



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE ÖFKE DÜZEYİ VE
ÖFKE İFADE TARZININ METABOLİK KONTROL
DEĞİŞKENLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

MUHAMMED EMİN BUTEKİN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2017



T.C

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ BİREYLER ÖFKE DÜZEYİ VE ÖFKE
İFADE TARZININ METABOLİK KONTROL
DEĞİŞKENLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

MUHAMMED EMİN BUTEKİN

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

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NERMİN OLGUN

GAZİANTEP

2017

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi **Muhammed Emin BUTEKİN** tarafından hazırlanan “Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzının Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisinin İncelenmesi” başlıklı tez, 13.06.2017 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 SBYO	
Jüri Başkanı	: Doç. Dr. Nuran TOSUN Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBYO	
Jüri Üyesi	: Yrd. 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

Tez danışmanlığını üstlenerek bana yol gösteren, tezimin her aşamasında bilimsel katkılarını ve manevi desteğini esirgemeyen değerli hocam **Prof. Dr. Nermin OLGUN**'a

Eğitimim süresince bana inanan ve güvenen her türlü desteğini benden esirgemeyen değerli **Annem Babam ve Kardeşlerime**,

Çalışmam sırasında, moral ve motivasyonumu en üst düzeye çıkarmama vesile olan,tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen sevgili **eşim Elif BUTEKİN** ve **Oğlum Ahmed Zana BUTEKİN**'e,

Tez çalışmam sürecinde ingilizce çevirilerinde yardımlarını esirgemeyen **Ecz. Sevda TAŐDEMİR**'e

Veri toplama aşamasında diyabetli bireylere ulaşmama yardımcı olan **Batman Bölge Devlet Hastanesi Hemşirelerine**,

Çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm **diyabetli bireylere**

Teşekkür ederim.

ÖZET

Butekin M.E., Tip-2 Diyabetli Bireylerde Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı ile Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisinin İncelenmesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017.

Bu çalışma Tip 2 diyabetli bireylerde öfke düzeyi ve öfke tarzının ile metabolik kontrol değişkenlerine etkisini incelemek için tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı.

Çalışma 17 Ekim – 31 Aralık 2016 tarihlerinde Batman Bölge Devlet Hastanesi kliniklerine başvuran 151’i kadın 97’si erkek olmak üzere 248 diyabetli bireyin katılımıyla yapılmıştır. Bel çevresi ve beden kitle indeksi ölçümleri hastaların kendilerinden talep edilmiştir. Metabolik ölçümler hastane sisteminden ulaşılmıştır. Açlık ve tokluk kan şekeri ile kan basıncı ölçümlerine hastaların dosyalarından ulaşılmıştır.

Katılımcıların yaşları 29 ile 80 arasında değişmekte olup ortalama $61,45 \pm 10,90$ yıldır. Total Kolesterol, LDL, Trigliserid, Beden Kitle İndeksi ve Diyastolik Arteriyal Basınç ile Sürekli öfke puanları arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı bulundu ($p<0.05$). Açlık kan şekeri, HbA1c, Total Kolesterol, Low Density Lipoprotein (LDL), Beden Kitle İndeksi ve Bel çevresi ile İçte Tutulan Öfke puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bulundu ($p<0.05$). Total Kolesterol, Low Density Lipoprotein (LDL), Beden Kitle İndeksi, Bel Çevresi ve Diyastolik Arteriyal Basınç ile Dışa vurulan öfke arasındaki ilişki istatistiksel yönden pozitif yönde anlamlı bulundu ($p<0.05$). Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, Low Density Lipoprotein (LDL), Trigliserid, Beden Kitle İndeksi ve Bel Çevresi ile Öfke kontrolü arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Sonuç olarak öfke duygusu tip 2 diyabetli bireyler üzerinde olumsuz etkiler yaptığı saptandı.

Bu sonuçlar Tip 2 diyabetli bireylerde metabolik değişkenler ile öfke duygusu arasında anlamlı ve önemli bir ilişki bulunduğunu, öfke düzeyinin artmasıyla birlikte bu değişkenlerin olumsuz etkilenebileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Tip 2 diyabet, Öfke, Metabolik Faktörler

ABSTRACT

Butekin M.E., Examination of the Relationship Between Anger Level and Anger Expression Style and Metabolic Control Variables in Type 2 Diabetic Individuals, Hasan Kalyoncu University Faculty of Nursing, Postgraduate Thesis, Gaziantep, 2017.

This study was conducted descriptively and cross-sectionally to determine the relationship between anger level and anger style and metabolic control variables in Type 2 diabetic individuals. The study was conducted with the participation of 248 diabetic individuals, 151 were women and 97 were men applied to Batman Regional State Hospital clinics between 17 October - 31 December 2016.

Continuous Anger Level and Anger Expression Style (STAI) Scale was administered to the questionnaire including questions about sociodemographic characteristics, information about the disease and metabolic control variables. Waist circumference and body mass index measurements were requested by the patients themselves. Routine measurements were obtained from the system of hospital. Fasting blood glucose and blood pressure measurements were obtained from patients' files.

The ages of the participants ranged from 29 to 80, with a mean of 61.45 ± 10.90 years. The relationship between blood sugar, HbA1c, Total Cholesterol, Low Density Lipoprotein (LDL), Body Mass Index and waist circumference and Internal Anger scores were statistically significant in the positive direction ($p < 0.05$). The relationship between Total Cholesterol, Low Density Lipoprotein (LDL), Body Mass Index, Waist Circumference, and Diastolic Arterial Pressure and outpouring anger was found statistically significant in the positive direction ($p < 0.05$). There was a statistically significant negative correlation between fasting blood sugar, total cholesterol, low density lipoprotein (LDL), triglyceride, body mass index and waist circumference and anger control. As a result, anger was found to have a negative effect on individuals with type 2 diabetes.

These results indicate that there is a significant and meaningful relationship between metabolic variables and anger feelings in individuals with Type 2 diabetes, and that these variables may be adversely affected with an increase in anger level.

Key words: Type 2 diabetes, Anger, Metabolic factors

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 DİYABET	4
2.1.1 Diyabetin Tanımı ve Önemi	4
2.1.2 Diyabetin Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3. Diyabetin Tanı Kriterleri.....	5
2.1.4. Diyabetin Sınıflandırılması	5
___Tip 1 Diyabet.....	5
___Tip 2 Diyabet.....	6
2.1.5. Diyabetin Komplikasyonları	6
2.1.6 Diyabetin Tedavisi	8
2.1.7. Bireysel Diyabet Eğitimi.....	9
2.1.8. Diyabette Metabolik Kontrol Değişkenleri	10
2.2. ÖFKE.....	11
2.2.1. Tanımı ve Kuramsal Bakış.....	11
2.2.2. Öfkenin Genel Özellikleri	13
2.2.3. Öfkenin Nedenleri.....	14
2.2.4. Öfke ve İfade Tarzı	14
2.2.5. Öfkenin Fiziksel ve Fizyolojik Boyutu	15
2.2.6. Öfkenin İşlevleri.....	16
2.2.7. Öfke Yönetimi.....	16
2.2.8. Kronik Hastalıklar ve Öfke	17
3. GEREÇ / YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri	19
3.5. Veri Toplama Araçları.....	20

3.6. Verilerin Toplanması	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	82
5.1 Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması	83
5.2 Metabolik Kontrol Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	86
5.3. Metabolik Kontrol Değişkenleri ile Sürekli Öfke Ölçeği ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması.....	87
5.4. Sosyo-Demografik Değişkenlere Ait ilişkin bulgular ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması	88
5.5. Hastalıkla ilgili değişkenlerle Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması	89
6. SONUÇLAR.....	92
KAYNAKÇA.....	97
EKLER.....	109
Ek 1. Etik Kurul Kararı	
Ek2. Batman İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı	
Ek 3. Batman Bölge Devlet Hastanesi Başhekimliği İzin Kararı	
EK 4. Diyabetli Bireylere İlişkin Anket Formu ve Öfke Ölçeği	
EK 5. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi	
EK 6. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu	
Ek 7. Tez intihal Raporu	
ÖZGEÇMİŞ.....	128

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde temin ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında etik kuralları ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13.06.2017

Muhammed Emin BUTEKİN

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 4. 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	22
Tablo 4.2. Hastaların BKİ Bulgularının Dağılımı.....	23
Tablo 4.3. Hastalıkla İlgili Bulgular	24
Tablo 4.4. Metabolik Kontrol Değişkenleri	27
Tablo 4.5. Hastaların SÖÖİTÖ Ortalamaları	28
Tablo 4.6. Metabolik Kontrol Değişkenleri ile SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
Tablo 4.7. Hastaların BKİ ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.8. Hastaların Yaş Grupları Ortalamaları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.9. Hastaların Cinsiyetleri ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.10. Hastaların Medeni Durumu ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.11. Hastaların Eğitim Düzeyleri ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.12. Hastaların Ekonomik Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.13. Hastaların Meslek Değişkenleri ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.14. Hastaların Sigara Kullanma Durumu ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.15. Hastaların Alkol Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.16. Hastaların Diyabet Süresi ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	56

Tablo 4.17.Hastaların Diyabet Tedavi Şekli ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.18. Evde Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.19. Hastaların Diyabet Nedeni ile Hastaneye Yatırılma Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 4.20. Hipertansiyon Varlığı ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 4.21. Ailede Diyabet Bulunma Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	68
Tablo 4.22. Hastaların Düzenli Egzersiz Yapma Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.23. Hastaların Daha Önce Diyabet Eğitimi Alma Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	73
Tablo 4.24. Hastaların Düzenli TBT'ye Uyuma Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.25. Hastaların Diyabet Kontrolü için Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumları ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	76
Tablo 4.26. Hastalarda Diğer Bir Kronik Hastalık Bulunma Durumu ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	78
Tablo 4.27. Hastaların Diyabete İlişkin Bir Eğitim Programına Katılma Durumu ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması	80

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	: American Diabetes Association
AKŞ	: Açlık Kan Şekeri
APG	: Açlık Plazma Glukozu
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DAB	: Diyastolik Arter Basıncı
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
HBA1C	: Glukozillenmiş Hemoglobin
HDL	: High Density Lipoprotein
HHNKK	: Hiperglisemik Hiperosmolar Nonketotik Koma
HT	: Hipertansiyon
IDDM	: İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
KB	: Kan Basıncı
KKH	: Kronik Kalp Hastalığı
LDL	: Low Density Lipoprotein
OAD	: Oral Antidiyabetik
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
Öİ	: Öfke İçer
ÖD	: Öfke Dışer
ÖK	: Öfke Kontrol
SAB	: Sistolik Arter Basıncı
SÖ	: Sürekli Öfke
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TG	: Trigliserit
TK	: Total Kolesterol
TKŞ	: Tokluk Kan Şekeri
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (Projesi)
UKPDS	: United Kingdom Prospective Diabetes Study

1. GİRİŞ

1.1 Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Diyabet, vücutta insülinin azalması, insüline karşı olan direncin artması ya da her ikisinin bozulması sonucu gelişen hiperglisemik metabolik bir sendromdur (1). Aynı zamanda 21. yüzyıldaki en büyük küresel sağlık acillerinden biridir. Yaşam tarzının değişmesinden dolayı her geçen yıl bu durumla karşılaşan insan sayısı artmaktadır (2).

Dünyada en sık karşılaşılan kronik hastalıktır. 2015 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF=International Diabetes Federation) tarafından açıklanan 7. Diyabet Atlasında dünya erişkin diyabetli sayısının 415 milyon olduğu ve tedbir alınmazsa diyabetli sayısının 2040 yılında 642 milyon olacağı vurgulanmıştır (2). Ülkemizde 1997-1998 yıllarında Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması(TURDEP I)'nın sonuçlarına göre ; ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı %7.2, BGT(bozulmuş glikoz toleransı) prevalansı ise %6.7 bulunmuştur. TURDEP I'den yaklaşık 12 yıl sonra TURDEP II çalışması yapılmıştır. TURDEP I 'e göre standardize edildiğinde, ülkemizde diyabet prevalansının %13.7 ye ulaştığı görülmüştür (3). TURDEP sonuçlarıyla ilgili ortaya çıkan bu durum uluslararası otoriteler ve IDF'nn dikkatini çekmiş ve 6. Diyabet Atlas'ında ülkemiz, hem prevalans hem de nüfus açısından Avrupa'da diyabetin en çok görüldüğü ilk beş ülke içinde gösterilmiştir (3). IDF'nin 2014 verilerinde ülkemizde diyabet oranı %14.7 olarak açıklanmıştır (2).

Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association=ADA)'nin 2014 yılında güncellenen kriterlerine göre diyabet; Tip 1 Diyabet, Tip 2 Diyabet, Diğer (ikincil) Sebeplere Bağlı Spesifik Diyabet ve Gestasyonel Diyabet olarak 4 katagoride sınıflanmıştır. Tip 1 Diyabet: Beta hücresi yıkımında gelişen mutlak insülin eksikliği sonucu gelişir. Tip 2 Diyabet: İnsülin direnci sonucu gelişen ilerleyici insülin salınım eksikliği mevcuttur. Gestasyonel Diyabet: Gebelik sırasında tanı konan diyabet formudur. Diğer (ikincil) Tip Diyabetler: İnsülin fonksiyonunda genetik bozukluklar, pankreas hastalıkları ve endokrin hastalıklar bu grupta yer alır (4). Diyabet, bireylerde ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden bazı sorun ve çatışmalar yaşamasına yol açabilen, kronik bir hastalıktır (5). Diyabet, bireyi beslenme yönünden sınırlayan, uzun vadede göz ve böbrek rahatsızlığı riskleri taşıyan ve yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır (6). Diyabetli bireylerde ani verilen tepkiler ve uyum zorlukları en çok karşılaşılan problemlerdir. Hastalık belirtilerinin, komplikasyonlarının ve yapılan tedavilerin oluşturduğu yan

etkilerinin dışında, gelecek endişesi bilişsel ve duygusal yapılarına ve sosyal hayatlarına tesir eder.

Psikopatolojik tepkiler diyabetin şeklini, gelişme hızını, gidişatını ve tedaviye uyumunu etkiler. Diyabet tanısından sonra hastalığa uyumda problemler sık ortaya çıkar. Kronik bir hastalıkla karşılaşmak kişinin özgüvenini kırabilir, öfke, inkar, beğenilmeme kaygısı, sevilmediğini hissetmeye neden olabilir ve gündelik hayatını devam ettirmeyi güçleştirebilir (5,7). Diyabetli bireylerde anksiyete ve depresyonun diğer ruhsal bozukluklara oranla daha çok olduğu bildirilmiştir (8). Roy ve Loy (9) yaptıkları çalışma da diyabetli bireylerde depresyon görülme ihtimalinin diğer sağlıklı bireylere göre 2-3 kat daha fazla olduğuna dikkat çekilmiştir.

Gündelik yaşamımızda önemli bir yeri olan olan öfke; incinme, etkilenme veya gözdağı karşısında bireyin gösterdiği kızgınlık veya saldırganlık anlamlarına gelmektedir. Aslında öfke normal ve sağlıklı bir duygudur (10). Aynı zamanda bazı hedeflere zarar vermesiyle birdenbire hissedilen bilişsel ve fizyolojik tepkilerle ilişkili bir duygudur. Öfkede diğer duygusal durumlar gibi fizyolojik belirtiler de ortaya çıkar. Öfke düzeyinin yükselmesiyle, dolaşıma giren kan miktarı ve damarların daralması artmakta böylece tansiyon yükselmekte, nabız ve solunum artmakta, terleme, mide ve bağırsak fonksiyonlarında değişiklikler görülmektedir. Fakat öfkeyi ifade etmedeki yetersizliğin yanı sıra bu belirtilerin sık yaşanması ve zaman alması psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur (11).

Depresyon ve öfke arasındaki ilişkiye en geniş biçimde Psikanalitik kuramda değinilmiştir. Klasik psikanalitik görüşe göre öfkenin içe yönelmesi, depresyon belirtilerinin görülmesinde rol oynayan bir etkidir. Depresyonun ruhsal nedenlerine yönelik bu durumların yanı sıra öfke ve kızgınlığın depresif belirtilerin bir parçası olabileceği ortaya konulmuştur. Depresyonlu bireylerin yaklaşık %30-40'ında öfke ataklarının görüldüğü, bu oranın anksiyeteli olan bireylerde 2 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Öfkeyi dışa yöneltmenin yanı sıra öfkenin bastırılması ile depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ileri sürülmüştür (12). Depresyonu olan bireylerde diyabet gibi kronik hastalıklar daha çok görülmektedir (13). Tav ve ark. (14) yaptığı çalışmada diyabetli ve obez olan bireylerde depresif belirtiler skoru yüksek bulunmuştur. Türkiyede yapılan bir çalışmanın sonucuna göre bir diyabet merkezine başvuran bireylerin % 30.8 'inde anksiyete, %51.1'inde ise depresyon bulgusuna rastlanmıştır (13).

Depresyonu olan bir diyabetli birey tıbbi beslenme tedavisi ve fiziksel aktivite gibi diyabetiyle ilgili önlemleri almakta zorluk çekeceği için bu durumdan hastalığı kötü etkilenir. Bundan dolayı diyabetin kontrolündeki esas amaç hastalığını olumsuz etkileyecek durumlardan kaçınmak ve iyi bir hayat sürdürebilmektir. Diyabet olan bireyler bir bütün olarak düşünölmeli ve metabolik kontrolünün yanı sıra risk grubunda olabilecek bireylere psikiyatrik destek sağlanmalıdır (15).

Diyabetli bireylerde bilişsel ve sosyal faktörlerin ve bu faktörlerin etkilediği değişkenlerin belirlenmesi daha iyi bir diyabet yönetimi için rehber olacaktır. Bu gerekçelerden hareketle bu çalışmanın amacı; diyabetli bireylerde öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiyi saptamak, belirlenen bu değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini belirlemek, bundan dolayı diyabeti olan bireylerde bireysel diyabet yönetimine ve hemşirelik girişimlerine destek olacak şekilde literatüre katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DİYABET

2.1.1 Diyabetin Tanımı ve Önemi

İnsülin yetersizliği veya eksikliği ile karakterize, hiperglisemiye sebep olan, yaşam boyu düzenlemeler gerektiren, sağlık durumunda birçok sistem değişikliklerine sebep olan pankreatik bir hastalıktır (16). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED), diyabeti “insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle, organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır” şeklinde tanımlamaktadır (17). İnsülin, kandaki glikozun hücrenin içine geçmesini ve enerji için kullanılmasına yarayan anahtar görevi gören bir hormondur. İnsülin hormonu üretilmediğinde veya etkili bir şekilde kullanılmadığında kan glikozu yükselir. Uzun vadede yüksek glikoz çeşitli organ ve dokuların olumsuz etkilenmesine hatta işlevini yitirmesine sebep olabilir (18). Diyabetin kliniğinde en çok görülen belirtiler; çok su içme, çok idrara çıkma, aşırı yemek yemidir. Bunun dışında halsizlik, yorgunluk, zayıflama, bulanık görme, vücuttaki yaraların geç iyileşmesi gibi belirtiler de görülmektedir (19). Yapılan araştırmalar diyabetin heterojen bir hastalık olduğunu göstermektedir. Sedanter bir yaşam, aşırı yemek yeme, fazla yağ içeren besinleri aşırı tüketme, obezite, yaş, stres, genetik ve çevresel faktörler diyabetin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir (20, 21, 22).

2.1.2 Diyabetin Epidemiyolojisi

Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile beraber, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tamamında özellikle Tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. Bunun başlıca sebepleri nüfusun artması, insan ömrünün uzaması ve şehirleşmenin getirdiği hayat tarzı değişimi sonucu obezite ve sedanter yaşamın artmasıdır (2). IDF tarafından açıklanan ve 7. Diyabet Atlas'ında yer alan son rakamlar, dünyada erişkin diyabetli sayısının 415 milyona ulaştığını ve önlem alınmazsa bu sayının 2040 yılında 642 milyona ulaşacağını ortaya koymuştur (2, 3). Ülkemizde 1997-1998 yıllarında Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP I)'nın verilerine göre; Türkiye'de Tip 2 Diyabet prevalansı %7.2, BGT (Bozulmuş Glikoz Toleransı) prevalansının ise %6.7 olarak gösterilmiştir. TURDEP I'den yaklaşık 12 yıl sonra TURDEP II çalışması yapılmıştır.

TURDEP I'e göre standardize edildiğinde, ülkemizde diyabet prevalansının %13.7'ye ulaştığı görülmüştür (3, 23, 24). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)' nun 2015 verilerinde ülkemizde diyabet oranı %14.7 olarak bildirilmiştir (2) .

2.1.3. Diyabetin Tanı Kriterleri

İnsan için diyabet tanısının hayat boyu etkileri vardır. Dolayısıyla diyabet semptomları olan susuzluk, polidipsi, polifaji, poliüri, kilo kaybı, tekrarlayan enfeksiyonlar ve daha ciddi vakalarda prekoma veya koma durumlarında tek bir plazma glukoz değerinin 200 mg/dl yi aşması tanıyı kesinleştirmek için yeterlidir (25,26). WHO'ya göre diyabet tanı kriterleri şunlardır (27):

- Açlık plazma glukozu (APG) 126 mg/dl (7.0mmol/L)'den fazla ise (en az iki ölçümde).
- Gün içinde herhangi bir saatte ölçülen kan şekerinin 200mg/dl (11.1 mmol/L)'nin üstü ve semptom olması.
- Oral Glukoz Tolerans Test'inde (OGTT) 2. Saat değerinin 200 mg/dl(11.1mmol/L)'den fazla olması
- HbA1c'nin %6.5 (48 mmol/mol)' den fazla olması.

2.1.4. Diyabetin Sınıflandırılması

ADA'ya ait 2016 yılında güncellenen Diyabet kriterleri 4 (dört) klinik kategoride sınıflanabilir (27).

- Tip 1 Diyabet: Beta hücre hasarı nedeniyle, çoğunlukla insülinin mutlak eksikliğine bağlı gelişir.
- Tip 2 Diyabet: Arka planda ilerleyici bir insülin sekresyonu kaybına bağlı insülin direnci
- Gestasyonel Diyabet (GDM): Gebelik öncesinde belli olmayan ve gebelik sırasında tanı konan diyabet çeşididir.
- Diğer Sendrom ve Durumlarla İlgili Gelişen Diyabet Tipleri: Pankreas hastalıkları, Cushing sendromu, genetik sendromlar, insülin reseptör anomalileri gibi bir çok durum ve sendromla ilgili diyabet gelişmektedir (28).

Tip 1 Diyabet

Pankreasta bulunup insülin salgılatan beta hücrelerinin immün sistemdeki bir takım olaylar sonunda bu sistemin zedelenmesi ile meydana gelir. Bireylerde tamamen veya

kısmen insülin yetersizliği olduğundan yaşam boyu insülin hormonunu dışardan almak zorundadırlar. Bu nedenle Tip 1 diyabet, İnsüline Bağımlı Diyabet (Insulin Dependent Diabetes Mellitus=IDDM) olarak da adlandırılmaktadır.

Genel olarak toplumdaki diyabet vakalarının %10'unu Tip 1 diyabet vakaları oluşturmaktadır (29). Genellikle çocukluk ve ilk gençlik zamanlarında ortaya çıkar. İnsülinin mutlak eksikliği söz konusudur. Diyabetin en ağır komplikasyonlarından biri olan ketoasidoz bu vakalarda görülür. Tedavide insülin zorunludur (30).

Tip 2 Diyabet

Vücutta yeterli insülin hormonu olmasına rağmen insülinin hücre içine girişinde sorun olmasıyla karakterize bir hastalıktır. Tüm diyabetlilerin %90-95'i Tip 2 diyabetlidir (31). Tip 2 diyabet, daha çok erişkin yaşta ortaya çıkar. Semptomlar daha gürültüsüz seyreder. Tedavide diyet ve ağızdan alınan ilaçlar (Oral Antidiabetikler=OAD) kullanılır. Ancak, bu sınıflama mutlak değildir. Her yaşta da görülebilir. Hastalık çoğu kez sinsi gidişlidir. Kan şekeri Tip 1'de görüldüğü kadar yüksek değildir. Hastalar genellikle şişmandır. Tip 2 diyabetin tanısını erken dönemde koyma olanağı vardır. Çok yemek yeme (polifaji), çok su içme ve sık idrara çıkma şikayetleri üzerinde durularak sorulduğu zaman ortaya çıkarılır (31). Tip 2 diyabetin risk faktörleri; 40 yaş üstünde olup ilave risk faktörleri arasında; ailede diyabet öyküsü, yüksek riske sahip ırktan olma, prediyabet, hipertansiyon, HDL kolesterol (250 mg/dL), kardiyovasküler hastalık, fazla kilolu olmak veya obezite olma, polikistik over sendromu, gestasyonel diyabet hikayesi, 4 kilonun üzerinde bebek doğurma öyküsü, şizofreni, bazı antipsikotik ilaçların kullanımı ve fiziksel aktivite yapılmaması sayılabilir.

2.1.5. Diyabetin Komplikasyonları

Diyabet, yalnız glikoz metabolizmasını bozmadır. Protein ve yağ metabolizmaları da bozular. Diyabet bu yüzden komplikasyonları açısından çok zengin bir tablo içerir. Bu komplikasyonlarda küçük damarların (mikroanjyopati) ve büyük damarların (makroanjyopati, hızlanmış ateroskleroz) tutulması önemli rol oynar (31).

Akut Metabolik Komplikasyonlar

Diyabette akut komplikasyonlar; Hipoglisemi, ketoasidoz, Hiperglisemik Hiperozmolar non-ketotik koma, Laktik Asidoz komasıdır (30,32).

Hipoglisemi: Normal koşullar altında plazma glikoz konsantrasyonu 24 saat içinde kısıtlı saatler içinde değişir. (30). Kandaki glikozun 70 mg/dl 'nin altına inmesine hipoglisemi

denir. Hipogliseminin esas sebebi insülin hormonu fazlalığıdır. Başlıca nedenleri; Aşırı dozda Oral antidiyabetik (OAD) ilaç kullanımı, aşırı insülin kullanımı, İnsülinin yanlış kullanımı, yetersiz beslenme gibi faktörlerin rol oynamasıdır. Bunların sonucunda vücutta acıkma, halsizlik, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, konsantre olamama ve konfüzyon gibi belirtiler görülebilir (17).

Diyabetik Ketoasidoz (DKA): İnatçı hiperglisemi ve yağların glukozu yıkımı nedeniyle oluşan, kanda keton oluşumuna sebep olan yaşamı tehdit edici metabolik asidozdur. Emosyonel stres, tolere edilemeyen ağır egzersiz, enfeksiyon, travma, yetersiz ve ya gecikmiş insülin uygulaması sonucu oluşabilir (16) Klinik belirtileri dehidratasyon ve metabolik asidozla ilişkilidir: Susama, bulantı, kusma, poliüri, kuru ve sıcak cilt, nefeste aseton kokusu, kusmaull solunum, hipotansiyon ve letarjidir (16). Laboratuar bulgularında Kan glukozu 250 mg/dl'den fazla, plazma pH'ı 7.35'ten az, plazma bikarbonatı 15 mEq/L'den fazladır. Serumda keton mevcuttur. İdrar glukoz ve keton pozitifdir, serum sodyum ve klorür düzeyleri anormal olabilir.

Hiperglisemik Hiperozmolar Non-Ketotik Koma (HHNKK): Genellikle Tip 2 Diyabette olan ve ilaçlar, enfeksiyon, akut hastalık, invazif işlemler veya kronik hastalıklar nedeniyle oluşan, yaşamı tehdit eden, hiperglisemik metabolik bozukluktur (16). Diyabet sebebiyle hospitalize edilen hastaların yaklaşık olarak %1'inde HHNKK mevcuttur. HHNKK mortalitesi %12-42 arasında değişmektedir (17). Plazma veya idrarda keton bileşiklerinin görülmemesi, plazma glukoz düzeyi ve ozmolaritesinin çok yüksek olması ile DKA'dan kolaylıkla ayırt edilebilir. Kan glukozunun 600 mg/dl ve serum osmolalitesi 320 mOsm/kg fazla olması tanı için yeterlidir(17).

Laktik Asidoz (LA): Laktik asidoz kanda laktat yoğunluğunun yükseldiği durumlarda görülen anyon açıklı bir asidoz durumudur (17). Burada; Kandaki laktat seviyesi>5 mmol/l (Normal 0.4-1.2 mmol/l), pH 7.30'dan düşüktür. Ani gelişen ağır Laktik Asidoz'da hastalığın seyri, altta yatan hastalığa bağlı olarak çoğunlukla kötüdür (17).

Kronik Dejeneratif Komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati: Gözdeki retina tabakasında olan damarlarda meydana gelen değişiklikler sonucunda meydana gelen hasarlardır (33). Yaşlı diyabetli bireylerde göz rahatsızlığının en önemli nedenidir (17). Kan şekerinin uygun değerlerde olması diyabetik retinopati riskini azaltır veya retinopati gelişme sürecini yavaşlatır. Retinopati riskini

azaltmak veya gelişim sürecini yavaşlatmak için Kan Basıncı (KB) kontrolü sağlanmalıdır. Kan lipid seviyeleri yüksek olan bireyler, retinopati yönünden yüksek risklidir (17).

Diyabetik Nefropati: Diyabetin neden olduğu böbrek hasarıdır. İleri yaştaki diyabetli bireylerde nefropati, en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Ödem, hipertansiyon, proteinüri ve böbrek yetersizliği ile seyretmektedir. Nefropatinin en kötü sonucu terminal dönem böbrek yetmezliğine neden olmasıdır (17,33).

Diyabetik Nöropati: Hayatı tehdit eden bir komplikasyon olan diyabetik nöropati, periferik ve otonom sinir liflerinin tutulduğu bir komplikasyondur. Diyabetli nüfusun yaklaşık yarısından fazlasını etkiler. Diyabetik nöropatiye neden olan patogeneze sorumlu başlıca neden hiperglisemidir (28, 33, 34, 35, 36, 37).

Diyabetik Ayak: Her diyabetli bireyin hayatında %12-15 oranında diyabetik ayak ülseri oluşma riski vardır. Diyabetik ayak yarası, bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına, tedavi masraflarının artmasına, alt ekstremitte amputasyonlarına ve hastalığa bağlı ölümlerin artmasına sebep olur. Diyabetik ayak gelişimi için risk faktörleri arasında; daha önce ayak yara veya amputasyon öyküsü, periferik nöropati/Periferik vasküler hastalık bulgusu veya belirtisi olanlar, ayak deformitelerinin gelişmesi, kötü metabolik kontrol, sigara içilmesi, kötü ayak bakımı sayılabilir (17,38).

2.1.6 Diyabetin Tedavisi

Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT): Tip 2 diyabetli bireyin tedavisine öncelikle diyet, egzersiz ve kilo idame ile başlanılır. Beslenme hastanın yaşam biçimi, kültürü, yeme alışkanlıkları, egzersiz durumuna göre bireysel olarak ayarlanır. TBT, diyabeti önlemede, mevcut olan diyabeti tedavide ve diyabetle ilişkili komplikasyon gelişmesini önlenme ve tedavisinde etkindir. Toplumdaki diğer bireyler için uygun olan sağlıklı yaşam tarzına yönelik beslenme önerileri yetişkin diyabetliler için uygundur. Yetişkin diyabetlinin metabolik durumu ve besin tercihi göz önünde bulunularak, bireye özgü verilen beslenme tedavisi ile tip 2 diyabetli bireylerde HbA1C düzeylerinde %1-2 oranında azalma sağlanmıştır (39).

Diyabette Fizik Aktivite/Egzersiz: Diyabetli bireyin egzersizden beklenen faydaları görebilmek için, bireyin öncelikle metabolik dengesinin en uygun düzeyde olmalı. Aksi takdirde metabolik dengesi tamamen bozulabilir. Düzenli olarak yapılan egzersiz ile hasta rahatlıkla kilo verilebilir. HDL seviyesi yükselir, trigliserid seviyesi düşer ve KKH riski azalır (40).

Diyabette İlaç Tedavisi: Tip 2 diabetli bireylerde en uygun tedavi diyet ve fiziksel aktivite ile, kan şekerinin normal seviyeye gelmesidir. Bunlarla beraber alınan önlemler yeterli olmadığından oral antidiyabetik ilaç veya insülin kullanımına ihtiyaç duyulmaktadır (40). Tip 2 diyabet hastalarının tedavisinde kullanılan oral antidiyabetiklerin başlıcaları şunlardır; İnsülin Salgılatıcılar (Sekretagog: Sülfonilüreler, Glinidler), İnsülin Duyarlılaştırıcılar (Sensitizer: Biguanidler, Thiazolidinedionlar), Alfa Glukozidaz İnhibitörleri (Akarboz, Miglitol), İnsülinomimetikler (inkretin bazlı: İnkretin mimetikler(GLP_1A) Eksenatid, LAR, Liraglutid, Amilin mimetikler Pramlintid, İnkretin artırıcı (DPP4_İ) sitagliptin, vildagliptin ve Sodyum glikoz kotransporter 2(SGLT2) dır (17,39,41,42).

İnsülin Tedavisi: İnsülin hormonu pankreastan salgılanan küçük bir proteindir (43,44). İnsülin aynı zamanda enerji bolluğuna eşlik eden bir hormondur. Fazla miktarda karbonhidrat varlığında insülin bunu öncelik olarak karaciğer ve kaslarda glikojen olarak depolar. Yine glikojen şeklinde depo edilemeyen karbonhidrat, insülin etkisiyle yağlara dönüştürülerek yağ dokusunda depo edilmektedir (43,44,45). Tip 1 diyabetli bireylerin tedavisinde insülin kullanılır. Tip 2'lilerde ilk başlarda TBT, OAD ilaçlar ile tedavi edilmektedirler. Lakin zamanla pankreastaki hücreler yorulduğundan bu ilaçlar kan şekerini kontrol edemeyecek duruma gelir ve bu hastalarda insüline bağımlı hale gelir (39). İnsülin tedavisi eksik olanı yerine koyma tedavisidir. Tedavinin amacı sağlam pankreasa benzer tarzda vücuda insülin takviyesi yapabilmektir (39).

2.1.7. Bireysel Diyabet Eğitimi

Diyabetin tedavisinde en önemli konulardan biri bireyin diyabetin ne olduğunu ve bununla mücadelenin metodlarını en iyi şekilde öğrenmesidir. Bu şekilde, kişilerin kendi kendini takip etme becerileri geliştirilir ve gündelik yaşamlarında hastalıkları ile ilgili karşılaştıkları tüm problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kazanmış olurlar. Bundan dolayı birey hastalığını yönetmeyi ve tedavisini düzenli bir şekilde uymayı öğrenir (46). Eğitimle diyabet hastalarına şu ilkeler kazandırılmalıdır (17);

- Zayıflamaya yönelik dengeli ve sağlıklı beslenmenin önemini
- Ayak bakımı
- Egzersizin önemini
- Kullandığı antidiyabetikleri ne zaman alacağı
- Gerekliği zaman kendine insülin enjeksiyonunu yapabilmeyi

- Hipoglisemi durumunu fark edebilmek ve tedavisini
- Mikro ve makro komplikasyonlardan korunabilmeyi

2.1.8. Diyabette Metabolik Kontrol Değişkenleri

Kan Şekeri Değerleri: Plazma glukozu kanda serbest halde dolaşan glikozun göstergesidir. ADA sağlıklı bir bireyde kan glukoz değerinin 100 mg/dl'nin altında olması gerektiğini belirtmiştir (17,41). HbA1c, plazmadaki 3 aylık ortalama glukoz değerini ifade eder. HbA1c testini yapmak için hastanın aç olması gerekmez. Günün herhangi bir vaktinde yapılabilir. Normal sınırları %4-6 (20-42 mmol/mol) arasındadır. Diyabet olmayanlarda üst sınırı %6 (42 mmol/mol)'yı geçmemelidir. Sağlıklı bir bireyde ortalama kan şekeri düzeyi 100 mg/dl olduğu ve bu değer ortalama %5 (31 mmol/mol) dolaylarında HbA1c'ye denk geldiği kabul görülmüştür. Kan şekerinin her %1 oranında artması ortalama kan şekeri seviyesini 35 mg/dl (yaklaşık 2 mol/l) yükseltir (17, 47, 48, 49). UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study)'nin yaptığı araştırmaya göre HbA1c'de %1 oranında azalma ile diyabete bağlı gelişen problemlerde %24, küçük damar komplikasyonlarda %35 ve inmede %16 civarında risk azalması olduğu görülmüştür (17,50).

Kan Basıncı: Diyabetli bireylerde Sistolik kan basıncı değeri 140mmhg ve diyastolik kan basıncı 90 mmhg'nin altında tutulmalıdır (17,51). Kan basıncı (KB) 140/90 mmHg' den yüksek olan bireyler hipertansiyon olarak tanımlanır ve yaşam şeklinin iyileştirilmesine ek olarak gerekli farmakolojik tedaviye başlanmalıdır (17,51). Hipertansiyon diyabetin tipine yaş, cinsiyet, BKİ, ve ırk/etnisiteye bağlıdır. Hipertansiyonun etkili bir şekilde tedavi edilmesi diyabet komplikasyonlarını önleyebilir. Araştırmalar, Sistolik Kan basıncında 10 mmHg azalma ile diyabete bağlı tüm problemlerde %24, mikrovasküler komplikasyonlarda %37 ve inme durumlarında %44 oranında düşüşün olabileceğini göstermiştir(17,50,51).

Kan Lipidleri: Tip 2 Diyabetli bireylerde yüksek kan lipid seviyeleri çok yaygın olarak görülmektedir. Dislipidemi tanı anında veya prediyabetik dönemde dahi var olan bir durumdur. Ayrıca rutin kan şekeri düşürülmesine yönelik tedaviye rağmen varlığını sürdürmektedir. Diyabetik hastaların yaklaşık %70- 97'sinde bir yada birden fazla lipid bozukluğu bildirilmiştir. Diyabette, trigliserid yüksekliği, HDL kolesterol düşüklüğü ve küçük yoğun LDL kolesterol yoğunluğu oranında artışla karakterize, birbirleriyle ilişkili

bir lipid ve lipoprotein metabolizması bozukluğu görülür (51,52). Kan lipid düzeyleri için hedeflenen değerler şunlardır: LDL kolesterol <100 mg/dL (Kardiyovasküler hastalık varlığında <70 mg/dL), trigliserid <150 mg/dL, HDL kolesterol kadınlarda >50 mg/dL , erkeklerde >40 mg/dL (17,51, 53).

Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve Bel Çevresi: Antropometrik ölçüm günümüzde bireyin kilolu olup olmadığını değerlendirmede en yaygın kullanılan yöntemdir. Antropometri Yunanca Antropos (insan) ve Metrikos (ölçü) sözcüklerinden oluşan ve tüm yaş gruplarında beden ölçülerinin belirlenmesi ile uğraşan bilim dalıdır (54). Şişmanlığın değerlendirilmesinde kullanılan en temel ölçüt Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir. [Ağırlık (kg)/Boy² (m²)] olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre BKİ değeri < 18,5 olanlar “düşük ağırlıklı”, 18,5-24,9 olanlar “normal ağırlıklı”, 25 - 29,9 olanlar “hafif kilolu” ve ≥ 30 olanlar “şişman” olarak tanımlanmaktadır. BKİ, beden yağı ile tümüyle olmasa da yüksek oranda korelasyon göstermektedir (55). Uluslararası Diyabet Birliği (IDF), bel çevresi için Avrupa toplumlarında erkeklerde sınır değeri 94 cm, kadınlarda 80 cm olarak kabul etmiştir (55). Ne ulusal diyabet federasyonunun ne de dünya sağlık örgütünün verileri türk toplumunun özelliklerini yansıtmamaktadır. TURDEP-II'de en uygun bel ölçüleri kadınlarda 90.5 cm, erkeklerde ise 95.5 cm olduğu belirtilmiştir. TEMD Obezite Lipid ve Hipertansiyon Çalışma Grubu ise erişkin türk toplumunda santral obezite için kullanılması gereken bel çevresi ölçülerini kadınlarda 90 cm, erkeklerde ise 100 cm olarak belirtmiştir (55).

2.2. ÖFKE

2.2.1. Tanımı ve Kuramsal Bakış

Gündelik yaşamımızda önemli bir yeri olan öfke; engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık anlamlarına gelir. Aslında normal ve sağlıklı bir duygudur (10). Aynı zamanda bazı hedeflere zarar vermesiyle birdenbire hissedilen bilişsel ve fizyolojik tepkilerle ilişkili bir duygudur. Türk Dil Kurumu (TDK) öfkeyi; engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap olarak tanımlamıştır (56). Araştırmacılar öfkenin farklı özelliklerini dikkate aldıkları için birden çok tanımlama yapılmış; Spielberg ve arkadaşları öfkeyi, sıradan bir sinirlilik ya da kızgınlık halinden daha şiddetli bir duruma kadar geçme olarak tanımlamaktadır (57). Cüceloğlu öfkeyi, engelleme, bizim olmasını

istediğimiz bir nesneye, ulaşmaya çalıştığımız bir şeyi elde edemediğimizde ya da giderilmesi gereken ihtiyaçlarımız engellendiğinde ortaya koyduğumuz olumsuz duygu olarak tanımlamaktadır (58). Alfred Adler öfkeyi, güçlü olma ve başkalarına sözünü geçirebilme çabası olarak tanımlar (59). Öfke pek çok kuramcı tarafından temelde olumsuz bir duygu olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte yaygın bir görüş de öfkenin kendisinin değil, öfkenin ifade ediliş biçiminin olumsuz olduğudur.

Psikanalitik Kuramı: Bu yaklaşımın öfke ile ilgili açıklamalarına bakıldığında öfke saldırganlığın bir boyutu olarak incelenmektedir (60,61). Ancak saldırganlığı bir davranış olarak değil de, doğuştan getirilen içgüdüsel bir duygu olarak tanımlandığı dikkate alınır, saldırganlık ve öfke arasında bir ayırım yapılmadığı, bunların birbirlerinin yerine kullanıldığı söylenilebilir. Psikanalitik kurama göre öfke içgüdüsel bir duygu durumudur ve altında yatan sebepler bilinçdışı saklanmıştır. Bu kurama göre birey ancak öfkesinin sebebini anlayabilirse öfkesini çözebilir. Öfkeyi ifade etmeye engel olmak veya onu bastırmak mümkündür. Fakat öfke yok olmayacaktır. Farklı bir biçimde kendini gösterecektir (62). Öfke davranışının altında yatan güçlerin bilinçdışı gizlenmiş olduğu düşünülmektedir. Kişiler öfkelerinin altında yatan nedenleri anlarsa, öfkeyi çözebilirler. Psikoanalitik kuram dürtülerle ilişkilidir ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıklı olarak kabul etmektedir. Bu duygular boşaltılmazsa, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların oluşacağı belirtilmektedir (57). Psikanalitik yaklaşıma göre öfkenin sürekli bir biçimde bastırılması psikolojik ve fizyolojik sağlığın bozulmasına yol açar. Psikanalitik yaklaşım öfkeyi, önemli ve ifade edilmesi gereken bir duygu olarak görür. Freud'a benzer ifadeleri kullanan Lorenz'e göre, insanda var olan saldırganlık devamlı akan bir enerjinin beslediği bir içgüdüdür. Bu içgüdüde birikmiş olan enerjinin, belirli bir düzeye ulaştığında herhangi bir dış uyaran olmaksızın bir patlama biçiminde ortaya çıkma olasılığı da vardır. Psikanalitik yaklaşımın açıklamalarından da anlaşılacağı gibi öfkenin içte tutulmasının organizma üzerinde pek çok olumsuz sonuçları olmaktadır. Bu nedenle öfkenin dışa vurulması üzerinde durulmaktadır. Bireylerin öfkelerini içlerinde tutmamaları onun yerine sağlıklı bir yolla dışa vurmalarının önemli olduğu vurgulanmaktadır (61).

Bilişsel - Davranışsal Yaklaşım: Bilişsel yaklaşıma göre öfke, bireyin sahip olduğu öfkeye neden olan mantıkdışı inançların sonucu oluşur ve devam ettirilir. Öfke de üzüntü, sıkıntı, çökkünlük gibi mantıkdışı inançların bir ürünüdür. Olaylar kişiyi öfkelendirmez, kişi kendi kendine inançları doğrultusunda öfkelenmektedir. Olaylarla ilgili yerleşmiş

inanç, yorum ve değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen düşünceler bireyin öfke tepkisine neden olmaktadır. Öfkeyle birlikte davranışsal tepkiler de söz konusudur. Öfkenin davranışsal yönü ise öfkeyi doğuran ve kışkırtan duruma verilen tepkileri içermektedir (63). Bilişsel davranışçı yaklaşım, öfkenin büyük oranda akıl ve mantığa aykırı inançların, beklentilerin, iç hesaplaşmalar neticesinde görüldüğü; başka insanların da karşısındakilerin akıl ve mantığına aykırı davranışlarda bulunması sonucunda bireyde öfke duygusu oluştuğunu savunmaktadır. Dolayısıyla, öfkeyi minimum seviyeye indirmek için, akıl ve mantığa aykırı bu davranışların yok edilmesi gerektiğini savunmaktadır. (62).

Sosyal Öğrenme Kuramı: Öfke duygusu üzerinde öğrenmenin daha etkili olduğunu vurgulayan bu kuram; insanın etrafını gözleyerek diğer bireyleri model alarak taklit ederek kazanabileceğini belirtmektedir. Gözlenmiş olan öfke davranışının ya da öğrenilmiş olan bir davranışın ortaya konulmasında, bireyin kendi benliğini algılayışı ve karşı karşıya olduğu durum ve diğer çevresel etmenler önemlidir. Birey bütün bu etmenleri değerlendirerek, öfke içerikli tepkilerini ortaya koyup koymamaya karar vermektedir. İnsanların sıkıntı anında nasıl bir davranışta bulunacağını Albert Bandura'ya göre daha önce öğrendikleri baş etme yöntemleri belirleyecektir (61,64,65).

Varoluşçu Yaklaşım: Bu yaklaşımın önemli isimlerinden olan Fritz Pers'e göre insan diğer bireylere karşı yansıtılmış olduğu öfke dahil tüm olumsuz duygularının sorumluluğunu üstlenmelidir. İnsan kendisine yönelik olan eleştirileri üstlenmediğinden dolayı ortaya çıkan öfkeyi başkalarına yansıtır. Başkalarının öfkeli olduğuna inanır. Eğer birey öfkeyi kendisinin bir parçası olduğunu kabul ederse var olur (66).

Davranışçı Yaklaşım: Bu yaklaşım, uyarının türü, frekansı ve tekrarı ile davranışın çeşidi, kuvveti ve şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Aynı zamanda davranışı pekiştiren ödüllendirme koşullarını da ele alır (67).

2.2.2. Öfkenin Genel Özellikleri

- Öfke bir engellenme karşısında birden gelişmekle beraber kişinin dünyayı algılayış sonucu oluşan bir duygudur.
- Öfke her bireyde gelişen doğal bir duygudur.
- Öfke kontrol edilmezse sağlık için ciddi tehlikeler oluşturabilir.

- Öfke duygusu kişinin sadece kendisinin yaşayabileceği bir duygudan ziyade çevresiyle etkileşim sonucu oluşan bir duygudur. Başka bir ifadeyle hem içsel hem de dışsaldır. Bundan dolayı psikolojik sosyolojik ve biyolojik etkilidir.
- Öfke hedefsiz değildir. Hedefinde ise bir insan veya başka bir varlık olabilir.
- Öfke olumlu ve olumsuz, sözel veya davranışsal olarak gösterilebilir. Ayrıca sürekli öfke ve durumluluk öfke şeklinde kendini gösterebilir.
- Sürekli öfke; birden çok durumu öfkeli görme, öfkeye karşı bir eğilimde olma durumudur. Durumluluk öfke; fizyolojik sistem uyarılmasıyla beraber sürekli öfkeye doğru bir eğilimin olmasıdır (61,68).

2.2.3. Öfkenin Nedenleri

Genellikle öfkeye yol açan sebeplerin arasında; engellenmişlik, haksızlığa uğrama fiziksel darp ve yaralanmalar, tacize uğrama, düş kırıklığı, saldırıya uğrama, tehditler ve saygı duyulmama gibi durumlar söz konusudur (10,69,70). Öfkeye neden olan diğer etkenler ise, rahatsız edici ve hoş olmayan uyarılar, model alma, memnuniyetsizlik, kişisel haklara ve benliğe saygı gösterilmemesi ve değer verilen sosyal normların ihlal edilmesidir. Ayrıca ahlâksızlık ve kötülük içeren davranışlar da öfkeye sebep olan etkenler arasında sayılabilir (71). Bu etkenlerin içte ve dışta farklı şekillerde görünüşleri vardır. Yani öfke iki temel nedenle ortaya çıkabilir. Bunlardan birincisi bireyin kendisinden (iç etken), ikincisi ise karşıdaki bireylerin (dış etken) onda oluşturduğu duygulardan kaynaklanabilir. (71).

2.2.4. Öfke ve İfade Tarzı

İnsan yaşamında, öfkenin koruyucu, uyum sağlayıcı gibi olumlu etkilerinin yanında, yıkıcı-olumsuz etkileri de vardır. Yaşanılan öfke duygusunu kontrollü bir şekilde ifade etmek yerine, içe atma veya saldırgan bir tutumla yansıtma yolu seçilmesi, hem kişinin kendisine hem de çevresiyle olan ilişkilerine zarar vermektedir (68,72). Spielberger ve diğerleri (73) öfkeyi ifade etme tarzını 3 ayrı başlıkta ele almıştır. Bunlar; içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolüdür (73,74,75,76).

İçselleştirilmiş Öfke: Bireyin gizliden veya öfkeyi içine atarak var olan öfke etkenlerine karşı kullandığı alternatif bir uyum mekanizmasıdır (73,77). Öfkenin içe yönelmesi, bu duygu ve düşüncüyü bastırmaya yönelik bir eğilim göstermektedir. (73). Öfkeyi içe atarak baskılama şekli ortaya çıkardığı sonuçlar nedeniyle olumlu bir ifade şekli olarak kabul edilmemektedir. Çünkü yapılan araştırmalar öfkesini bir alışkanlık olarak baskılayan

insanlarda sistolik ve diyastolik kan basıncında artma ve koroner kalp hastalıklarında artış olduğunu göstermektedir. Baskılanan öfkenin bir şekilde ortaya çıkacağı görüşü dikkate alınır; migren, ülser, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Birey için öfkesini baskılayarak kontrol etmek o anda yapıcı olabilir fakat asıl sorundan kaçıldığı da unutulmamalıdır (57,79).

Dışsallaştırılmış Öfke: Oluşan öfke duygusunun sözel olarak veya davranışa dökülerek dışarıya aktarılmasıdır ve öfkenin yol açtığı stresle başa çıkmada uyumsuz bir tepkidir (77). Öfke dışı vurumu, çevredeki eşya veya kişilere karşı öfkenin dışavurumu eğilimini göstermektedir (73). Öfkenin dışı vurulması, tepkilerin kişilere veya objelere yansıtılmasıdır. Kontrolsüz bir biçimde dışı yöneltilen öfke tepkileri, sadece o anda bireyde var olan gerilimin boşalmasına yardım etmektedir. Birey, ortaya koymuş olduğu bu tepkilerinden dolayı yeniden öfke yaşamasını ya da kendisini suçlu hissetmesini engelleyemez (61,79).

Öfke Kontrolü: Bireyin diğer insanlarla ilişkilerinde öfkesini ne derecede kontrol edebildiği ya da ne derecede sakinleşebildiğini eğiliminde olduğunu belirten durum, bireysel tepkilerle öfkeyi ifade eden kontrol deneyimleridir (74,80). Başka bir ifadeyle öfke kontrolü, öfkenin olumsuz bir şekilde ifade edilmesini veya hissedilmesini engelleme kabiliyeti olarak ifade edilmektedir. Öfkeyi kontrol etmek, sağlıklı ve olumlu bir şekilde ifade edilmesi, bireyin kendine ve diğerlerine saygılı bir şekilde davranması anlamına gelir. Öfke ile ilgili çağdaş açıklamalar öfkenin içte tutulmamasını ve ifade edilmesinin gerektiğini öne sürmektedirler. Bu yolla öfkenin azalacağını bildirmektedirler (61,81). Öfke kontrolünde amaç, öfkenin dışı vurulmasını engellemek değil, öfkenin nasıl uygun bir dille ifade edilmesi gerektiğinin bilinmesidir (82).

2.2.5. Öfkenin Fiziksel ve Fizyolojik Boyutu

İnsanlar öfkelendiği zamanlar duygu, düşünce ve davranış durumlarında bedeninde farklı tepkiler meydana gelir. Bunların birleşiminde kısa ve uzun zaman diliminde fiziksel değişiklikler oluşur. Kısa vadede; stres ve gerginlik başlar, enerjiyi artıran adrenal salgısı artmaya başlar, nefes alış veriş sıklığı artar, kalp atım sayısı artar, taşikardik belirtiler görülür, sindirim sistemi anormalleşir, kasların gerginliği ve titremesi artar, öfkeyle beraber bulantı, ağızda kuruluk oluşur (10,57,70,83). Öfkenin uzun vadede; baş ağrısı, migren, diyabet, kalp damar hastalıkları, ülser gibi mide şikayetlerine yol açtığı bildirilmiştir (10,84).

2.2.6. Öfkenin İşlevleri

Öfkenin Olumsuz İşlevleri: Her ne kadar öfke çok işe yarar gibi görünse de esasında insana çok zarar verir. En azından erken yaşlanmaya, organların işlevini yapamamasına, sinir sisteminin bozulmasına neden olur. Olumsuz öfke; vücuda stres yükler, aşırı stres homeostazise zarar verir, karar olmada olumsuz etkileri vardır. Ailevi sorunlara enerji kaybına sebep olur. Bireyde depresyon gibi belirtiler başlayabilir. Birey, aile ve arkadaşlarından tepki görür. Kendini yalnız hissetmeye başlar. Saldırgan davranışlara sebep olur (10).

Öfkenin Olumlu İşlevleri: Öfkenin her ne kadar olumsuz yönlerinin ağır bastığı kabul edilse de yapılan araştırmalar bireylerin öfke sayesinde yaptıkları hatanın farkına vardıkları, kişilerarası ilişkilerinin bozulması beklenirken düzeldiği, saygınlıklarını kaybetmek yerine kazandıkları görülmüştür. Öfkenin faydaları da vardır. Bunlar arasında; öfke bireyi harekete geçirerek kişiye geçici süre kendini iyi hissettirir, bireye saygı duyulmasını sağlayabilir, öfke sözel bir şekilde sağlıklı ilişkinin kurulamadığı yerde çok işe yarabilir. Bireyin kendine güvenmesini sağlayabilir. Bireyin kırmızı çizgilerinin olduğunu karşı tarafa hatırlatır. (10,85).

2.2.7. Öfke Yönetimi

Problem Çözme Becerisi: Öfke hayatımızdaki gerçek ve gerçekliğinden kaçamadığımız zorluklardan kaynaklanabilir. Önce bu durumu değiştirip değiştiremeyeceğimize bakmak, değiştirilebiliyorsa çözüm bulmaya çalışmak, değiştirilemiyorsa sorunla yüz yüze gelmek daha etkili olacaktır. Değiştirilemeyecek durumlarda öfkeyi yanlış bir biçimde ifade etmek problemin çözümünü zorlaştıracaktır (69,70).

İletişim Becerisi: Öfkeli bireyler genellikle düşünmeden hareket etmekte ve önyargılıdırlar. Bir tartışma yaşandığında tartışma kızıştığı zaman daha sakin olmaya çalışmak ve kendini gözlemek gerekir. Akla ilk gelen sözleri söylemek yerine; esas düşüncüyü söylemek daha etkili olacaktır. Etkili bir iletişim bireyin hem duygu ve düşüncelerini hem de karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini daha iyi değerlendirip öfkenin kendine ve karşısındaki kişiye zarar vermeden çözmeye zemin hazırlar (69,86).

Çevreyi Değiştirme: Bazı zamanlarda öfkelendiğimizde bu durumun altında yatan nedene yakınlarımızın neden olduğunu görürüz. Gün içinde sıkıntılı olacağımız zamanı bildiğimiz

vakit kendimizle baş başa kalabilecek bir ortam ve zaman oluşturmak ve kendimizi dinlendirirsek gereksiz öfkelenmelerinin önüne geçilebiliriz (69,86).

Mizah Kullanma: Mizah farklı yollarla öfkenin yoğunluğunun azalmasına yardımcı bulunur. Her şeyden önce daha dengeli bir bakış açısı sağlar. Yapılan araştırmalar mizah duygusunu geliştirenlerin daha pozitif bir hayat yaşadıklarını göstermektedir (10).

Dinlenme: Bireyin kendisine iyi gelen aktiviteleri veya davranışları yaparak dinlenmesi çok önemlidir. Yeteri kadar dinlenmemiş, yorgun bireylerin daha çabuk ve kolay öfkelenmeleri, öfkelerini ifade etmede daha çok zorluk yaşadıkları görülmektedir. Diğer bir yandan günün belli vakitlerinde kendilerini daha hissetmelerini sağlayacak zamanlar oluşturanların öfkelerini ifade etmede daha başarılı olduğu görülmektedir. Dinlenme insandan insana farklılık gösterebilir, kimi bir şeyler okuyarak, kimi yürüyüş yaparak, kimi müzik dinleyerek dinlenebilir (69).

Gevşeme Teknikleri: Gevşeme teknikleri öfke ile baş etmenin en iyi yöntemlerindedir. Öfke hali yaşadığımızda kendimizi sakinleştirmeye çalışmak, en doğru yoldur. Gevşeme tekniklerinden bazıları şunlardır. Burundan derin nefes almak, her derin nefes alma verme sırasında “gevşe, sakin ol” gibi kendi kendine telkinde bulunmak, güzel şeyler düşünmek ve o ortamdan uzaklaşmak, kendini zorlamayacak egzersizleri yaparak kasları gevşetmeye çalışmak (10,69,86).

2.2.8. Kronik Hastalıklar ve Öfke

Kronik hastalıklar tıbbi müdahalelerle tedavisi mümkün olmayan, hastalığın etkisini azaltmak ve özbakımında bireyin sorumluluğunu en üst seviyeye çıkartmak için düzenli izlem ve destek bakım gerektiren hastalıklardır. Kronik hastalığı olan bireylerde üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsiz olma, endişe, sosyal ilişkilerde sorun yaşama, yaşam tarzında bozulma, asosyallik, depresif görüntü gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (13).

Gündelik yaşamda önemli bir yeri olan olan öfke; engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık anlamlarına gelir. Aslında normal ve sağlıklı bir duygudur (10). Aynı zamanda bazı hedeflere zarar vermesiyle birdenbire hissedilen bilişsel ve fizyolojik tepkilerle ilişkili bir duygudur. Öfkede diğer duygusal durumlar gibi fizyolojik belirtiler de ortaya çıkar. Öfke arttıkça tansiyon yükselmekte, nabız ve solunum sayısı artmakta, terleme, mide ve bağırsak fonksiyonlarında değişiklikler

görülmektedir. Fakat öfkeyi ifade etmedeki yetersizliğin yanı sıra bu belirtilerin sık yaşanması ve zaman alması psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur (11).

Diyabet, hasta açısından ruhsal, duygusal, sosyal, psikoseksüel gibi sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Diyabetle beraber psikiyatrik bulgular hastalığın klinik görünümünü, hastalığın seyrini, şiddetini ve tedaviye yanıtını etkiler. Diyabeti olan hastalarda, genel popülasyonla karşılaştırıldığında, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi psikiyatrik belirti ve hastalık oranı yüksektir (87).

Diyabetli bireylerde duygusal tepkiler ve hastalığa karşı uyum güçlükleri en sık karşılaşılan problemlerdir. Hastalığın belirtileri, komplikasyonları ve uygulanan tedavinin oluşturduğu doğal sıkıntı dışında, gelecek endişesi, bilişsel ve duygusal durumlarını ve sosyal hayatını etkiler (15).

Bahar ve ark. (88) tarafından yapılan çalışmada diyabet, kanser, kalp damar hastalıkları gibi birçok hastalık gruplarında psikososyal sorunlara rastlanmıştır. Hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, özgüven azalması gibi depresif bir görüntü ve izolasyon yer almaktadır. Okanovich ve arkadaşlarının (89) yapmış olduğu çalışmada, diyabetli bireylerde depresif bozukluk oranı %33 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise diyabet ile geçirilen yaşam süresinin uzunluğu, yaşın artması, eğitim seviyesinin düşüklüğü, diyabetik komplikasyonun olması, insülin kullanımı, metabolik kontrol değerlerinin düzensiz olması yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği, depresif bozuklukları artırdığı ve major depresyona eğilimi artırdığı saptanmıştır (13). Bir diğer araştırmada diyabet kampına katılan ergen ve çocukluk çağındaki Tip 1 diyabetik hastaların ruhsal bulgu ve belirtileri değerlendirilmiş, bunların %48.2'sinde öfke problemi saptanmıştır (90). Yurt içinde ve yurt dışında kronik hastalığı olan ergen bireylerle yapılan araştırmalar incelendiğinde ergenlerin öfke düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (91). Kronik hastalığı olan ergen bireylerle ilgilenen hemşireler, ergenlerde farklı hemşirelik tanıları saptamıştır. Bunların arasında gelecek endişesi, çaresizlik, depresyon, ölüm korkusu ve öfke en başta görülenlerdir (92).

3. GEREÇ / YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Deseni

Araştırma, Tip 2 diyabetli bireylerde öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlandı. Araştırmada yanıt bulunması gereken sorular şunlardır:

1. Demografik özellikler Tip 2 diyabetli bireylerde öfke düzeyi ve öfke ifade tarzını etkiler mi?
2. Öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı ile metabolik kontrol değişkenleri arasında ilişki var mı?

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 17 Ekim – 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Batman Bölge Devlet Hastanesi Servislerinde yatan Tip 2 diyabeti olan hastalarla yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Batman İlinde bulunan Tip 2 diyabetli bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlenen tarihler arasında servislerde yatan 248 Tip 2 diyabet tanısı olan hastalar oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın yürütülmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nda onay alındı (Ek 1). Etik kurul izni alındıktan sonra Kamu Hastaneler Birliğinden de (Ek-2,EK-3) yazılı izin alındı. Araştırmanın örneklemini oluşturan hastalara; araştırmanın yapılma amacı hakkında bilgi verildi. Katılımcılar araştırmaya '**gönüllülük ilkesi**' doğrultusunda katıldı. Hastalara, çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, vazgeçtikleri takdirde araştırmanın hangi evresinde olursa olsun araştırmayı sonlandırabilecekleri açıklanarak '**otonomi**' ilkesine uyuldu. Kendilerinden alınan bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek '**gizlilik**' ilkesine bağlı kalındı. Araştırmanın yapılacağı süre içerisinde, kurumun ve hemşirelerin iş yükünü arttırmayacağı, iş akışını engellemeyeceği bildirildi. Anket soruları hakkında bilgi verilerek '**zarar vermeme – yarar sağlama**' ilkesi korundu (Ek 6).

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, literatür taraması sonucunda, araştırmacı tarafından geliştirilen ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak demografik bilgiler, hastalığa ilişkin bilgiler ve metabolik özellikleri belirleyen 30 soruluk anket formu anket formu kullanıldı (Ek 4). Hastaların psikolojik durumlarını belirlemek için öfke düzeyi ve öfke ifade tarzını belirleyen 34 sorudan oluşan Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ) (Ek 4) uygulandı.

3.5.1. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ): Ölçek, Spielberger ve ark. (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını Özer (1994) yapmıştır. Sürekli öfke (10 madde) ve öfke ifade tarzı (24 madde) başlığı adı altında 34 maddeden oluşmaktadır. Öfke ifade tarzı başlığının alt ölçekleri: kontrol altına alınmış öfke (öfke/kontrol, 8 madde), dışa vurulan öfke(öfke/dışa, 8 madde) ve içte tutulan öfkedir (öfke/içe, 8 madde). Ölçek Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Sürekli öfke alt ölçeğinden elde edilebilecek en yüksek puan 40, en düşüğü ise 10 puandır. Öfke ifade tarzı alt ölçeklerinden elde edilebilecek en yüksek puan 32, en düşüğü ise 8 puandır. Öfke kontrol ölçeğinden elde edilen yüksek puanlar, öfkenin daha iyi kontrol edildiği, öfke dışa alt ölçeğinden elde edilen yüksek puanlar bireyin öfkesini daha fazla dışa yansıttığını ve öfke içe alt ölçeğinden elde edilen yüksek puanlar ise öfkenin daha fazla içe atıldığını ifade etmektedir (76).

3.6. Verilerin Toplanması

Anket formu, 17 Ekim- 31 Aralık 2016 tarihleri arasında gerekli etik kurul izinlerinin alınmasından sonra Batman Bölge Devlet Hastanesi servislerinde yatan Tip 2 diyabet hastaları ile yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmacı tarafından katılımcılara uygulandı. Bel çevresi ölçümü 0,1mm'lik esneme payına sahip mezura ile hastaların mahremiyetine dikkat etmek sureti ile bizzat araştırmacı tarafından ölçüldü. Boy ve kilo ölçüm bilgilerine hasta dosyalarından ulaşıldı, bazı hastalardan sözel olarak alındı. Hastaların metabolik ölçüm değerlerine (laboratuvar bilgilerine), rutin ölçümlerin kaydedildiği hastanenin sistemi üzerinden ulaşıldı. Kan basıncı, açlık kan şekeri ve tokluk kan şekeri ölçüm sonuçlarına servis hemşirelerin kayıtlarından, bazı hastalarda araştırmacı tarafından ölçülmesiyle ulaşıldı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. İki niceliksel verinin karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Araştırma, zaman ve maliyet faktörleri nedeniyle tek bir hastane ve belli sayıda kişiyle sınırlandırılmıştır. Bu amaçla araştırma yapılan müracaat eden diyabetli bireyler arasından çeşitli kriterler ışığında seçilen 248 diyabetli birey üzerinde yapıldı. Bu nedenle tüm diyabetli bireylere genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde, “Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı İle Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki” konusunda yapılan çalışma sonuçlarından elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu.

Tablo 4. 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=248)

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş	49 Ve Altı	38	15,3
	50-59	60	24,2
	60-69	83	33,5
	70 Ve üstü	67	27,0
Cinsiyet	Kadın	151	60,9
	Erkek	97	39,1
Medeni Durum	Evli	200	80,6
	Bekar	48	19,4
Eğitim Durumu	Okur-yazar Değil	116	46,8
	İlkokul	77	31,0
	Ortaokul	20	8,1
	Lise	28	11,3
	Üniversite	7	2,8
Meslek	Ev Hanımı	138	55,6
	Memur	18	7,3
	İşçi	12	4,8
	Serbest Meslek	30	12,1
	Emekli	39	15,7
	Diğer	11	4,4

	Kötü	84	33,9
Ekonomik Durum	Orta	139	56,0
	İyi	25	10,1
	Evet	25	10,1
Sigara Kullanımı	Hayır	182	73,4
	Bırakmış	41	16,5
	Evet	5	2,0
Alkol Kullanımı	Hayır	236	95,2
	Bırakmış	7	2,8
	Evet	179	72,2
Sağlık Sigortası	Hayır	69	27,8

Hastaların %33,5'nin 60-69 arası yaş grubunda, %60,9'unun kadın, %80,6'sının evli, %46,8'inin okuma yazma bilmediği, %55,6'sının ev hanımı, %56,0'sının ekonomik durumu orta olarak belirlendi. Hastaların %10,1'inin sigara, %2'sinin alkol kullandığı saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların BKİ Bulguların Dağılımı (n=248)

BKİ	Sayı(n)	Yüzde (%)
Normal Kilolu	55	22,2
Fazla Kilolu	109	44,0
Obez	78	31,5
Aşırı Derecede Obez	6	2,4

Hastaların BKİ grup değişkenine göre %44,0'unun fazla kilolu olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastalıkla İlgili Bulgular (n=248)

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Diyabet Süresi	1-5 Yıl	77	31,0
	6-10 Yıl	84	33,9
	11-15 Yıl	48	19,4
	16 Yıl Ve üstü	39	15,7
Diyabet Tedavi Şekli	Tıbbi Beslenme Tedavisi	15	6,0
	OAD	78	31,5
	İnsülin	98	39,5
	OAD + İnsülin	57	23,0
Evde Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumu	Hayır	51	20,6
	Evet	197	79,4
Kan Şekeri Ölçümünü Kimin Yaptığı	Kendi Kendime	90	45,7
	Eşim ya da Ailem	102	51,8
	Hemşire	4	2,0
Diyabet Nedeni İle Hastaneye Yatma Durumu	Diğer	1	0,5
	Evet	186	75,0
	Hayır	62	25,0
Hiperglisemi Koması ile Hastaneye Yatma Durumu	Evet	168	67,7
	Hayır	80	32,3
Hipoglisemi Koma ile Hastaneye Yatma Durumu	Evet	27	10,9
	Hayır	221	89,1
Hipertansiyon Varlığı	Var	131	52,8
	Yok	117	47,2

Ayak Yarası Varlığı	Var	25	10,1
	Yok	223	89,9
Amputasyon Varlığı	Var	17	6,9
	Yok	231	93,1
Ailede Diyabet Varlığı	Hayır Yok	99	39,9
	1 Kişi	67	27,0
	2 Kişi	29	11,7
	3 Kişi	10	4,0
	4 Veya Daha Fazla	43	17,3
Ailedeki Diyabetlilerin Yakınlık Derecesi	1. Derece Akrabalarınızda (anne, Baba, Kardeş, Çocuk)	136	91,3
	2. Derece Akrabalarınızda (teyze, Dayı, Hala, Amca)	13	8,7
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Evet	29	11,7
	Hayır	219	88,3
Daha Önce Diyabet Eğitimi Alma Durumu	Evet	88	35,5
	Hayır	160	64,5
TBT Uygulama Durumu	Evet	137	55,2
	Hayır	111	44,8
Diyabet Kontrolü İçin Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu	Düzenli Gitmem	201	81,0
	Ayda 1 Kez	23	9,3
	3 Ayda 1 Kez	18	7,3
	6 Ayda 1 Kez	2	0,8
	Yılda 1 Kez	4	1,6

Diğer Kronik Hastalıkların Varlığı	Hayır	89	35,9
	Evet	159	64,1
Diyabet Tanısından Sonra Kiloda Değişiklik Olma Durumu	Hayır Olmadı	56	22,6
	Kilo Aldım	41	16,5
	Kilo Verdim	151	60,9
Diyabete Bağlı Uzun Dönemde Gelişebilecek Sorunları Bilme Durumu	Hayır	168	67,7
	Evet	80	32,3
Retinopati	Var	77	31,0
	Yok	171	69,0
Nefropati	Var	66	26,6
	Yok	182	73,4
Nöropati	Var	59	23,8
	Yok	189	76,2
Diyabet Eğitim Programına Katılma Durumu	Evet	28	11,3
	Hayır	220	88,7

Hastaların %33'nün 6-10 yıl arası diyabetli olduğu, %39,5'inin insülin kullandığı, %79,4'ünün evde kan şekeri ölçümü yaptığı, bunların da %53,6'sının günde bir kez şeker ölçümü yaptığı ve bu ölçümü %51,8'ini aile bireylerinden birinin yaptığı belirlendi.

Hastaların %75'inin diyabet nedeniyle hastaneye yatırıldığı ve bunun %67,7'sinin hiperglisemiden kaynaklandığı, hastaların %52,8'inde hipertansiyon, %10,1'inde ayak yarası, %6,9'unda amputasyon olduğu saptandı.

Hastalardan %60,1'inin ailesinde diyabetli olduğu ve bunların %91,3'ünün 1. dereceden akraba olduğu görüldü. Hastaların %11,7'sinin düzenli egzersiz yaptığı, %35,5'inin diyabet konusunda eğitim aldığı, %55,2'sinin TBT'ye uyduğu, %19'nun düzenli bir şekilde sağlık kontrolüne gittiği, %64,1'inde başka bir kronik hastalık olduğu, %60,9'unun hastalık teşhisinde kilo verdiği belirlendi.

Hastaların %32,3'ünün uzun dönemde gelişebilecek hastalıkları bildiği, bilenlerinde %31'i retinopatiyi bildikleri, %88,7'si herhangi bir diyabet programına katılmadığı belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Metabolik Kontrol Değişkenleri (n=248)

	Ort	Ss	Min.	Max.
Açlık Kan Şekeri (AKŞ) (mg/dl)	193,96	84,13	83	560
Tokluk Kan Şekeri (TKŞ) (mg/dl)	225,31	90,56	79	596
HbA1c (%)	8,98	2,52	5,1	16,1
Total Kolesterol (TK) (mg/dl)	189,36	53,49	62	411
HDL (mg/dl)	41,51	12,48	5	84
LDL (mg/dl)	115,36	39,32	37	242
Trigliserid (TG) (mg/dl)	180,27	95,22	52	660
Boy (cm)	166,59	8,24	142	185
Kilo (kg)	79,25	15,07	48	164
BKİ (kg/m ²)	28,57	5,29	17,3	60,24
Bel Çevresi (BÇ) (cm)	97,66	15,80	70	154
Sistolik Arter Basıncı (SAB) (mmHg)	128,51	16,45	80	180
Diastolik Arter Basıncı DAB (mmHg)	76,27	9,96	50	100

Tablo 4.4. incelendiğinde, hastaların AKŞ düzeyi $193,96 \pm 84,13$; TKŞ düzeyi $225,31 \pm 90,56$; HbA1c düzeyi $8,98 \pm 2,52$; TK $189,36 \pm 53,49$; HDL $41,51 \pm 12,48$; LDL $115,36 \pm 39,32$; TG $180,27 \pm 95,22$; Boy $166,59 \pm 8,24$; Kilo $79,25 \pm 15,07$; BKİ $28,57 \pm 5,29$; BÇ $97,66 \pm 15,80$; SAB $128,51 \pm 16,45$; DAB $76,27 \pm 9,96$ olarak bulundu.

Tablo 4.5. Hastaların SÖÖİTÖ Ortalamaları (n=248)

	Ort	Ss	Min.	Max.
Sürekli Öfke (SÖ)	18,82	5,99	10	40
Öfke İçte (Öİ)	16,03	3,29	8	28
Öfke Dışa (ÖD)	14,41	4,23	8	28
Öfke Kontrol (ÖK)	21,83	4,80	8	32

Hastaların SÖ düzeyi $18,82 \pm 5,99$; Öİ düzeyi $16,03 \pm 3,29$; ÖD düzeyi $14,41 \pm 4,23$; ÖK düzeyi $21,83 \pm 4,80$ olarak bulundu.

Tablo 4.6. Metabolik Kontrol Değişkenleri ile SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

Metabolik Kontrol Değişkenleri	Sürekli öfke		Öfke içte		Öfke dışa		Öfke kontrol	
	r	p	r	p	r	p	r	P
AKŞ (mg/dl)	0,114	0,074	0,177	0,005	0,018	0,773	-0,136	0,032
TKŞ (mg/dl)	0,034	0,592	0,111	0,082	0,013	0,834	-0,002	0,979
HbA1c (%)	0,112	0,077	0,203	0,001	0,105	0,099	-0,109	0,085
TK (mg/dl)	0,183	0,004	0,155	0,015	0,132	0,038	-0,186	0,003
HDL (mg/dl)	-0,047	0,464	0,075	0,238	-0,047	0,459	-0,023	0,721
LDL (mg/dl)	0,180	0,005	0,132	0,038	0,127	0,046	-0,180	0,004
TG (mg/dl)	0,159	0,012	0,087	0,173	0,031	0,631	-0,147	0,021
Boy (cm)	0,035	0,580	0,012	0,846	0,099	0,120	-0,003	0,968
Kilo (kg)	0,326	0,000	0,221	0,000	0,226	0,000	-0,235	0,000
BKİ (kg/m ²)	0,342	0,000	0,215	0,001	0,190	0,003	-0,267	0,000
BÇ (cm)	0,322	0,000	0,163	0,010	0,166	0,009	-0,238	0,000
SAB	0,086	0,177	0,078	0,218	0,116	0,067	-0,014	0,829
DAB	0,130	0,041	0,069	0,280	0,156	0,014	-0,057	0,372

TK (r=0,183;p=0,004), LDL (r=0,180;p=0,005), TG (r=0,159;p=0,012), Kilo (r=0,326; p=0,000), BKİ (r=0,342; p=0,000), BÇ (r=0,322;p=0,000), DAB (r=0,130;p=0,041) ile SÖ arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

AKŞ (r=0,177;p=0,005), HbA1c (r=0,203;p=0,001), TK (r=0,155;p=0,015), LDL (r=0,132;p=0,038), Kilo (r=0,221;p=0,000), BKİ (r=0,215; p=0,001), BÇ (r=0,163; p=0,010), ile Öİ arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

TK (r=0,132;p=0,038), LDL(r=0,127;p=0,046<0,05), Kilo (r=0,226;p=0,000), BKİ (r=0,190;p=0,003), BÇ (r=0,166; p=0,009), DAB (r=0,156;p=0,014) ile ÖD arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı.

AKŞ (r=-0,136;p=0,032), TK (r=-0,186;p=0,003), LDL(r=-0,180; p=0,004), TG (r=-0,147; p=0,021<0,05), Kilo (r=-0,235;p=0,000), BKİ (r=-0,267;p=0,000), BÇ (r=-0,238; p=0,000) ile ÖK arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı ilişki saptandı.

Tablo 4.7. Hastaların BKİ ile Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	BKİ	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	Normal Kilolu	55	191,836	85,702	11,739	0,008
	Fazla Kilolu	109	182,156	76,985		
	Obez	78	216,218	91,027		
	Aşırı Derecede Obez	6	138,500	14,653		
TKŞ (mg/dl)	Normal Kilolu	55	233,727	100,442	10,296	0,016
	Fazla Kilolu	109	207,037	77,435		
	Obez	78	248,077	97,612		
	Aşırı Derecede Obez	6	184,333	42,113		

HbA1c (%)	Normal Kilolu	55	8,296	2,058		
	Fazla Kilolu	109	9,053	2,826		
	Obez	78	9,351	2,361	7,780	0,051
	Aşırı Derecede Obez	6	9,483	1,920		
TK (mg/dl)	Normal Kilolu	55	170,273	50,407		
	Fazla Kilolu	109	187,936	52,158	17,322	0,001
	Obez	78	206,782	54,079		
	Aşırı Derecede Obez	6	163,833	23,473		
HDL (mg/dl)	Normal Kilolu	55	41,073	11,859		
	Fazla Kilolu	109	41,440	11,064	1,639	0,650
	Obez	78	42,295	14,952		
	Aşırı Derecede Obez	6	36,833	7,441		
LDL (mg/dl)	Normal Kilolu	55	105,000	40,211		
	Fazla Kilolu	109	115,844	37,052	16,618	0,001
	Obez	78	124,795	40,087		
	Aşırı Derecede Obez	6	79,167	19,753		
TG (mg/dl)	Normal Kilolu	55	151,146	88,705		
	Fazla Kilolu	109	166,642	70,062	17,808	0,000
	Obez	78	217,526	117,526		
	Aşırı Derecede Obez	6	210,833	90,070		

Boy (cm)	Normal Kilolu	55	166,855	7,531		
	Fazla Kilolu	109	168,165	8,240		
	Obez	78	164,680	8,443	13,414	0,004
	Aşırı Derecede Obez	6	160,667	5,241		
Kilo (kg)	Normal Kilolu	55	63,546	7,254		
	Fazla Kilolu	109	77,165	7,943		
	Obez	78	89,885	10,978	149,194	0,000
	Aşırı Derecede Obez	6	122,833	24,326		
BKİ (kg/m ²)	Normal Kilolu	55	22,788	1,712		
	Fazla Kilolu	109	27,231	1,208		
	Obez	78	33,089	2,494	215,656	0,000
	Aşırı Derecede Obez	6	47,479	8,337		
BÇ (cm)	Normal Kilolu	55	80,764	7,691		
	Fazla Kilolu	109	94,596	9,452		
	Obez	78	111,090	10,894	153,197	0,000
	Aşırı Derecede Obez	6	133,667	15,161		
SAB	Normal Kilolu	55	121,270	15,759		
	Fazla Kilolu	109	128,440	16,011		
	Obez	78	132,950	16,305	24,094	0,000
	Aşırı Derecede Obez	6	138,330	7,528		

DAB	Normal Kilolu	55	72,360	9,222	16,974	0,001
	Fazla Kilolu	109	75,920	9,722		
	Obez	78	79,230	10,002		
	Aşırı Derecede Obez	6	80,000	8,944		
SÖ	Normal Kilolu	55	16,109	4,744	27,458	0,000
	Fazla Kilolu	109	18,193	5,224		
	Obez	78	21,385	6,794		
	Aşırı Derecede Obez	6	22,000	5,329		
Öİ	Normal Kilolu	55	14,855	3,396	12,965	0,005
	Fazla Kilolu	109	16,083	3,200		
	Obez	78	16,833	3,189		
	Aşırı Derecede Obez	6	15,500	2,588		
ÖD	Normal Kilolu	55	13,200	3,592	11,777	0,008
	Fazla Kilolu	109	13,991	3,838		
	Obez	78	15,833	4,860		
	Aşırı Derecede Obez	6	15,000	3,521		
ÖK	Normal Kilolu	55	23,691	4,654	19,008	0,000
	Fazla Kilolu	109	22,101	4,558		
	Obez	78	20,282	4,936		
	Aşırı Derecede Obez	6	20,333	1,633		

Hastaların AKŞ (p=0,008), TKŞ (p=0,016), TK (p=0,001), LDL (p=0,001), TG (p=0,000), boy (p=0,004), Kilo (p=0,000), BKİ (p=0,000), BÇ (p=0,000), SAB (p=0,000), DAB(p=0,001), SÖ (p=0,000), Öİ (p=0,005), ÖD (p=0,008), ÖK(p=0,000) düzeyleri ortalamaları ile BKİ arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu

Hastaların HbA1c, HDL düzeyleri ortalamaları ile BKİ arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.8. Hastaların Yaş Grupları Ortalamaları İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Yaş	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	49 Ve Altı	38	200,526	97,579	0,074	0,995
	50-59	60	199,050	93,176		
	60-69	83	193,169	82,274		
	70 Ve üstü	67	186,657	69,840		
TKŞ (mg/dl)	49 Ve Altı	38	228,342	83,093	0,481	0,923
	50-59	60	229,433	95,885		
	60-69	83	222,988	93,928		
	70 Ve üstü	67	222,791	87,223		
HbA1c (%)	49 Ve Altı	38	9,371	2,314	3,303	0,347
	50-59	60	9,042	2,282		
	60-69	83	9,129	3,051		
	70 Ve üstü	67	8,552	2,092		
TK (mg/dl)	49 Ve Altı	38	201,316	51,165	6,951	0,073
	50-59	60	198,633	63,227		
	60-69	83	188,048	52,068		
	70 Ve üstü	67	175,910	44,198		

	49 Ve Altı	38	43,553	13,063		
	50-59	60	41,433	13,589		
HDL(mg/dl)	60-69	83	41,807	12,273	1,378	0,711
	70 Ve üstü	67	40,075	11,437		
	49 Ve Altı	38	121,053	35,980		
	50-59	60	118,417	41,580		
LDL (mg/dl)	60-69	83	119,771	41,406	9,185	0,027
	70 Ve üstü	67	103,955	34,683		
	49 Ve Altı	38	195,579	80,796		
	50-59	60	195,950	118,974		
TG(mg/dl)	60-69	83	179,578	96,236	6,446	0,092
	70 Ve üstü	67	158,433	72,631		
	49 Ve Altı	38	167,868	9,035		
	50-59	60	167,867	7,340		
Boy (cm)	60-69	83	165,349	8,460	4,374	0,224
	70 Ve üstü	67	166,284	8,192		
	49 Ve Altı	38	81,526	12,664		
	50-59	60	84,800	19,340		
Kilo (kg)	60-69	83	76,675	13,226	9,559	0,023
	70 Ve üstü	67	76,179	12,660		

	49 Ve Altı	38	29,029	4,707		
	50-59	60	30,157	7,017		
BKİ (kg/m ²)	60-69	83	28,081	4,773	6,121	0,106
	70 Ve üstü	67	27,524	4,024		
	49 Ve Altı	38	97,921	13,939		
	50-59	60	101,167	16,435		
BÇ (cm)	60-69	83	96,988	16,281	5,320	0,150
	70 Ve üstü	67	95,209	15,403		
	49 Ve Altı	38	124,340	13,565		
	50-59	60	126,420	16,444		
SAB	60-69	83	128,800	16,993	8,440	0,038
	70 Ve üstü	67	132,390	16,728		
	49 Ve Altı	38	72,630	6,851		
	50-59	60	76,420	9,527		
DAB	60-69	83	76,330	10,303	8,416	0,038
	70 Ve üstü	67	78,130	11,004		

Hastaların LDL (p=0,027), kilo (p=0,023), SAB (p=0,038), DAB (p=0,038) düzeyleri ortalamaları yaş değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, HDL, TG, Boy, BKİ, BÇ düzeyleri ortalamaları ile yaş değişkeni arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.9. Hastaların Cinsiyetleri İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Cinsiyet	N	Ort	Ss	MW	p
AKŞ (mg/dl)	Kadın	151	194,503	78,275	6775,000	0,320
	Erkek	97	193,113	92,936		
TKŞ (mg/dl)	Kadın	151	225,232	87,226	7165,500	0,774
	Erkek	97	225,443	95,985		
HbA1c (%)	Kadın	151	9,212	2,287	5810,000	0,006
	Erkek	97	8,643	2,840		
TK (mg/dl)	Kadın	151	190,146	50,307	6789,000	0,332
	Erkek	97	188,144	58,360		
HDL (mg/dl)	Kadın	151	41,848	13,652	7176,500	0,790
	Erkek	97	41,000	10,457		
LDL (mg/dl)	Kadın	151	116,821	38,469	6950,000	0,498
	Erkek	97	113,103	40,723		
TG (mg/dl)	Kadın	151	188,318	97,627	6101,500	0,027
	Erkek	97	167,763	90,445		
Boy (cm)	Kadın	151	161,722	5,825	775,000	0,000
	Erkek	97	174,186	5,130		
Kilo (kg)	Kadın	151	77,146	15,667	5477,000	0,001
	Erkek	97	82,526	13,549		
BKİ (kg/m ²)	Kadın	151	29,505	5,855	5441,500	0,001
	Erkek	97	27,135	3,873		

BÇ (cm)	Kadın	151	98,649	17,382	6795,500	0,338
	Erkek	97	96,124	12,913		
SAB	Kadın	151	128,940	17,035	6859,500	0,391
	Erkek	97	127,840	15,561		
DAB	Kadın	151	76,030	10,252	7138,500	0,718
	Erkek	97	76,650	9,539		
SÖ	Kadın	151	18,589	6,017	6820,000	0,360
	Erkek	97	19,196	5,975		
Öİ	Kadın	151	15,974	3,124	7221,000	0,852
	Erkek	97	16,124	3,548		
ÖD	Kadın	151	14,318	4,209	6962,000	0,510
	Erkek	97	14,577	4,291		
ÖK	Kadın	151	22,040	4,891	6875,500	0,415
	Erkek	97	21,526	4,675		

Hastaların HbA1c ($p=0,006$), TG ($p=0,027$), boy ($p=0,000$), Kilo ($p=0,001$), BKİ ($p=0,001$) düzeyleri ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, TKŞ, TK, HDL, LDL, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.10. Hastaların Medeni Durumu İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Medeni Durum	N	Ort	Ss	MW	p
AKŞ (mg/dl)	Evli	200	191,190	82,243	4316,000	0,278
	Bekar	48	205,500	91,603		
TKŞ (mg/dl)	Evli	200	220,955	87,142	4223,500	0,196
	Bekar	48	243,479	102,614		
HbA1c (%)	Evli	200	8,996	2,622	4618,000	0,683
	Bekar	48	8,960	2,110		
TK (mg/dl)	Evli	200	186,775	50,917	4111,500	0,123
	Bekar	48	200,146	62,564		
HDL (mg/dl)	Evli	200	42,295	12,562	3890,500	0,041
	Bekar	48	38,271	11,731		
LDL (mg/dl)	Evli	200	113,515	38,836	4092,500	0,113
	Bekar	48	123,083	40,819		
TG(mg/dl)	Evli	200	176,610	93,007	4221,500	0,195
	Bekar	48	195,563	103,614		
Boy (cm)	Evli	200	166,445	7,906	4552,500	0,578
	Bekar	48	167,229	9,597		
Kilo (kg)	Evli	200	79,390	14,590	4581,500	0,624
	Bekar	48	78,667	17,116		
BKİ (kg/m ²)	Evli	200	28,725	5,430	4463,500	0,451
	Bekar	48	27,966	4,668		

BÇ (cm)	Evli	200	97,890	15,791	4577,000	0,617
	Bekar	48	96,708	15,997		
SAB	Evli	200	129,250	15,746	4144,000	0,134
	Bekar	48	125,420	18,986		
DAB	Evli	200	76,470	9,960	4473,500	0,431
	Bekar	48	75,420	10,044		
SÖ	Evli	200	18,585	5,740	4423,500	0,398
	Bekar	48	19,833	6,938		
Öİ	Evli	200	16,120	3,271	4407,000	0,376
	Bekar	48	15,667	3,379		
ÖD	Evli	200	14,365	4,149	4667,500	0,765
	Bekar	48	14,646	4,610		
ÖK	Evli	200	21,755	4,638	4370,000	0,333
	Bekar	48	22,188	5,484		

Hastaların HDL ($p=0,041$) düzeyi ortalaması ile medeni durum değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, LDL, TG, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile medeni durum arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.11. Hastaların Eğitim Düzeyleri İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Eğitim Durumu	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	Okur-yazar Değil	116	203,310	79,550	7,098	0,069
	İlkokul	77	186,792	86,079		
	Ortaokul	20	179,150	70,289		
	Lise Ve üstü	35	187,200	100,513		
TKŞ (mg/dl)	Okur-yazar Değil	116	225,983	82,192	0,803	0,849
	İlkokul	77	230,117	103,761		
	Ortaokul	20	208,150	71,795		
	Lise Ve üstü	35	222,343	97,709		
HbA1c (%)	Okur-yazar Değil	116	9,077	2,248	2,824	0,420
	İlkokul	77	8,884	2,342		
	Ortaokul	20	8,225	1,739		
	Lise Ve üstü	35	9,366	3,850		
TK (mg/dl)	Okur-yazar Değil	116	185,448	50,230	3,828	0,281
	İlkokul	77	185,753	48,742		
	Ortaokul	20	197,650	71,472		
	Lise Ve üstü	35	205,543	60,811		
HDL(mg/dl)	Okur-yazar Değil	116	41,828	13,776	2,628	0,453
	İlkokul	77	40,546	11,738		
	Ortaokul	20	42,000	12,405		
	Lise Ve üstü	35	42,343	9,647		

	Okur-yazar Değil	116	114,509	40,044		
LDL (mg/dl)	İlkokul	77	108,364	34,290	8,013	0,046
	Ortaokul	20	125,200	36,960		
	Lise Ve üstü	35	128,000	45,662		
	Okur-yazar Değil	116	177,319	86,888		
TG (mg/dl)	İlkokul	77	176,558	93,739	1,034	0,793
	Ortaokul	20	174,650	101,442		
	Lise Ve üstü	35	201,486	120,040		
	Okur-yazar Değil	116	162,578	6,498		
Boy (cm)	İlkokul	77	168,143	7,708	68,055	0,000
	Ortaokul	20	171,400	9,789		
	Lise Ve üstü	35	173,771	6,131		
	Okur-yazar Değil	116	76,724	13,055		
Kilo (kg)	İlkokul	77	80,195	17,991	8,561	0,036
	Ortaokul	20	83,050	14,731		
	Lise Ve üstü	35	83,371	13,434		
	Okur-yazar Değil	116	29,073	5,003		
BKİ (kg/m ²)	İlkokul	77	28,366	6,351	3,392	0,335
	Ortaokul	20	28,311	4,691		
	Lise Ve üstü	35	27,556	3,766		

	Okur-yazar Değil	116	98,371	17,099		
	İlkokul	77	96,156	15,483		
BÇ (cm)	Ortaokul	20	100,200	16,376	1,319	0,725
	Lise Ve üstü	35	97,171	11,364		
	Okur-yazar Değil	116	129,400	17,472		
	İlkokul	77	127,270	15,359		
SAB	Ortaokul	20	128,750	15,207	1,746	0,627
	Lise Ve üstü	35	128,140	16,453		
	Okur-yazar Değil	116	76,810	10,579		
	İlkokul	77	75,190	9,544		
DAB	Ortaokul	20	77,750	8,955	1,946	0,584
	Lise Ve üstü	35	76,000	9,456		
	Okur-yazar Değil	116	18,336	5,464		
	İlkokul	77	19,338	6,369		
SÖ	Ortaokul	20	20,350	6,098	2,928	0,403
	Lise Ve üstü	35	18,457	6,766		
	Okur-yazar Değil	116	16,043	3,111		
	İlkokul	77	16,260	3,629		
Öİ	Ortaokul	20	15,650	2,870	0,602	0,896
	Lise Ve üstü	35	15,714	3,400		
	Okur-yazar Değil	116	14,147	4,235		
	İlkokul	77	14,792	4,203		
ÖD	Ortaokul	20	14,900	4,553	1,633	0,652
	Lise Ve üstü	35	14,229	4,215		

ÖK	Okur-yazar Değil	116	21,948	4,760	0,463	0,927
	İlkokul	77	21,831	4,959		
	Ortaokul	20	21,700	3,028		
	Lise Ve üstü	35	21,571	5,553		

Hastaların LDL (p=0,046), Boy (p=0,000), Kilo (p=0,036) düzeyleri ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, HDL, TG, BKİ, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.12. Hastaların Ekonomik Durumları İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Ekonomik Durum	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	Kötü	84	200,726	75,034	3,965	0,138
	Orta	139	191,849	91,039		
	İyi	25	182,960	73,533		
TKŞ (mg/dl)	Kötü	84	233,357	80,165	3,476	0,176
	Orta	139	222,691	99,217		
	İyi	25	212,880	71,754		
HbA1c (%)	Kötü	84	9,120	2,365	1,732	0,421
	Orta	139	9,016	2,695		
	İyi	25	8,402	2,056		
TK (mg/dl)	Kötü	84	182,131	53,934	4,588	0,101
	Orta	139	195,475	54,321		
	İyi	25	179,680	43,891		

HDL(mg/dl)	Kötü	84	39,345	14,665		
	Orta	139	43,252	11,069		
	İyi	25	39,160	10,769	6,974	0,031
LDL (mg/dl)	Kötü	84	111,619	40,982		
	Orta	139	117,655	38,692		
	İyi	25	115,240	37,690	2,283	0,319
TG(mg/dl)	Kötü	84	172,226	88,976		
	Orta	139	187,763	102,539		
	İyi	25	165,720	68,715	0,661	0,719
Boy (cm)	Kötü	84	164,810	7,661		
	Orta	139	167,633	8,052		
	İyi	25	166,840	10,319	7,248	0,027
Kilo (kg)	Kötü	84	76,310	15,134		
	Orta	139	79,914	12,950		
	İyi	25	85,440	22,594	5,540	0,063

BKİ (kg/m ²)	Kötü	84	28,123	5,536	2,617	0,270
	Orta	139	28,455	4,374		
	İyi	25	30,788	8,135		
BÇ (cm)	Kötü	84	96,024	15,756	2,853	0,240
	Orta	139	97,432	14,294		
	İyi	25	104,440	21,909		
SAB	Kötü	84	127,380	17,381	0,273	0,872
	Orta	139	129,170	16,000		
	İyi	25	128,600	16,171		
DAB	Kötü	84	75,420	10,563	1,231	0,540
	Orta	139	76,800	9,854		
	İyi	25	76,200	8,573		
SÖ	Kötü	84	17,631	5,629	9,299	0,010
	Orta	139	18,950	5,749		
	İyi	25	22,160	7,330		
Öİ	Kötü	84	16,798	3,573	6,490	0,039
	Orta	139	15,590	3,004		
	İyi	25	15,920	3,487		
ÖD	Kötü	84	13,762	3,724	3,377	0,185
	Orta	139	14,604	4,279		
	İyi	25	15,600	5,299		

	Kötü	84	22,667	4,339		
ÖK	Orta	139	21,482	5,006	2,811	0,245
	İyi	25	21,040	4,954		

Hastaların HDL (p=0,031), Boy (p=0,027), SÖ (p=0,010), Öİ (p=0,039), düzeyleri ortalamaları ile ekonomik durum değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, LDL, TG, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile ekonomik durum değişkeni ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.13. Hastaların Meslek Değişkeni İle Metabolik Kontrol Değerleri Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Meslek Durumu	N	Ort	Ss	KW	P
AKŞ (mg/dl)	Ev Hanımı	138	196,355	79,867	11,746	0,038
	Memur	18	174,056	77,111		
	İşçi	12	182,750	73,769		
	Serbest Meslek	30	198,067	94,558		
	Emekli	39	172,590	68,915		
	Diğer	11	273,273	132,952		
TKŞ (mg/dl)	Ev Hanımı	138	224,145	88,556	7,904	0,162
	Memur	18	221,611	103,193		
	İşçi	12	225,250	60,142		
	Serbest Meslek	30	216,967	75,084		
	Emekli	39	215,487	91,726		
	Diğer	11	303,727	131,675		
HbA1c (%)	Ev Hanımı	138	9,262	2,341	14,108	0,015
	Memur	18	8,217	2,163		
	İşçi	12	8,358	1,803		
	Serbest Meslek	30	8,666	2,339		
	Emekli	39	8,556	3,509		
	Diğer	11	9,936	1,972		
TK (mg/dl)	Ev Hanımı	138	189,420	49,257	4,574	0,470
	Memur	18	193,889	69,188		
	İşçi	12	207,833	36,932		
	Serbest Meslek	30	192,300	69,825		
	Emekli	39	179,436	53,834		
	Diğer	11	188,273	42,346		

	Ev Hanımı	138	41,355	13,591		
HDL(mg/dl)	Memur	18	45,778	9,175	3,819	0,576
	İşçi	12	41,917	10,850		
	Serbest Meslek	30	41,533	9,765		
	Emekli	39	40,615	12,916		
	Diğer	11	39,273	9,686		
	Ev Hanımı	138	116,152	37,725		
LDL (mg/dl)	Memur	18	120,667	52,326		
	İşçi	12	133,667	26,078	6,528	0,258
	Serbest Meslek	30	113,567	44,706		
	Emekli	39	107,923	38,889		
	Diğer	11	108,182	31,821		
	Ev Hanımı	138	188,326	92,032		
TG (mg/dl)	Memur	18	168,222	87,554		
	İşçi	12	194,000	89,017	9,440	0,093
	Serbest Meslek	30	179,033	102,592		
	Emekli	39	157,333	104,407		
	Diğer	11	168,818	103,328		
	Ev Hanımı	138	161,529	5,777		
Boy (cm)	Memur	18	174,278	5,539		
	İşçi	12	171,417	4,010	125,008	0,000
	Serbest Meslek	30	173,967	5,203		
	Emekli	39	172,462	7,119		
	Diğer	11	171,455	8,335		

	Ev Hanımı	138	77,529	16,025		
Kilo (kg)	Memur	18	85,556	11,231	9,844	0,080
	İşçi	12	79,417	10,808		
	Serbest Meslek	30	80,300	13,661		
	Emekli	39	79,692	12,759		
	Diğer	11	85,909	20,705		
	Ev Hanımı	138	29,705	5,922		
	Memur	18	28,174	3,510		
BKİ (kg/m2)	İşçi	12	26,962	3,050	18,343	0,003
	Serbest Meslek	30	26,493	4,040		
	Emekli	39	26,744	3,764		
	Diğer	11	29,049	5,588		
	Ev Hanımı	138	99,174	17,490		
	Memur	18	97,167	9,925		
BÇ (cm)	İşçi	12	96,000	11,505	3,994	0,550
	Serbest Meslek	30	93,833	13,759		
	Emekli	39	95,205	13,807		
	Diğer	11	100,455	16,771		
	Ev Hanımı	138	129,420	17,141		
	Memur	18	126,670	15,339		
	İşçi	12	126,670	15,570		
	Serbest Meslek	30	125,330	16,554		
SAB	Emekli	39	128,460	14,786	3,252	0,661
	Diğer	11	130,910	17,581		

	Ev Hanımı	138	76,300	10,381		
DAB	Memur	18	76,670	8,402	1,347	0,930
	İşçi	12	75,830	9,003		
	Serbest Meslek	30	76,330	9,279		
	Emekli	39	75,510	10,687		
	Diğer	11	78,180	8,739		
	Ev Hanımı	138	18,565	5,836		
	Memur	18	19,611	5,852		
SÖ	İşçi	12	21,417	6,986	6,472	0,263
	Serbest Meslek	30	18,033	5,857		
	Emekli	39	18,205	5,823		
	Diğer	11	22,364	7,339		
	Ev Hanımı	138	16,044	3,066		
	Memur	18	15,833	2,431		
Öİ	İşçi	12	16,750	3,957	0,435	0,994
	Serbest Meslek	30	16,233	3,857		
	Emekli	39	15,769	3,572		
	Diğer	11	15,818	4,309		
	Ev Hanımı	138	14,297	4,266		
	Memur	18	15,111	4,471		
ÖD	İşçi	12	17,083	5,760	10,103	0,072
	Serbest Meslek	30	13,233	3,530		
	Emekli	39	14,077	3,807		
	Diğer	11	16,364	3,668		

ÖK	Ev Hanımı	138	21,971	4,885	5,600	0,347
	Memur	18	20,667	5,531		
	İşçi	12	21,167	4,988		
	Serbest Meslek	30	23,033	3,327		
	Emekli	39	21,846	5,128		
	Diğer	11	19,546	4,298		

Hastaların AKŞ (p=0,038), HbA1c (p=0,015), Boy (p=0,000), BKİ (p=0,003) düzeyleri ortalamaları ile meslek değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların TKŞ, TK, HDL, LDL, TG, Kilo, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile meslek değişkeni arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.12. Hastaların Sigara Kullanma Durumu İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Sigara Kullanımı	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	Evet	25	195,800	88,386	7,210	0,027
	Hayır	182	198,912	84,037		
	Bıraktım	41	170,854	80,018		
TKŞ (mg/dl)	Evet	25	239,320	106,902	3,666	0,160
	Hayır	182	227,813	89,065		
	Bıraktım	41	205,683	85,702		
HbA1c (%)	Evet	25	9,656	4,199	6,074	0,048
	Hayır	182	9,090	2,326		
	Bıraktım	41	8,136	1,822		

	Evet	25	212,200	68,141		
TK (mg/dl)					2,988	0,224
	Hayır	182	188,385	50,873		
	Bıraktım	41	179,781	52,431		
	Evet	25	42,520	10,457		
HDL(mg/dl)					0,438	0,803
	Hayır	182	41,302	13,106		
	Bıraktım	41	41,854	10,889		
	Evet	25	134,680	42,422		
LDL (mg/dl)					8,723	0,013
	Hayır	182	115,879	38,942		
	Bıraktım	41	101,317	34,226		
	Evet	25	209,440	93,440		
TG (mg/dl)					5,328	0,070
	Hayır	182	176,555	85,389		
	Bıraktım	41	179,024	131,033		
	Evet	25	172,240	5,826		
	Hayır	182	164,769	8,133		
Boy (cm)					35,835	0,000
	Bıraktım	41	171,268	6,531		
	Evet	25	80,400	12,329		
Kilo (kg)					4,495	0,106
	Hayır	182	78,500	16,188		
	Bıraktım	41	81,878	10,787		
	Evet	25	27,161	4,458		
BKİ (kg/m2)					2,257	0,324
	Hayır	182	28,920	5,691		
	Bıraktım	41	27,922	3,486		

	Evet	25	96,000	11,169		
BÇ (cm)	Hayır	182	98,484	16,719	2,398	0,301
	Bıraktım	41	95,024	13,816		
	Evet	25	129,600	17,907		
SAB	Hayır	182	128,650	17,087	0,104	0,949
	Bıraktım	41	127,200	12,452		
	Evet	25	76,800	11,075		
DAB	Hayır	182	76,290	10,088	0,315	0,854
	Bıraktım	41	75,850	8,867		
	Evet	25	19,920	6,062		
SÖ	Hayır	182	18,687	6,160	1,213	0,545
	Bıraktım	41	18,781	5,237		
	Evet	25	15,680	3,716		
Öİ	Hayır	182	16,071	3,309	0,164	0,921
	Bıraktım	41	16,073	2,987		
	Evet	25	15,000	4,252		
ÖD	Hayır	182	14,280	4,265	1,586	0,452
	Bıraktım	41	14,683	4,144		
	Evet	25	20,680	4,750		
ÖK	Hayır	182	21,945	4,800	1,817	0,403
	Bıraktım	41	22,073	4,881		

Hastaların AKŞ (p=0,027), HbA1c (p=0,048), LDL (p=0,013), Boy (p=0,000) düzeyleri ortalamaları ile sigara kullanımı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların TKŞ, TK, HDL, TG, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile sigara kullanımı arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.15. Hastaların Alkol Kullanma Durumları İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Alkol Kullanımı	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	Evet	5	230,000	132,225	0,598	0,741
	Hayır	236	193,521	83,071		
	Bıraktım	7	183,000	90,668		
TKŞ (mg/dl)	Evet	5	283,200	159,667	0,781	0,677
	Hayır	236	223,720	88,643		
	Bıraktım	7	237,714	98,971		
HbA1c (%)	Evet	5	8,580	1,761	0,340	0,844
	Hayır	236	9,016	2,557		
	Bıraktım	7	8,386	2,064		
TK (mg/dl)	Evet	5	199,200	40,109	0,398	0,819
	Hayır	236	188,992	52,896		
	Bıraktım	7	194,857	83,782		
HDL (mg/dl)	Evet	5	41,000	21,668	0,615	0,735
	Hayır	236	41,462	12,320		
	Bıraktım	7	43,714	12,338		
LDL (mg/dl)	Evet	5	128,000	41,455	0,534	0,766
	Hayır	236	114,915	38,631		
	Bıraktım	7	121,571	62,327		
TG (mg/dl)	Evet	5	228,400	106,739	1,996	0,369
	Hayır	236	178,712	95,168		
	Bıraktım	7	198,714	92,583		
Boy (cm)	Evet	5	167,800	10,085	8,042	0,018
	Hayır	236	166,314	8,168		
	Bıraktım	7	175,286	5,024		
Kilo (kg)	Evet	5	80,000	16,016	1,704	0,427
	Hayır	236	79,098	15,205		
	Bıraktım	7	83,857	10,335		
BKİ (kg/m2)	Evet	5	28,782	7,220	0,502	0,778
	Hayır	236	28,613	5,318		
	Bıraktım	7	27,256	2,785		

	Evet	5	99,200	11,032		
BÇ (cm)	Hayır	236	97,712	16,085	0,388	0,824
	Bıraktım	7	94,857	7,581		
	Evet	5	130,000	18,708		
SAB	Hayır	236	128,470	16,496	0,045	0,978
	Bıraktım	7	128,570	15,736		
	Evet	5	74,000	8,944		
DAB	Hayır	236	76,210	9,996	1,058	0,589
	Bıraktım	7	80,000	10,000		
	Evet	5	17,800	3,633		
SÖ	Hayır	236	18,805	6,074	0,896	0,639
	Bıraktım	7	20,286	4,786		
	Evet	5	13,200	6,099		
Öİ	Hayır	236	16,047	3,192	3,881	0,144
	Bıraktım	7	17,571	3,505		
	Evet	5	14,800	6,140		
ÖD	Hayır	236	14,364	4,191	0,880	0,644
	Bıraktım	7	16,000	4,690		
	Evet	5	19,200	6,458		
ÖK	Hayır	236	21,907	4,741	0,812	0,666
	Bıraktım	7	21,429	5,996		

Hastaların Boy ($p=0,018$) düzeyleri ortalamaları ile alkol kullanımı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, HDL, LDL, TG, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları alkol kullanımı arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.13. Hastaların Diyabet Süresi İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Diyabet Süresi	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	1-5 Yıl	77	194,104	78,103	2,751	0,432
	6-10 Yıl	84	182,441	74,582		
	11-15 Yıl	48	202,625	101,463		
	16 Yıl Ve üstü	39	207,821	91,326		
TKŞ (mg/dl)	1-5 Yıl	77	231,558	80,252	7,068	0,070
	6-10 Yıl	84	214,369	90,319		
	11-15 Yıl	48	217,000	97,558		
	16 Yıl Ve üstü	39	246,795	99,664		
HbA1c (%)	1-5 Yıl	77	8,917	2,274	1,272	0,736
	6-10 Yıl	84	9,016	3,072		
	11-15 Yıl	48	8,950	2,298		
	16 Yıl Ve üstü	39	9,125	2,000		
TK (mg/dl)	1-5 Yıl	77	190,727	61,446	1,453	0,693
	6-10 Yıl	84	186,738	48,552		
	11-15 Yıl	48	187,771	50,682		
	16 Yıl Ve üstü	39	194,282	51,733		
HDL (mg/dl)	1-5 Yıl	77	42,961	11,765	4,567	0,206
	6-10 Yıl	84	42,738	13,581		
	11-15 Yıl	48	39,125	11,384		
	16 Yıl Ve üstü	39	38,974	12,317		
LDL (mg/dl)	1-5 Yıl	77	112,403	40,010	4,677	0,197
	6-10 Yıl	84	114,119	34,994		
	11-15 Yıl	48	111,854	36,126		
	16 Yıl Ve üstü	39	128,231	48,531		

TG (mg/dl)	1-5 Yıl	77	178,260	93,934	0,706	0,872
	6-10 Yıl	84	175,786	93,418		
	11-15 Yıl	48	184,583	95,596		
	16 Yıl Ve üstü	39	188,641	103,852		
Boy (cm)	1-5 Yıl	77	168,338	8,053	5,258	0,154
	6-10 Yıl	84	165,417	8,463		
	11-15 Yıl	48	166,417	8,220		
	16 Yıl Ve üstü	39	165,923	7,902		
Kilo (kg)	1-5 Yıl	77	80,416	16,190	2,160	0,540
	6-10 Yıl	84	77,357	13,271		
	11-15 Yıl	48	81,000	14,792		
	16 Yıl Ve üstü	39	78,872	16,835		
BKİ (kg/m2)	1-5 Yıl	77	28,403	5,601	1,790	0,617
	6-10 Yıl	84	28,325	4,959		
	11-15 Yıl	48	29,257	5,024		
	16 Yıl Ve üstü	39	28,632	5,788		
BÇ (cm)	1-5 Yıl	77	96,455	14,494	3,210	0,360
	6-10 Yıl	84	96,155	15,428		
	11-15 Yıl	48	100,042	15,539		
	16 Yıl Ve üstü	39	100,359	19,038		
SAB	1-5 Yıl	77	126,880	14,533	2,104	0,551
	6-10 Yıl	84	129,170	13,618		
	11-15 Yıl	48	130,210	18,130		
	16 Yıl Ve üstü	39	128,210	22,696		

DAB	1-5 Yıl	77	75,970	8,624	1,285	0,733
	6-10 Yıl	84	76,730	10,075		
	11-15 Yıl	48	77,080	10,044		
	16 Yıl Ve üstü	39	74,870	12,112		
SÖ	1-5 Yıl	77	17,831	5,531	4,730	0,193
	6-10 Yıl	84	18,917	5,918		
	11-15 Yıl	48	18,604	5,488		
	16 Yıl Ve üstü	39	20,872	7,237		
Öİ	1-5 Yıl	77	15,623	2,943	2,695	0,441
	6-10 Yıl	84	16,512	3,595		
	11-15 Yıl	48	16,063	3,152		
	16 Yıl Ve üstü	39	15,769	3,406		
ÖD	1-5 Yıl	77	13,909	3,846	5,668	0,129
	6-10 Yıl	84	14,917	4,192		
	11-15 Yıl	48	13,438	3,376		
	16 Yıl Ve üstü	39	15,564	5,553		
ÖK	1-5 Yıl	77	22,987	4,573	6,373	0,095
	6-10 Yıl	84	21,321	4,892		
	11-15 Yıl	48	22,208	4,197		
	16 Yıl Ve üstü	39	20,231	5,299		

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, HDL, LDL, TG, boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile diyabet süresi arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.14. Hastaların Diyabet Tedavi Şekli İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Diyabet Tedavi Şekli	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	TBT	15	152,067	54,076	10,746	0,013
	OAD	78	182,103	74,066		
	İnsülin	98	196,500	87,829		
	OAD+insülin	57	216,842	91,511		
TKŞ (mg/dl)	TBT	15	192,400	70,486	11,608	0,009
	OAD	78	207,577	87,040		
	İnsülin	98	228,827	87,667		
	OAD+insülin	57	252,211	98,566		
HbA1c (%)	TBT	15	7,473	2,132	16,769	0,001
	OAD	78	8,653	2,370		
	İnsülin	98	9,302	2,670		
	OAD+insülin	57	9,311	2,433		
TK (mg/dl)	TBT	15	171,400	37,536	12,042	0,007
	OAD	78	180,128	53,635		
	İnsülin	98	198,316	55,565		
	OAD+insülin	57	191,333	51,152		
HDL (mg/dl)	TBT	15	38,600	9,840	6,131	0,105
	OAD	78	43,385	11,136		
	İnsülin	98	39,816	13,295		
	OAD+insülin	57	42,649	13,154		
LDL (mg/dl)	TBT	15	101,467	33,827	4,833	0,184
	OAD	78	112,295	41,466		
	İnsülin	98	119,663	39,083		
	OAD+insülin	57	115,842	37,787		

TG (mg/dl)	TBT	15	162,067	70,809	10,399	0,015
	OAD	78	159,103	90,204		
	İnsülin	98	196,633	95,645		
	OAD+insülin	57	185,930	102,456		
Boy (cm)	TBT	15	164,467	10,176	4,869	0,182
	OAD	78	168,128	7,510		
	İnsülin	98	165,755	8,452		
	OAD+insülin	57	166,509	8,181		
Kilo (kg)	TBT	15	74,000	12,778	6,435	0,092
	OAD	78	79,885	11,974		
	İnsülin	98	76,939	13,862		
	OAD+insülin	57	83,737	19,852		
BKİ (kg/m ²)	TBT	15	27,398	4,495	6,255	0,100
	OAD	78	28,359	4,744		
	İnsülin	98	28,014	4,801		
	OAD+insülin	57	30,156	6,634		
BÇ (cm)	TBT	15	94,467	11,686	5,849	0,119
	OAD	78	97,244	14,294		
	İnsülin	98	96,174	16,424		
	OAD+insülin	57	101,632	17,222		
SAB	TBT	15	128,670	17,265	1,656	0,647
	OAD	78	127,500	16,010		
	İnsülin	98	128,420	17,329		
	OAD+insülin	57	130,000	15,584		
DAB	TBT	15	77,330	7,988	2,887	0,409
	OAD	78	76,090	9,956		
	İnsülin	98	75,510	9,831		
	OAD+insülin	57	77,540	10,737		
SÖ	TBT	15	16,200	5,003	8,033	0,045
	OAD	78	17,897	5,016		
	İnsülin	98	19,031	6,228		
	OAD+insülin	57	20,439	6,690		
Öİ	TBT	15	14,267	2,576	6,232	0,101
	Oad	78	16,397	3,431		
	İnsülin	98	15,959	3,169		
	OAD+insülin	57	16,123	3,386		

ÖD	TBT	15	13,133	4,291	1,994	0,574
	OAD	78	14,154	3,742		
	İnsülin	98	14,510	4,155		
	OAD+insülin	57	14,965	4,946		
ÖK	TBT	15	23,667	4,761	3,592	0,309
	OAD	78	21,987	4,882		
	İnsülin	98	21,796	4,286		
	OAD+insülin	57	21,228	5,500		

Hastaların AKŞ (p=0,013), TKŞ (p=0,009), HbA1c (p=0,001), TK (p=0,007), TG (p=0,015), SÖ (p=0,045) düzeyleri ortalamaları ile diyabet tedavi şekli arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların HDL, LDL, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile diyabet tedavi şekli değişkeni ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.15. Hastaların Evde Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumları İle Metabolik Kontrol Değerleri Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Evde Kan Şekeri Ölçümü		N	Ort	Ss	MW	p
	Hayır	Evet					
AKŞ (mg/dl)	Hayır	51	194,392	78,812	4862,000	0,724	
	Evet	197	193,848	85,647			
TKŞ(mg/dl)	Hayır	51	220,314	100,437	4557,000	0,307	
	Evet	197	226,609	88,055			
HbA1c (%)	Hayır	51	8,113	1,951	3586,500	0,002	
	Evet	197	9,216	2,613			
TK (mg/dl)	Hayır	51	171,726	39,240	3706,000	0,004	
	Evet	197	193,929	55,781			

	Hayır	51	40,863	9,841		
HDL (mg/dl)	Evet	197	41,685	13,098	4998,500	0,956
	Hayır	51	105,941	31,167		
LDL (mg/dl)	Evet	197	117,807	40,891	4102,500	0,044
	Hayır	51	170,118	113,228		
TG (mg/dl)	Evet	197	182,909	90,132	4150,000	0,056
	Hayır	51	164,824	7,888		
Boy (cm)	Evet	197	167,056	8,293	4245,500	0,088
	Hayır	51	74,667	12,158		
Kilo (kg)	Evet	197	80,437	15,553	3798,000	0,007
	Hayır	51	27,502	4,231		
BKİ(kg/m2)	Evet	197	28,856	5,507	4360,000	0,146
	Hayır	51	94,510	15,852		
BÇ (cm)	Evet	197	98,477	15,730	4276,000	0,101
	Hayır	51	128,630	16,250		
SAB	Evet	197	128,480	16,544	4847,500	0,694
	Hayır	51	75,200	8,998		
DAB	Evet	197	76,550	10,203	4697,000	0,442
	Hayır	51	17,216	4,904		
SÖ	Evet	197	19,244	6,190	4099,500	0,043
	Hayır	51	14,980	2,665		
Öİ	Evet	197	16,305	3,386	3815,000	0,008
	Hayır	51	13,549	3,802		
ÖD	Evet	197	14,645	4,320	4312,500	0,118

	Hayır	51	22,353	5,126		
ÖK					4516,000	0,265
	Evet	197	21,706	4,722		

Hastaların HbA1c (p=0,002), TK (p=0,004), LDL (p=0,044), Kilo (p=0,007), SÖ (p=0,043), Öİ (p=0,008) düzeyleri ortalamaları ile evde kan şekeri ölçümü yapma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, TKŞ, HDL, TG, Boy, BKİ, BÇ, SAB, DAB, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile evde kan şekeri ölçümü yapma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.16. Hastaların Diyabet Nedeniyle Hastaneye Yatırılma Durumları İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Hastaneye					
	Yatma Durumu	n	Ort	Ss	MW	p
AKŞ (mg/dl)	Evet	186	203,317	88,290	4298,000	0,003
	Hayır	62	165,887	62,864		
TKŞ (mg/dl)	Evet	186	234,946	90,219	4039,000	0,000
	Hayır	62	196,419	85,975		
HbA1c (%)	Evet	186	9,196	2,526	4218,000	0,002
	Hayır	62	8,369	2,449		
TK (mg/dl)	Evet	186	196,204	54,308	3914,000	0,000
	Hayır	62	168,839	45,514		
HDL (mg/dl)	Evet	186	42,108	12,617	5286,000	0,326
	Hayır	62	39,742	12,001		
LDL (mg/dl)	Evet	186	119,409	40,202	4369,000	0,004
	Hayır	62	103,242	34,080		

TG (mg/dl)	Evet	186	190,032	100,746	4381,000	0,005
	Hayır	62	151,016	69,117		
Boy (cm)	Evet	186	166,624	7,772	5561,000	0,675
	Hayır	62	166,516	9,596		
Kilo (kg)	Evet	186	79,328	16,067	5734,000	0,948
	Hayır	62	79,016	11,728		
BKİ (kg/m2)	Evet	186	28,591	5,700	5511,500	0,603
	Hayır	62	28,539	3,847		
BÇ (cm)	Evet	186	97,618	16,409	5757,500	0,986
	Hayır	62	97,790	13,959		
SAB	Evet	186	129,350	16,801	4983,000	0,103
	Hayır	62	125,970	15,199		
DAB	Evet	186	76,720	10,201	5230,000	0,239
	Hayır	62	74,920	9,166		
SÖ	Evet	186	19,081	6,191	5293,500	0,333
	Hayır	62	18,065	5,340		
Öİ	Evet	186	16,134	3,089	5033,000	0,132
	Hayır	62	15,726	3,842		
ÖD	Evet	186	14,586	4,370	5374,000	0,421
	Hayır	62	13,919	3,787		
ÖK	Evet	186	21,505	4,866	4908,500	0,078
	Hayır	62	22,839	4,506		

Hastaların AKŞ (p=0,003), TKŞ (p=0,000), HbA1c (p=0,002), TK (p=0,000), LDL (p=0,004), TG (p=0,005) düzeyleri ortalamaları ile diyabet nedeni ile hastaneye yatırılma durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların HDL, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamalarının diyabet nedeni ile hastaneye yatırılma durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.20. Hipertansiyon Varlığı İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Hipertansiyon		Ort	Ss	MW	p
	Varlığı	N				
AKŞ (mg/dl)	Var	131	206,763	84,464	5759,500	0,001
	Yok	117	179,624	81,757		
TKŞ (mg/dl)	Var	131	237,809	93,958	6224,000	0,011
	Yok	117	211,325	84,827		
HbA1c (%)	Var	131	9,183	2,201	6339,000	0,019
	Yok	117	8,773	2,843		
TK (mg/dl)	Var	131	199,924	57,977	6150,000	0,007
	Yok	117	177,539	45,379		
HDL (mg/dl)	Var	131	41,550	12,895	7411,000	0,654
	Yok	117	41,479	12,063		
LDL (mg/dl)	Var	131	121,221	41,138	6545,000	0,047
	Yok	117	108,812	36,255		
TG (mg/dl)	Var	131	193,679	101,894	6396,500	0,025
	Yok	117	165,274	85,114		
Boy (cm)	Var	131	165,580	8,178	6285,500	0,014
	Yok	117	167,735	8,206		
Kilo (kg)	Var	131	80,847	15,357	6386,500	0,023
	Yok	117	77,462	14,617		

BKİ (kg/m ²)	Var	131	29,457	5,167	5671,000	0,000
	Yok	117	27,594	5,277		
BÇ	Var	131	100,763	16,609	5723,000	0,001
	Yok	117	94,188	14,132		
SAB	Var	131	136,260	17,347	2940,500	0,000
	Yok	117	119,830	9,759		
DAB	Var	131	80,690	10,880	3735,500	0,000
	Yok	117	71,320	5,663		
SÖ	Var	131	19,573	6,112	6440,500	0,030
	Yok	117	17,992	5,775		
Öİ	Var	131	16,069	3,111	7545,500	0,834
	Yok	117	15,992	3,493		
ÖD	Var	131	14,771	4,595	7123,000	0,335
	Yok	117	14,026	3,770		
ÖK	Var	131	21,115	4,883	6592,500	0,057
	Yok	117	22,650	4,602		

Hastaların AKŞ (p=0,001), TKŞ (p=0,011), HbA1c (p=0,019), TK (p=0,007), LDL (p=0,047), TG (p=0,025), Boy (p=0,014), Kilo (p=0,023), BKİ (p=0,000), BÇ (p=0,001), SAB (p=0,000), DAB (p=0,000), SÖ (p=0,030), düzeyleri ortalamaları ile hipertansiyon varlığı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların HDL, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile hipertansiyon varlığı arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.21. Ailede Diyabet Bulunma Durumu İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Ailede Diyabet Varlığı	N	Ort	Ss	KW	p
AKŞ (mg/dl)	Hayır Yok	99	191,546	82,517	1,804	0,772
	1 Kişi	67	192,672	87,020		
	2 Kişi	29	200,379	64,728		
	3 Kişi	10	199,600	86,868		
	4 Veya Daha Fazla	43	195,884	96,813		
TKŞ (mg/dl)	Hayır Yok	99	224,394	94,804	2,741	0,602
	1 Kişi	67	225,552	87,163		
	2 Kişi	29	239,517	75,350		
	3 Kişi	10	207,600	67,950		
	4 Veya Daha Fazla	43	221,605	101,569		
HbA1c (%)	Hayır Yok	99	8,737	2,268	3,558	0,469
	1 Kişi	67	9,416	3,255		
	2 Kişi	29	9,093	1,932		
	3 Kişi	10	9,540	2,152		
	4 Veya Daha Fazla	43	8,707	2,199		
TK (mg/dl)	Hayır Yok	99	180,828	47,054	4,124	0,390
	1 Kişi	67	192,702	55,761		
	2 Kişi	29	196,586	58,419		
	3 Kişi	10	201,600	51,728		
	4 Veya Daha Fazla	43	196,093	60,170		
HDL (mg/dl)	Hayır Yok	99	42,980	12,910	5,651	0,227
	1 Kişi	67	41,045	12,300		
	2 Kişi	29	40,035	11,063		
	3 Kişi	10	46,000	8,794		
	4 Veya Daha Fazla	43	38,837	13,142		
LDL (mg/dl)	Hayır Yok	99	108,970	37,691	8,071	0,089
	1 Kişi	67	117,657	42,872		
	2 Kişi	29	118,483	41,626		
	3 Kişi	10	128,100	34,024		
	4 Veya Daha Fazla	43	121,465	36,065		

TG (mg/dl)	Hayır Yok	99	161,394	84,143	8,939	0,063
	1 Kişi	67	188,164	93,888		
	2 Kişi	29	212,862	140,102		
	3 Kişi	10	172,400	74,822		
	4 Veya Daha Fazla	43	191,326	82,832		
Boy (cm)	Hayır Yok	99	166,394	8,404	1,500	0,827
	1 Kişi	67	166,194	8,158		
	2 Kişi	29	167,414	7,424		
	3 Kişi	10	165,000	9,534		
	4 Veya Daha Fazla	43	167,512	8,481		
Kilo (kg)	Hayır Yok	99	76,677	14,756	7,321	0,120
	1 Kişi	67	81,508	15,735		
	2 Kişi	29	78,966	10,792		
	3 Kişi	10	77,900	13,068		
	4 Veya Daha Fazla	43	82,163	17,107		
BKİ (kg/m2)	Hayır Yok	99	27,775	5,542	7,524	0,111
	1 Kişi	67	29,571	5,887		
	2 Kişi	29	28,143	3,118		
	3 Kişi	10	28,542	3,753		
	4 Veya Daha Fazla	43	29,180	5,040		
BÇ (cm)	Hayır Yok	99	94,546	15,124	8,906	0,063
	1 Kişi	67	100,746	16,755		
	2 Kişi	29	98,586	13,909		
	3 Kişi	10	94,900	15,249		
	4 Veya Daha Fazla	43	100,047	16,404		
SAB	Hayır Yok	99	128,540	15,686	0,943	0,918
	1 Kişi	67	128,210	15,490		
	2 Kişi	29	128,100	15,835		
	3 Kişi	10	124,000	9,661		
	4 Veya Daha Fazla	43	130,230	21,099		
DAB	Hayır Yok	99	76,210	10,549	2,360	0,670
	1 Kişi	67	75,450	9,404		
	2 Kişi	29	76,380	10,080		
	3 Kişi	10	74,000	6,992		
	4 Veya Daha Fazla	43	78,140	10,061		

	Hayır Yok	99	17,323	4,944		
SÖ					10,835	0,028
	1 Kişi	67	20,015	6,411		
	2 Kişi	29	18,759	6,770		
	3 Kişi	10	19,900	5,021		
	4 Veya Daha Fazla	43	20,233	6,629		
	Hayır Yok	99	15,535	2,865		
Öİ					7,850	0,097
	1 Kişi	67	16,522	3,665		
	2 Kişi	29	15,931	3,337		
	3 Kişi	10	17,900	2,183		
	4 Veya Daha Fazla	43	16,047	3,625		
	Hayır Yok	99	13,758	3,642		
ÖD					3,201	0,525
	1 Kişi	67	15,060	4,638		
	2 Kişi	29	14,793	4,593		
	3 Kişi	10	14,800	4,733		
	4 Veya Daha Fazla	43	14,605	4,468		
	Hayır Yok	99	22,535	4,406		
ÖK					4,227	0,376
	1 Kişi	67	21,000	4,697		
	2 Kişi	29	21,966	5,852		
	3 Kişi	10	20,600	5,379		
	4 Veya Daha Fazla	43	21,744	4,909		

Hastaların SÖ (p=0,028) düzeyleri ortalamaları ile ailede başka diyabetli bulunma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, HDL, LDL, TG, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile ailede baksa diyabetli bulunma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.22. Hastaların Düzenli Egzersiz Yapma Durumları İle Metabolik Kontrol Değerlerinin Karşılaştırılması (n=248)

	Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	N	Ort	Ss	MW	p																																																																																					
AKŞ (mg/dl)	Evet	29	193,138	107,586	2818,000	0,325																																																																																					
	Hayır	219	194,069	80,827			TKŞ (mg/dl)	Evet	29	225,345	105,594	3052,000	0,734	Hayır	219	225,311	88,657	HbA1c (%)	Evet	29	9,386	2,562	2830,000	0,341	Hayır	219	8,937	2,524	TK (mg/dl)	Evet	29	203,000	79,219	2980,500	0,591	Hayır	219	187,557	49,073	HDL (mg/dl)	Evet	29	43,759	13,832	2856,500	0,379	Hayır	219	41,219	12,299	LDL (mg/dl)	Evet	29	115,483	50,499	3064,500	0,760	Hayır	219	115,352	37,746	TG (mg/dl)	Evet	29	182,069	88,382	3080,500	0,794	Hayır	219	180,041	96,286	Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539	Hayır	219	166,452	8,260	Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır
TKŞ (mg/dl)	Evet	29	225,345	105,594	3052,000	0,734																																																																																					
	Hayır	219	225,311	88,657			HbA1c (%)	Evet	29	9,386	2,562	2830,000	0,341	Hayır	219	8,937	2,524	TK (mg/dl)	Evet	29	203,000	79,219	2980,500	0,591	Hayır	219	187,557	49,073	HDL (mg/dl)	Evet	29	43,759	13,832	2856,500	0,379	Hayır	219	41,219	12,299	LDL (mg/dl)	Evet	29	115,483	50,499	3064,500	0,760	Hayır	219	115,352	37,746	TG (mg/dl)	Evet	29	182,069	88,382	3080,500	0,794	Hayır	219	180,041	96,286	Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539	Hayır	219	166,452	8,260	Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır	219	79,306	15,583								
HbA1c (%)	Evet	29	9,386	2,562	2830,000	0,341																																																																																					
	Hayır	219	8,937	2,524			TK (mg/dl)	Evet	29	203,000	79,219	2980,500	0,591	Hayır	219	187,557	49,073	HDL (mg/dl)	Evet	29	43,759	13,832	2856,500	0,379	Hayır	219	41,219	12,299	LDL (mg/dl)	Evet	29	115,483	50,499	3064,500	0,760	Hayır	219	115,352	37,746	TG (mg/dl)	Evet	29	182,069	88,382	3080,500	0,794	Hayır	219	180,041	96,286	Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539	Hayır	219	166,452	8,260	Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır	219	79,306	15,583																			
TK (mg/dl)	Evet	29	203,000	79,219	2980,500	0,591																																																																																					
	Hayır	219	187,557	49,073			HDL (mg/dl)	Evet	29	43,759	13,832	2856,500	0,379	Hayır	219	41,219	12,299	LDL (mg/dl)	Evet	29	115,483	50,499	3064,500	0,760	Hayır	219	115,352	37,746	TG (mg/dl)	Evet	29	182,069	88,382	3080,500	0,794	Hayır	219	180,041	96,286	Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539	Hayır	219	166,452	8,260	Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır	219	79,306	15,583																														
HDL (mg/dl)	Evet	29	43,759	13,832	2856,500	0,379																																																																																					
	Hayır	219	41,219	12,299			LDL (mg/dl)	Evet	29	115,483	50,499	3064,500	0,760	Hayır	219	115,352	37,746	TG (mg/dl)	Evet	29	182,069	88,382	3080,500	0,794	Hayır	219	180,041	96,286	Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539	Hayır	219	166,452	8,260	Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır	219	79,306	15,583																																									
LDL (mg/dl)	Evet	29	115,483	50,499	3064,500	0,760																																																																																					
	Hayır	219	115,352	37,746			TG (mg/dl)	Evet	29	182,069	88,382	3080,500	0,794	Hayır	219	180,041	96,286	Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539	Hayır	219	166,452	8,260	Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır	219	79,306	15,583																																																				
TG (mg/dl)	Evet	29	182,069	88,382	3080,500	0,794																																																																																					
	Hayır	219	180,041	96,286			Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539	Hayır	219	166,452	8,260	Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır	219	79,306	15,583																																																															
Boy (cm)	Evet	29	167,690	8,190	2953,000	0,539																																																																																					
	Hayır	219	166,452	8,260			Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852	Hayır	219	79,306	15,583																																																																										
Kilo (kg)	Evet	29	78,828	10,704	3108,000	0,852																																																																																					
	Hayır	219	79,306	15,583																																																																																							

	Evet	29	28,065	3,637		
BKİ (kg/m ²)	Hayır	219	28,646	5,475	3058,500	0,747
	Evet	29	96,000	14,514		
BÇ (cm)	Hayır	219	97,881	15,986	3036,500	0,702
	Evet	29	122,070	9,776		
SAB	Hayır	219	129,360	16,974	2315,500	0,016
	Evet	29	73,100	8,495		
DAB	Hayır	219	76,690	10,086	2582,500	0,079
	Evet	29	19,828	7,172		
SÖ	Hayır	219	18,694	5,829	2963,000	0,558
	Evet	29	15,759	4,059		
Öİ	Hayır	219	16,069	3,184	2885,000	0,422
	Evet	29	14,414	4,610		
ÖD	Hayır	219	14,420	4,193	3130,000	0,900
	Evet	29	22,241	6,220		
ÖK	Hayır	219	21,785	4,600	2974,500	0,578

Hastaların SAB (p=0,016) düzeyleri ortalamaları ile düzenli egzersiz yapma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, HDL, LDL, TG, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, DAB, SÖ, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile düzenli egzersiz yapma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.23. Hastaların Daha Önce Diyabet Eğitimi Alma Durumları İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

		N	Ort	Ss	MW	p
AKŞ	Evet	88	212,421	104,478	6408,000	0,242
	Hayır	160	183,806	68,779		
TKŞ (mg/dl)	Evet	88	240,284	100,344	6147,000	0,098
	Hayır	160	217,081	83,897		
HbA1c (%)	Evet	88	9,206	2,273	6163,500	0,105
	Hayır	160	8,870	2,657		
TK (mg/dl)	Evet	88	199,500	60,207	6018,000	0,059
	Hayır	160	183,788	48,722		
HDL (mg/dl)	Evet	88	42,739	12,539	6647,500	0,467
	Hayır	160	40,844	12,442		
LDL (mg/dl)	Evet	88	119,318	42,139	6414,500	0,247
	Hayır	160	113,194	37,650		
TG (mg/dl)	Evet	88	195,977	104,307	6019,000	0,059
	Hayır	160	171,644	89,010		
Boy (cm)	Evet	88	167,943	7,773	6110,000	0,085
	Hayır	160	165,856	8,426		
Kilo (kg)	Evet	88	81,011	15,486	6349,500	0,201
	Hayır	160	78,281	14,808		
BKİ(kg/m2)	Evet	88	28,746	5,350	6808,500	0,668
	Hayır	160	28,485	5,272		

	Evet	88	98,796	16,149		
BÇ (cm)	Hayır	160	97,038	15,629	6662,500	0,485
	Evet	88	128,860	18,174		
SAB	Hayır	160	128,310	15,479	7039,000	0,998
	Evet	88	77,330	10,879		
DAB	Hayır	160	75,690	9,408	6459,000	0,248

Hastaların AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, HDL, LDL, TG, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB düzeyleri ortalamaları ile daha önce diyabet eğitimi alma durumları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.24. Hastaların Düzenli TBT'ye Uyma Durumları İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

		N	Ort	Ss	MW	p
	Evet	137	184,029	81,339		
AKŞ (mg/dl)	Hayır	111	206,216	86,253	6208,000	0,013
	Evet	137	212,219	81,691		
TKŞ (mg/dl)	Hayır	111	241,478	98,425	6355,500	0,026
	Evet	137	8,755	2,134		
HbA1c (%)	Hayır	111	9,278	2,926	6924,500	0,227
	Evet	137	186,453	52,402		
TK (mg/dl)	Hayır	111	192,955	54,836	7125,000	0,394
	Evet	137	41,204	11,996		
HDL (mg/dl)	Hayır	111	41,901	13,107	7529,500	0,895
	Evet	137	112,949	38,555		
LDL (mg/dl)	Hayır	111	118,351	40,232	7028,500	0,306

TG (mg/dl)	Evet	137	177,635	92,876	7325,000	0,620
	Hayır	111	183,541	98,379		
Boy (cm)	Evet	137	167,183	7,997	7032,500	0,308
	Hayır	111	165,874	8,523		
Kilo (kg)	Evet	137	78,153	11,983	7288,000	0,574
	Hayır	111	80,604	18,155		
BKİ(kg/m2)	Evet	137	27,991	4,139	6704,000	0,109
	Hayır	111	29,302	6,381		
BÇ (cm)	Evet	137	96,620	14,448	7010,500	0,291
	Hayır	111	98,946	17,315		
SAB	Evet	137	127,480	17,151	6709,000	0,105
	Hayır	111	129,770	15,527		
DAB	Evet	137	75,910	9,949	7168,500	0,405
	Hayır	111	76,710	10,011		
SÖ	Evet	137	18,110	5,735	6424,500	0,036
	Hayır	111	19,712	6,215		
Öİ	Evet	137	15,905	3,278	7376,000	0,684
	Hayır	111	16,189	3,313		
ÖD	Evet	137	13,781	3,994	6054,000	0,006
	Hayır	111	15,207	4,405		
ÖK	Evet	137	22,511	4,817	6209,000	0,013
	Hayır	111	21,009	4,678		

Hastaların AKŞ (p=0,013), TKŞ (p=0,026), SÖ (p=0,036), ÖD (p=0,006), ÖK (p=0,013) düzeyleri ortalamaları ile düzenli TBT'ye uyma durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Hastaların HbA1c, TK, HDL, LDL, TG, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, Öİ düzeyleri ortalamaları ile TBT'ye uyma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.25. Hastaların Diyabet Kontrolü İçin Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumları İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

Sağlık Kuruluşuna		N	Ort	Ss	MW	p
Gitme						
AKŞ (mg/dl)	Düzenli Gitmeme	201	186,716	76,447	3670,000	0,017
	Düzenli Gitme	47	224,936	106,713		
TKŞ (mg/dl)	Düzenli Gitmeme	201	221,866	87,249	4268,000	0,304
	Düzenli Gitme	47	240,064	103,272		
HbA1c (%)	Düzenli Gitmeme	201	8,898	2,590	3904,500	0,064
	Düzenli Gitme	47	9,382	2,220		
TK (mg/dl)	Düzenli Gitmeme	201	185,050	49,953	3795,000	0,036
	Düzenli Gitme	47	207,809	63,932		
HDL(mg/dl)	Düzenli Gitmeme	201	41,687	12,734	4457,000	0,547
	Düzenli Gitme	47	40,787	11,451		
LDL(mg/dl)	Düzenli Gitmeme	201	112,274	38,162	3648,500	0,015
	Düzenli Gitme	47	128,596	41,855		
TG(mg/dl)	Düzenli Gitmeme	201	173,119	92,453	3623,000	0,013
	Düzenli Gitme	47	210,894	101,731		
Boy (cm)	Düzenli Gitmeme	201	166,244	7,998	4092,000	0,153
	Düzenli Gitme	47	168,106	9,166		
Kilo (kg)	Düzenli Gitmeme	201	78,313	13,564	4171,500	0,212
	Düzenli Gitme	47	83,255	20,012		
BKİ(kg/m2)	Düzenli Gitmeme	201	28,389	4,995	4409,500	0,478
	Düzenli Gitme	47	29,387	6,405		

BÇ (cm)	Düzenli Gitmeme	201	97,030	15,523	4217,500	0,253
	Düzenli Gitme	47	100,362	16,866		
SAB	Düzenli Gitmeme	201	128,910	15,915	4193,500	0,223
	Düzenli Gitme	47	126,810	18,662		
AB	Düzenli Gitmeme	201	75,950	9,739	4304,500	0,309
	Düzenli Gitme	47	77,660	10,877		
SÖ	Düzenli Gitmeme	201	18,254	5,772	3323,500	0,002
	Düzenli Gitme	47	21,277	6,375		
Öİ	Düzenli Gitmeme	201	16,085	3,156	4385,500	0,443
	Düzenli Gitme	47	15,809	3,843		
ÖD	Düzenli Gitmeme	201	14,144	3,918	4049,000	0,126
	Düzenli Gitme	47	15,596	5,270		
ÖK	Düzenli Gitmeme	201	22,144	4,606	4154,000	0,197
	Düzenli Gitme	47	20,532	5,437		

Hastaların AKŞ (p=0,017), TK (p=0,036), LDL (p=0,015), TG (p=0,013), SÖ (p=0,002) düzeyleri ortalamaları ile diyabet kontrolü için sağlık kuruluşuna gitme durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların TKŞ, HbA1c, HDL, Boy, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, Öİ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile diyabet kontrolü için sağlık kuruluşuna gitme durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.26. Hastalarda Diğer Bir Kronik Hastalık Bulunma Durumu İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

		N	Ort	Ss	MW	p
AKŞ (mg/dl)	Hayır	89	176,090	77,437	5430,000	0,002
	Evet	159	203,962	86,284		
TKŞ (mg/dl)	Hayır	89	204,753	80,698	5472,000	0,003
	Evet	159	236,824	93,927		
HbA1c (%)	Hayır	89	8,806	3,050	5951,500	0,038
	Evet	159	9,092	2,185		
TK (mg/dl)	Hayır	89	182,955	47,886	6440,500	0,241
	Evet	159	192,950	56,217		
HDL(mg/dl)	Hayır	89	41,899	11,948	6683,000	0,469
	Evet	159	41,302	12,807		
LDL (mg/dl)	Hayır	89	111,832	39,318	6630,000	0,411
	Evet	159	117,346	39,316		
TG(mg/dl)	Hayır	89	172,944	90,833	6695,000	0,483
	Evet	159	184,384	97,642		
Boy (cm)	Hayır	89	167,326	8,243	6362,500	0,187
	Evet	159	166,189	8,244		

Kilo (kg)	Hayır	89	78,315	16,210	6441,000	0,241
	Evet	159	79,774	14,431		
BKİ (kg/m ²)	Hayır	89	28,075	6,100		
	Evet	159	28,859	4,776	5983,500	0,044
BÇ (cm)	Hayır	89	95,382	15,604		
	Evet	159	98,937	15,822	6098,500	0,071
SAB	Hayır	89	120,000	8,951		
	Evet	159	133,270	17,745	3475,500	0,000
DAB	Hayır	89	71,520	5,352		
	Evet	159	78,930	10,928	4227,000	0,000
SÖ	Hayır	89	17,921	6,031		
	Evet	159	19,333	5,935	5958,500	0,039
Öİ	Hayır	89	15,978	3,674		
	Evet	159	16,063	3,066	6864,500	0,696
ÖD	Hayır	89	13,764	3,705		
	Evet	159	14,786	4,473	6220,500	0,113
ÖK	Hayır	89	22,955	4,819		
	Evet	159	21,214	4,696	5832,500	0,021

Hastaların AKŞ (p=0,002), TKŞ (p=0,003), HbA1c (p=0,038), BKİ (p=0,044), SAB (p=0,000), DAB (p=0,000), SÖ(p=0,039), ÖK(p=0,021) düzeyleri ortalamaları ile diğer bir kronik hastalık bulunma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların TK, HDL, LDL, TG, Boy, Kilo, BÇ, Öİ, ÖD düzeyleri ortalamaları ile diğer bir kronik hastalık bulunma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.27. Hastaların Diyabete İlişkin Bir Eğitim Programına Katılma Durumu İle Metabolik Kontrol Değişkenleri ve SÖÖİTÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=248)

	Eğitim Programına Katılma	N	Ort	Ss	MW	p
AKŞ (mg/dl)	Evet	28	222,000	115,884	2628,000	0,206
	Hayır	220	190,391	78,830		
TKŞ (mg/dl)	Evet	28	273,500	109,591	2073,000	0,005
	Hayır	220	219,182	86,223		
HbA1c (%)	Evet	28	9,350	2,042	2573,500	0,156
	Hayır	220	8,943	2,583		
TK (mg/dl)	Evet	28	194,500	61,002	2875,500	0,567
	Hayır	220	188,709	52,582		
HDL (mg/dl)	Evet	28	40,607	11,321	2821,000	0,468
	Hayır	220	41,632	12,644		
LDL(mg/dl)	Evet	28	116,500	44,035	3033,500	0,897
	Hayır	220	115,223	38,795		
TG (mg/dl)	Evet	28	206,321	133,039	2786,500	0,412
	Hayır	220	176,964	89,152		
Boy (cm)	Evet	28	170,893	6,817	2003,500	0,003
	Hayır	220	166,050	8,263		
Kilo (kg)	Evet	28	83,000	17,899	2757,500	0,367
	Hayır	220	78,773	14,658		
BKİ (kg/m ²)	Evet	28	28,336	5,414	2885,500	0,586
	Hayır	220	28,609	5,287		

BÇ (cm)	Evet	28	97,321	17,903	2925,000	0,664
	Hayır	220	97,705	15,563		
SAB	Evet	28	128,930	19,501	2984,500	0,785
	Hayır	220	128,450	16,073		
DAB	Evet	28	78,210	10,560	2727,000	0,288
	Hayır	220	76,020	9,884		
SÖ	Evet	28	20,036	7,121	2805,000	0,441
	Hayır	220	18,673	5,838		
Öİ	Evet	28	14,964	3,316	2356,500	0,042
	Hayır	220	16,168	3,269		
ÖD	Evet	28	15,357	5,244	2738,000	0,336
	Hayır	220	14,300	4,087		
ÖK	Evet	28	21,393	5,788	3049,500	0,932
	Hayır	220	21,896	4,677		

Hastaların TKŞ ($p=0,005$), Boy ($p=0,003$), Öİ ($p=0,042$) düzeyleri ortalamaları ile diyabete ilişkin bir eğitim programına katılma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Hastaların AKŞ, HbA1c, TK, HDL, LDL, TG, Kilo, BKİ, BÇ, SAB, DAB, SÖ, ÖD, ÖK düzeyleri ortalamaları ile diyabete ilişkin bir eğitim programına katılma durumu arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

5. TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular incelenip literatür doğrultusunda tartışılarak sunuldu.

Literatür Taraması;

Diyabet, vücutta insülinin azalması, insüline karşı olan direncin artması ya da her ikisinin bozulması sonucu gelişen hiperglisemik metabolik sendromdur (1). Diyabet, 21. Yüzyıldaki en büyük küresel sağlık acillerinden biridir. Yaşam şeklinin değişmesinden dolayı her geçen yıl bu durumla karşılaşan insan sayısı artıyor (2).

Diyabet her yaşta görülebilmesi, fizyolojik problemler kadar ruhsal problemlerinde etkili olduğu endokrin bir hastalıktır. Diyabetli hastalar uzun süreli bir hastalığa sahip olmakla beraber günlük hayatta farklı stresörlerle karşılaşmakta bundan dolayı hastalığın hem tedavisinde hem de psikososyal yönden olumsuz etkilenmektedir.

Konu ile ilgili literatüre bakıldığında hem dünyada hem ülkemizde diyabet hastalarıyla ilgili araştırmaların çok fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bugüne kadar yapılmış çalışmaların çoğunluğu, hastalığa tıbbi ve uyum sorunları, depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri, sosyoekonomik durumlara yönelik çalışmalardır. Literatür taramasında çalışmamızı desteklemeye yönelik benzer çalışmaların çok az olduğu görüldü. Bu nedenle bu çalışmanın gelecekteki çalışmalar açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Diyabet hastalarında depresyon semptomlarının sık tekrarlandığı belirtilmiştir (93,94). Depresif semptomların diyabette metabolik kontrol değişkenlerini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (95,96).

Lane ve ark. (95), tip 2 diyabetlilerde yaptıkları çalışmada depresyon, öfke, anksiyete ve saldırganlığın kan şekeri düzeyiyle anlamlı ilişkilerinin olduğunu saptamıştır.

Golden ve ark.(97) yapmış olduğu çalışmada öfkenin diyabet gelişimini etkilediği, öfkesi yüksek olanların diyabet olma olasılığı, daha düşük olanlara göre %34 daha fazla olduğunu bildirmişler.

Goldman ve Haaga (98)'nın yaptıkları bir çalışmada depresyonu olan hastaların depresyonu olmayanlara göre hem aile hem de diğer insanlarla ilişkilerinde anlamlı

derecede öfkelerinin yüksek olduğu ve öfkelerini daha fazla bastırmaya eğilimli olduklarını bildirmişlerdir.

Brody ve ark.(99) Hiç depresyon geçirmeyenlerle ve depresyon geçirip iyileşenlerle yaptıkları çalışmada iyileşen bireylerin öfkelerini daha çok içe attıkları ve dışa vurmaktan çekinip korktuklarını bildirmişlerdir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada tip 2 diyabetli bireylerde öfke düzeylerine göre leptin hormon değerleri karşılaştırıldığında arada farklılıkların olduğu, öfkesi yüksek olanların leptin değerleri daha düşük bulunmuştur (100).

Öfkenin Tip 2 diyabetin başlamasıyla ilgisi olduğunu gösteren herhangi bir çalışmaya rastlayamadık. Bununla birlikte öfke koroner kalp hastalığında ileri sürüldüğü gibi tip 2 diyabet içinde risk faktörü olduğu bildirilmiştir (97).

5.1 Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, katılımcıların üçte biri 60-69 yaş aralığında olup yine üçte birinin diyabet süresi 6-10 yıl arasındadır (Tablo 4.1). Tip 2 diyabetin görülme yaşı genellikle 40 yaş ve üstüdür bu yönüyle literatürle uyumludur (102 ,103, 104).

7. Diyabet Atlasında dünya erişkin diyabetli sayısının 415 milyon olduğu bildirilmiştir. Bunlardan 215,2 milyonu erkek, 199,5 milyonu kadındır. Erkek sayısının yaklaşık 16 milyon daha fazla olduğu görülmüştür (2). Bu araştırmada 248 bireyin %60,9'u kadın, %39,1'i erkektir (Tablo 4.1). Kadınların oranının fazla olması, diyabet sıklığının erkeklere göre kadınlarda daha fazla olmasıyla benzerlik göstermektedir. TURDEP II çalışmasına göre kadınlarda diyabet sıklığının erkeklere göre %2,2 oranında daha fazla olduğu bulunmuştur (105).

Yapılan bir çok çalışmada yaş arttıkça Tip 2 diyabetin sıklığının arttığı görülmüştür (106, 107, 108). Bu araştırmada hastaların %33,5'inin 60-69 yaş aralığı, %27'si 70 ve üstü yaş aralığında bulunmuştur (Tablo 4.1).

Öğrenim durumuyla ilgili yapılan çalışmalarda eğitim seviyesinin diyabet üzerinde etkili olduğu görülmüştür (109). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşayan kadınların %35'i eğitim almamaktadır (110). Bu çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı okuryazar değil, üçte biri ilkokul mezunudur (Tablo

4.1). Eğitim seviyesinin düşük olması, çoğunluğunun kadın olması ve çalışmanın yapıldığı bölgede kız çocuklarının eğitim-öğretimden alıkonulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durum hastaların hastalıkları hakkında bilgi edinme, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve tedaviye uyumlarında engeller yaratabilmektedir.

Ekonomik durumun bireylerin yaşam kalitesini sağlık hizmetinden faydalanmasını etkileyen faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada diyabetli bireylerin ekonomik durumunun % 66.6'sının orta ve %33.4'ünün iyi olduğu belirlenmiştir (111). Çalışmamıza katılanların %56,0'sının ekonomik durumunun "orta" düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Livia ve arkadaşları (112) yaptığı çalışmada, BKİ ortalamasının $26 \pm 4,7$ kg/m² olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada hastaların %75,5'inin BKİ >25 kg/m² olduğu (Tablo 4.2) saptanmış olup literatürü desteklediği, tip 2 diyabetli bireylerin sıklıkla fazla kilolu ve obez olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular bizim çalışmamızla uyum göstermektedir.

TURDEP II'nin sonuçlarına göre, TURDEP I'e göre ülkemizde sigara içenlerin oranı azalmıştır. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda sigara kullananların oranı %30'un üzerinde olduğu bulunmuştur (3,105,113). Benzer şekilde çalışmamıza katılan bireylerden %10,1'i sigara kullanmakta, %16,5'i bırakmış olup %73,4'ü sigara kullanmamaktadır (Tablo 4.1).

GAP Bölgesi Halk Sağlığı Projesi Raporunda Batman İlinde yaşayan kadınların %92,7'sinin ev hanımı % 51,4'ünün evli olduğu belirtilmiştir (114). Başka bir araştırmada katılımcıların %79,2'sinin evli ve %57,5'i de kadındır (115). Araştırmamızda medeni durum dağılımında %80,6'sının evli olduğu, meslek dağılımında %55,6'sını Ev hanımları oluşturmaktadır (Tablo 4.2).

Yapılan araştırmalarda anksiyete ve öfkenin insan sağlığını olumsuz yönde etkilediği ortaya konulmuş olup, alkol ve sigara kullanımı, uygun olmayan beslenme davranışları, uyku bozuklukları gibi sağlık yaşam tarzları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (116,117). Sigara kullananların kullanmayanlara göre diyabet yönünden daha yüksek riske sahip olduğu bilinmektedir. Cinsiyet faktörüne göre sigara kullanan kadın ve erkeklerde diyabet olma riski %50 daha fazladır (4). Bu çalışmada hastaların %10,1'i sigara kullanmaktadır (Tablo 4.1).

Diyabetin tedavi planında fiziksel aktivite son derece önemli bir yer tutmaktadır. Fiziksel aktivite azlığı ve artan obezite tip 2 diyabetin yaygınlığını artırmaktadır. Egzersiz HbA1c ve kan şekeri seviyesini düşürür, insülin hassasiyetini artırır. Kan lipid düzeylerini düzeltir ve KKH riski azalır (40,118). Yapılan bir araştırmada en az 8 hafta düzenli egzersiz yapılmasıyla BKİ’de önemli değişimler olmasa da, HbA1c seviyesinde %0,66 düşüş olduğu saptanmıştır (119). Çalışmamızda hastaların %11,7’si düzenli egzersiz yapmakta olup BKİ yönünden %44’ü hafif kilo ve %31,5’i de obezdir (Tablo 4.1).

Yapılan bir çalışmada diyabetli popülasyonunda hipertansiyon sıklığı diyabet olmayanlara göre 2 kat fazla bulunmuştur (120). Koroner Kalp Hastalığı (KKH) ile diyabet ortak bir zeminde yetiştiği için Amerikan Kalp Birliği (AHA) KKH’yı diyabet ile eşdeğer görmektedir (121). Psikolojik faktörler kronik hastalıklar için bağımsız risk faktörü olduğunu gösteren kanıtlar literatürde belirtilmiş olup öfke ve anksiyete gibi psikolojik durumlar kardiyovasküler hastalıkların riskini artırmaktadır (122, 123, 124). Demirci ve ark. (125) çalışmasında kronik komplikasyon oranını %24,9 bulmuş olup en sık görülen komplikasyon KAH’tır. Yapılan başka bir araştırmada Kronik komplikasyon görülme oranı %57 olup en sık görülen komplikasyon oranı %32 ile hipertansiyon ve retinopatidir (126). Coşansu’nun (127) yaptığı çalışmada en sık görülen kronik hastalık %59,6 oranında hipertansiyondur. Bu çalışmada hastaların %64,1’inde diyabet ve hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığın varlığı, %52,8’inde de hipertansiyon olduğu saptandı (Tablo 4.1). Sonuçlar literatürle benzerdir.

Diyabetli birey kendi kendine evde kan şekeri ölçümü yapması ekonomik olarak ucuz ve hiperglisemik ve hipoglisemik durumlarda tesptini yapmak daha kolay ve komplikasyonların gelişimini önlemesi veya geciktirilmesi yönünden avantaj sağlamaktadır (47). Araştırmaya katılan bireylerden diyabet süresi fazla olanların durumun farkında olduğu görüldü. Bireylerin %79,4’ünün evde düzenli şeker takibi yaptıkları, %51,8’inin de kan şekeri ölçümlerini eşi veya aile bireylerinden birilerinin yaptığı saptandı (Tablo 4.1). Diyabetli birey evde kan şekerini takip ederek, kan şekerini ortalama seviyelerde tutabilecek ve çalışacak, kronik komplikasyonların oluşmasını önleyebilecektir.

Kızıldaş ve ark. (115) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %81,7’sinin OAD, %18,3’ünün OAD+İnsülin kullandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada diyabet tedavi şekli

değişkenine göre katılımcıların %39,5'inin İnsülin, %31,5'inin OAD, %23'ü OAD+İnsülin, %6'sı TBT ile takip edildiği belirlendi (Tablo 4.1).

Diyabetin tedavisinde en önemli hususlardan biri hastanın diyabetin ne olduğunu ve bununla mücadelenin yöntemlerini en iyi şekilde öğrenmesidir. Bu şekilde, kişilerin kendi kendini takip etme becerileri geliştirilir ve günlük yaşamlarında hastalıkları ile ilgili karşılaştıkları tüm sorunların üstesinden gelme yeteneği kazandırılmış olur (17,128). Bu araştırmada diyabet hastalarının çoğunluğunun (%88,7) diyabetle ilgili herhangi bir eğitime katılmadıkları belirlendi (Tablo 4.1). Bu durumun çoğunluğun okuryazar olmaması ve düşük eğitim seviyesinden dolayı sağlık hizmetlerinden yeteri kadar faydalanamaması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

5.2 Metabolik Kontrol Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda metabolik kontrol değişkenleri olarak hastaların AKŞ ortalaması $193,96 \pm 84,13$, HbA1c ortalaması $8,98 \pm 2,52$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Diyabetin tespiti AKŞ ve HbA1c ölçümleri ile yapılmaktadır. HbA1c uzun süreli kan şekeri ortalaması değerlendirilmesinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Kan şekeri ve HbA1c ortalamalarının yüksek olması araştırmaya katılan diyabet hastaları için düzenli kan şekeri ölçümü yapmadıkları ve düzenli beslenme alışkanlıklarının olmadığı sonucu düşünülebilir. Diyabetli bireylerle yapılan çoğu araştırmada HbA1c seviyesi %7'nin üzerindedir (126,129). Bu çalışmada bireylerin HbA1c seviyeleri ortalama %8,98 olup literatürle benzerdir. Katılımcıların çoğunluğu fazla kilolu olup düzenli egzersiz yapmadıklarından dolayı HbA1c seviyesinin anormal seviyelerde seyrettiği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda diyabetli bireylerde kan lipid seviyelerinin yüksek olduğu görülmüştür (130,131). HDL, LDL, trigliserid ve total kolesterol düzeyleri kalp hastalıklarını değerlendirme açısından son derece önemlidir. Tip 2 diyabetli bireylerde dislipidemi, trigliserid yüksekliği ve HDL kolesterolünün düşüklüğü ile kendini gösterir. Trigliserid yüksekliği KAH için önemli bir risk faktörüdür (132). Çalışmamızda TK ortalaması $189,36 \pm 53,49$ mg/dL, HDL ortalaması $41,51 \pm 12,48$, LDL ortalaması $115,36 \pm 39,32$ mg/dL, TG ortalaması $180,27 \pm 95,22$ mg/dL olduğu görüldü (Tablo 4.4). Coşansu yaptığı çalışmada (133) ,TK $188,29 \pm 43,33$ mg/dL, TG $155,59 \pm 79$ mg/dL, HDL $49,58 \pm 11,84$ mg/dL bulmuş olup sonuçlar bu çalışmayla benzerdir.

Metabolik kontrol değişiklikleri incelendiğinde; TK, TG, HDL, LDL, BKİ, AKŞ, TKŞ, HbA1c ve BÇ'nin yüksek olduğu KB'nin sınırdaki olduğu belirlendi. Yapılan çoğu çalışmada HbA1c'nin %7'den daha yüksek olduğu, AKŞ ve TKŞ'nin yüksek sınırlarda olduğu görülmüştür (134, 135). Sonuçlar bu çalışmayla benzerdir. Bireylerin fazla kilolu olması, hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları ve egzersize dikkat etmediklerinden dolayı metabolik faktörler kötüleşmektedir.

5.3. Metabolik Kontrol Değişkenleri ile Süreklili fke leği ve fke İfade Tarzı leğine ilişkin bulguların tartişılması

Metabolik kontrol değişkenleri ile Sritr arasında ilişki olduğu görüldü. Metabolik kontrol değişkenleri incelendiğinde; AKŞ, TKŞ, HbA1c, TK, LDL, TG, BKİ, BÇ seviyelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde AKŞ, TKŞ, ve HbA1c seviyeleri yüksek bulunmuştur (134). Bu bulgular metabolik kontrollerin kötü olduğunu göstermekte olup hastalığı yönetmek için daha çok yardıma gerek duyulduğuyla ilişkisi olabilir.

Metabolik kontrol değişkenleri ile Sritr incelendiğinde; TK, LDL, TG, BKİ DAB, BÇ ve S leği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). Literatürde benzer çalışma bulunmamaktadır. Diyabetli bireyler öfke duygusunu yaşadıkça metabolik değerleri kötüleşeceği düşünülmektedir. (Tablo 6).

AKŞ, HbA1c, Total Kolesterol, LDL, Kilo, BKİ ve BÇ ile İ arasında istatistiksel yönden pozitif ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). Buna göre bu değerlerin artmasıyla hastalar öfkelerini daha çok ie atmaktadır. Literatürde benzer çalışmaya rastlayamadık. Glisemik kontrolü iyi olmayan ve kilolu bireyler zgven eksikliği yaşamakta, başkalarının gözünden düşmemek ve hata yapmamak için öfke duygularını ie atmakta, diğer yandan kendi şahsi isteklerinden ziyade çevredeki bireylerin isteklerini daha ön planda tutup fedakarlık eğiliminde olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Total Kolesterol, LDL, Kilo, BKİ, BÇ ve DAB ile D arasında pozitif ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). Literatürde benzer çalışma bulunmamaktadır. Bu değerlerin artması, hastaların öfkelerini daha çok dışa vurmalarına neden olabilmektedir. fkelerini dışa yansıtımlar kendileri için en iyisini yine kendilerinin bildiği algısına sahip olup genelde bir engelle karşılaştıklarında aşırı derecede duyarlılık ve tahammülsüzlük gstebirirler. Hastalığın getirdiği yükten dolayı aşırı kontrollü ve egoist olanlar öfkelerini daha çok dışa yansıtımlirler.

AKŞ, TK, LDL, Triglicerid, Kilo, BKİ ve BÇ ile ÖK arasında negatif ilişki olduğu saptandı. Bu değerlerin artması, hastaların öfkelerini kontrol etmede zorluk yaşamalarına neden olabilir. Öfkelerini kontrol eden bireyler kişiliğini daha önemli kılmak için sosyal ilişkilerinde daha sabırlı, dikkatli ve kontrollü davrandıkları düşünülebilir. Joyce ve ark. (136) glisemik kontrol ve öfke kontrolü üzerine yaptıkları çalışmada, HbA1c ile ÖK arasında ilişki olduğu, psikoeğitimsel müdahalelerin glisemik kontrolde kısmen başarılı olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda HbA1c ile ÖK arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı.

5.4. Sosyo-Demografik Değişkenlere Ait ilişkin bulgular ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması

Diyabet fiziksel bir hastalık olması yanında psikolojik yönden de bireyi etkileyebilmektedir. Fiziksel ve psikososyal yönden sorunlarla karşılaşan diyabetli birey ruhsal açıdan stres ve kaygı yaşamaktadır. Özellikle kaygı, stres ve depresyon diyabeti olumsuz yönde etkileyebilmekte hastalığın şiddetini artırabilmektedir (101). Yapılan bir araştırmada öfkenin diyabetin seyrini etkilediği saptanmıştır (97).

Ruhsal problemler arasında en sık görülen depresyondur. Depresyonu olan hastaların yaklaşık olarak %30-40'ında öfke durumlarının olduğu bildirilmektedir (137). Klasik psikanalitik kuramda öfkenin bastırılması (Öfke İçe) depresyonun ruhsal nedenleri arasında rol oynadığı bilinmektedir. Yapılan bir araştırmada öfkenin diyabetin seyrini etkilediği saptanmıştır (97).

Bu çalışmada hastaların Sürekli Öfke puan ortalamasının (SÖ) $(18,82 \pm 5,99)$ yüksek olduğu görülmektedir. Öfke ifade tarzları incelendiğinde; Öİ düzeyi $(16,03 \pm 3,29)$; ÖD düzeyi $(14,41 \pm 4,23)$; ÖK düzeyi $(21,83 \pm 4,80)$ olarak bulundu (Tablo 4.5). Öfke Kontrol puan ortalaması diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuş bu bulgu hastaların öfkelerini kontrol ettiklerini göstermektedir. Benzer olarak ülkemizde yapılmış bir çalışmada SÖ puanı ortalaması $(22,2 \pm 6,8)$ ile öfke ifade tarzı ortalarından Öfke kontrol puan ortalamasının $(20,7 \pm 5,4)$ yüksek olduğu görülmektedir (138). Sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda SÖ düzeyi en düşük 60-69 yaş grubunda $(17,39 \pm 5,57)$ en yükseği 50-59 yaş grubunda $(20,36 \pm 5,84)$ görülmüştür. SÖ düzeyi ve yaş grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.010$) (Tablo 8). Literatürde benzer çalışmaya rastlanmadı. İlerleyen yaşla beraber kas ve kemik kütlelerinde azalma olması, güç kaybını

beraberinde getirdiğinden dolayı bireylerin daha az öfkeli davranışlar sergiledikleri düşünülmektedir.

Ekonomik durum ile SÖ ve Öİ arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,010$). Ekonomik durumu iyi olanların daha çok öfkeli oldukları, ekonomik durumu kötü olanların öfkelerini daha fazla içe attıkları saptandı (Tablo 12). Literatürde konu ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Gelir durumu iyi olanların SÖ düzeyinin yüksek olmasının nedeni bölgesel farktan dolayı ailedeki kişi sayısının fazla olmasından kaynaklanan iç çatışmalar olabilir. Ekonomik durumları kötü olanların özgüven eksikliklerinde dolayı kendilerini ifade etmekte güçlük çekmekte, bu yüzden öfkelerini bastırmayı tercih etmektedirler.

5.5. Hastalıkla ilgili değişkenlerle Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması

Literatürde TBT ve öfke ilişkisini ele alan bir araştırmaya rastlayamadık. Noh ve ark. (139)'rının yaptıkları çalışmada, insülin kullanan hastaların depresyon puanı OAD kullananlara göre daha yüksek olarak bildirildi. Peyrot ve ark.(119) yapmış olduğu çalışmada, insülinin hem hipoglisemiye hem de hastalığın diğer komplikasyonlarını artıracaklarını, dolayısıyla hastaların kısıtlandığını ve yaşam kalitesinin düştüğünü belirtmiştir. Bu çalışmada tedavi olarak OAD ve İnsülini beraber kullanan bireylerin SÖ puanı diğer tedavi şekillerine göre daha yüksek bulundu. Diyabetin tedavi şekli ile SÖ puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. İnsülin ve OAD'ın beraber kullanılması bireylerde hastalığın kötüye gittiğini düşündürdüğü ve insülin kullanımını ağırlı olduğu için bireylerin daha çok öfkeli olduklarını düşünülmektedir.

Evde kan şekeri ölçümlerini yapan hastaların SÖ ve Öİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, kan şekeri ölçümü yapanların SÖ ve Öİ puan ortalamaları daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.18). Diyabet kronik bir hastalık ve kan şekeri ölçümü ağırlı bir işlem olduğundan bireyler bundan öfke duydukları her ölçümde öfkelenedikleri, buna karşın sosyal izolasyona maruz kalacağı endişesinden dolayı öfkelerini içe attıkları düşünülebilir.

Hipertansiyon değişkeni ile diyabetli bireylerin SÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, hipertansiyonu olan bireylerin SÖ puanı daha yüksek bulundu (Tablo 2). Yapılan çalışmalarda hipertansiyonu olan bireylerin SÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (140, 141, 142). Sonuçlar bu çalışmayla benzerdir.

Ailesinde diyabetli olan bireyler ile SÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulundu (Tablo 4.21). Ailede diyabetli birey sayısında artışla beraber SÖ puanı da artmaktadır. Literatürde benzer olarak yapılan çalışma bulunmamaktadır. Diyabet kronik hastalık olmasının yanında bireylere maddi ve manevi yük bindiren bir hastalık olduğundan ailede bundan etkilenen birey sayısı arttıkça bireylerde öfke duygusunun arttığı düşünülebilir.

Düzenli TBT'ye uyma değişkeni ile SÖ, ÖD ve ÖK puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Tablo 4.24). TBT'sine uymayanların daha çok öfke duygusunu yaşadıkları ve öfkelerini dışa yansıttıklarını, beslenmesine dikkat edenlerin daha çok öfkelerini kontrol ettikleri saptandı. Literatürde çalışmamızı destekleyecek çalışma bulunmamaktadır. Bu sonuçlar bireylerin beslenmelerine dikkat ederek sağlık durumlarını iyi algıladıkları düşünülebilir.

Sağlık kuruluşuna düzenli gitme değişkeni ile SÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulundu (Tablo 4.25). Düzenli kontrole giden bireyler daha çok öfke duygusunu yaşadıkları saptandı. Literatürde benzer çalışmaya rastlayamadık. Düzenli olarak kontrole gidip metabolik kontrollerinde iyileşme olmadığında, birey bu durumdan kötü etkilendikleri bundan dolayı öfkelenedikleri düşünülebilir.

Hipertansiyon ve diyabet dışında herhangi bir kronik hastalık varlığı ile SÖ ve ÖK puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulundu (Tablo 4.26). Birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı bireyler bu durumdan fiziksel ve psikolojik olarak etkilenmektedir (143). Yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzerinde olanların %72'sinde birden fazla kronik hastalığın birlikte bulunduğu bildirilmektedir (144). Çalışmamızda birden fazla kronik hastalığı olan bireyler diğer katılımcılara göre daha çok öfke duygusunu yaşadıkları, başka kronik rahatsızlığı olmayan bireyler öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri tespit edildi. Katılımcıların çoğunluğunun yaşlı olduğu (60-69 yaş) bireylerin yaşlılıkla beraber güç kaybına uğradığı, yetersizlik duygusu ve başkalarına yük olma endişesi bireyleri ruh sağlığını etkilediğiyle ilişkilendirilebilir.

Diyabete ilişkin bir eğitim programına katılma durumu ile Öİ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Literatürde benzer çalışmaya rastlanılmadı. Çalışmamızda diyabet eğitimine katılmayan bireyler öfkelerini daha çok içe attıkları saptandı. Katılımcıların çoğunluğunun kadın olması ve okuma yazma bilmediği, yaşlı olduğu, göz önünde bulundurulduğunda, sosyal çevre ile olumlu ilişkilerini

sürdürmek istedikleri bu yüzden öfkelerini içe atmanın kendileri için daha iyi olabileceği düşünülebilir (Tablo 27).

6. SONUÇLAR

Bu araştırmada tip 2 diyabetli bireylerin öfke ve metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki araştırılmış ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

- 248 kişiden oluşan araştırmamıza 29-80 yaş arasındaki bireyler katılmış olup %60,9'u kadın, %80,6'sı evli, %46,8'i okuma yazma bilmiyor, %31'i ilkokul mezunu, %55,6'sı ev hanımı, %15,7'si emekli, ekonomik duruma bakıldığında %56'sının orta, %33,9'unun durumunun kötü olduğu görüldü.
- Hastaların %73,4'ünün sigara kullanmadığı, %16,5'inin sigarayı bıraktığı, %95,2'sinin alkol kullanmadığı, %72,2'sinin sağlık sigortasına sahip, %75,5'inin fazla kilolu ve obez olduğu, %33,9'unun 6-10 yıl arasında, %31'i 1-5 yıl arasında, %19,4'ünün 11-15 yıl arasında tip 2 diyabetli oldukları belirlendi.
- Hastaların % 39,5'inin insülin, %31,5'i OAD kullandığı, %79,4'ünün evde kan şekeri ölçüm yaptıkları ve bu hastaların %51,8'inin eşi veya aile bireylerden birileri tarafından kan şekeri ölçümü yapıldığı saptandı.
- Bireylerin %75'inin diyabet nedeniyle hastaneye yatırıldıkları, %67,7'sinin hiperglisemiden, %10,9'u hipoglisemiden yattıkları, %52,8'inde hipertansiyon, %10,1'inde ayak yarası,%6,9'unda amputasyon olduğu saptandı.
- Bireylerin %39,9'unda ailede başka diyabetliye rastlanmazken, %27'sinde 1 kişi, %17,3'ünde 4'ten fazla kişinin diyabetli olduğu ve bunlardan %91,3'ünün 1. Derece akrabaların (anne,baba,kardeş,çocuk) diyabetli olduğu görüldü.
- Bireylerin %81'inin düzenli egzersiz yapmadığı, %64,5'inin daha önce diyabet eğitimi almadığı, %55,2'sinin TBT'ye uyduğu belirlendi.
- Bireylerin %81'inin düzenli kontrole gitmedikleri, %9,3'ünün ayda 1 kez rutin kontrole gittiği, %64,1'inde diyabet ve hipertansiyon dışında başka kronik hastalığı olduğu saptandı.
- Katılımcıların %60,9'unun diyabet teşhisinden sonra kilo verdiği, %22,6'sının kilolarında herhangi bir değişiklik olmadığı, %88,7'si diyabete ilişkin herhangi bir eğitim programına katılmadığı belirlendi.

- Hastaların AKŞ, TK, HbA1c, TK, Trigliserid, BKİ ve BÇ'nin yüksek seviyelerde, HDL ve KB değerleri normal, LDL değeri sınırda olduğu görüldü.
- Hastaların SÖ, Öİ ve ÖK puanları ortalamanın üzerindeyken, ÖD puanlarının ortalamanın altında olduğu saptandı.
- SÖ puanı ortalamaları ile yaş, ekonomik durum, sigara kullanımı arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı olup, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, alkol kullanımı, sağlık sigortası arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.
- Hastalardan 50-59 yaş grubundakiler, diğer yaş gruplarına göre, erkeklerin kadınlara, bekarların evlilere, ortaokul mezunlarının gruptaki diğerlerine göre, ekonomik durumu iyi olanların ekonomik durumu kötü ve orta olanlara göre, meslek grubu diğer olanların işçi, memur, ev hanımı, serbest meslek ve emekli olanlara göre, sigara kullananların kullanmayanlara göre daha öfkeli oldukları saptandı.
- SÖ düzeyi arttıkça, TK, LDL, Trigliserid, BKİ, BÇ ve DAB artmaktadır.
- Öİ puanı ortalamaları ile yaş, ekonomik durum arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı olup, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslek durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sağlık sigortası arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.
- Hastalardan 50-59 yaş grubundakiler diğer yaş gruplarına göre, erkeklerin kadınlara göre, evlilerin bekarlara göre, ilkokul mezunları diğer gruptakilere göre, ekonomik durumu kötü olanların orta ve iyilere göre, meslek grubu işçi olanlar ev hanımı, memur, serbest meslek, emekli ve meslek grubu diğer olanlara göre, sigarayı bırakanların sigara içen ve içmeyenlere göre, alkol kullanımı bırakanların içen ve içmeyenlere göre, sağlık sigortası olmayanların olanlara göre öfkelerini daha çok içe attıkları saptandı.
- Öİ puanı ortalamaları arttıkça, AKŞ, LDL, HbA1c, BKİ, Total Kolesterol ve Bel Çevresi artmaktadır.

- ÖD puanı ortalamaları ile yaş değişkeni, cinsiyet değişkeni, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve sağlık sigortası değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.
- Hastalardan 60-69 yaş grubundakiler diğer yaş grubundakilere göre, erkeklerin kadınlara göre, ekonomik durumu iyi olanların ekonomik durumu kötü ve ortalar olanlara göre, işçiler diğer meslek grubundakilere göre, sigara içenlerin içmeyenlere göre, alkol kullanmayı bırakanların içen ve içmeyenlere göre öfkelerini daha çok dışa yansıttıkları saptandı.
- ÖD puanı arttıkça, TK, LDL, BKİ, BÇ ve DAB artmaktadır.
- ÖK puanı ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek değişkeni, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.
- Kadınlar erkeklere göre, bekarlar evlilere göre, ekonomik durumu kötü olanların iyi olanlara göre, serbest meslek grubundakiler gruptaki diğer meslek mensuplarına göre öfkelerini daha çok kontrol edebildikleri saptandı.
- ÖK puan ortalaması arttıkça, AKŞ, TK, LDL, Trigliserid, BKİ ve BÇ azalmaktadır.
- SÖ puanı ortalamaları ile diyabet tedavi şekli, evde kan şekeri ölçümü yapma, hipertansiyon varlığı, tıbbi beslenmeye tedavisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup, diyabet süresi, düzenli egzersiz yapma, daha önce eğitim alma, hastalığa dair herhangi bir eğitim programına katılma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.
- Diyabet süresi 16 yıl ve daha fazla olanlar diyabet süresi 1-5, 6-10, 11-15 yıl olanlara göre, tedavi şekli OAD ve insülin olanların beslenme şekli TBT, insülin, OAD olanlara göre, evde kan şekeri ölçümü yapanlar yapmayanlara göre, Hipertansiyonu olanlar olmayanlara göre, düzenli egzersiz yapanlar yapmayanlara göre, daha önce diyabet eğitim alanlar almayanlara göre, düzenli tıbbi beslenme tedavisine uymayanlar uyanlara göre, hastalığa ait herhangi bir eğitim programına katılanlar katılmayanlara göre daha öfkeli oldukları görüldü.
- Öİ puan ortalamaları ile evde kan şekeri, diyabete ilişkin herhangi bir programa katılma değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı

- Katılımcılardan diyabet süresi 6-10 yıl arasında olanlar diyabet süresi 1-5 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üstü olanlara göre, tedavi şekli OAD olanlar, TBT, İnsülin, OAD ve insülin olanlara göre, evde kan şekeri ölçümü yapanlar yapmayanlara göre, hipertansiyonu olanlar olmayanlara göre, düzenli egzersiz yapmayanlar yapanlara göre, daha önce diyabet eğitimi alanlar almayanlara göre, tıbbi beslenme tedavisini uymayanlar uyanlara göre, diyabete ilişkin herhangi bir eğitim programına katılmayanlar katılanlara göre daha çok öfkelerini içe attıkları saptandı.
- ÖD puanı ortalamaları ile tıbbi beslenme tedavisi değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
- Diyabet süresi 16 yıl ve üstü olanlar diyabet süresi 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl olanlara göre, tedavi şekli OAD+İnsülin olanlar TBT, OAD, İnsülin olanlara göre, evde kan şekeri ölçümü yapanlar yapmayanlara göre, hipertansiyonu olanlar olmayanlara göre, düzenli tıbbi beslenme tedavisine uymayanlar uyanlara göre, diyabet ilişkin herhangi bir eğitim programına katılmayanlar katılanlara göre daha çok öfkelerini dışa yansıttıkları saptandı.
- ÖK puanı ortalamaları ile TBT'ye uyma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.
- Diyabet süresi 1-5 yıl olanlar, diyabet süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16 yıl ve üstü olanlara göre, diyabet tedavi şekli TBT olanlar OAD ve insülin kullananlara göre, evde kan şekeri ölçümü yapmayanlar yapanlara göre, hipertansiyonu olmayanlar olanlara göre, düzenli TBT'ye uyanlar uymayanlara göre öfkelerini daha çok kontrol ettikleri belirlendi.

7. ÖNERİLER

- Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı bireyi olumsuz yönde etkilediğinden öfke durumlarını en aza indirebilmek, öfkeyle baş etme metodlarını öğretmek, öfke kontrol durumu arttığında hastalık seyrinin olumlu yönde etkileneceği, ve metabolik kontrol değişkenleri hedef değerlere ulaşacaktır.
- Öfkeli bireylerde mi kan şekeri düzeyi değişmekte veya bu tür rahatsızlıklar mı öfkeyi tetiklemektedir. Bu konuda ileriki zamanlarda çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Ulusal Diyabet Konsensus Grubu.: Diyabet Tanı Tedavi Rehberi 2015. Güncellenmiş 5. Baskı, Armoni Nuans Baskı Sanatları A.Ş. 2015
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7 ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015.
3. Satman, İ., Tip 2 Diyabet Epidemiyolojisi. Ed: İmamoğlu Ş. ve Ark. Editors. Geçmişten geleceğe diabetes mellitus, 1. Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti, Ankara, 2015, s.35-43.
4. Akalın, S. Diyabet Sınıflaması ve Tanı. Ed: İmamoğlu Ş. ve Ark. Editors. Geçmişten geleceğe diabetes mellitus, 1. Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti, Ankara, 2015, s.17-23.
5. Özkan, S. Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi, 1. Baskı, Roche Yayınları, İstanbul, 1993. s.94-99.
6. Bahar, A. Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1:3-14.
7. Pearce, MJ., Pereira, K., Davis, E. The psychological impact of diabetes: a practical guide for the nurse practitioner, journal of the American Association of Nurse Practitioners 2013;25:578-583.
8. Gülseren, L., Hekimsoy, Z., Gülseren, Ş., Bodur, Z., Kültür, S. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(2):89-98.
9. Roy, T., Lloyd, CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. J Affect Disord 2012;142 Suppl:S.8-21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70004-6). Erişim tarihi: 26.03.2017
10. Kayaoğlu, M. Sorularla ve Örnek Vakalarla Öfke Kontrolü, Nesil Basım Yayın. İstanbul.2012.
11. Atan, G., Yılmaz, E.K. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Öfke düzeyi ve Öfke İfade Tarzlarının incelenmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2015;49(3):200-206.
12. Türkçapar, H., Güriz, O., Özel, A., Işık, B., Örsel, S.D. Anti sosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke ve Depresyon İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2004;15(2):119-124.

13. Özdemir, Ü., Taşçı, S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1):57-72.
14. Tav, A.Ş., Özenli, Y., Ünsal, A., Ünsal, A., Özşahin, A.K. Tip 2 diabetes mellitus ve obez hastaların anksiyete ve depresif bozukluk açısından karşılaştırmalı değerlendirmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2010;14(1):5-22.
15. Küçük, L. Diyabetin Ruhsal boyutu. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2015;31:52-56. doi:10.5222/otd.2015.052.
16. Dentlinger, N., Ramdin, V.: Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği (S. Çelik, Öznur U.Y Çev.) Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara.2015.
17. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu, 2016. http://www.temd.org.tr/files/DIYABET_web.pdf. Erişim tarihi: 26.03.2017.
18. About Diabetes. 2015. 07.02.2017, <http://www.idf.org/about-diabetes>. Erişim tarihi: 26.03.2017.
19. İmamoğlu, Ş., Akalın, S., Yılmaz, T.M. Diyabet ve Siz. Ceren Tanıtım Ltd. Şti, 1995,.s.6-7.
20. Lee, I.M., Rexrode, K.M., Cook, N.R., Manson, J.E., Buring, J.E. Physical Activity And Coronary Heart Disease İn Women. JAMA. 2001;285:1447-1454.
21. Lloyd, C., Smith, J., Weinger, K. Stres and Diabetes: a review of the links. Diabetes Spectrum.2005; 18:121-127.
22. Stampfer, M.J., Hu, F.B., Manson, J.E., Rimm, E.B., Willett, W.C. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med.2000; 343:16-22.
23. Satman, I., Yılmaz, T., Şengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Baştar, İ., Tutuncu, Y., Sargın, M., Dincağ, N., Karşıdağ, K., Kalaca, S., Ozcan, C., King, H., the TURDEP Group. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002;25:1551-1556.
24. Satman, İ., Omer, B., Tütüncü, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yılmaz, T., Cakir, B., Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol, 2013; 28(2):168-180.
25. Maassen, J.A., T Hart L.M., Van Essen E., Heine, R.J., Nijpels, G., Jahangir Tafrechi, R.S., Raap, A.K., Janssen, G.M., Lemkes, H.H., Mitochondrial diabetes:

- molecular mechanisms and clinical presentation. *Diabetes*, 53 (Suppl 1): 2004, s.103-109.
26. McKeon, A., Robinson, MT., McEvoy, KM., Matsumoto, J.Y., Lennon, V.A., Ahlskog, J.E., Pittock, S.J. Stiff-man Syndrome and Variants: Clinical Course, Treatments, Andoutcomes. *Arc Neurol*, 2012; 69(2):230-238.
27. American Diabetes Assosiation. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S13–S22 | DOI: 10.2337/dc16-S005. Erişim tarihi: 26.03.2017.
28. Olgun, N., Aslan, F.E., Coşansu, G., Çelik, S. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Ders Kitabı, Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014.s.769-806.
29. Tip 1 Diyabet. 2017,12.02.2017, <http://www.turkdiab.org/page.aspx?u=3&s=42>. Erişim tarihi: 26.03.2017.
30. Molvalılar, S., Özbey, N. Endokrin Sistem. Ed: Kaysı A. İç Hastalıkları (Semiyojoloji) Gözden Geçirilmiş 6. Baskı, Alfa Basım Yayım Dağıtım San. Ve Tic. Ltd. şti, İstanbul, 2012, s.455-499.
31. Kuzu G. Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler, Klinik Sağlık Psikolojisi Programı Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
32. Küçükarslan A. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Aerobik Ve Dirençli Egzersizlerden Oluşan Egzersiz Eğitim Programının Metabolik Kontrol, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
33. Olgun N. Endokrin Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Ed: Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. Ayrıntıcı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. Ankara, 2015, s.258-259.
34. Fowler, M.J. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. <http://clinical.diabetesjournals.org/content/26/2/77>. Erişim tarihi: 26.03.2017.
35. Hagg, S., Thorn, L.M., Putaala, J., Liebkind, R., Harjutsalo, V., Forsblom, C.M., Gordin, D., Tatlisumak, T., Groop, P. Incidence Of Stroke According to Presence of Diabetic Nephropaty and Severe Diabetic Retinopathy in Patients With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 2013 Dec; 36(12): 4140–4146.

36. Ersoy, C.Ö., Diyabet ve Sinir Sistemi:Periferik Nöropati. Ed: İmamoğlu Ş. ve Ark. Editors. Geçmişten geleceğe diyabetes mellitus, 1. Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti, Ankara, 2015, s.363-370.
37. Hekimsoy, V., Erbaş, T. Diyabet ve Sinir Sistemi:Otonom Nöropati. Ed: İmamoğlu Ş. ve Ark. Editors. Geçmişten geleceğe diyabetes mellitus, 1. Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti, Ankara, 2015; s.371-378.
38. Türkiye Diyabet Vakfı (TDV). Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2016. Erişim Tarihi: 18.02.2017 http://www.turkdiab.org/Diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi.pdf. Erişim tarihi: 26.03.2017
39. Kaptan, G., Dedeli Ö. Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012; s. 345-384
40. Turhan H. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Tedavi Şekline Hastalık Süresine göre Depresyon ve Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007.
41. American Diabetes Assosiation. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Standards of Medical Care in Diabetes 2017;40 (Suppl. 1):s.63-74.
42. Dinççağ, N. Diyabet Tedavisinde Kullanılan Oral İlaçlar. Ed: İmamoğlu Ş. ve Ark. Geçmişten geleceğe diyabetes mellitus, 1. Baskı, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti, Ankara, 2015, s.281-291.
43. Olgun, N. Diyabet (Tip 2) ve Bakım, Kronik Hastalıklarda Bakım Ders Kitabı, Altıncı Baskı, İstanbul , Nobel Tıp Kitapevleri, 2012, s.291-329.
44. Guyton, A.C., Hall J.E.:Tıbbi Fizyoloji (Çavuşoğlu, H., Yeğen, B.Ç Çev.) 11. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul.2007,.
45. Özcan Ş. İnsülin Tedavisinin Yönetimi, Ed: Erdogan, S. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler, İstanbul; Yüce Basımevi; 2002, s.39-54.
46. Bayrak, G., Çolak, R. Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi, Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi, 2012; ; 29:7-11 doi: 10.5835/jecm.omu.29.s1.003
47. Orhan B. Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel ve Sosyal Faktörlerin Metabolik Kontrole Etkisi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi,Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.
48. American Diabetes Assosiation. Glisemic Targets of diabetes mellitus. Standards of Medical Care in Diabetes 2017;40 (Suppl. 1):s.48-57.

49. <http://www.idf.org/home/index.cmf?node=264>, Erisim tarihi: 26.03.2017.
50. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive Blood Glucose Control With Sulphonylureas Or Insulin Compared With Conventional Treatment And Risk Of Complications In Patients With Type 2 Diabetes (UKPDS 33). Lancet, 352, 1998, s.837-853.
51. American Diabetes Association. Glisemic Targets of diabetes mellitus. Standards of Medical Care in Diabetes 2017;40 (Suppl. 1):75-88
52. Özkan, Y., Çolak, R., Koca, S.S., Dağ, S., Kan, E.K., Sırma, N. Diyabet ve Hiperlipidemi: Tedavide Ne Kadar Başarılıyız?. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 2008; 22 (2): 97-100.
53. Gümüş, E., Çelik, H., Özkan, S., Keskinılıç, B., Satman, İ., Yetkin, İ., Hatun, Ş., Çakır, B., Gündoğdu, S., Yılmaz, T., Cinaz, P., Yılmaz, C., Özdemir, D., Yardım, N. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü : Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
54. Meseri, R., Ünal, B. Kardiyovasküler Risk ve Diyabeti Belirlemede Şişmanlık Nasıl Ölçülmeli. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(6): 507-514.
55. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Obezite Tanı, Tedavi Ve Kılavuzu, 2016. http://www.temd.org.tr/files/OBEZITE_web.pdf. Erişim Tarihi: 26.03.2017.
56. Öfke tanımı TDK . http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.58b51e1778f518.12255302 . Erişim tarihi: 28.02.2017
57. Balkaya, F., Şahin N.H. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003;14(3):192-202.
58. Cüceloğlu, D. İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul. 2000.
59. Adler, A. İnsan Tabiatını Tanıma (Çev. Ayda Yörükkan), İstanbul, 1994.
60. Aydoğan, D. Bilim ve Psikoloji. Ed: Şerife Işık Terzi. Eğitim Psikolojisi, Pegem Akademi Yayın Eğitim Danışmanlığı Hizmetleri Tic. Ltd. Şti, Ankara, 2013, s.5-20.
61. Özmen A. Seçim kuramına ve gerçeklik terapisine dayalı öfkeyle başa çıkma eğitim programının ve etkileşim grubu uygulamasının üniversite öğrencilerinin öfkeyle başa çıkma becerileri üzerindeki etkisi. Ankara Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara, 2004.

62. Balkaya, F. Öfke: Temel Boyutları, Nedenleri ve Sonuçları, Türk Psikoloji Yazıları, 2001;4(7):21-45.
63. Duran, Ö., Eldeleklioğlu, J. Öfke Kontrol Programının 15-18 Yaş Arası ergenler Üzerindeki Etkililiğinin Araştırılması, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005;25(3) : 267-280.
64. Bandura, A. Social Learning Theory of Aggression, Ed; Knutson J.F., The Control of Aggression, Implications From Basic Research Chicago 1973, s.221-250,
65. Kuruoğlu D.S. Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Öfke Düzeyleri, Öfke İfade Tarzları İle Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2009.
66. Gençtan, E. Varoluş ve Psikiyatri, Metis Yayıncılık, İstanbul, 2016.
67. Cüceloğlu, D. İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul. 2016
68. Soykan, Ç. Öfke ve Öfke Yönetimi. Kriz Dergisi,2003;11(2): 19-27.
69. Kuzucu, Y. Küçükler İçin Büyüklere Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı, Pegem Akademi. Geliştirilmiş 4. Baskı. Ankara. 2014.
70. Kökdemir H. Öfke ve öfke kontrolü. Pivolka 2004;3(12):7-10.
71. Yeğin, H.İ. Öfke Duygusu ve Dini Açıdan Baş Edebilme Yolları, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 2010;10(2):235-258.
72. Erkek N, Özgür G, Babacan Gümüş A. Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10 (2): 918.
73. Spielberger, C. D., Crane, R. S. & Kearns, W. D.,Pellegrin, K.L., Rickman, R.L., & Johnson, E.H., (Eds.). Anger and anxiety in essential hypertension., In, C.D., Spielberger & I.G. Sorason (Eds.). Stress and emotion. New York: Taylor & Francis, 1991: Vol 1991; 14; 265-283.
74. Starner, T.M., Peters, R.M. Anger expression and blood pressure in adolescents. The Journal of School Nursing, 2004; 20 (6): 335-342
75. Tambağ, H, Öz, F. Aileleri ile birlikte ve yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin öfke ifade etme biçimleri. Kriz Dergisi, 2005; 13 (1): s. 11-21.
76. Özer, A.K. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ön Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, 1994; 9(31): 26–35

77. Certel, Z., ve Bahadır, Z. Takım Sporunu Yapan Sporcularda Benlik Saygısı ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı İlişkisinin İncelenmesi, Selçuk University Journal of Physical Education and Sport Science, 2012; 14(2), s. 157-164.
78. Sülün Ö. Futbol Hakemlerinin Öfke ve Kızgınlık Düzeyleri ile Empatik Eğilim Düzeylerinin Karşılaştırılması. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karaman, 2013.
79. Geçtan, E. İnsan olmak. Metis Yayınları 13. Basım, 2016
80. Albayrak, B., Kutlu, Y. Ergenlerde Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2(3): 57-69.
81. Tarvis, C. Anger: The Misunderstood Emotion. New York:Simon and Schuster Publication.1989.
82. Beyazaslan, T. Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2012.
83. Nazik, B. Çocuk Ruh Sağlığı, Ya-Pa Yayıncılık, İstanbul, 2003.
84. Şahin, N.H. Öfke: O Sizi Kontrol Edeceğine Siz Onu Kontrol Edin, Türk Psikoloji Bülteni, 1997; 3(7): 79-85.
85. Chapman, G., Campbell, R. Çocuklar İçin Beş Sevgi Dili, (Çev. Pelin Ozaner), Sistem Yayıncılık, İstanbul 2003, s.171.
86. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi. Remzi Kitabevi, 25. Basım, İstanbul, 2003.
87. Özdemir, İ., Hocaoglu, Ç., Koçak, Mustafa., Ersöz, H.Ö. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2011; 24: 128-138.
88. Bahar A., Sertbaş G., Sönmez A. Diyabet mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7(1): 18-26.
89. Okanovic, M.P., Peros, K., Szabo, S., Begict, D., Metelko, Z. Depression in Croatia Type 2 Diabetic Patients: Prevalence and risk factors. A Croatia Survey From the European Depression in Diabetes Research Consortium. Diabet Med 2005; 22: 942-945.
90. Arıkan, Ş., Antar, S. Diyabet Kampına Katılan Ergen ve Çocukluk Çağındaki Tip 1 Diyabetik Hastaların Ruhsal Bulgu ve Belirtilerinin Değerlendirilmesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 3: 294-298.
91. Bodur S, İnfal S, Kurt, S.A. Kronik Hastalığı Bulunan Adölesanlarda Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ile İlişkili Faktörler. TAF Prev Med Bull, 2010; 9(6): 645-650.

92. Eser, D.T, Liman T., Bilge A. Kronik Hastalığı Olan Ergenlerin Öfke İfade Biçimleri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2012; 3(3): 116-120.
93. Anderson, R., Freeland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. The Prevalence of Comorbid Depression In Adults With Diabetes. Diabetes Care. 2001; 24: 1069-1078.
94. Snoek, F. Breaking The Barriers To Optimal Glycaemic Control-What Physicians Need To Know From Patients Perspectives. International Journal Of Clinical Practice. 2002; 129: 80-84.
95. Lane, J., McCaskill, C.C., Williams, P.G., Parekh, P.I., Feinglos, M.N., Surwit, R.S. Personality Correlates Of Glycemic Control In Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 2000; 23(9): 1321-1325.
96. Grandinetti, A., Kaholokula, K.J., Crabbe, M.K., Kenui, K.C., Chen, R., Chang, H.K. Relationship Between Depressive Symptoms and Diabetes Among Native Hawaiianans. Psychoneuroendocrinology, 2000; 25(3): 239-246.
97. Golden, S.H., Williams, J.E., Ford, D.E., Yeh, H.C., Sanford, C.P., Nieto, F.J., Brancati, F.L. Anger Temperament is Modestly Associated with the Risk Of Type 2 Diabetes Mellitus: The Atherosclerosis Risk In Communities Study, Psychoneuroendocrinology 2006; 31; 325-332.
98. Goldman, L., Haaga, DAF. Depression and The experience and Expression Of Anger In Marital and Other Relationships. The Journal Of Nervous and Mental Disease. 1995; 183(8): 505-509.
99. Brody, CL., Haaga, DAF., Kirk, L., Solomon, A. Experiences of anger in People Who Have Recovered From Depression and Neverdepressed People, The Journal Of Nervous and Mental Disease, 1999; 187(7): 400-405.
100. Altekin, E., Uysal, S., Topkaya, Ş.Ö., Cimilli, C. Diyabet Hastalarında Depresyon ve Öfke Yönetiminin Leptin Düzeyleri ve Glisemik Kontrol ile İlişkisi, Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2006; 4(2): 83-87.
101. Kumcağız, H., Özenoğlu, A., Avcı, İ.A., Uğurlu, S. Tip 2 Diyabet Mellituslu Hastalarda Bunaltı Düzeyleri ve Stresle Başetme, Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31: 122-129.
102. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014), Ankara; 2011

103. Cherney, K. Age of Onset for Type 2 Diabetes: Know Your Risk, URL:<http://www.healthline.com/health/type-2-diabetes-age-of-onset#overview1> Erişim tarihi: 14.04.2016.
104. Baykal, A., Kapucu, S. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlularının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 44-58.
105. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II(TURDEP-IIÇalışması)2010. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf Erişim Tarihi: 09.04.2017.
106. Satman, I., Yılmaz, T., Sengul, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Bastar, I., Tutuncu, Y., Sargin, M., Dinccag, N., Karsidag, K., Kalaca, S., Ozcan, C., King, H. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25: 1551-1556.
107. Acemoğlu, H., Palanci, Y., Ceylan, A. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Diyabet prevalansı çalışması 2001, 8. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, Sivas, 2003;195
108. The DECODE Study Group. Age and Sex Spesifik Prevalences of Diabetes and Impaired Glukose Regulation in 13 European Cohorts, Diabetes Care,2003;26(1):61– 69
109. Evans, J.M., Newton, R.W., Ruta, D.A., MacDonald, T.M., Morris, A.D. Socio-economic status, obesity and prevalence of Type 1 and Type 2, 2009.
110. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2014.
111. Arslan N. Tip 2 Diyabetik İnsülin Kullanan Hastalar ile Oral Antidiyabetik Kullanan Hastaların Depresyon Yönünden Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 2011.
112. Lopes, L.A., Lins Cde M., Adeodato, V.G., Quental, D.P., Bruin, P.F., Montenegro, R.M., Bruin, V.M. Restless Legs Syndrome and Quality of Sleep in Type 2 Diabetes, Diabetes Care 2005; 28: 2633–2636
113. Abacı, A. Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu, Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 2011; 39(4): 1-5.

114. Gap Halk Sağlığı Projesi Raporu, Türkiye Parazitoloji Derneği, 2003. <http://yayin.gap.gov.tr/pdf-view/web/index.php?Dosya=5438eae4ba>. Erişim Tarihi: 09.04.2017.
115. Kızıldaş, Ö., Arslan, İ., Tekin, O., Fidancı, İ., Kızıldaş, B., Kuzulu, A., Çelik, M., Çiğdem, E. Tip 2 Diyabet Hastalarında Psikolojik Belirtilerin İncelenmesi, Konuralp Tıp Dergisi 2016; 8(3): 187-194.
116. Cohen, S., Williamson, G. Stress and İnfectious Disease İn Human, Psychological Bulletin, 1991; 109: 5-24.
117. Manuck, S.B., Morrison, R.L. Bellack AS. Behavioral Factors in Hypertension: Cardiovascular responsivity, anger and social competence. Anger and Hostility İn Cardiovascular and Behavioral Disorders'da, Ed: Chesney, M.A, Rosenman RH, Hemisphere/Mcgraw-Hill, New York, 1987:149-172.
118. Bahadır, Ç.T., Atmaca, H. Diyabet ve Egzersiz, Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 2012; 29: 16-22.
119. Peyrot, M., Rubin, R.R., Lauritzen, T., Snoek, F.J., Matthews, D.R., Skovlund, S.E., Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs study. Diabetic Medicine 2005; 22(10): 1379– 1385
120. Önder, M.R., Özerkan, F. Diyabet ve Hipertansiyon, Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology 2000; 13(5): 401-403.
121. Onat, A., Çakır, H., Karadeniz, Y., Dönmez, İ., Karagöz, A., Yüksel, M., Can, G. TEKHARF 2013 Taraması ve Diyabet Prevalansında Hızlı Artış, Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları 2014; 42(6): 511-516.
122. Vitaliano, P.P., Scanlan, J.M., Zhang, J., Savage, M.V., Hirsch, I.B, Siegler, I.C. A Path Model Of Cronic Stress, the Metabolic Syndrome, and Coronary Heart Disease, Psychosomatic Medicine 2002; 64(3): 418-435.
123. Januzzi, J.L., Sters, T.A., Pasternak, R.C. Desanctis RW. The İnfluence Of Anxiety and Depression On Outcomes Of Patients with Coronary Arter Disease, Archives of İnternal Medicine 2000; 160(3): 1913-1921.
124. Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G., Kubzansky, L. The Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Psychosocial Risk Factors İn Cardiac Practice: The Emerging Field Of Behavioral Cardiology. Journal of The American College of Cardiology. 2005; 45(5): 637-651

125. Demirci, H., Cinar, Y., Bayram, N., Bilgel, N. Quality of Life in Type II Diabetic Patients in Primary in Health Care. *Danish Medical Journal* 2012; 59(10): 44-69.
126. Kara, K., Çınar, S. Diyabet Bakım Profili ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki, *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 2012; 1: 57-63.
127. Coşansu, G. Tip 2 Diyabetlilerde Öz-Bakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler , İstanbul Üniversitesi 2009.
128. Bayrak, G., Çolak, R., Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi, *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 2012; ; 29: 7-11 doi: 10.5835/jecm.omu.29.s1.003
129. Karaboğa E.Z. 60. Yıl Binevler Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetli Hastaların Diyabet ve Diyabetik Ayak Hakkında Bildikleri ve Uyguladıkları Davranışların Belirlenmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. 2012.
130. Bhatti, S.M., Dhakam,. S, Khan, M.A. Trends of Lipid Abnormalities in Pakistani Type-2 Diabetes Mellitus Patients: A tertiary Care Centre Data. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2009; 25(6): 883-889.
131. Naheed, T., Khan, A., Masood, G., Yunus, B.B., Chaudry, M.A. dyslipidemias in Type 2 Diabetes Mellitus Patients in A Teaching Hospital Of Lahore, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2003; 19(4): 283-286.
132. Orhan, B., Karabacak, B.G. Tip 2 Diyabetlilerde Diyabete İlişkin Bilişsel ve Sosyal Faktörler ve Metabolik Kontrol Parametreleri Arasındaki İlişki, *Clinical and Experimental Health Sciences* 2016; 6(1): 1-8.
133. Coşansu G. Tip 2 Diyabetlilerde Özbakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel-Sosyal Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
134. Özcan Ş. Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 1999, İstanbul.
135. Ünal, E., Kızılcı, S. Diyabetli Bireylerin Bilgi Düzeyi Öz-Bakım Gücü ve HbA1c Düzeyi Arasındaki İlişki, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2009; *Elektronik Dergi*, <http://www.deu.edu.tr/Uploadedfiles/Birimler/18277/16-26>.

136. Yi, J.P., Yi, J.C., Vitaliano, P.P, Weinger, K. How Does Anger Coping Style Glycemic Control İn Diabetes Patients. *International Journal Of Behavioral Medicine* 2008; 15(3): 167-172.
137. Fava, M., Rosenbaum, J.F. Anger Attacks in Patients with Depression, *Journal Clin Psychiatry* 1999; 60:21-24.
138. Topkaya ŞÖ. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Öfkenin Metabolik ve Psikolojik Değişkenlerle İlişki, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2003, İzmir.
139. Noh, J.H., Park, J.K., Lee, H.J., Kwon, S.K., Ko, K.S., Rhee, B.D., Lim, K.H., Kim, D.J. Depressive Symptoms Of Type 2 Diabetics Treated With İnsulin Compared ,to Diabetics Taking Oral Anti-Diabetic Drugs: A Korean Study *Diabetes research clinical practice* 2005; 69(3): 243-248.
140. Çelik, C., Özdemir, B., Çaycı, T., Aparcı, M., Özmenler, K.N., Özgen, F., Özşahin, A. Esansiyel Hipertansiyonda Öfke düzeyi ve Öfke İfade Tarzı. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 158-161.
141. Suls, J., Wan, C.K., Costa, P.T. Relationship Of Trait Anger to Resting Blood Pressure: A Meta-Analysis. *Health Psychol* 1995;14:444-456.
142. Coelho, A.M., Coelho, R., Barros, H., Rocha-Goncalves, F., Reis-Lima M.A. Essential Arterial Hypertension, Psychopathology, Compliance And Wuality of Life. *Portuguese of Journal Cardiology*. 1997;16(11):873-883.
143. Ellidokuz, H., Ellidokuz, E., Uçku, R., Aydın, Ü. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Sağlık Durumu Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2005; 15(2): 40-44
144. Tatar, M. Geriatri Merkezlerinin Örgütlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı. Ankara. 2002.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2017/018

Karar tarihi : 13.06.2017

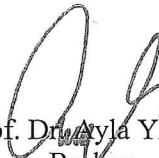
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu 13.06.2017 tarihinde acil gündem maddeleri ile toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

1- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı Tez dönemi öğrencisi **154101020** numaralı **Muhammed Emin BUTEKİN**'in 13.06.2017 tarihinde yapılan savunma sınavında jüri tarafından tez konusunun değiştirilmesine karar verilmiştir. Enstitü Yönetim Kurulu'na sunulan tez konusu görüşülmüş ve Tablo'da belirtilen şekilde tez konusunun değiştirilmesinin uygun olduğuna;

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	SAVUNMA SINAVINDAKİ TEZ KONUSU	KABUL EDİLEN TEZ KONUSU
154101020 Muhammed Emin BUTEKİN	Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öfke Düzeyi ve Öfke Tarzı ile Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki	Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzının Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisinin İncelenmesi

2- Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **154101004** numaralı **Zekeriya AKIN**'a 13.06.2017 tarihinde yapılan Tez Savunmasında tez jürisi tarafından oy birliği ile "düzeltme" kararı verilmiştir. Adı geçen öğrencinin jüri tarafından önerilen düzeltmeleri yaparak **13.09.2017** tarihinden önce aynı jüri önünde tez savunması yapmasına;

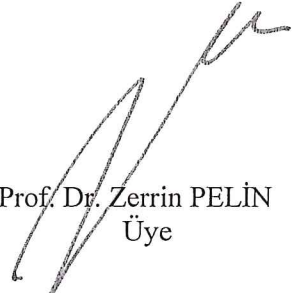
Oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof. Dr. Ayşe YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)

ASLI GİBİDİR

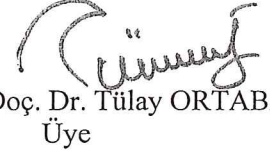

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)





Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Aylin Filiz
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri


Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Ek2. Batman İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

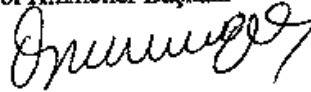
 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU BATMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU
---	--

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Muhammed Emin BUTEKİN
Kurumu / Üniversitesi	Gaziantep Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü
Araştırma Yapılacak İller	Batman
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Bölge Devlet Hastanesi
Araştırmanın Konusu	"Tip2 Diyabetli bireylerde öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı ve metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki"
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Ön İzin Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok
Başvuru Belgeleri	Başvuru Formu <input checked="" type="checkbox"/> Var / <input type="checkbox"/> Yok Üniversite / Kurum Talebi <input type="checkbox"/> Var / <input checked="" type="checkbox"/> Yok Araştırma Yöntemi Örneği <input type="checkbox"/> Var / <input checked="" type="checkbox"/> Yok Araştırma Detay Formu <input type="checkbox"/> Var / <input checked="" type="checkbox"/> Yok Kurumsal Kimlik Belgesi <input type="checkbox"/> Var / <input checked="" type="checkbox"/> Yok
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Temmuz-Aralık 2016
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Bölge Devlet Hastanesinden alınacak ön izin formu, araştırma detay formu, danışman tarafından imzalı anket örneği ve kurumsal kimlik belgesi örneği belgelerinin teslimi halinde, Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Araştırma Sahibi arasında "Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

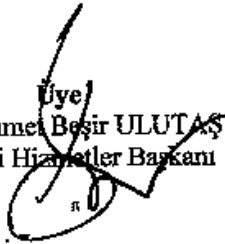
17.11.2016

KOMİSYON

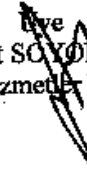
Komisyon Başkanı
 Uzm. Dr. Osman SÜNGER
 Tıbbi Hizmetler Başkanı



Mehmet Beşir ULUTAŞ
 İdari Hizmetler Başkanı



Ferhat SOYORAL
 İdari Hizmetler Uzmanı



Ek 3. Batman Bölge Devlet Hastanesi Başhekimliğ İzin Kararı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BATMAN KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
Batman Bölge Devlet Hastanesi



Sayı : 75144452/771
Konu : Muhammed Emin BUTEKİN'in
Araştırma İzni Hk.

BATMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ'NE

Ülgi; Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği - Batman İli KHBGS İdari Hizmetler Başkanlığı'nın 01.08.2016 tarihli ve 22125045 - 518.02 - E.4109 sayılı yazısı

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Muhammed Emin BUTEKİN'in hastanemize 21.07.2016 tarihinde verdiği dilekçesinde "Tip 2 diyabetli bireylerde öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki" başlıklı tez çalışması için Ağustos - Aralık 2016 tarihleri arasında hastaların değerlendirilmesi amacıyla izin istemiştir. Muhammed Emin BUTEKİN'in bu tez çalışmasını hastanemizde yapmasında bir sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. İdris YILDIRIM
Hastane Yöneticisi

EK : Ön İzin Formu

Eğitim Hemşiresi Neslihan BİLGE IŞIK

Faks No:4882213065

e-Posta:neslihan.bilgeisik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 40801

Bilgi için:Neslihan BİLGE IŞIK

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:4882213065

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d8fa3697-de13-4d98-8e26-d05c11f11586 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 4. Diyabetli Bireylere İlişkin Anket Formu ve Öfke Ölçeği

BU ANKET FORMU TİP-2 DİYABETLİ BİREYLERDE, ÖFKE DÜZEYİ VE ÖFKE İFADE TARZI İLE METABOLİK KONTROL DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ SAPTAMAK AMACIYLA PLANLANMIŞTIR.

Anket formunda tüm soruları işaretlemenizi rica ediyorum, çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ediyorum.

BÖLÜM 1: SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

ADI- SOYADI:

TELEFON :

1. YAŞ :

2. CİNSİYET:

1 Kadın

2 Erkek

3. MEDENİ DURUM:

1 Evli

2 Bekar

4. EĞİTİM DURUMU:

1 Okur-Yazar değil

2 İlkokul

3 Ortaokul

4 Lise

5 Üniversite

5. MESLEĞİ:

1 Ev hanımı

2 Memur

3 İşçi

4 Serbest meslek

5 Emekli

6 Diğer...

6. EKONOMİK DURUMU:

1 Kötü

2 Orta

3 İyi

7. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

1 Evet 2 Hayır 3 Bıraktım

Evet ise; Günde kaç adet içiyorsunuz? adet Kaç yıldan beri içiyorsunuz? yıl

8. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?

1 Evet 2 Hayır 3 Bıraktım

Evet ise; Ne kadar sıklıkta içiyorsunuz? kaç adet?..... Kaç yıldan beri içiyorsunuz? yıl

9. SAĞLIK SİGORTANIZ VAR MI? 1 Evet 2 Hayır

BÖLÜM 2 : HASTALIKLA İLGİLİ DEĞİŞKENLER

10. KAÇ AY/YIL ÖNCE DİYABET TANISI ALDINIZ?.....YIL/.....AY

11. DİYABET TEDAVİ ŞEKLİNİZ?

1 Tıbbi Beslenme Tedavisi 2 OAD 3 İnsülin 4
OAD+İnsülin 5 Diğer.....

12. EVDE KAN ŞEKERİ ÖLÇÜMÜ YAPIYOR MUSUNUZ?

1 Hayır 2 Evet Haftada...../günde.....kez

13. KAN ŞEKERİ ÖLÇÜMÜNÜZÜ KİM YAPIYOR?

1 Kendi kendime 2 Eşim ya da ailem 3 Hemşire 4
Diğer...

14. DİYABET NEDENİ İLE HASTANEYE YATIRILDINIZ MI ?

1 Evet 2 Hayır

15. KAN ŞEKERİNİZ ÇOK YÜKSELİP HASTANEYE YATTINIZ MI(Hiperglisemi koması) ?

1 Evet 2 Hayır

16. KAN ŞEKERİNİZ ÇOK DÜŞÜP HASTANEYE YATIRILDINIZ MI(Hipoglisemi koma) ?

1 Evet 2 Hayır

17. HİPERTANSİYON VAR MI?

1 Var 2 Yok

18. AYAK YARASI VAR MI?

1 Var 2 Yok

19. AMPUTASYON VAR MI?

1 Var 2 Yok

20. AİLENİZDE SİZDEN BAŞKA ŞEKER HASTASI VAR MI?(Akraba değilse Eşiniz hariç)

1 Hayır yok 2 1 kişi 3 2 kişi 4 3 kişi
5 4 veya daha fazla

21. AİLENİZDE VEYA AKRABALARINIZDAKİ DİYABETLİLERİN SİZE OLAN YAKINLIĞI?

1 1. derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeş, çocuk)
2 2. derece akrabalarınızda (teyze, dayı, hala, amca)
3 3. derece akrabalarınızda (anneanne, babaanne, yeğen, kuzen)

22. DÜZENLİ EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ?

1 Evet 2 Hayır

23. DAHA ÖNCE DİYABET EĞİTİMİ ALDINIZ MI ?

1 Evet 2 Hayır

24. DÜZENLİ TIBBİ BESLENME TEDAVİNİZİ UYGULUYOR MUSUNUZ?

1 Evet 2 Hayır

25. HANGİ SIKLIKTA DİYABET KONTROLÜ İÇİN SAĞLIK KURULUŞUNA GİDİYOR SUNUZ?

- 1 Düzenli gitmem 2 Ayda 1 kez 3 3 Ayda 1 kez 4 6 Ayda 1 kez
5 Yılda 1 kez

26. HERHANGİ BİR KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI ?

- 1 Hayır 2 Evet(açıklayınız?.....)

27. DİYABET TEŞHİSİNDEN SONRA KİLONUZDA BİR DEĞİŞİKLİK OLDU MU ?

- 1 Hayır olmadı 2 Kilo aldım 3 Kilo verdim

28. DİYABET HASTALIĞINA BAĞLI OLARAK UZUN DÖNEMDE GELİŞEBİLEN DİĞER HASTALIKLARI/SORUNLARI (ŞEKER HASTALIĞININ KOMPLİKASYONLARINI) BİLİYOR MUSUNUZ?

- 1 Hayır 2 Evet

29. CEVABINIZ EVET İSE BUNLAR NELERDİR? :

.....

30. DİYABETE İLİŞKİN HERHANGİ BİR EĞİTİM PROGRAMINA KATILDINIZ MI?

- 1 Evet 2 Hayır

METABOLİK KONTROL DEĞİŞKENLERİ

AÇLIK KAN ŞEKERİ(mg/dL)	:
TOKLUK KAN ŞEKERİ(mg/dL)	:
HbA1c (%)	:
TOTAL KOLESTEROL(mg/dL)	:
HDL(mg/dL)	:
LDL(mg/dL)	:
TRİGLİSERİD(mg/dl)	:
BOY(cm)	:
KİLO(kg)	:
BKİ(kg/m²)	:
BEL ÇEVRESİ(cm)	:
TANSİYON ARTERİYAL	:

SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ(SÖÖİTÖ)

İsim: Cinsiyet: Yaş: Meslek:

Tarih:

I. BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da **genel** olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan sizin **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen Her Zaman
1.	Çabuk parlam	1	2	3	4
2.	Kızgın mizaçlıyım	1	2	3	4
3.	Öfkesi burnunda bir insanım	1	2	3	4
4.	Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım	1	2	3	4
5.	Yaptığım iyi bir şeyden sonra takdir edilmemek canımı sıkır	1	2	3	4
6.	Öfkelenince kontrolümü kaybederim	1	2	3	4
7.	Öfkelenildiğimde ağzıma geleni söylerim	1	2	3	4
8.	Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir	1	2	3	4
9.	Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir	1	2	3	4
10.	Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim	1	2	3	4

II.BÖLÜM

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlamada kullandıkları ifadeler göreceksiniz. Herbir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda **genelde ne sıklıkta** ifadede tanımlanan şekilde davrandığınızı veya tepki gösterdiğinizi parantezlerden uygun olanını karalayarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeyin.

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen Her Zaman
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...					
11.	Öfkemi kontrol ederim	1	2	3	4
12.	Kızgınlığımı gösteririm	1	2	3	4
13.	Öfkemi içime atarım	1	2	3	4
14.	Başkalarına karşı sabırlıyım	1	2	3	4
15.	Somurtur ya da surat asarım	1	2	3	4

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen Her Zaman
ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...					
16.	İnsanlardan uzak dururum	1	2	3	4
17.	Başkalarına iğneli sözler söylerim	1	2	3	4
18.	Soğukkanlılığımı korurum	1	2	3	4
19.	Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım	1	2	3	4
20.	İçin için köpürürüm ama göstermem	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen Her Zaman
21.	Davranışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
22.	Başkalarıyla tartışırım	1	2	3	4
23.	İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim	1	2	3	4
24.	Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım	1	2	3	4
25.	Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen Her Zaman
26.	Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm	1	2	3	4
27.	Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir	1	2	3	4
28.	Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim	1	2	3	4
29.	Kötü şeyler söylerim	1	2	3	4
30.	Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen Her Zaman
31.	İçimden, insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim	1	2	3	4
32.	Sinirlerime hakim olamam	1	2	3	4
33.	Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim	1	2	3	4
34.	Kızgınlık duygularımı kontrol ederim	1	2	3	4

EK 5. Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi

DÜNYA TIP BİRLİĞİ HELSİNKİ BİLDİRGESİ

İnsan Gönüllüleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler
Dünya Tıp Birliği'nin

18. Genel Kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran1964) benimsenmiş,
29. Genel Kurulunda (Tokyo, Japonya, Ekim 1975),
35. Genel Kurulunda (Venedik, İtalya, Ekim 1983),
41. Genel Kurulunda (Hong Kong, Eylül 1989),
48. Genel Kurulunda (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996),
52. Genel Kurulunda (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000)
53. Genel Kurulunda (Washington 2002 - 29. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)
55. Genel Kurulunda (Tokyo 2004 - 30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)
59. Genel Kurulunda (Seul, Ekim 2008) geliştirilmiştir.

A. GİRİŞ

1. Dünya Tıp Birliği, insan gönüllülerinin yer aldığı tıbbi araştırmalarda görev alan hekim ve diğer kişilere rehberlik edecek etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. İnsan gönüllülerini içeren araştırmalara insandan elde edilen kime ait olduğu belli olan materyal ya da veriler de dâhildir.

Bildirgenin bir bütün olarak okunması amaçlanmaktadır ve içerdiği maddeler ilgili bütün diğer maddeler göz önünde bulundurulmadan uygulanmamalıdır.

2. Her ne kadar Bildirge esas olarak hekimlere yönelik olsa da Dünya Tıp Birliği insan gönüllüleri üzerinde yapılan tıbbi araştırmalara katılan diğer kişilerin de bu ilkeleri benimsemesini teşvik etmektedir.

3. Hekimin ödevi, üzerinde tıbbi araştırma yapılanlar da dâhil olmak üzere insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

4. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi “Hastamın sağlığı benim ilk önceliğimdir” cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu “tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın menfaatine göre davranması gerektiğini” duyurur.

5. Tıbbi ilerlemeler, nihai olarak insanlar üzerinde yapılan çalışmaları içermesi gereken araştırmaları temel almaktadır. Tıbbi araştırmalarda yeterince temsil edilmeyen popülasyonlara araştırmaya katılım konusunda uygun erişim sağlanmalıdır.

6. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalarda, araştırma gönüllüsü olan bireyin iyilik hali diğer bütün menfaatlerden önce gelmelidir.

7. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak ve koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Mevcut en iyi girişimler bile güvenilirlik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.

8. Tıbbi uygulamalarda ve tıbbi araştırmalarda birçok girişim riskler ve sorumluluklar içermektedir.

9. Tıbbi araştırma, insana saygıyı teşvik eden, onun haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Bunlar arasında kendi başlarına olur ya da ret veremeyenler ve baskı ve uygunsuz etkiye açık olanlar sayılabilir.

10. Araştırmacılar, insanlar üzerindeki araştırmalar konusunda kendi ülkelerindeki yürürlükte olan etik, yasal ve düzenleyici norm ve standartların yanı sıra geçerli uluslararası norm ve standartları göz önünde bulundurmalıdır. Hiçbir ulusal etik, yasal ve düzenleyici koşul bu bildirmede insan gönüllülerinin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya ortadan kaldırmamalıdır.

B. TÜM TIBBİ ARAŞTIRMALARDA TEMEL İLKELER

11. Tıbbi araştırmalarda insan gönüllülerinin yaşamını, sağlığını, onurunu, bütünlüğünü, kendi hakkında karar verme hakkını, mahremiyetini ve gizliliğini korumak hekimin ödevidir.

12. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalar genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, bilimsel literatür ve ilgili diğer bilgi kaynakları konusunda kapsamlı bilgiyi, yeterli laboratuvar ve uygun olduğunda hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik hali dikkate alınmalıdır.

13. Çevreye zarar verebilecek tıbbi araştırmalar yürütülürken yeterli özen gösterilmelidir.

14. İnsan gönüllüleri üzerinde yapılacak her bir araştırma çalışmasının tasarım ve performansı çalışma protokolünde açık bir şekilde tanımlanmalıdır. Protokol, dikkate alınan etik mülahalalara ilişkin bir beyan içermeli ve bu Bildirmede öngörülen ilkelerin nasıl ele alınacağını belirtmelidir. Protokol finansman, destekleyiciler, kurumsal bağlar, diğer potansiyel çıkar çatışmaları, gönüllülere sunulan teşviklere dair bilgileri ve araştırma

çalışmasına katılmalarının bir sonucu olarak zarar gören gönüllülerin tedavi edilmesi ve/veya tazmin edilmesine ilişkin hükümleri içermelidir. Protokol araştırma gönüllülerinin çalışmada yararlı olarak tanımlanmış tedavilere araştırmadan sonra erişimleri veya diğer uygun tedavi veya yararlılara erişimi konusundaki düzenlemeleri tanımlamalıdır.

15. Araştırma protokolü, çalışma başlamadan önce değerlendirme, yorum, rehberlik ve onay için bir araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul araştırmacı, destekleyici veya diğer uygunsuz etkilerden bağımsız olmalıdır. Kurul araştırma deneylerinin yapıldığı ülkenin yasa ve yönetmeliklerinin yanı sıra geçerli uluslararası norm ve standartları dikkate almalı ancak bunlar bu bildirmede insan gönüllülerinin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya ortadan kaldırmamalıdır. Kurulun sürdürülmekte olan çalışmaları izleme hakkı olmalıdır. Araştırmacılar izleme bilgilerini, özellikle de herhangi bir ciddi advers olayla ilgili bilgileri kurula vermelidir. Kurul tarafından değerlendirilmedikçe ve onay verilmedikçe protokolde bir değişiklik yapılamaz.

16. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca, uygun bilimsel eğitim ve niteliklere sahip bireyler tarafından yürütülmelidir. Hastalar veya sağlıklı gönüllüler üzerindeki araştırmalar, yetkin ve uygun niteliklere sahip bir hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanı gözetiminde yapılmalıdır. İnsan gönüllülerini koruma sorumluluğu her zaman hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanına aittir ve olur vermiş olsalar bile asla araştırma gönüllülerine ait değildir.

17. Dezavantajlı veya istismara açık bir popülasyon veya toplum üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca araştırmanın söz konusu popülasyon veya toplumun sağlık gereksinimleri ve önceliklerine yanıt veren bir araştırma olması ve bu popülasyon veya toplumun araştırmanın sonuçlarından yarar görmesi konusunda makul bir olasılık bulunması kaydıyla mazur görülebilir.

18. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma öncesinde araştırmaya katılan popülasyon ve toplumların veya araştırma konusu olan hastalıktan etkilenen diğer birey ve toplumların araştırmadan görecekları yarara kıyasla araştırmanın doğurabileceği tahmini risk ve sorumluluklar dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir.

19. Her klinik çalışma ilk gönüllü çalışmaya dâhil edilmeden önce alenen erişilebilir bir veritabanına kaydedilmelidir.

20. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde baş edilebileceğinden emin olmadıkça insan gönüllüleri üzerindeki araştırma projelerine

katılamazlar. Hekimler, saptanan risklerin yarardan daha fazla olduğunda ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığında araştırmayı derhal sona erdirmelidirler.

21 İnsan gönüllüleri üzerindeki araştırma projeleri, yalnızca, hedeflenen amaçların gönüllüye yaratacağı risk ve rahatsızlıklardan ağır basması durumunda gerçekleştirilmelidir.

22. Ehil bireylerin araştırma gönüllüsü olarak çalışmaya katılımları gönüllü olmalıdır. Her ne kadar aile üyelerine veya toplum önderlerine danışmak uygun olabilse de serbest iradesi ile kabul etmedikçe hiçbir ehil birey bir araştırma çalışmasına dâhil edilemez.

23. Araştırma gönüllülerinin mahremiyetini ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak ve çalışmanın gönüllülerin fiziksel, zihinsel ve sosyal bütünlükleri üzerindeki etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

24. Ehil insanlar üzerindeki bir araştırmada her potansiyel gönüllü benimsenen amaçlar, yöntemler, finansman kaynakları, bütün olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağları, araştırmadan beklenen yararlar ve potansiyel riskleri ve araştırmacının vereceği rahatsızlıklar ve çalışmanın diğer ilgili yönleri hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Potansiyel gönüllü, çalışmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım olurunun geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Potansiyel gönüllülerin spesifik bilgi gereksinimlerinin yanı sıra bilgi verme konusunda kullanılan yöntemlere özel dikkat sarf edilmelidir. Potansiyel gönüllünün bu bilgileri anlamasını sağladıktan sonra hekim veya uygun niteliklere sahip başka bir birey, tercihen yazılı olarak, gönüllünün özgür iradesiyle verilmiş bilgilendirilmiş oluru alması gerekir. Eğer, onay yazılı alınamaz ise yazılı olmayan olur tanık huzurunda resmi olarak kayda geçirilmelidir.

25. Kimliği açığa çıkararak insan malzemesi veya verileri kullanan tıbbi araştırma için hekim, normalde toplama, analiz, saklama ve/veya yeniden kullanım konusunda onay almalıdır. Bu onayın olanaksız olduğu veya söz konusu araştırma için elde edilmesinin pratik olmadığı veya araştırmacının geçerliliğine bir tehdit oluşturacağı durumlar olabilir. Bu durumlarda araştırma yalnızca bir araştırma etik kurulunun değerlendirme ve onayından sonra yapılabilir.

26. Bir araştırma çalışması için bilgilendirilmiş olur alınırken, hekim, kendisiyle gönüllü arasında bir bağımlılık ilişkisi olup olmadığı ya da baskı altında olur verip vermediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda,

bilgilendirilmiş olur araştırmada yer almayan ve tamamen bu konunun dışında olan, konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir hekim tarafından alınmalıdır.

27. Ehil olmayan bir potansiyel araştırma gönüllüsü söz konusu olduğunda hekim yasal olarak yetkili temsilcisinin oluru almalıdır. Araştırmanın potansiyel gönüllüsünün temsil ettiği popülasyonun sağlığını korumayı amaçlaması, araştırmanın ehil kişilerle yapılamaması ve araştırmanın yalnızca asgari ölçüde risk ve yük içermesi söz konusu değilse bu bireyler kendileri için yararlı olma olasılığı olmayan bir araştırma çalışmasına dâhil edilemez.

28. Ehil kabul edilmeyen bir potansiyel gönüllü, araştırmaya katılım kararları konusunda olur verebiliyorsa araştırmacı bu olura ek olarak yasal olarak yetkili temsilcinin de onayına başvurmalıdır. Potansiyel gönüllünün ret kararına saygı duyulmalıdır.

29. Bilinci yerinde olmayan hastalar gibi fiziksel veya zihinsel olarak olur verme yetisi bulunmayan potansiyel araştırma gönüllülerini içeren bir araştırma ancak bilgilendirilmiş olur vermeyi engelleyen fiziksel veya zihinsel koşulun araştırma popülasyonun zorunlu bir karakteristik özelliği olması durumunda yapılabilir. Hekim bu durumlarda yasal olarak yetkili temsilcinin bilgilendirilmiş oluru almalıdır. Eğer söz konusu temsilci mevcut değilse ve araştırma ertelenemiyorsa, bilgilendirilmiş olur vermelerini engelleyen bir durumda olan gönüllüleri araştırmaya dâhil etmenin spesifik nedenlerinin araştırma protokolünde belirtilmiş olması ve bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması kaydıyla araştırma bilgilendirilmiş olur olmadan devam edebilir. Araştırmada kalmaya ilişkin olur gönüllüden ya da yasal olarak yetkili temsilciden mümkün olan en kısa sürede alınmalıdır.

30. Yazar, editör ve yayıncıların tümünün araştırma sonuçlarının yayınlanmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Yazarların insan gönüllüler üzerinde yürüttükleri çalışmanın sonuçlarını alenileştirme görevi bulunmaktadır ve raporlarının doğru ve eksiksiz olmasından sorumludurlar. Kabul edilmiş etik raporlama yönergelerine bağlı kalmalıdır. Negatif ve yetersiz ve bunun yanı sıra pozitif sonuçlar yayınlanmalı veya normalde alenileştirilmelidir. Finansman kaynakları, kurumsal bağlar ve çıkar çatışmaları yayında beyan edilmelidir. Bu bildirmede yer alan ilkelere uymayan araştırma bildirimleri yayına kabul edilmemelidir.

C. TIBBİ BAKIMLA BİRLEŞİK TIBBİ ARAŞTIRMALARA İLİŞKİN EK İLKELER

31. Hekim, araştırmayı ancak potansiyel koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici değerleri yönünden haklı bulunabildiği ölçüde ve araştırma çalışmasına katılımın araştırma gönüllüsü olacak hastaların sağlığını olumsuz etkilemeyeceğine inanmak için iyi nedenleri olması durumunda tıbbi araştırma ile tıbbi bakımı birleştirebilir.

32. Yeni bir yöntemin yararları, riskleri, rahatsızlık ve etkilerinin aşağıdaki durumlar hariç olmak üzere kullanılmakta olan en iyi yöntemle karşılaştırarak denenmesi gerekir.

- Mevcut kanıtlanmış tedavinin olmadığı durumlarda plasebo veya tedavi yapılmaması kabul edilebilir; veya
- İkna edici ve bilimsel olarak geçerli nedenlerden ötürü bir yöntemin etkinliği veya güvenliliğini tespit etmek için plasebo kullanımının gerekli olması ve plasebo alan veya tedavi edilmeyen hastaların herhangi bir ciddi veya geri dönüşü olmayan zarara uğrama riski olmaması. Bu seçeneğin istismar edilmesinden kaçınmak için büyük dikkat sarf edilmelidir.

33. Çalışmanın sonunda çalışmaya katılan her hastanın çalışmanın sonuçları konusunda bilgilendirilme ve çalışmanın sonucu olan bütün yararları paylaşma, örneğin çalışmada yararlı olarak tanımlanan yöntemlere veya diğer uygun tedavi ve yararlarla erişim hakkı vardır.

34. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi veya hastanın çalışmadan çekilme kararı alması asla hekim-hasta ilişkisini etkilememelidir.

35. Bir hastanın tedavisinde kanıtlanmış yöntemler mevcut değilse ya da etkin değilse, hekim hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme konusunda işe yarayacağı kanısında ise uzman görüşüne başvurmak ve hastadan veya yasal olarak yetkili temsilcisinden bilgilendirilmiş olur almak kaydıyla kanıtlanmamış bir yöntemi kullanabilir. Mümkün olduğunda, bu yöntemin, güvenilirlik ve etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmış araştırmanın nesnesi yapılması gerekir. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli ve uygun olduğunda yayımlanmalıdır.

EK 6 . Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Bu çalışma **OSMANİYE DEVLET HASTANESİNE BAŞVURAN TİP-2 DİYABETLİ HASTALARDA, FİZİKSEL AKTİVİTENİN METABOLİK KONTROL DEĞİŞKENLERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ** amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma çerçevesinde araştırmacılar tarafından size sorulan soruları cevaplamanız istenecek ve veri toplama formuna kaydedilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırmada kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da çalışmayı kabul ettikten sonra reddetme hakkına sahipsiniz.

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

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi:

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

TC.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tez İntihal Raporu Uygulama Esasları

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez İntihal Raporu Uygulama Esasları, 25/12/2014 tarihli YÖK Genel Kurul toplantısında görüşülerek karara bağlanmış olan “Lisansüstü Programların Açılması ve Yürütülmesine Dair İlkeler”e dayanılarak hazırlanmıştır.

Tez İntihal Raporu, Üniversitemiz Kütüphane ve Dokümantasyon Müdürlüğü tarafından kullanıma sunulan TURNİTİN programı üzerinden alınır. İntihal programı kadrolu öğretim üyelerimizin kullanımına açıktır. Tez danışmanı öğretim üyesi TURNİTİN İntihal programına üye olmalı ve danışmanlıklarında sürdürülen tezlerin intihal raporunu almalıdır. Bu rapor, öğrenci ve danışman tarafından imzalanarak teziyle birlikte sunması için öğrenciye iletir.

Tez İntihal Raporu tezin yalnızca Kapak, Giriş, Genel Bilgiler ve Diğer Ana Bölümler ile Sonuç-Öneriler bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak programa yüklenmesi ile alınır. Programa yükleme yapılırken Başlık (document title) olarak tez başlığı, Yazar Adı (author’s first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author’s last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

İntihal raporu alınırken intihal programının filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır:

- Kaynakça hariç (Bibliography excluded)
- Alıntılar dahil (Quotes included)
- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- Program menüsünde bulunan diğer filtreleme seçenekleri raporlamaya dahil edilmez.

Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, tezin tam başlığı ve öğrencinin ad-soyad bilgisi ile dosyanın toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde ekran görüntüsü elektronik olarak kaydedilerek çıktısı alınır. İntihal programı tarafından yapılan raporlama işlemi sonrasında kaydedilmiş olan ekran görüntüsünde yüzdelik sayı olarak belirtilen “benzerlik oranı” belirtilerek Tez İntihal Raporu oluşturulur (Tez İntihal Raporu Formu). İntihal programı tarafından yapılan raporlama işlemi sonrasında alınan raporda benzerlik oranının alıntılar dahil %30’u geçmesi halinde öğrenci/danışman, açıklamalar kısmında bu durumun nedenini gerekçeleriyle birlikte belirtmek zorundadır.

Tez intihal raporunda benzerlik oranının alıntılar dahil %30’un altında olması, tek başına tezde intihal olmadığı anlamına gelmez. Benzerlik oranı bu oranların altında olsa bile, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu ve Tez Yazım Kılavuzundaki gerekli atıf ve alıntı usullerine uyulması gerekmektedir. Bu kurallara uyulmaması halinde bundan doğacak sorumluluk öğrenci ve danışmanına aittir.

Tez savunmasına girecek öğrenciler, **tez intihal raporu formunu tez savunmasından önce teziyle birlikte** Enstitüye teslim eder. Öğrenci tez intihal raporu formunun Enstitü Müdürü tarafından raporun aslı görülerek onaylanmış bir örneğini tez savunma jüri üyelerine de ulaştırır.

Tezin uzatma alması ve/veya kapsamlı değişiklik içermesi durumunda intihal raporunun yeniden oluşturularak Enstitü’ye ve Jüri üyelerine tekrar iletilmesi gerekir.

Başarılı bulunan tezlerin intihal raporlarının birer kopyası Enstitü’de arşivlenir.

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

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih:18/05/2017

Tez Başlığı / Konusu: Tip 2 Diyabetli Bireylerde Öfke Düzeyi Ve Öfke Tarzının Metabolik Kontrol Değişkenlerine Etkisinin İncelenmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 99 sayfalık kısmına ilişkin, 18/05/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından TURNİTİN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı alıntılar dahil % 14'tür. (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.

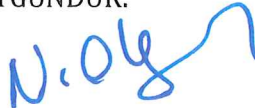
Gereğini saygılarımla arz ederim.

18.05.2017

Adı Soyadı: Muhammed Emin BUTEKİN
Öğrenci No: 154101020
Anabilim Dalı: Hemşirelik
Programı: Yüksek Lisans
Statüsü: Y.Lisans Doktora

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.



Prof. Dr. Nermin OLGUN

ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ BİLGİLERİ

1. Kişisel Bilgiler

Adı	Muhammed Emin	Soyadı	BUTEKİN
Doğum Yeri	Kozluk	Doğum Tarihi	02.07.1988
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	34247350840
E-posta	meb3437@hotmail.com	Telefon (iş) Cep	0506 993 13 75

2.Eğitim Bilgileri

Derece	Bölüm/Program	Üniversitesi	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Siirt Üniversitesi	2008-2012
Y.Lisans	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2015-2017

3. İş deneyimi

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yılı
Yoğun Bakım Hemşiresi	Özel Batman Yaşam Hastanesi	07/2012-01/2013
Hemşire	Siirt Kamu Hastaneler Birliği Kurtalan Devlet Hastanesi	01/2013-10/2016
Hemşire	Batman Kamu Hastaneleri Birliği Batman Bölge Devlet Hastanesi	10/2016-....

4. Yabancı Dil: İngilizce (orta derece)