılan literatür taraması sonucu çalışmamızdaki nöropati oranı diğer çalışmalarla benzer oranda bulunmuştur.

Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması Patent 2'ye göre Türkiye'deki hipertansiyon prevalansı % 30.3'dür (74). Bu çalışmada hipertansiyon oranı (%20) Türkiye prevalansın altındadır.

Nefropati ile Tip 2 diyabet olan hastalar böbrek ve kalp damar hastalıkları komplikasyonlar açısından yüksek risk altındadır. Diyabette yeterli kan şekeri kontrolü sağlanmadığında böbrekleri etkilemektedir. Bununla beraber erken teşhis ve tedavi böbrek hastalığını önleyebilir. Tip 1 diyabetli hastaların % 35'inde Tip 2 diyabetlilerin ise % 5-15'inde diyabetik nefropati gelişerek, böbrek fonksiyonlarında azalma görülmektedir (75,76,77). Machingura ve ark. tarafından, diyabetlilerdeki nefropati görülme sıklığını araştırılmış ve nefropati görülme oranı %44,8 bulunmuştur (78). Türkiye Nefroloji Derneği'nin verilerine göre; hemodiyalizli hastalarda diyabet insidansı %41, prevalansı %34 olarak belirtilmektedir (79). Bu çalışmada diyabetik nefropati görülme oranı %26.6'dır. Literatür taraması sonucu diyabetlilerde nefropati görülme oranı yer özelliklerine göre değişebilmektedir (80).

Bu çalışmada diyabetik ayak görülme oranı % 6.6, ampute ayak görülme oranı %3.3 'dür. Diyabet prevalansının artışına paralel diyabetik ayak görülme sıklığı da artmaktadır. Diyabetik hastaların yaşamları boyunca %12-25 arasında diyabetik ayak ülseri gelişme riski vardır. Travmatik olmayan ayak amputasyonlarının %60'ını diyabetik ayak ülseri oluşturmakta ve diyabetiklerde, alt ekstremitte ampütasyonları diyabetik olmayanlara nazaran 15 kat fazladır (80,81).

Araştırmaya katılan diyabetlilerin olarak araştırmaya katılan diyabetlilerin AKŞ, HbA1c değerlerinin kötü kontrol sınırında olduğu, kolesterol ve trigliserid düzeyinin sınırdan olduğu görülmektedir. Diyabetin yönetiminde önemli etkisi olan BKİ değerinin kötü kontrolde olduğu bulunmuştur. Kan basıncı kontrolü normaldir. Kronik komplikasyon görülme sıklığı literatür taramasıyla uyusmaktadır. Çalışmamızda diyabetlilerin metabolik kontrol sonuçlarının kötü olduğu değerlendirildi.

5.3.Diyabet Bakım Profili Puanları ve Diyabet Bakım Profili ile İlişkili Özelliklerinin Değerlendirilmesi

5.3.1.Diyabet Bakım Profili Puanlarının Değerlendirilmesi

Diyabet Bakım Profili'nde kontrol problemleri, sosyal ve kişisel faktörler, negatif tutum, tıbbi engeller, izleme engelleri ve egzersiz engelleri olmak üzere diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan 6 alt boyut ile pozitif tutum, öz bakım yeterliliği, bakımın önemi, öz bakıma uyum, diyetle uyum, diyabet bilgisi, uzun dönem bakımın yararları, destek tutumları olmak üzere diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan 8 alt boyut bulunmaktadır.

Kontrol Problemleri alt grubunda hiperglisemi semptomlarının ve hiperglisemiye sebep olan faktörlerin daha sık yaşandığı belirlendi. Hipogliseminin, hiperglisemiye göre daha az görüldüğü bulundu. İdrarda aseton bakılmasıyla ilgili çoğu diyabetli bilgi sahibi değildi. Hipergliseminin en çok “Bir şeye sinirlenme, üzülme” gibi psikososyal faktörler ve “Çok fazla yeme” gibi diyet ile ilgili faktörlerden olduğu belirlendi.

Ceza İnfaz Kurumunda bulunan diyabetlilerin, özgürlükleri kısıtlı olduğundan, bu durum bireylerin beden ve ruh sağlığını da doğrudan etkiler. Türkiye’de değişik ceza infaz kurumlarında yapılan bir çalışmada, hükümlü ve tutukluların %69’unda depresyon olduğu belirlenmiştir (82,83). Kan şekeri düzeyi bireyin duygusal ve psikolojik durumunu etkiler. Aynı zamanda kişinin psikolojik ve duyu halindeki değişimler de kan şekerini etkilemektedir. Diyabetlilerde depresyon tedavi edildiğinde kan şekerinin de normale döndüğü belirtilmektedir (84-88). Açlık kan şekeri düzeyi ve HbA1c düzeyleri yüksek olan diyabetlilerin, en çok hiperglisemi komplikasyonunu yaşadığı, sağlıklı beslenme, hiperglisemiden korunma yolları ve anksiyete düzeylerinin azaltılması konularında önlemler alınması gerektiği düşünülmektedir.

Sosyal kişisel faktörlerin ortalamasına göre, diyabetlilerin sosyal ve kişisel özelliklerinin orta düzeyde etkilendiği bulundu. En çok “Beslenme”, “Aktif hareket etme” ve “İnsanlarla iyi ilişki kurma” konusunda etkilenme olduğu belirlendi.

Diyabetlerinin tedavisi için harcamalarda daha az sorun yaşadıkları bulundu. Ceza İnfaz Kurumunda bulunan hükümlü/tutukluların sağlık giderleri kurum tarafından karşılandığından problem yaşamamaktadırlar (50). Ancak özgür hayatlarında tedavi giderlerini karşılamalarının zor olduğunu belirtmişlerdir.

Negatif tutum puanı orta düzeyin üzerinde bulundu. Diyabetlilerin, en çok negatif tutuma sahip oldukları durum “Diyabetim için yapmam gerekenlerin tümünü yapmak zor geliyor” olduğu bulundu. Toplu yaşanan yerlerde diyabet yönetimi zordur. Özellikle ceza infaz kurumlarında bulunan mahkumların başta psikolojik olmak üzere, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımını gibi kötü yaşam tarzından kaynaklı birçok sağlık sorunları olduğu düşünülürse, 30-40 kişinin yaşadığı koşullarda diyabet yönetimi daha zordur (89).

Diyabetlilerin pozitif tutumlarının da az olduğu belirlendi. En fazla puanı alan soru “Her şey göz önüne alındığında oldukça talihliyim” olduğu bulundu. Sonuç olarak diyabetlilerin hastalıklarıyla ilgili negatif tutumları fazla, pozitif tutumlarının ise daha az olduğu bulundu.

Diyabetlilerin bakıma verdiği önem, bakım yeterlilikleri ve özbakıma uyum alt başlıklarına bakıldığında diyabetlilerin hastalıklarıyla ilgili yeterli bakım almalarının faydalı olacağına inanmalarına rağmen bakım konusunda yetersiz kaldıkları bulundu.

Diyete uyum alt başlığı incelendiğinde diyabetlilerin, ne kadar kalori aldıklarını bilmedikleri, yiyeceklerini ölçüp tartmadıkları, yemek için başka birisine bağlı oldukları, gelen yiyeceklerin diyetlerine uygun olmadığı için diyetle zorlandıklarını belirttiler. Ayrıca yüz yüze görüşmeler sonucunda ara öğünleri kalabalık ortamda yemekten rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir. BKİ oranlarının yüksek olması da diyete uyumun az olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak diyabetlilerin diyetle uyumda zorlandıkları söylenebilir. Howteerakul ve ark (90) tarafından Bangkok'ta 243 diyabetli ile yapılan çalışmada diyetle uyum oranının %54.3 olduğu belirlenmiştir. Diyabetlilerin yarıya yakını diyetle uyum sağlamamaktadır. Başka bir çalışmada 148 tip 2 diyabetik bireye (93 kadın, 55 erkek) bireysel beslenme eğitimleri verilmiştir. Beslenme eğitimi sonrasında beslenme alışkanlıklarında iyileşme ve vücut ağırlığı ile bel çevresi değerlerinde azalma olduğu tespit edilmiştir (91). Malek ve ark.(92)'lerinin yaptığı çalışmada düzenli verilen beslenme eğitiminin kan şekeri ve diğer metabolik değişkenleri üzerinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Özet olarak, beslenme eğitimlerinin verilmesi ve diyabet hastalarının aynı odada kalması beslenme problemini azaltacağı, dolayısıyla metabolik kontrolü sağlamada etkisi olacağı düşünülmektedir.

Tedavi engeli alt başlığında, diyabetlilerin çoğunluğunun (%93.4) daha az tedavi engeliyle karşılaştıkları bulundu. Yaşla beraber tedavi engellerinin de arttığı bulundu.

Araştırmaya katılan diyabetlilere, ilaç ya da insülin dozlarını değiştirme nedenleri sorgulandığında en fazla cevabı "Her zamankinden fazla yemek" ve "Kan şekeri yükseldiğinde" oldu. İnsülin kullananların oranı %40'dır. İnsülin enjeksiyonlarını kendilerini yapmaktadır.

Egzersiz engelleri alt başlığında diyabetlilerin en çok karşılaştıkları egzersiz engeli "egzersiz yapmak istememeleri" oldu. Yapılan görüşmelerde, diyabetliler ceza infaz kurumunda egzersiz yapacak fazla alanın olmadığını, çok kalabalık olduklarını ve bahçenin küçük olduğunu, yürümek istemediklerini belirttiler. Hükümlü/tutukluların çoğunluğu özgür hayatlarında olsalar sahilde yürümek gibi düzenli yürüyüşler yapabileceklerini ama ceza infaz kurumunda egzersiz yapmak istemediklerini belirttiler. Egzersiz engelleri alt başlığında diyabetlilerin hapis hayatı yaşamalarından kaynaklı engeller yaşadıkları görüldü. Fiziksel aktivite düzeylerinin az olmasının diyabet yönetimini zorlaştırdığı düşünülmektedir. Vural ve ark. tarafından masa başı çalışan 313 bireyin fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi için yapılan çalışmada, vakaların %48.9'unun fiziksel aktivite düzeyi düşük bulunmuştur (93). Tip 2 DM'li hastalarda egzersiz programının yaşam kalitesini, depresyon düzeyini, beden kütle indeksini etkilediği gösteren çalışmalar, egzersizin önemini belirtmektedir (94,95). Manson ve ark. (96) 34-59 yaş arası, diyabet, kanser gibi hastalığı olmayan 87253 kadınla yaptığı kohort çalışması sonucu egzersiz yapanlarda diyabet gelişme riskinin egzersiz yapmayanlara göre daha az olduğunu belirtmiştir. Dharmastuti DP ve ark.(97) tarafından Endonezya'da 1116 kişilik bir çalışmada egzersizin diyabet yönetimindeki önemi belirlenmiştir.

Diyabetlilerden %60'ı kan şekeri izlemi yapmaktaydı. Karşılaştıkları en büyük **izleme engelinin** "Yapmak istememeleri" olduğu bulundu. Bu sonuç diyabetlilerin diyabet yönetimindeki psikolojik durumlarıyla ilgili olduğunu düşünülmektedir. Eren ve ark.(98)'nin yapmış olduğu çalışmada, kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetlilerin depresyon oranlarının, kan şekeri kontrolü iyi olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aydın ve ark.(99)'larının yapmış olduğu çalışmada, diyabetlilerin %18.64'ünün kan şekeri izlemi yapmadığı ve izleme engeli olarak "Test malzemelerinin bitmesi" olduğu bulundu. Diyabetlilerin kan şekeri izlemi konusunda eğitilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Diyabet bilgisi alt başlığında grubun %70' inin diyabet eğitimi aldığı ve en iyi anlaşılan konunun "Kan şekeri testi yapma" olduğu bulunmuştur. Grubun diyabet bilgisi ortalaması orta düzeydedir. Yapılan bir çalışmada diyabetlilerin bilgi düzeyi ve diyabete karşı tutumlarının kötü olduğu, üç seferlik yapılan aralıklı eğitimler sonucunda, kan şekeri, beden kitle indeksi, ayak bakımı ve yaşam tarzının değiştiği ve düzene girdiği bulunmuştur (100). Benzer bir çalışma Tayvan'da DM'li hastalar arasında Diyabet Konuşma Haritası Programının uygulanmasının ardından, eğitim alanların, almayanlara göre, metabolik kontrollerinin daha iyi olduğu, depresif belirtilerinin önemli bir değişme göstermediği bulunmuştur (101). Bollu ve ark. larının yaptığı bir çalışmada, diyabetlilerin %88'inin diyabetin kan glikoz seviyesinde artışı olduğunu bilmelerine rağmen, bilgi tutum ve uygulamalarının az olduğu görülmüştür. Ancak tekrarlayan sağlık eğitimi ve motivasyonla daha olumlu bir sonuç alacağı düşünülmüştür (102). Literatür taraması sonucu düzenli diyabet eğitimi alan diyabetlilerin diyabetle ilgili tutum ve davranışlarında olumlu davranışlar geliştiği dolayısıyla diyabet kontrolünde daha olumlu sonuçlar alındığı bulundu. Diyabetlilerin daha fazla eğitim alması, anksiyete düzeylerinin azaltılması gerekmektedir.

Diyabetlilerin, diyabet bakımı ve diyabetin komplikasyonlarını önlemedeki inançlarını ölçen *uzun dönem bakımın* yararları alt grup başlığında, ortalama puan çok yüksek bulundu. Diyabetlilerin iyi bir bakım alırlarsa, diyabetin etkilerinden korunabileceklerine inandıkları bulundu. Literatür taraması yapıldığında uzun dönem bakıma inancın çalışmamızla benzerlik gösterdiği bulunmuştur (35,59,103).

Diyabetlilerin çevresinden gördüğü desteğin belirlenmesini sağlayan **destek tutumları** alt grubu puanlamasına göre orta düzeyde destek gördüklerini bulundu. Cezaevinde bulunan diyabetliler, ailesinin yanında olmaması sebebiyle destek tutumlarını alt seviyede yaşadıklarını belirttiler. Mahkum katılımcıların çoğunluğu, diyabetle ilgili bakımlarını sürdürmede eş, çocuk, annenin yardımcı olduğunu, ancak cezaevinde olmalarından kaynaklı desteklerini göremediklerini ve diyabetle baş etmede olumsuz etkilendiklerini belirttiler. Helgeson ve ark. tarafından, 233 tip 1 diyabetli ile yapılan çalışmada, ailelerin tip 1 diyabetliler üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, ailelerin diyabet bilgi düzeyi arttıkça ve aile ilişkileri iyi olduğu sürece, diyabetlilerin glisemik kontrolünün kolaylaştığı bulunmuştur (104).

5.3.2.Sağlık Algılaması ile Diyabet Bakım Profili Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sağlık algılama puanları ile Diyabet Bakım Profili puanları karşılaştırıldığında; son 1 yıllık, son 1 aylık ve yaşlılarına göre sağlık algılama puanları yüksek olan diyabetlilerin sosyal-kişisel özelliklerinin diyabetten daha az etkilendiği, negatif tutumlarının azaldığı, pozitif tutumlarının yüksek olduğu, bakım yeterliliği öz bakıma uyumlarının arttığı bulundu.

5.3.3.Metabolik Kontrol Düzeyleri ile Diyabet Bakım Profili Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan diyabetlilerin, diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri karşılaştırıldı.

HbA1c ve AKŞ değeri yüksek olan diyabetlilerin, özbakıma uyumlarının az olduğu ve bakımlarında yetersiz oldukları bulundu. Özbakım alt başlığı altında diyet uyum, kan şekeri kontrolünü sağlama, duygu ve öfkelerle başa çıkma, diyabet için yapılması gerekenler bulunmaktadır. Nicole ve ark.larının yapmış olduğu çalışmada HbA1cdeğeri yüksek olan bireylerin, kan şekeri kontrolünün kötü olduğu, depresyon kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, kişisel bakım yeterliliğinin düşük olduğu tespit edilmiştir (105). Rovana ve ark.larının yapmış olduğu çalışmada kan şekeri ve HbA1c kontrolünün depresyon, kaygı ve stresle ilişkisi, olduğu bulunmuştur (106). Lee ve ark.larının yaptıkları çalışmada, diyet uyum sağlamayan, BKI'i yüksek olan hastaların, HbA1c düzeyinin daha kötü olduğu ve ölüm mortalite oranının kademeli olarak arttığı bulunmuştur (107). Literatürdeki çalışma sonuçları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda sistolik kan basıncı yüksek olan diyabetlilerin bakımlarında yetersiz oldukları ve öz bakıma uyumlarının azaldığı bulundu.

Nural ve ark. larının yapmış olduğu çalışmada, glisemik kontrolü kötü olan diyabetlilerin kan basıncı kontrolünün de kötü olduğunu bulunmuştur (108).

BKI yüksek olan diyabetlilerin daha çok tedavi engeliyle karşılaştıkları bulundu. Diyabetlilerin negatif tutumları arttıkça, sosyal ve kişisel durumlarının diyabetten daha çok etkilendiği bulundu. Schlenk ve ark larının yaptığı çalışmada diyabet yönetiminin sosyal ve kişisel faktörlerden etkilendiği, kişinin inancı arttıkça, diyet uyum, egzersiz, kan şekeri kontrolü, reçete ve tedaviye uyumun arttığı bulunmuştur (109).

5.4.Diyabetli Hükümlü/Tutukluların Diyet, Egzersiz ve Destek Tutumları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi

Hükümlü/tutukluların diyabet yönetiminde yapmaları gereken diyet ve egzersiz tutumları ile hastalıklarıyla baş etmede aldıkları destek tutumları sorgulandı. Duygu ve düşüncelerini ifade eden diyabetliler, cezaevinde diyabet yönetiminin, özgür hayatlarına göre daha zor olduğunu belirten ifadeler kullandılar. Grubun çoğunluğu diyet ve egzersiz yapmanın zor olduğunu, yapmak istemediklerini belirttiler. Depresif olmaları bu duyguları yoğunlaştırmaktadır. Destek tutumlarında da grubun çoğunluğu yalnız olduklarını, ailelerinin yanında olmaması sebebiyle yardımcı olabilecek kimsenin olmadığını belirttiler. Bu durum bireylerin hastalıklarıyla ilgili olumlu tutum ve beceri gelişmesine engel olmaktadır. Olumsuz tutumlarından dolayı glisemik kontrol sağlanamamakta, diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarını yönetmek zorlaşmaktadır.

5.5.Diyabetli Personellerin Diyet, Egzersiz ve Destek Tutumları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi

Personellerin diyabet yönetiminde yapmaları gereken diyet ve egzersiz tutumları ile hastalıklarıyla baş etmede aldıkları destek tutumları sorgulandı. Duygu ve düşüncelerini ifade eden diyabetliler, diyabet yönetiminde aile ve arkadaşlarından destek aldıklarını, diyetlerine uyum sağlamaya çalıştıklarını, gün içerisinde aktif hareket ettiklerini belirttiler. Ancak cezaevinde çalıştıkları sürede diyete uyumda zorlandıklarını, yoğun stres altında kapalı bir ortamda çalıştıklarını belirttiler. Bu durum cezaevinde çalışan diyabetlilerin diyabet yönetimini olumsuz etkilemektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 SONUÇLAR

Diyabetli hükümlü/tutuklu ve personelin diyabet bakım profilleri ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

Ceza İnfaz Kurumunda bulunan hükümlü/tutuklu diyabetlilerin;

1. Metabolik kontrolleri kötü ve kilo kontrolü sağlamada güçlük çektikleri bulundu. Sosyo-ekonomik ve eğitim durumları düşüktür.
2. Bireylerin negatif tutumu fazla, pozitif tutumu azdır, anksiyete düzeyleri ise yüksektir.
3. Hiperglisemi en sık görülen kontrol problemidir. Bunda cezaevinde olmalarından kaynaklı psikolojik faktörlerin etkisi fazladır.
4. Diyabete bağlı sosyal ve kişisel yaşamlarının etkilenme oranı ortalamanın üzerindedir. En çok etkilendikleri sosyal ve kişisel faktör, diyet ve insanlarla iyi ilişkiler kurmaktır. Koşullarında kaldıkları diğer bireylerle hastalıklarından dolayı iyi ilişki kurmakta zorlandıkları bulundu.
5. Hastalıklarıyla ilgili bakımları yetersizdir. İyi bir bakımın diyabet yönetiminde etkili olacağına inanmalarına karşı özbakıma uyum sağlamakta güçlük çektikleri bulundu.
6. Diyete uyumda özellikle ceza infaz kurumunda olmaktan kaynaklı sorun yaşadıklarını, yemek için kuruma bağlı olduklarını ve yemeklerin diyetlerine uygun olmadığını belirttiler. Gelen ara öğünlerin ise kalabalık ortamda yemekten rahatsızlık duyduklarını, yiyeceklerini ölçüp tartmadıklarını belirttiler.
7. Tedaviye uyum oranı yüksektir. Çok az tedavi engeli yaşadıkları, ilaç doz ve zamanını atlamadıkları bulundu.
8. Kan şekeri izlemine grubun yarıya yakını yapmamaktadır. Kan şekeri izlemi yapanlar arasında karşılaşılan en sık izleme engeli yapmak istememeleridir.

9. Grubun çoğunluğu diyabet eğitimi almıştır. Diyabet eğitimini anlama düzeyleri orta düzeydedir. Grubun hepsi daha iyi diyabet eğitimi almalarının hastalıklarını yönetmede etkili olacağını belirtti.
10. Kontrollerini cezaevi aile hekimliğinde ve aynı hastane polikliniğinde yaptıkları bulundu.
11. Sağlık algılama puanları düşük bulundu. Sağlık algılamalarının düşük olması sosyal ve kişisel özelliklerini negatif tutumlarını ve pozitif tutumlarını olumsuz etkilediği bulundu. Özbakıma uyumun az olduğu bulundu.
12. Metabolik kontrolleri kötü olan diyabetlilerin, özbakıma uyumlarının az olduğu, bakımlarında yetersiz oldukları, BKİ yüksek olan bireylerin daha çok tedavi engeliyle karşılaştığı bulundu.
13. Negatif tutum arttıkça sosyal ve kişisel durumlarının diyabetten daha çok etkilendiği bulundu.
14. Yaş arttıkça tedavi engelini azaldığı bulundu.. Bu durum diyabetlilerin hastalığı kabullenme ve diyabet bakımına uyum sağlamalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.
15. Diyabet yönetimiyle ilgili duygu ve düşüncelerini ifade eden bireylerin diyabet yönetiminde olumlu tutum ve davranış geliştiremedikleri bulundu. Bu durumun, diyabet yönetimini zorlaştırmaktadır.

Ceza İnfaz Kurumunda bulunan diyabetli personeller;

1. Kapalı ortamda yoğun stres altında çalışmalarından dolayı glisemik kontrolü sağlamakta zorlanmaktadırlar.
2. Diyete uyumda Ceza İnfaz Kurumunda çalıştıkları süre içerisinde sorun yaşadıkları, yemek için kuruma bağlı oldukları, içeri yiyecek getiremedikleri, ara öğün yapmakta zorlandıkları bulundu.

6.2 ÖNERİLER

Ceza infaz kurumlarında bulunan diyabetlilerin,

1. Psikososyal yönden desteklenmesi,
2. Diyabet ve obeziteyle ilgili taramaların yapılması,

3. Diyabeti önleme programlarına ceza infaz kurumlarının ve ceza infaz kurumu sağlık personellerinin dahil edilmesi,
4. Sağlık personeline diyabet eğitimsi rolü verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

6.3. SINIRLILIKLAR

Bu araştırmaya, Samsun Ceza İnfaz Kurumu'nda mental sağlığı yerinde olan, 18 yaş üstü diyabetliler dahil edildi. Araştırmaya katılmak istediklerine dair yazılı onam alınarak, gönüllülük esas kılındı.

KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas, Eighth Edition 2017 file:///C:/Users/TOSHIBA/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/PO2YY5LB/IDF_DA_8e-EN-final.pdf. Erişim: 15.01.2018.
2. Orhan F.Ö. (2015). Diyabetes mellitusta psikiyatrik problemler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 10(2):73-76. <http://dergipark.gov.tr/download/issue-file/3250> , Erişim: 30.10.2017.
3. TEMD Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu. (2017). Diyabetli hastalarda standart bakım ilkeleri, *TEMd diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu*. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.9.basım. 33-40. http://www.temd.org.tr/files/DIYABET2017_web.pdf. Erişim: 30.10.2017.
4. American Diabetes Association, Standarts of Medical Care in Diabetes,Diabetes Care 2017.40 (Suppl.1): S1- S135 http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40s1_final.pdf . Erişim tarihi: 17.10.2017.
5. Olgun N., Özkan S., Satman İ., Yetkin İ., Çalışkan D., Özcan Ş., Özer E. (2015). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu erişkin diyabetli bireyler için eğitimci rehberi*. Ankara: Koza Basım yayım Ltd.Şti. yayım no:945.file:///C:/Users/TOSHIBA/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/01KR9VLX/62e93de27ecd45ec91db1f7fe282eb72.pdf. Erişim tarihi: 04.11.2017.
6. Bahçecik N. (2002). Diyabet ve akut durumlar. *Diyabet Hemşireleri Derneği Kitabı, bölüm 11*. 117-125 http://www.tdhd.org/dhd_kitap/11blm.pdf Erişim tarihi:04.11.2017
7. Oktay S. (2002). Diyabet bakımı:Sınırlar ötesi stratejiler, *Diyabet Hemşireleri Derneği Kitabı.Bölüm 1*. 1-10 http://www.tdhd.org/dhd_kitap/01blm.pdf Erişim tarihi:04.11.2017.
8. Pek H. (2002). Diyabet ve beslenme. *Diyabet Hemşireleri Derneği Kitabı. Bölüm 3*. 21-30. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/03blm.pdf Erişim tarihi:04.11.2017.
9. Olgun N., Yalın H., Gülyüz Demir H. (2011). Diyabetli birey nasıl izlenmelidir? *Turkish Family Physician*. 2(3):6-18.www.turkishfamilyphysician.com. Erişim tarihi: 20.10.2017.

10. TEMD diabetes mellitus çalışma ve eğitim grubu. (2017). Diyabetli hastalarda glisemik kontrol hedefleri. *TEMD diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve İzlem kılavuzu*. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.9.baskı. 45-50. http://www.temd.org.tr/files/DIYABET2017_web.pdf. Erişim tarihi: 30.10.2017.
11. Özgür R., Mavi, O., Ayalp P. (2011). Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda evde glukoz takibi sıklığı ve HbA1c ile ilişkisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 27(2):70-75. http://www.journalagent.com/okmeydanitip/pdfs/OTD_27_2_70_75.pdf Erişim Tarihi: 09.11.2017
12. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Diyabet komplikasyonları ve önlenmesi, *Diyabetle yaşam erişkin diyabetli bireyler için eğitim seti-3*. http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/eriskin_03.pdf Erişim tarihi: 09.11.2017.
13. Balcı A. (2015). Diyabet ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*. 50 (3):109-118.
14. Akçay S., Satoğlu İ.S., Harman E., Kurtulmuş A., Kazımoğlu C. (2012). Diyabetik ayak ülserli hastalarda amputasyon oranı ve eşlik eden komorbiditelerin retrospektif analizi. *Medicine Science*. 1(4):331-340.
15. Olgun N., Özkan S., Satman İ., Yetkin İ., Çalışkan D., Özcan Ş., Özer E. (2015) *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu erişkin diyabetli bireyler için eğitimci rehberi*. Ankara: Koza Basım Yayın Ltd. Şti.Yayın No: 945.http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/bulasici-olmayan_by/obezite_diyabet_db/dokumanlar/Diyabet-Egitim-Seti/Eriskin-Diyabetli-Bireyler-Icin-Egitimci-Rehberi.pdf Erişim tarihi:04.11.2017.
16. Hacıömeroğlu B., Kaymak Ulusoy S., Çenesiz Z.G., Duman B., Temiz Yücesan N. (2017). Diyabette psikolojik değerlendirme ve destek, *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve klinik rehberi*. Ankara: Alban Tanıtım Ltd. Şti. Yayın no:1070. 205-211 [http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi\(1\).pdf](http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi(1).pdf). Erişim tarihi: 01.11.2017
17. Şahin Akgün Z. (2015). Tip 2 diyabetli hastaların, hastalığa karşı tutumu ve problem alanları arasındaki ilişki. *ODÜ Tıp Dergisi/ODU Journal of Medicine*. 134-138. <http://otd.odu.edu.tr/files/67.11.pdf> Erişim tarihi: 01.11.2017.

18. İnkaya Vardar B., Karadağ E. (2017). Diyabetli bireyler ve onlara bakım veren hemşirelerin hastalık özyönetim stratejilerine bakışı: Kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 14(1):31-37. https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_14_1_31_37.pdf. Erişim tarihi: 01.11.2017.
19. Samancıoğlu S., Bakır E., Doğan U., Karadağ A., Erkan E., Aktürk A., İltter M., Aktürk C.(2017). Tip 2 diyabetik hastalara verilen diyabet eğitiminin içeriği ve hastaların hastalık tutumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2(1): 1-5. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/356687> Erişim tarihi: 01.11.2017.
20. International Diabetes Federation (IDF) Education, 2017. <https://www.idf.org/e-library/education.html> Erişim tarihi: 01.11.2017.
21. Olgun N. (2015). Diyabetli hasta eğitimi. *Geçmişten geleceğe diabetes mellitus*. İmamoğlu Ş., Satman İ., Akalın S., Salman S., Yılmaz C. (Ed.), Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti .207-220.
22. Kahraman A., Olgun N. (2015). Diyabet eğitimi ve diyabet hemşiresinin rolü. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 6(1): 87-92.
23. Özcan Ş. (2015). Diyabet eğitimi. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*. 8(2):48-55.
24. American Diabetes Association, Standarts of Medical Care in Diabetes 2017;40 (Suppl. 1):S33–S43 | DOI: 10.2337/dc17-S007 . http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf. Erişim tarihi : 02.11.2017.
25. Toledo MM, Rodrigues Costa JS, da Silva E. (2016). Diabetes Educator: Current Perspectives on their Importance. *JSM Diabetol Manag*. 1(1): 1001. <https://d-net.idf.org/en/library/460-diabetes-educator-current-perspectives-on-their-importance.html?tag=167-diabetes-education> Erişim tarihi: 04.11.2017.
26. Karakurt P., Aşilar Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A.(2013). Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 14(1) : 1 – 9. <http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/22/835/article/1-9.pdf> Erişim tarihi: 02.11.2017.

27. Yılmaz Bal H., Taş F., Yavuz B., Erol H. (2011). Tip 1 diyabetli adolesanların sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86(1): 13-19. http://www.dirim.com/Dirim_20111_files/Tip%201%20Diyabetli%20Adolesanlar%C4%B1n%20Sosyal%20Destek%20Düçç%88zeylerinin%20Belirlenmesi.pdf Erişim tarihi 02.11.2017
28. Kaymaz Türten T., Akdemir N. (2016). Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi Journal of Psychiatric Nursing*.7(2):61–67. http://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_7_2_61_67.pdf Erişim tarihi: 02.11.2017
29. Thorsteinsson EB., Loi NM., Rayner K., Self-efficacy. (2017 Oct). Relationship satisfaction, and social support: the quality of life of maternal caregivers of children with type 1 diabetes. *PeerJ*.23 (5):3961. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29085757> Erişim tarihi: 02.11.2017.
30. Pamungkas RA., Chamroonsawasdi K., Vatanasomboon, P. (2017 Sep). A systematic review: Family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled Type II diabetes mellitus patients. *Behav Sci (Basel)*. 7(3):15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28914815> Erişim tarihi: 02.11.2017.
31. International Hypoglycaemia Study Group. (2015, Aug). Minimizing hypoglycemia in diabetes. *Diabetes Care* 38(8): 1583-1591. <https://doi.org/10.2337/dc15-0279>. <http://care.diabetesjournals.org/content/38/8/1583#fn-1> Erişim Tarihi:07.11.2017.
32. Olgun N., Eti Aslan F., Coşansu G., Çelik S. (2017). Diabetes mellitus, dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Ed.), Ankara. 4. Baskı, 2. Cilt, Akademisyen Kitabevi.767-804.
33. Kaya A., Okumuş M., Peker G., Yedikardaşlar Ö., Aslan A., Genç B. (2017). Birinci basamakta diyabetik acillere yaklaşım. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve klinik rehberi*. Ankara.Yayın no: 1070. Alban Tanıtım Ltd. Şti. 165-173. [http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi\(1\).pdf](http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi(1).pdf) Erişim tarihi:01.11.2017.
34. Yılmaz T., Sargın M., Altınova A., Çaka E., Yardı A.D., Kocadağ S. (2017). Medikal tedavi *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve klinik rehberi*. Ankara. Yayın no: 1070 Alban Tanıtım Ltd. Şti. 137-150. [http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi\(1\).pdf](http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi(1).pdf) Erişim tarihi:01.11.2017

35. Özcan Ş. (1999). *Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*, (İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul.
36. Yetkin İ., Sönmez A., Yıldız O., Özdemir D., Sargın M., Topaloğlu O., Kocadağ S. (2017). Yetişkinlikte obezite. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve klinik tehberi*. Ankara. Yayın no:1070. Alban Tanıtım Ltd. Şti. 36. [http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi\(1\).pdf](http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Obezite%20ve%20Diyabet%20Rehberi(1).pdf) Erişim tarihi:01.11.2017.
37. TEMD obezite, lipid metabolizması, hipertansiyon çalışma grubu. (2017). *Lipid metabolizma bozuklukları tanı ve tedavi kılavuzu*. Ankara. 4.baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd., Şti. http://www.temd.org.tr/files/LIPID2017_web.pdf Erişim tarihi. 03.11.2017.
38. Arıcı M., Birdane A., Güler K., Yıldız B., Altun B., Ertürk Ş., Aydoğdu S. (2015). Türk hipertansiyon uzlaşma raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.* 43(4):402-409. <http://www.archivestsc.com/tr/jvi.aspx?un=TKDA-16243> Erişim tarihi:03.11.2017
39. Arteriyel hipertansiyon görev grubu. (2014). Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği. Suppl.4:7.* https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf Erişim tarihi:03.11.2017
40. T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü. İstatistikler, yıllara göre mevcut. <http://www.cte.adalet.gov.tr/>
41. Cosansu G., Yıldırım N., Erdoğan S.,Olgun N., Özcan Ş., Çelik S., DHD Cezaevi Çalışma Grubu. (2012). Ceza ve Tutukevlerinde bulunan hükümlü, tutuklu ve çalışanların diyabet yönünden değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Dergisi*, 4(1): Sf:71-78.
42. Maden G., Demir F. (2015). Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki hükümlü/tutuklularda diyabet riskinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Dergisi*,7(1):33-38.
43. Hornung CA., Greifinger RB, Gadre S. (2002). A projection model of the prevalence of selected chronic diseases in the inmate population. Chicago. *NCCHC. 1:39-56.*

44. Satman I., Yılmaz T., Sengül A., Salman S., Salman F., Uygur S., Bastar I., Tütüncü Y., Sargin M., Dinççag N., Karsidag K., Kalaça S., Özcan C., King H. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. 25(9):1551-1556.
45. Funnel M.M., Brown T.L, Childs B.P., Haas L.B., Hoseney G.B. et al. (2011). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 35(1):S87.
46. Yanık Y., Erol Ö. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19:3.
47. Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim tarihi:11.11.2017.
48. Diabetesforbundet. (2013). Diyabet ve Tütün.<https://www.diabetes.no/globalassets/om-diabetes/innvandrerere/tyrkisk/faktaark/tobakk.pdf> Erişim tarihi:08.11.2017.
49. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017 Performans Programı. http://yeni.thsk.gov.tr/depo/thsk/stratejedb/birimler/butceperformans/2017_Performans_Programi.pdf Erişim tarihi:11.11.2017.
50. 5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5275&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> Erişim tarihi: 11.11.2017.
51. Bulut A., Çabalar M., Şenadım S., Kayran Y., Güveli B., Yayla V.A. (2013). Sigara ve alkolün inme üzerine etkisi. *İstanbul Med J*. 14: 231-3.
52. Yanık Y., Erol Ö. (2016). Tip diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19:3. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/224265> Erişim tarihi: 04.11.2017.
53. Avcı D., Selçuk K. (2016). Tip 2 diyabetli hastalarda glisemik kontrol durumu ve etkileyen etmenler. *Gümüşhane Dergisi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(3):70-79.
54. Şireci E., Karabulutlu E. (2017). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 20:1.
55. Türkiye’de Diyabet Profili, Diyabet Bakım, İzlem ve Tedavisinde Mevcut Durum Değerlendirilmesi Çalıştay Raporu, 2009, Diyabet 2020 Vizyon ve Hedefler.

- http://www.tsn.org.tr/folders/file/Turkiyede_Diyabet_Profil.pdf Erişim tarihi: 11.11.2017
56. Akdemir N., Akyar İ. Aterosklerotik kalp hastalıklarından korunma ve hemşirenin sorumlulukları. *İç Hastalıkları Dergisi* . http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue_id=54&ref_ind_id=351 Erişim tarihi: 11.11.2017.
57. Türkiye İstatistik Kurumu (2015). Basın Odası Haberleri. Sayı:58. http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf Erişim tarihi: 11.11.2017.
58. Kılıç M. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-etkililik düzeyleri ve sağlık kontrol odağı ile ilişkisi, (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
59. Kara K., Çınar S. (2011). Diyabet bakım profili ve metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J Med Sci.1::57-63*.
60. Olgun N., Akdoğan-Altun Z. (2012). Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 46-57.
61. Cherrington, A., Wallston, K., Rothman, R. (2010). Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *J Behav Med*. 33: 81-9.
62. Oguz A., Benroubi M., Brismar, K., Melo P., Morar C., Cleall S, J. G., Schmitt H. (2013). Clinical outcomes after 24 months of insulin therapy in patients with type 2 diabetes in five countries: results from the TREAT study. *Current Medical Research and Opinion*. 29: 911-20.
63. DePalma M., Trahan L., Eliza J., Wagner A. (2015). The relationship between diabetes self-efficacy and diabetes self-care in american indians and alaska natives. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*. 22: 1-23.
64. Alkan S.(2009). Tip 2 Diyabetes mellitusta birinci derece akrabalarda diyabet öyküsünün diyabet başlangıç yaşına etkisi, (Uzmanlık tezi) . Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
65. Beyaz Ş., Ükinç K. (2015). Hipertansiyon derleme. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*. 8(2):35-41.

66. Özgül E., Yanık Y. (2011). Tip 2 diyabetlilerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi,(Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, Edirne.
67. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Türkiye Diyabet Programı. Ankara: İkinci Basım Kurban Matbaacılık Yayıncılık. <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiyedyabetprogrami.pdf>. Erişim tarihi: 11.11.2017
68. Türkiye Diyabet Vakfı, Diyabetin Komplikasyonları Nelerdir? <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=4&s=50> . Erişim tarihi: 11.11.2017
69. Ming-Xia Yuan, MD, , Zhi-Hui Peng, MD, Zhong Xin, MD, , Jian-Ping Feng, RN, Lin Hua, , Jing Shi, RN, Kun Geng, MD, Zhi-Xin Xu, MD, Xiao-Rong Zhu, M, Xi Cao, , Chang Liu, MD and Jin-Kui Yang, MD. (2012 Aug). Low prevalence of diabetic retinopathy in a chinese population. *Diabetes Care* 35(8): 61-61.
70. Nadarajan B., Saya GK., Krishna RB., Lakshminarayanan S. (2017 Jul). Prevalence of diabetic retinopathy and its associated factors in a rural area of villupuram district of tamil nadu, India. *J Clin Diagn Res.* 11(7):23- 26.
71. Said G. (1996).Diabetic Neuropathy: on updata. *J Neurol* 243: 431–440.
72. Zachary T., Bloomgarden, MD.(2001 Jun)) Pathogenesis of type 2 diabetes, vascular disease, and neuropathy. *Diabetes Care* 24(6): 1115-1119.
73. Gogia S., Rao CR.(2017 Sep-Oct). Prevalence and risk factors for peripheral neuropathy among type 2 diabetes mellitus patients at a Tertiary Care Hospital in Coastal Karnataka. *Indian J Endocrinol Metab.* 21(5):665-669.
74. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2012). Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması Patent 2. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. Erişim tarihi: 11.11.2017
75. Arash Bidadkosh., Sebastiaan P.H. Lambooy., Hiddo J. Heerspink., Michelle J. Pena., Robert H. Henning., Hendrik Buikema and Leo E. Deelman. (2017 Jun). Predictive properties of biomarkers GDF-15, NTproBNP, and hs-TnT for morbidity and mortality in patients with type 2 diabetes with nephropathy. *Diabetes Care.* 40(6):784-792.

76. Tanrıverdi M.H., Çelepkolu T., Aslanhar H. (2013). Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*.4(4):562-567.
77. Türkiye Diyabet Vakfı, Kontrolsüz kan şekerinin sonucu nefropati. <http://www.turkdiab.org/haber2.aspx?h=22> Erişim tarihi: 11.11.2017
78. Machingura PI., Chikwasha V., Okwanga PN., Gomo E. (2017 Feb)). Prevalence of and factors associated with nephropathy in diabetic patients attending an Outpatient Clinic in Harare, Zimbabwe. *Am J Trop Med Hyg*. 8;96(2):477-482
79. Süleymanlar G., Ateş K., Seyahi N. (2015). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon , Türk Nefroloji Derneği Yayınları*. Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
80. Çelik S.Y. (2015). Diyabetin akut ve kronik komplikasyonları. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/diyabet_komplikasyon.pdf. Erişim tarihi: 11.11.2017
81. Akçay S.(2012). Diyabetik ayak ülserli hastalarda amputasyon oranı ve eşlik eden komorbiditelerin retrospektif analizi. *Medicine Science*.1(4):331-40.
82. Görgülü, T., Kışlak, Ş.(2014). Erkek hükümlü ve tutukluların boyun eğici davranışları, depresyon ve intihar olasılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 51: 40-45.
83. Coyle, A. (2007). Standards in prison health: the prisoner as a patient. L.Moller, H.Stöver, R. Jürgens, at al (eds). Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health. Publications WHO Regional Of fice for Europe.
84. Meriç M. (2017). Diyabetlibireyin mücadelesi:Gözden kaçan psikososyal boyut. *Türkiye Klinikleri J Psichiatr Nurs-special Topics*.3(1):37-41.
85. IDF Clinical Guidelines Task Force. (2010). Global Guideline for Type 2 Diabetes, Book golal guideline for Type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation. *Diabetes Care* 33:11-61.
86. Van den Akker M., Schuurman A., Metsemakers J. (2004). Is depression related to subsequent diabetes mellitus? *Acta Psichiatr Scand*. 110:178-83.
87. Siddiqui, S. (2014). Depression in type 2 diabetes mellitus--a brief review. *Diabetes Metab Syndr*. 8:62-5.

88. Naicker K., Johnson J.A., Skogen J.C., Manuel ., Øverland S., Sivertsen B., Colman L. (2017 Mar). Type 2 Diabetes and comorbid symptoms of depression and Anxiety: Longitudinal associations with mortality risk . *Diabetes Care* . 40(3): 352-358.
89. Smith R. (1995). Prison health care. London, BMJ Publishing Group, 1984., 5. Prison health. Report of the Director of Health Care. HM Prison Service.
90. Howteerakul, N., Suwannapong, N., Rittichu, C., Rawdaree, P. (2007). Adherence to regimens and glycemic control of patients with type 2 diabetes attending a tertiary hospital clinic. *Asia Pac J Public Health*. 19(1):43-9.
91. Szczepańska E., Kloce, M., Kardas M., Dul L.(2014 Jul-Aug). Change of the nutritional habits and anthropometric measurements of type 2 diabetic patients - advantages of the nutritional education carried out. *Adv Clin Exp Med*. 23(4):589-98.
92. Malek M. (2010). Tip 2 diyabetli hastalarda verilen eğitimin beslenme bilgi ve alışkanlıkları üzerine etkisinin incelenmesi, (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi Anabilim Dalı, Ankara.
93. Vural Ö., Eler S., Atalay Güzel N.(2010). Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. VIII (2) 69-75.
94. Öztürk B. (2014). Farklı egzersiz programlarının tip 2 diyabetik hastalarda fonksiyonel performans ve yaşam kalitesine etkisinin araştırılması, (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
95. Büyükkaragöz, A. (2015). Diyabet, Egzersiz ve Beslenme. Sağlık Afiyet Dergisi.
96. Manson JE., Rimm EB., Stampfer MJ., Colditz GA., Willett WC., Krolewski AS.(1991). Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet*. 28:338(8770):774-8.
97. Dharmastuti DP., Agni AN., Widyaputri F., Pawiroranu S., Sofro ZM., Wardhana FS., Haryanto S., Widayanti TW., Kotha S., Gupta P., Sasongko MB. (2017 Oct). Associations of physical activity and sedentary behaviour with vision-threatening diabetic retinopathy in indonesian population with type 2 diabetes mellitus: Jogjakarta eye diabetic study in the community (JOGED.COM). *Ophthalmic Epidemiol*. 12:1-7.
98. Eren İ., Erdi Ö., Özçankaya R. (2003). Tip II diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü ile psikiyatrik bozuklukların ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 14(3):184-191.

99. Aydın H., Deyneli O., Yavuz D., Tarçın Ö., Akalın S. (2005). Does the frequency of the self-monitoring of blood glucose influence glycemic control in type 2 diabetic patients? *Marmara Medical Journal*. 18(1);13-16
100. Mokabel FM., Aboulazm SF., Hassan HE., Al-Qahtani MF., Alrashedi S.F. (2017 Sep-Dec). Zainuddin FA The efficacy of a diabetic educational program and predictors of compliance of patients with noninsulin-dependent (type 2) diabetes mellitus in Al-Khobar, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 24(3):164-172
101. Hung JY., Chen PF., Livneh H., Chen YY., Guo HR., Tsai TY. (2017 Sep). Long-term effectiveness of the Diabetes Conversation Map Program: A prepost education intervention study among type 2 diabetic patients in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 96(36):e7912.
102. Bollu M., Nalluri KK., Prakash A.S., Nagalohith M., Venkataramaraq N. (2015). Study of knowledge, attitude, and practice of general population of guntur towards silent killer disease: Hypertension and diabetes. *Asian J Pharm Clin Res*. 8(4): 74-78.
103. Fitzgerald JT., Davis WK., Connel CM., Hess GE., Funnel MM., Hiss RG. (1996). Development and validation of the Diabetes Care Profile. *Evaluation Health Professions*. 19:208-230.
104. Helgeson VS., Vaughn AK., Seltman H., Orchard T., Becker D., Libman I. (2017 Sep). Relation of parent knowledge to glycemic control among emerging adults with type 1 diabetes: a mediational model. *Journal of Behavioral Medicine*. 16. doi: 10.1007/s10865-017-9886-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28918521>. Erişim tarihi: 11.11.2017
105. Nicole C.W., Van der Ven., MSC., Katie Weinger., EDD, Joyce Yi, BA, Frans Pouwer, PHD., Herman Adèr, PHD., Henk M. van der Ploeg, PHD and Frank J. Snoek, PHD. (2003 Mar). Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* .26(3): 713-718.
106. Springer R.R., Heymann A., Schmeidler J., Moshier E., Berroa E.G., Soleimani L., Sano M., Leroith D., Preiss R., Tzukran R., Silverman J.M., Beeri M.S.. (2017 Sep). Hemoglobin A1c variability predicts symptoms of depression in elderly individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* . 40(9): 1187-1193.

107. Lee E.Y., Lee Y.h., Yi S.W. , Shin S.A., Yi. J.J. (2017 Aug). BMI and all-cause mortality in normoglycemia, impaired fasting glucose, newly diagnosed diabetes, and prevalent diabetes: A cohort study. *Diabetes Care* 40(8): 1026-1033.
108. Nural N., Hindistan S., Gürsoy A.A, Bayrak N. (2009 Jul-Aug). Bir sağlık ocağına başvuran tip 2 diabetes mellitus tanılı hastaların epidemiyolojik özellikleri ve prognozu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 8(4): 297-306.
109. Schlenk E.A. , R.N., M.A.,Laura K Hart, R.N., Ph.D. (1984 Nov). Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 7(6): 566-574.

EKLER

Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/006

Karar tarihi : 21.02.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 21.02.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154101036 İlhami ÜLGER	Acil serviste çalışan hemşirelerin duyu yükleri ve duyu yönetim becerilerinin incelenmesi
154101093 Tuğçe İBRİCE	Eşi doğum yapacak baba adaylarının stres, depresyon ve anksiyete durumlarının belirlenmesi
154101069 Gül MADEN	Samsun E tipi kapalı ceza infaz kurumundaki diyabetli hükümlü / tutuklu ve personelin, diyabet bakım profilleri ile metabolik kontrol değişkenlerinin incelenmesi

2- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
154103037 Güzide ŞENDAĞ	Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile değerlendirilmesi
154103045 Sabiha İrem ÜNAL	Vücut ağırlık kaybı programı uygulanan aşırı kilolu ve obez kadınlarda badem tüketiminin antropometrik ölçümler ile bazı kan parametreleri üzerine etkisinin belirlenmesi
154103038 Esmâ DOĞANTÜRK	Üniversite öğrencilerinin depresyon ve beslenme durumlarının incelenmesi
154103041 İrem AYHAN TURAL	Adölesanlarda farklı iki günde belirlenen besin ögesi alımları ile sağlıklı yeme indeksi ve diyet kalite indeksi arasındaki ilişkinin belirlenmesi
154103043 Alev ÇELİK	İnsülin direnci olan kadınlarda diyetteki iki farklı karbonhidrat oranının biyokimyasal ve antropometrik parametrelere etkisi

3- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencileri tarafından Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konuları görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde kabulüne;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONUSU
164102031 Alper HAZNEDAR	Sağlıklı kadınlarda topuklu ayakkabı kullanım sıklığının, gastrosoleus kas kısalığına, ayak postürüne ve dengeye olan etkisinin araştırılması

4- Enstitümüz Yönetim Kurulunun 08/11/2016 tarihli 2016/027 sayılı toplantısında tez konusu "İlköğretim öğrencilerinin beslenme durumunu ve içecek tercihini etkileyen etmenlerin incelenmesi" olarak kabul edilen Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi 164102031 numaralı Ceren DİNÇER'in çalışmayı sürdüreceği kurum tarafından gerekli izin geç verilmesi nedeniyle tez konusunun "Üniversite öğrencilerinin beslenme durumunu ve içecek tercihini etkileyen etmenlerin incelenmesi" olarak değiştirilmesine;

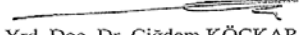
Oy birliği ile karar verilmiştir.

Kay *...* *...* *...*


Ek 1. devam

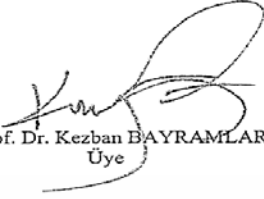
(2017/006 Sayı ve 21.02.2017 Tarihli Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı 2. Sayfasıdır.)


Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)


Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)




Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Aylın FİLİZ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri
ASLI GİBİDİR


Doç. Dr. Tulay ORTABAĞ
Üye

Ek 2. Etik Kurul Onay Formu

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Yüksekokulu)**

07.02.2017

Sayın Gül MADEN

“...Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu’ndaki Diyabetli Hükümlü/ Tutuklu ve Personelin, Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenlerinin İncelenmesi ...” konulu çalışmanız 07.02.2017 tarih ve 2017-01 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

Ek 3.Etik Kurul Kararı

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ YÜKSEKOKULU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2017/01
Karar Tarihi : 07.02.2017

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Gündem YAKAN'ın "...Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kanser Taraması Tutumlarının Belirlenmesi ve Gaitada Gizli Kan Taraması ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Gül MADEN'in "...Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'ndaki Diyabetli Hükümlü/ Tutuklu ve Personelin, Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenlerinin İncelenmesi ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Esra KÖK'ün "...Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalarda Postoperatif Ağrı Düzeyinin ve Yönetim Kalitesinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ahmet MIÇOOĞULLARI "...Hasta Beklentilerini Yönetme Becerisi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Ceren DİNÇER'in "...Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumunu ve İçecek Tercihini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İrem AYHAN TURAL'ın "...Adolesanlarda Farklı İki Günde Belirlenen Besin Ögesi Alımları ile Sağlıklı Yeme İndeksi ve Diyet Kalite İndeksleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Öğr. Gör. Sezer AVCI'nın "...Genç Kuşak Hemşire Adaylarının Nasıl Bir Ortamda Çalışmayı İstedikleri Hakkındaki Bilgi ve Görüşleri..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Alev ÇELİK'in "...İnsülin Direnci Olan Yetişkin Kadınlarda Diyetteki İki Farklı Karbonhidrat Oranının Biyokimyasal ve Antropometrik Parametrelere Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İlhami ÜLGER'in "...Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Duygu Yükleri ve Duygu Yönetim Becerilerinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Prof. Dr. Yavuz YAKUT'un "... Farklı Tabanlık, Takviye, Kama ve Yükseklik Uygulamalarının Denge, Ağırlık Dağılımı ve Yürüme Parametreleri Üzerine Etkileri..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Sabiha İrem ÜNAL'ın "...Vücut Ağırlık Kaybı Programı Uygulanan Aşırı Kilolu ve Obez Kadınlarda Badem Tüketiminin Antropometrik Ölçümler ile Bazı Kan Parametreleri Üzerine Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

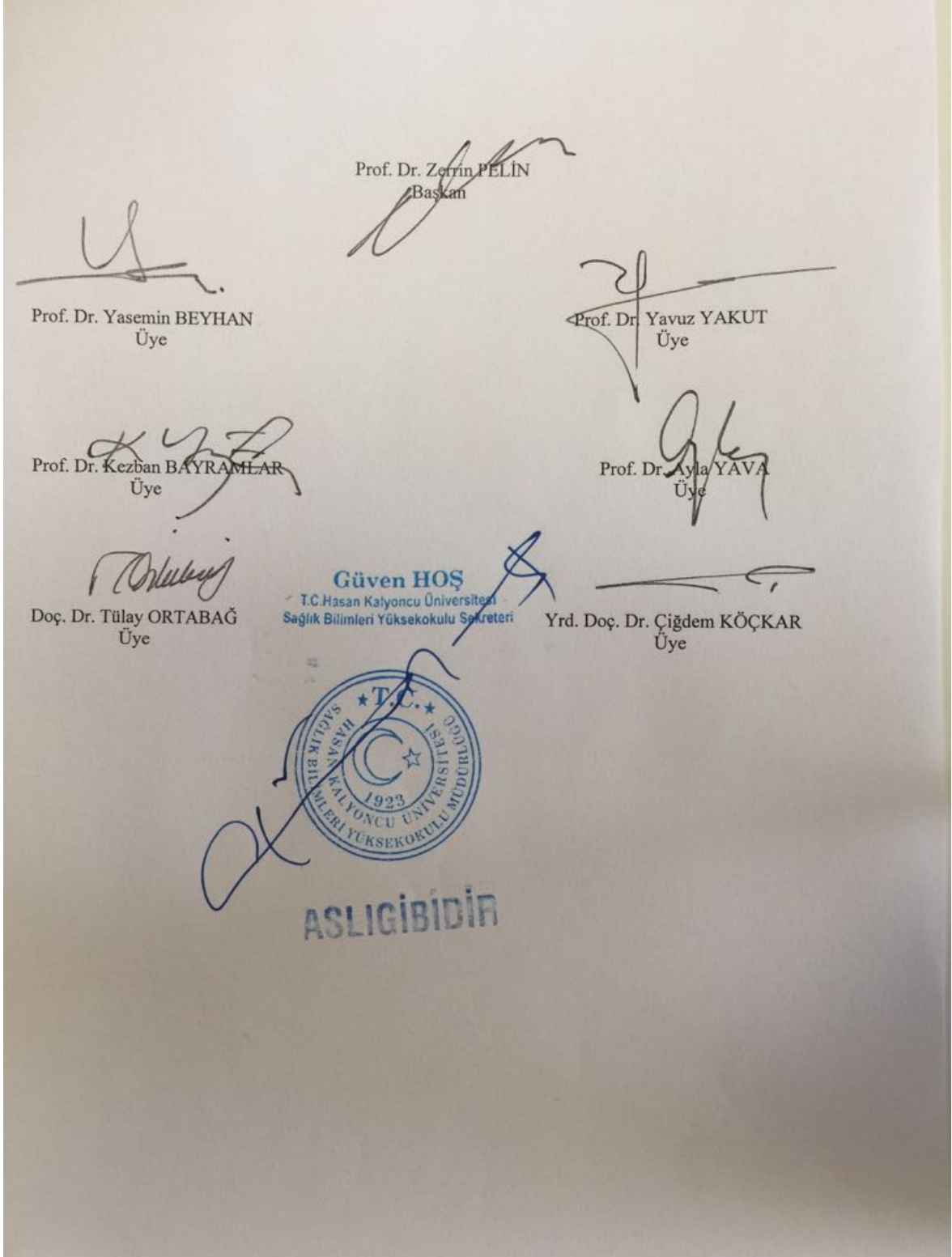
Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT'in "... Eşi Doğum Yapacak Baba Adaylarının Stres, Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İnci ARPACI'nın "... Diyabet Okullarının Hastalığın Kabulüne ve Özbakım Aktivitelerine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İmren ARPACI'nın "... Bir Vakıf Üniversitesindeki Kız Öğrencilerin Premenstrual Sendrom Durumlarının İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek 3. devam



Ek 4. Kurum İzni

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

Sayı : 57292265-204.06.03-E.1962/131748
Konu : Sağlık Memuru Gül MADEN'in
Tez Çalışması

18/11/2016

SAMSUN CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞINA

İlgi :05/10/2016 tarihli ve B.M. 2016/4509 sayılı yazı.

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi olan, aynı zamanda Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda sağlık memuru olarak görev yapan Gül Maden'in, "Diyabetlilerin Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki" konulu çalışmayı kurumunda yapma talebine ilişkin, ilgi yazı ve ekleri incelendi.

Talebe konu tez çalışmasının; yukarıda anılan ceza infaz kurumunda yapılması, kurumda bulunan hükümlü ve tutukluların rızalarının alınması, 21/11/2016-31/03/2017 tarihleri arasında, kurumun belirleyeceği gün ve saatler ile kurumun uygun göreceği alanlarda uygulanması, yapılacak olan tez çalışmasının konusuyla sınırlı kalınması, ses kaydı ve görüntü alınmaması, çalışma sonucunun iki örneği ile CD'sinin çalışmayı yapacak kişi tarafından Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğüne gönderilmesi, çalışma sonucunun Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nün izni olmaksızın yayınlanmaması, basın ve yayın organlarıyla paylaşılmaması ve mesai saatleri aksatılmadan yürütülmesi koşulu ile gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Gereği ile ilgili kişiye bu doğrultuda bilgi verilmesini rica ederim.

Burhanettin ESER
Hâkim
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Konya Yolu No:70 - 06330 Beşevler/ANKARA
Tel: 0 312 204 13 97-1453-1168-1451

Ayrıntılı bilgi için iritibat:
Faks: 0 312 223 43 91

Yetişkin İyileştirme Bürosu
Web:www.cte.adalet.gov.tr

Ek 5. Diyabet Bakım Profili Ölçek Formu

DİYABET BAKIM PROFİLİ

Lütfen aşağıdaki her soruyu okuyarak doğru(veya uygun) seçeneğini önündeki kutucuğu işaretleyiniz.

BÖLÜM I. Özgeçmiş

Adı Soyadı:

- 1.Diyabet Tipi: Tip1Diyabet: Tip2 Diyabet:
- 2.Yaşınız:
- 3.Cinsiyet:
- 4:Diyabet tanısının konduğu süre:ay/yıl
- 5.Medeni durumunuz: Bekar: Evli:
- 6.Mesleğiniz 1.Ev kadını 4.İşçi
2.Emekli 5.Serbest meslek
3.Memur 6.Diğer:
- 7.Sağlık güvenceniz var mı?
1.Var 2.Yok
- 8.Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 1.Muhtaç durumdayım
 2.Ancak geçinebiliyorum
 3.Orta derecede iyi
 4.iyi
 5.Çok iyi
- 9.Kiminle yaşıyorsunuz?
 1.Yalnız yaşıyorum
 2.Eşimle
 3.Eşim ve çocuklarımla
 4.Ailemle
- 10.Eğitim durumunuz?
 1.İlkokul mezunu 4.Üniversite mezunu
 2.Ortaokul mezunu 5.Lisansüstü eğitim
 3.Lise mezunu

11.Kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz?

1.Aynı hastane polikliniği

3.Diyabet cemiyeti

2.Özel muayenehane

4.Diğer:.....

12.Kontrollere gitme sıklığınız nedir ? Ay: Yıl:

13.Son bir yıldır kontrollerinizi aynı merkezde mi sürdürüyorsunuz?

1.Evet

2.Hayır

14.Diyabetle ilgili eğitim aldınız mı?

1.Evet

2.Hayır

15.Eğitim aldıysanız kimden aldınız?

1.Hemşire

2.Doktor

3.Firma görevlisi

4.Diğer:.....

16.Haftada kaç saatinizi okulda ya da işte geçiriyorsunuz?

1.Haftada 10 saat veya daha az

2.Haftada 11-20 saat

3.Haftada 21-30 saat

4.Haftada 31-40 saat

5.Haftada 41 saat ve üzeri

17.Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

3.Bırakmış

Evet ise; Günde kaç adet içiyorsunuz?.....adet

Kaç yıldan beri içiyorsunuz?..... yıl

18.Alkol kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

3.Bırakmış

19.İlk tanı konduğu zaman hastaneye yatırıldınız mı?

1.Evet

2.Hayır

20.Diyabet ya da komplikasyonları sebebiyle son bir yıl içinde kaç kez hastaneye yattınız?

.....yatış sayısı

21. Ailede diyabetli var mı?

1. Hayır, yok
 2. ..derece akrabalarım da var
 3. Bilmiyor

4. Derece akrabalarım da var

22. Diyabetle ilgili komplikasyon gelişti mi? 1. Evet 2. Hayır

23. Gelişti ise aşağıdakilerden hangisi?

1. Göz sorunları (retinopati)
 2. Böbrek sorunları (nefropati)
 3. His ile ilgili sorunlar (nöropati)
 4. Ayak yarası

	<u>Kötü</u>		<u>İyi</u>		
<u>Mükemmel</u>					
24. Son 1 yıl için sağlığını nasıl puanlarsınız?	1	2	3	4	5
25. Son 1 ay için sağlığını nasıl puanlarsınız?	1	2	3	4	5
26. Sizin yaşınızdaki diğer insanlarla karşılaştığınızda genel sağlığını nasıl puanlarsınız?	1	2	3	4	5

Bölüm II. Diyabet Kontrolü

	1	2	3	4	5	6
1. Terleme, halsizlik, gerginlik, (huzursuzluk) titreme, açlık hissi ya da baş ağrısı gibi şikayetlerle birlikte kan şekeri düşmesini son 1 ay içerisinde kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-9	10	Bilmiyorum
2. Bayılmaya yol açan ya da tedavi için yardım gerektiren ciddi kan şekeri düşmesini son 1 yılda kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-9	10	Bilmiyorum
3. Susama, ağızda ve ciltte kuruma, idrarda kan şekerinin artması, bulantı ya da yorgunluk gibibelirtileri olan kan şekeri yükselmesini son 1 ay içinde kaç kez yaşadınız?	0	1-3	4-6	7-9	10	Bilmiyorum
4. Son 1 ayda kaç gün idrarınızda aseton bulundu? yapılmadı	0	1-3	4-6	7-9	10	Test

5.Son 1 yıl içinde , aşağıdaki nedenler hangi sıklıkta kan şekerinizin yükselmesine sebep oldu? Bilmiyor	Asla	Bazen	Sık sık			
a) Hastalanmanız ya da enfeksiyon geçirmeniz	1	2	3	4	5	6
b)Üzüntülü ya da sinirli olmanız	1	2	3	4	5	6
c)ilaç miktarını yanlış almanız	1	2	3	4	5	6
d)Yanlış yiyeceklerle beslenmeniz	1	2	3	4	5	6
e)Çok fazla yemeniz	1	2	3	4	5	6
f)Her zamankinden daha az hareketli olmanız	1	2	3	4	5	6
g) Gerilim, sıkıntı içinde olmanız	1	2	3	4	5	6

6.Son 1 yıl içinde, aşağıdaki nedenler hangi sıklıkta kan şekerinizin düşmesine sebep oldu? Bilmiyor	Asla	Bazen	Sık sık			
a) Hastalanmanız ya da enfeksiyon geçirmeniz	1	2	3	4	5	6
b)Üzüntülü ya da sinirli olmanız	1	2	3	4	5	6
c)ilaç miktarını yanlış almanız	1	2	3	4	5	6
d)Yanlış yiyeceklerle beslenmeniz	1	2	3	4	5	6
e)Çok fazla yemeniz	1	2	3	4	5	6
f)Her zamankinden daha az hareketli olmanız	1	2	3	4	5	6
g) Gerilim, sıkıntı içinde olmanız	1	2	3	4	5	6

Bölüm III.Sosyal ve Kişisel Faktörler

1.Son 1 yıl içinde diyabetiniz normal günlük
Bilmiyor
aktivitelerinizi yapmanıza (işe gitmek,ev
işi yapmak) hangi sıklıkta engel oldu?

Asla Bazen Sık sık
1 2 3 4 5 6

2.Diyabetim (şeker hastalığı) ve tedavisi
Kesinlikle
beni aşağıdakilerden yoksun bıraktı:
Katılı-
yorum

Kesinlikle
Katılımı- Katılımı Karar- Katılı-
yorum yorum sızım yorum

- a) Yeterli para sahibi olmaktan 1 2 3 4 5
- b)Okul, iş, ev işi ve diğer sorumluluklarım
yerine getirmekten 1 2 3 4 5
- c)İstediğim kadar gezmek ve seyahat etmekten 1 2 3 4 5
- d)İstediğim kadar aktif olmaktan 1 2 3 4 5
- e)Sevdiğim yiyecekleri yemekten 1 2 3 4 5
- f)İstediğim kadar yemekten 1 2 3 4 5
- g) İnsanlarla iyi ilişkiler kurmaktan 1 2 3 4 5
- h)İstediğim gibi program yapmaktan
(örn;geç yemek yemek) 1 2 3 4 5
- ı)Arkadaşlarımla bir arada olmaktan 1 2 3 4 5
- j)İstediğim kadar yalnız kalmaktan 1 2 3 4 5

Kesinlikle
3.Diyabetimin tedavisi ve ihtiyaçları için
Katılı-
yorum

Kesinlikle
Katılımı- Katılımı Karar- Katılı-
yorum yorum sızım yorum

harcamaları karşılamam sorun olmaktadır 1 2 3 4 5

4.Diyabetli olmam yaşamımı
kolaylaştırmaktadır.

1 2 3 4 5

Bölüm IV.Diyabete Karşı Tutum

	Kesinlikle Katılmı- yorum	Katılmı yorum	Karar- sızım	Kesinlikle Katılı- yuru	Katılı yorum
1.Diyabetli olduğum için korkuyorum.	1	2	3	4	5
2.Gerçekten diyabetli olduğuma inanmak benim için zor.	1	2	3	4	5
3.Diyabetim yüzünden mutsuzum ve üzüntülüyüm.	1	2	3	4	5
4.Yaşamımdan memnunum.	1	2	3	4	5
5.Diyabetim nedeniyle kendimi başkaları kadar iyi durumda görmüyorum.	1	2	3	4	5
6.yapmayı planladığım her şeyi yapabilirim.	1	2	3	4	5
7.Diyabetim için yapmam gerekenlerin tümünü yapmak zor geliyor.	1	2	3	4	5
8.Diyabet yaşamımı etkilemiyor.	1	2	3	4	5
9.Herşey göz önüne alındığında oldukça talihliyim.	1	2	3	4	5
10.Şuanda benim için için herşey çok iyi gidiyor.	1	2	3	4	5
11.Şunları yapabilirim;					
	Kesinlikle Katılmı- yorum	Katılmı yorum	Karar- sızım	Kesinlikle Katılı- yuru	Katılı yorum
a)Kan şekerimi iyi kontrolde tutabilirim	1	2	3	4	5
b)Kilomu kontrol altında tutabilirim	1	2	3	4	5
c)Diyabetim için yapmam gereken şeyleri (Diyet,egzersiz,ilaç vb) yapabilirim.	1	2	3	4	5
d)Diyabetimle ilgili duygularıyla(korku, endişe, kızgınlık) başedebilirim.	1	2	3	4	5

12.Şunları yapmamın kendim için iyi olduğunu düşünüyorum;

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum
e)Kan şekerimi iyi kontrolde tutmak	1	2	3	4	5
f)Kilomu kontrol altında tutmak	1	2	3	4	5
g))Diyabetim için yapmam gereken şeyleri (Diyet,egzersiz,ilaç vb) yapmak	1	2	3	4	5
h)Diyabetimle ilgili duygularımla(korku, endişe, kızgınlık) başetmek.	1	2	3	4	5

13.Kan şekerimi iyi kontrolde tutabiliyorum. Asla 1 Bazen 2 3 4 Her zaman 5 Bilmiyorum 6

14.Kilomu kontrol altında tutabiliyorum. Asla 1 Bazen 2 3 4 Her zaman 5

15.Diyabetim için yapmam gerekenleri yapabiliyorum.(diyet, egzersiz,ilaç) 1 2 3 4 5

16.Diyabetim nedeniyle yaşamımdan memnun değilim. 1 2 3 4 5

17.Diyabetimle ilgili korkularımla Baş edebiliyorum(korku, endişe, kızgınlık) 1 2 3 4 5

Bölüm V.Öz-Bakım:

Bölüm A.Diyet:

1.Boyunuz:.....cm

2.Kilonuz:.....kg

3.Son 1 yılda kilonuz nasıldı? 1.Aynı kaldı 2.Kilo verdim 3.Kilo aldım
Eğer kilo aldıysanız ya da verdiyseniz ne kadar?.....kg

4.Kaç kilo olmayı istediniz?.....kg

5. İzleyeceğiniz öğün planını ya da diyeti bir doktor ya da hemşire ile konuştunuz mu?

1.Evet 2.Hayır 3.Emin değilim

a) Diyabetinizi kontrol etmek

1. Evet 2.Hayır 3.Emin değilim

b) Kilo vermek

1. Evet 2.Hayır 3.Emin değilim

c) Kilo almak

1. Evet 2.Hayır 3.Emin değilim

d) Sağlıklı beslenmek

1. Evet 2.Hayır 3.Emin değilim

6. Bir öğün planını veya diyeti sürdürür müsünüz?

Asla Bazen Her zaman
1 2 3 4 5

7. Öğün ve ara öğünleriniz için bir program izlemeniz söylendi mi?

1.Evet 2.Hayır

8. Yiyeceğiniz şeyleri tartmanız ve ölçmeniz söylendi mi?

1.Evet 2.Hayır

9. Öğünlerinizi planlamak ve değişim listelerini ya da yiyecek grubu listelerini kullanmanız söylendi mi?

1.Evet 2.Hayır

10. Öğünleriniz ve ara öğünleriniz için verilen diyet planını hangi sıklıkta izlersiniz?

Asla Bazen Her zaman
1 2 3 4 5

11. Yiyeceklerinizi hangi sıklıkta ölçersiniz ya da tartarsınız?

1 2 3 4 5

12. Yemeklerinizi planlarken (siz ya da yiyeceklerinizi pişiren) değişim listelerini ya da besin grubu listelerini hangi sıklıkta kullanıyor sunuz?

1 2 3 4 5

13. Bir günlük diyetinizde kaç kalori vardır?

.....kalori 3.Emin değilim.

14. Genellikle bir günde kaç kalori alırsınız?

.....kalori . 3.Emin değilim.

15.Yiyeceğinizi almak ya da pişirmek için birine bağımlı mısınız?

1.Evet 2.Hayır

EĞER EVET İSE; öğünleriniz diyet planına uygun mu?

1.Evet 2.Hayır

16.Diyabetik diyete uygun olmayan içecekler içerseniz onları diyet planınızda hesap eder misiniz?

a) Şeker içeren hafif çay ya da kahve 1.Evet 2.Hayır
Kullanmıyorum

b) Alkollü içecekler 1.Evet 2.Hayır
Kullanmıyorum

	Kesinlikle Katılmı- yorum	Katılmı yorum	Karar- sızım	Katılı- yorum	Kesinlikle Katılı- yorum
--	---------------------------------	------------------	-----------------	------------------	--------------------------------

17.Öğün planımı izlemek (doğru yiyecekler doğru zamanda yeme)diyabetimi kontrol etmeme yardım eder. 1 2 3 4 5

18.Öğün planımı değiştirebilirim ve buna rağmen diyabetimi kontrol altında tutabilirim. 1 2 3 4 5

19.Diyetimi sürdürme diğer aktivitelerime engel olur. 1 2 3 4 5

Bölüm B:İlaç Tedavisi

20.Diyabetinizin tedavisinde şimdiye kadar aşağıdakilerden hangisini kullandınız?
(Kullandıklarınızın tümünü işaretleyin)

1.Diyet 2.Haplar 3.İnsülin

21.Şuanda diyabetinizin tedavisinde(kan şekerini düşürmek için) hap kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

EĞER HAYIRSA 25. SORUYA GEÇİNİZ

22.Her gün kaç hap almanız söylendi?.....adet hap

23.Her gün kaç hap alıyorsunuz?.....adet hap

24.Günde kaç kez hap alıyorsunuz?.....adet hap

25.İnsülin kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

Cevabınız HAYIRSA ve diyabet hapi alıyorsanız 35. soruya geçiniz

Eğer diyabet hapları almıyorsanız 36. soruya geçiniz.

26.İnsüline bağlı kan şekeri düşmesini tedavi etmek için yanınızda şekerli bir yiyecek bulundurur musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

27.İnsülininizi nasıl kullanıyor sunuz? 1.Şırınga 2.İnfüzyon pompası

İnfüzyon pompası ise 32. soruya geçiniz.

28.Günde kaç kez insülin kullanmanız söylendi?.....kez

29.Genellikle günde kaç kez insülin yaparsınız?.....kez

30.Kaç çeşit insülin kullanıyor sunuz?

- 1.Bir 2.İki 3.Üç

31.İnsülininizi kendiniz mi enjekte ediyorsunuz? 1. evet 2.Hayır

32.Ne kadar zamandır insülin kullanıyor sunuz?.....yıl

33.Diyabetiniz ortaya çıktığından beri insülin kullanıyor musunuz? 1.evet 2.Hayır

34.	Asla	Bazen	Sık sık	Sık sık	
a)Kilo vermek istediğiniz için insülininizin dozunu ya da zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz?	1	2	3	4	5
b)Kilo almak istediğiniz için insülininizin dozunu ya da zamanlamasını ne kadar sıklıkla değiştirdiniz?	1	2	3	4	5

35.Diyabetli kişiler bazen aldıklarını ilaç miktarını değiştirirler.İnsülininizin ya da haplarınızın dozunu ve/veya zamanını aşağıdaki nedenlerden dolayı hangi sıklıkta değiştirirsiniz?

	Asla	Bazen	Sık sık	Sık sık	
a)Bir önceki dozu atladığınızda	1	2	3	4	5
b)Denemek ve sonucunu görmek istediğinizde	1	2	3	4	5
c)Dozun yanlış olduğunu düşündüğünüzde	1	2	3	4	5
d)Bir şeye üzüldüğünüzde	1	2	3	4	5
e)Her zamankinden daha fazla yediğinizde	1	2	3	4	5
f)Kan şekeriniz çok yüksek ya da çok düşük olduğunda	1	2	3	4	5

Bölüm C.Ayak Bakımı

36.Doktorunuz veya hemşireniz tarafından ayaklarınıza özel bir bakım uygulamanız söylendi mi?

- 1.Evet 2.Hayır 3.Emin değilim

37.Ayak bakımı önerildiyse ayaklarınızı diyabete bağlı bir takım belirtiler için hangi sıklıkta kontrol etmelisiniz?

- 1.Hicbir zaman
 2.Ayda bir
 3.Haftada bir
 4.Her gün

38. Ayak bakımı önerildiyse ayaklarınızı diyabete bağlı bir takım belirtiler için hangi sıklıkta kontrol edersiniz?

- 1.Hicbir zaman
 2.Ayda bir
 3.Haftada bir
 4.Her gün

Bölüm D.Fiziksel Aktivite

39.Doktorunuz veya hemşirenizden hiç egzersiz önerisi aldınız mı?

- 1.Evet 2.Hayır

40.Egzersiz hakkında öneri aldıysanız ne sıklıkta yapmalısınız?

- 1.Egzersiz yapmam hiç söylenmedi
 2.Önerilen program yok
 3.Egzersizden kaçınmam söylendi
 4.Haftada 1-2 kez
 5.Haftada 3 kez veya daha fazla

41.Şimdiki egzersiz veya fiziksel aktivite düzeyiniz nedir?

- 1.Yok 2.Hafif 3.Orta 4.Ağır

42.Ne sıklıkta egzersiz yaparsınız?

- 1.Haftada 1 den az 2.Haftada 1 3.Haftada 2-3 kez
 4.Haftada 4-6 kez 5.Her gün

43. Aşağıdaki nedenler yeterli ve düzenli egzersiz yapmanızı hangi sıklıkta engeller?

	Nadiren		Bazen		Sık sık
a) çok meşgul olmanız	1	2	3	4	5
b) çok fazla efor harcatması	1	2	3	4	5
c) faydalı olduğuna inanmamanız	1	2	3	4	5
d) yapmak istememeniz	1	2	3	4	5
e) havanın kötü olması	1	2	3	4	5
f) bir sağlık probleminizin olması	1	2	3	4	5
g) diyabetinizi kontrol etmeyi zorlaştırması	1	2	3	4	5

Bölüm E: Kan Şekerini İzleme

44. Haftada kaç gün test yapmanız söylendi?

a) idrar şekeri:.....(haftada gün) Test yapmıyorum

b) kan şekeri:.....(haftada gün) Test yapmıyorum

ŞEKER İÇİN TEST YAPMIYORSANIZ 54. SORUYA GEÇİNİZ

45. Haftada kaç gün test yapıyorsunuz?

a) idrar şekeri:.....(haftada gün) Test yapmıyorum

b) kan şekeri:.....(haftada gün) Test yapmıyorum

46. Test yaptığınız günlerde testi kaç kere tekrarlıyorsunuz?

a) idrar şekeri:.....(defa)

b) kan şekeri:.....(defa)

47. Son 1 ayda kaç defa kan şekerinizi hiçbir belirti olmaksızın 70 in altında buldunuz?	1	2	3	4	5	6
	0	1-3	4-6	7-12	12+bilmiyorum	

48. Son 1 ayda kaç defa kan şekerinizi hiçbir belirti olmaksızın 240 in üzerinde buldunuz?	1	2	3	4	5	6
	0	1-3	4-6	7-12	12+bilmiyorum	

49. Aşağıdaki nedenlerden söylenen sıklıkta kan şekeri testi yapmanıza engel olur mu?

	Nadiren		Bazen		Sık sık
a) unutmmanız	1	2	3	4	5
b) faydalı olduğuna inanmamanız	1	2	3	4	5
c) uygun zaman ve yerin olmaması	1	2	3	4	5
d) yapmak istememeniz	1	2	3	4	5
e) test malzemelerinin tümünü bitirmeniz	1	2	3	4	5
f) malzemelerin çok pahalı olması	1	2	3	4	5
g) zahmetli bir iş olması	1	2	3	4	5
h) test sonuçlarını değerlendirmenin zor olması	1	2	3	4	5
i) kendi kendine yapamamanız	1	2	3	4	5
j) kan şekeri düzeyinizin çok sık değişmemesi	1	2	3	4	5
k) parmağınızı delmenin çok canınızı yakması	1	2	3	4	5

50. Şeker testi programına tam olarak uymak sizin için ne kadar önem taşıyor? **Önemli değil** **Önemli** **Çok önemli**

51. Diyabetinizi kontrol altında tutmada şekerinizi test etmeniz ne kadar önemlidir? 1 2 3 4 5

52. Kan şekeri testi yaptırmak için makinanız var mı? 1.Evet 2.Hayır
53. Kan şekeri düzeyinizi test etmek için bir ölçüm cihazı kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

54. Sağlık bakım çalışanları tarafından ne zamanlar aseton için idrar testi yapmanız söylendi?

(Uygun olan bütün şıkları işaretleyiniz)

- 1. Keton testi yapmam söylenmedi. 57. soruya geçiniz.
- 2. Hasta olduğunuzda
- 3. Şeker düzeyiniz yüksek olduğunda
- 4. Kilo vermek için diyet yaptığınızda
- 5. Kararlaştırılmış programlar

55. Ne zaman idrar asetonu için test yaparsınız?

- 2. Hasta olduğunuzda
- 3. Şeker düzeyiniz yüksek olduğunda
- 4. Kilo vermek için diyet yaptığınızda
- 5. Kararlaştırılmış programlar

56.Size söylenen zamanlarda keton testi yapmanızın **Önemli değil** **Önemli** **Çok önemli**
ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz? 1 2 3 4 5

57.Size şeker ya da keton testi sonuçlarınızı **Evet** **Hayır** **Normal**
olmadığında
kaydetmeniz söylendi mi? 1 2 3

58.Test sonuçlarınızı kayıt ediyor musunuz? 1 2 3

59. Size şeker ya da keton testi sonuçlarınıza Evet . Hayır İlaç kullanmıyorum
göre insülin ya da hap dozlarınızı değiştirir misiniz?

60.Test sonucuna göre diyetinizi değiştirir
misiniz? 1.Evet 2. Hayır 3.Test
yapmıyorum

61.Test sonucuna göre egzersizinizi değiştirir
misiniz? 1.Evet 2. Hayır 3.Test
yapmıyorum

62.Doktorunuz test sonuçlarına göre 1.Evet 2.Hayır
insülin dozunuzu değiştirmeniz gerektiğini 3.Test yapmıyor 4.İnsülin
kullanmıyo
söyledi mi?

63.Hiç diyabet eğitimi aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır

Hayırsa 67. soruya geçiniz.

64.Eğitim programınızda hangi konular vardı?(Uygun olan bütün konuları işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	En son tarih
a)diyet	1.	2.	
b)kilo yönetimi	1.	2.	
c)egzersiz	1.	2.	
d)insülin/hap kullanımı	1.	2.	
e)ayak bakımı	1.	2.	
f)diyabet komplikasyonları	1.	2.	
g)göz bakımı	1.	2.	
h)diyabet ilaçları ile diğer ilaçları bir arada kullanma	1.	2.	
i)alkol kullanımını ve diyabet	1.	2.	
j)kan şekeri kontrolü	1.	2.	

k)düşük kan şekerinin belirtileri	1.	2.			
l)yüksek kan şekerinin belirtileri	1.	2.			
65.Aşağıdaki konulardan hangisini anladınız?	Kötü		İyi	Mükemmel	
a)Diyet ve kan şekeri kontrolü	1	2	3	4	5
b)Kilo yönetimi	1	2	3	4	5
c) egzersiz	1	2	3	4	5
d)insülin/hap kullanımı	1	2	3	4	5
e)şeker testi yapma	1	2	3	4	5
f)ayak bakımı	1	2	3	4	5
g))diyabet komplikasyonları	1	2	3	4	5
h)göz bakımı	1	2	3	4	5
ı)diyabet ilaçları ile diğer ilaçları bir arada kullanma	1	2	3	4	5
j)alkol kullanımı ve diyabet	1	2	3	4	5
66.Diyabetinizi anlamak için yeterli eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	1.Evet	<input type="checkbox"/>	2.Hayır	
67.Daha fazla diyabet eğitimi almak ister misiniz?	<input type="checkbox"/>	1.Evet	<input type="checkbox"/>	2.Hayır	

Bölüm VI.Uzun Vadeli Sonuçlar

	Kesinlikle Katılmı-		Karar-	Kesinlikle Katılı-	
	<u>yorum</u>	<u>yorum</u>	<u>sızım</u>	<u>yorum</u>	<u>yorum</u>
17. Diyabet için mümkün olan en iyi bakımı almak şu problemleri geciktirecek ya da önleyecektir.					
a)göz problemleri	1	2	3	4	5
b)böbrek problemleri	1	2	3	4	5
c)ayak problemleri	1	2	3	4	5
d)damar sertliği	1	2	3	4	5
e)kalp hastalığı	1	2	3	4	5

Bölüm VII.Sosyal Destek

1.Ailenizin kaç üyesi diyabetli olduğunuzu biliyor?	Hiçbiri	Birkaçı	Hepsi
	1	2 3	4 5

2.Yaklaşık olarak kaç arkadaşınız diyabetli olduğunuzu biliyor?

1 2 3 4 5

	Kesinlikle Katılmı- yorum	Katılmı yorum	Karar- sızım	Katılı- yorum	Kesinlikle Katılı yorum	İhtiya- cım olmuyor
3.Şu konularda ailem ve arkadaşlarımdan çok fazla yardım ve destek beklerim.						
a)öğün planımı uygulama	1	2	3	4	5	6
b)ilaçlarımı almada						
c)ayak bakımımı sürdürmede	1	2	3	4	5	6
d)yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmede	1	2	3	4	5	6
e)şekerimi kontrol etmede	1	2	3	4	5	6
f)diyabetle ilgili duygularımı kontrol etmede	1	2	3	4	5	6

	Kesinlikle Katılmı- yorum	Katılmı yorum	Karar- sızım	Katılı- yorum	Kesinlikle Katılı yorum	Yardım- Etmezler
4.Şu konularda ailem ve arkadaşlarım şu konularda bana çok yardım eder ve destek olur.						
a)öğün planımı uygulama	1	2	3	4	5	6
b)ilaçlarımı almada	1	2	3	4	5	6
c)ayak bakımımı sürdürmede	1	2	3	4	5	6
d)yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmede	1	2	3	4	5	6
e)şekerimi kontrol etmede	1	2	3	4	5	6
f)diyabetle ilgili duygularımı	1	2	3	4	5	6

5.Ailem ve arkadaşlarım ;
Kesinlikle

	Kesinlikle Katılmı- yorum	Katılmı yorum	Karar- sızım	Katılı- yorum	Kesinlikle Katılı yorum
a)beni ve diyabetimi kabul ederler	1	2	3	4	5
b)diyabetimden dolayı benim için rahatsızlık duyarlar	1	2	3	4	5

c)diyabetim hakkında beni cesaretlendirir veya güven verir	1	2	3	4	5
d)diyabetim hakkında cesaretimi kırar ya da üzer.	1	2	3	4	5
e)diyabetim hakkında konuşmak istediğimde beni dinler	1	2	3	4	5
f)diyabetle ilgili olarak beni eleştirir	1	2	3	4	5

6.Diyabet bakımınızı sürdürmede size en çok kim yardım eder?(sadece bir cevap işaretleyiniz)

- 1.eş
- 2.diğer aile üyeleri
- 3.arkadaşlar
- 4.ücretli yardımcı
- 5.doktor
- 6.hemşire
- 7.yardım eden biri yok

Ek 6. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Diyabet insülin metabolizmasındaki bozukluk sonucu ortaya çıkan ve gün geçtikçe artan bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre diyabet, bulaşıcı olmamasına salgın hastalık olarak kabul edilmiştir. Dünyada her onbir insandan birisi diyabetli ve diyabetli olan her iki insandan birisi diyabetli olduğunun farkında değil.

Bu çalışma; Samsun E Tipi Ceza İnfaz Kurumundaki H/T ve personellerden diyabet hastalığı olanların, Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak zorunlu değildir. Gönüllü olan diyabetliler için , Diyabet Bakım Profili Ölçeği, Metabolik Kontrol Değişkenleri Ölçeği ve Sosyodemografik özelliklerden oluşan anket formu kullanılacaktır. Boy, kilo ve bel çevresi ölçümü yapılacaktır.

Bu çalışmada amaç diyabet hastalarının diyabete karşı tutumları, özbakım uygulamalarını tespit etmektir.

Elde edilen veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Gül MADEN

Danışman

Prof.Dr.Nermin OLGUN

Ek 7. İntihal Raporu

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih: 06/12/2017

Tez Başlığı / Konusu: Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki Diyabetli hükümlü/Tutuklu ve Personelin Diyabet Bakım Profilleri ile Metabolik Kontrol Değişkenlerinin İncelenmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 39 sayfalık kısmına ilişkin, 06/12/2017 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 11 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

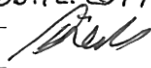
Açıklamalar

.....
.....

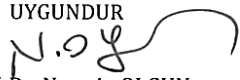
Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: GÜL MADEN
Öğrenci No: 154101069
Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK
Programı: HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS
Statüsü: Y.Lisans Doktora

Tarih ve İmza
06.12.2017


DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR

Prof. Dr. Nermin OLGUN

Ek 8. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gül MADEN

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara,06/02/1985

Çalıştığı Kurum: Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu

Görevi: Sağlık Memuru

Eğitim:

İlkokul: 23 Nisan İlköğretim Okulu-1995

Lise: Mithat Paşa Lisesi-2001

Lisans: Kafkas Üniversitesi Artvin Sağlık Yüksekokulu-2007

Yüksek Lisans: Acıbadem Üniversitesi Dahili Hastalıklar Hemşireliği Tezsiz
Yüksek Lisans Bölümü

Yüksek Lisans Dönem Projesi: Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'ndaki
Hükümlü/tutuklularda Diyabet Riskinin Belirlenmesi

Katıldığı Kurslar/Sertifika Programları:

T.C.Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Judo ve Kuraş Fedarasyonu
Başkanlığı Milli Sporcu Belgesi, 2006

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, "Mesleki Savunma
Teknik ve Taktikleri" konulu Eğitici Eğitimi Semineri, Ankara, 2008

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, "İlkyardım" konulu
Hizmet İçi Eğitim Semineri, Ankara, 2010

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, "Mesleki Müdahale
Teknik ve Taktikleri Eğitimi Eğitici El Kitabı Çalışması" konulu Hizmet İçi Eğitim
Semineri, Ankara, 2011

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü , "Ceza İnfaz Kurumlarında Madde Bağımlılığında Zarar Azaltımı Uygulamaları" konulu Hizmet İçi Eğitim Semineri, İstanbul, 2012

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü , "İlkyardım" konulu Hizmet İçi Eğitim Semineri, Kahramanmaraş, 2014

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, "Cezaevi Sağlık Hizmetleri" konulu Meteryal Hazırlama Revizyon Çalışması Semineri, Kahramanmaraş, 2014

T.C. Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü , "Cezaevi Sağlık Hizmetleri" konulu Meteryal Hazırlama Revizyon Çalışması Semineri,Ankara,2014

T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İl Sağlık Müdürlüğü İlkyardım Eğitimliği Programı, 2015

İş Deneyimi:

Kartal H Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu-2007

Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu-2008

Ümraniye T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu-2010

Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu -2012

Yayınlar:

Diyabet,Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, Samsun E Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'ndaki Hükümlü/Tutuklularda Diyabet Riskinin Belirlenmesi,2015.