



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**TİP II DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET BELİRTİLERİ
KONTROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NADİRE ŞAHİN

ARALIK, 2017

MUĞLA



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TIP II DİYABETLİ HASTALARDA DİYABET BELİRTİLERİ KONTROLÜ

NADİRE ŞAHİN

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 15.12.2017

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 14.12.2017

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Güleğün TÜRK

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

EKİM, 2017

MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün ^{21/11}----/2017 tarih ve ^{97:5} sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, **Hemşirelik** Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Nadire ŞAHİN ın “**Tip II Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü**” adlı tezini incelemiş ve aday tarihinde saat jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra **90** dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine **Oy Birliği** ile karar verildi.



Yrd. Doç. Dr. Fatma Birgili
Tez Danışmanı

Üye

Doç. Dr. Güleğün TÜRK



Yrd. Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN


YEMİN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Tip II Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

14.12/2017

NADIRE ŞAHİN

N. Şahin

TEZİN YAZILDIĞI DİL: TÜRKÇE	TEZİN SAYFA SAYISI: ---
TEZİN KONULARI:	
1. Diabetes Mellitus 2. Tip II Diyabetes Mellitus 3. Diyabet Belirtileri	
TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:	
1. Tip II Diyabet 2. diyabet belirtileri 3. belirti kontrolü 4. Hasta 5.hemşirelik bakımı	
İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:	
1. Type II diabetes 2. symptoms of diabetes 3. control of symptoms 4. patient 5. nursing care	
1- Tezinden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum	()
2- Tezinden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir	(X)
3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir	()
Yazarın İmzası :	Tarih : 14/12/2017
	

ÖZET

Konu: Tip II Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü

Amaç: Bu araştırma Tip II Diyabetli hastalarda, ortaya çıkan diyabet belirtileri ve bu diyabet belirtilerinden rahatsız olma durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Muğla'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 10 Ağustos 2016 – 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evreni Dahiliye servisinde yatmakta olan 670 hastadan oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim engeli olmayan 25-84 yaş aralığındaki 213 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu ve 'Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği (DSC-R)' kullanılmıştır. Veriler, hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile 15-20 dakikada toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi hazır paket programla SPSS 22.0 ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %56.3'ü kadın, %36.2'si 40-54 yaş grubunda, %50.2'si ev hanımı, %36.6'sı 1-5 yıldır Tip II Diyabet oldukları ve %67.6'sı insülin-oral antidiyabetik (OAD)-diyet tedavisi aldıkları belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 57.24 ± 12.99 olup, cinsiyeti, meslekleri ve kullandıkları tedavi ile DSC-R toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan Diyabetes Mellituslu kadınlarda (%56.3) en sık görülen diyabet belirtisi ağız kuruluğu (%79.2), erkeklerde (%43.7) ise en sık görülen diyabet belirtisi sık idrara çıkmadır (%73.1). En az görülen diyabet belirtisi ise; kadınlarda %98.3, erkeklerde %97.8 oranında görmede ani bozulma olarak saptanmıştır. Kadın ve erkek hastalarda en sık görülen belirtiler (ağız kuruluğu ve sık idrara çıkma) hiperglisemi alt boyutunda yer almakta olup, en az görülen diyabet belirtisi ise oftalmoloji alt boyutunda (görmede ani bozulma) yer almaktadır. Memur/ işçi hasta grubunda çabuk sinirlenme %52.0 oranında, Tip II diyabet tanısı 1-5 yıl arasında olan hastalarda %79.48 oranında ağız kuruluğu mevcut olup, 11-15 yıl arasında olan hastalarda en çok görülen diyabet belirtisi halsizliktir. Kullanılan tedaviye göre diyabet belirtilerinin görülme durumu karşılaştırıldığında OAD/diyet kullanan

hastalarda en çok görülen diyabet belirtisi (%65.11) halsizlik, insülin kullanan hastalarda en çok görülen diyabet belirtisi (% 87.5) sık idrara çıkma, insülin/diyet/OAD kullanan hastalarda en sık görülen diyabet belirtisi (%76.38) ağız kuruluğudur. Hastaların kullandıkları tedavi ile DSC-R ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan belirtiler; halsizlik, yürürken baldırlarda ağrı, uyku hali sersemlik, ellerde uyuşma/his kaybı, gün içinde bitkinlikte artma, göğüs veya kalp bölgesinde ağrı, gündüzleri bacakta yanma şeklinde ağrı, ellerde ve parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların diyabet belirtilerinden algılanan rahatsızlıkları orta düzeyde olup, ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.821 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırmaya katılan genç ve ev hanımı olan hastalarda diyabet belirtilerin daha fazla görülmesine rağmen erkek hastaların diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları saptanmıştır. En sık görülen diyabet belirtileri arasında ağız kuruluğu, halsizlik, sık idrara çıkma gibi belirtiler yer almaktadır. Diyabetli bireyin sorumluluğu kendi yaşamında, seçimlerinde ve düşüncelerinde kontrolü sağlamasıdır. Sağlık profesyonellerinin rolü, bireyin hayatındaki riskler ve değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmasını, bunları anlamasını ve uygulamasını sağlamaktır. Hemşirelerin; eğitim, danışmanlık bilgi ve becerilerini kullanarak, DM’li bireylere, aile bireyelerine ve yakınlarına DM’nin önlenmesi ve yönetilmesi konularında temel bilgi ve yaşamsal becerileri kazandırılması sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tip II diyabet, diyabet belirtileri, belirtilerin kontrolü, hasta, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Topic: Control of Diabetes Symptoms in Type II Diabetics

Purpose: This study was designed to identify patients with type II diabetes who have diabetes manifestations and are uncomfortable with these diabetic symptoms.

Tools and Method: The research was carried out at Muğla Training and Research Hospital between 10 August 2016 and 30 May 2017. The universe of the study is comprised of 670 patients hospitalized in the Medical unit. The sample of the study consisted of 213 patients who agreed to participate in the study and who were in the 25-84 age range. As the data collection tool, the questionnaire form developed by the researcher through a literature review and "Diabetes Symptom Checklist (DSC-R)" were used. The data were collected in 15-20 minutes with face-to-face interview techniques. The data were analyzed in SPSS 22.0 program package.

Findings: Of the participating patients, 56.3% are females, 36.2% are in the age group of 40-54, 50.2% are housewives, 36.6% have been Type II Diabetes for 1-5 years and 67.6% have been receiving insulin-oral anti-diabetic-diet treatment. The mean age of the participants is 57.24 ± 12.99 and it was found that there is a significant correlation between their gender, professions and treatments and DSC-R total score mean ($p < 0.05$).

Among the participating females with Type II Diabetes Mellitus, the most commonly seen symptom of diabetes is dryness of the mouth (79.2%) and among the males, it is thiamuria (73.1%). The least frequently observed symptom of diabetes is sudden distortion of vision (females 98.3%, males 97.8%). The most common manifestations in the male and female patients are the hyperglycemia subtype (mouth instability and frequent urination), and the least common sign of diabetes is in the ophthalmology subdimension (sudden deterioration of vision). As for the professions of the patients, in the group of civil servant/worker patients, the ratio of observing the symptom of getting suddenly angry is 52.0%, among the patients having diabetes for 1-5 years, the most common symptom is dryness of the mouth (79.48%) and among the patients having diabetes for 11-15 years, the most common observed symptom is fatigue. When the frequencies of diabetes symptoms were compared according to the treatment received, it was found that the most frequent symptom of diabetes seen in the patients receiving the treatment of anti-diabetes/diet is fatigue (65.11%), in the

patients using insulin, it is thauria (87.5%), in the patients receiving the treatment of insulin/diet/oral anti-diabetes, it is dryness of the mouth (76.38%). There was a statistically significant relationship between the treatment used by the patients and the DSC-R averages. These indications; are fatigue, ache in the calf while walking, dizziness, paresthesia , in hands/loss of sense, increasing fatigue over the day, ache in chest and heart, ache in the form of burning in legs in the day, pins and needles in hands and fingers ($p < 0.05$).

The discomfort felt due to symptoms in diabetes patients is at the medium level and the Cronbach alpha value of the scale was calculated to be 0.821.

Results: Whereas the symptoms of diabetes are more seen in young and housewife patients, men patients feel more disturbed from the symptoms of diabetes. Among the most frequently observed symptoms of diabetes are dryness of the mouth, fatigue and thauria. The responsibility of the diabetic individual is to control in his or her life, choices and considerations. The role of health professionals is to make them aware of and apply the risks and changes in their lives. Nurses; training and counseling knowledge and skills will be provided to acquire basic knowledge and vital skills in the prevention and management of DMs, individuals with DMs, family members and their relatives.

Key Words: Type II diabetes, symptoms of diabetes, control of symptoms, patient, nursing care.

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden yüksek lisans eğitim dönemimin sonuna kadar gerek bilimsel faaliyetlerimin gerekse tez çalışmamın tüm aşamalarında değerli bilgi birikimini büyük bir özveri ile paylaşan, sonsuz desteğini ve yardımlarını asla esirgemeyen Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü öğretim üyesi çok değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ' ye,

Tezime önerdiği yol gösterici yorumlarından dolayı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Gülgün TÜRK'e ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN'a,

Tezimin veri toplama çalışmaları sürecinde verdiği desteklerden dolayı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesine,

Tezimin istatistiksel analizinde görüş ve önerileriyle önemli katkı sağlayan Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İstatistik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Atilla GÖKTAŞ' a

Veri toplama çalışmalarının yapılmasındaki katkılarından dolayı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye servisinde araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara,

Eğitimimin yanı sıra hayatımın her bir anında, her konuda, eşsiz ve sonsuz desteklerini hep yanımda hissettiren başta EŞİM olmak üzere, annem, babam ve kardeşlerime çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

KABUL VE ONAY	i
YEMİN	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Konusu ve Amacı	1
1.2.Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Diabetes Mellitus Tanımı	7
2.2. Diabetes Mellitus un Tarihçesi	7
2.3. Diabetes Mellitus un Tanı ve Sınıflaması	8
2.3.1. HgA1C Ölçümü	9
2.4. Diyabette Risk Faktörleri	9
2.5. Pre-Diyabet	10
2.6. Tip I Diyabet	10
2.7. Tip II Diyabet	11
2.8. Gestasyonel Diyabet	11
2.9. Diğer Diyabet Tipleri	12
2.10. Diyabette Tedavi	12
2.10.1. Oral Anti-diyabetik Tedavi	13
2.10.2. İnsülin Tedavisi	13
2.10.3. İnsülin ve Etkileri	14
2.11. Diyabetin Komplikasyonları	15
2.11.1. Diyabetin Akut Komplikasyonları	15
2.11.1.1. Diyabetik Ketoasidoz	15
2.11.1.2. Hiperglisemik Hiperosmolar Durum	16

2.11.1.3. Laktik Asidoz	17
2.11.1.4. Hipoglisemi	17
2.11.2. Diyabetin Kronik Komplikasyonları	17
2.11.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar	18
2.11.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar	19
2.11.2.2.1. Diyabetik Retinopati	20
2.11.2.2.2. Diyabetik Nefropati	20
2.11.2.2.3. Diyabetik Nöropati	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	21
3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Anket Formu (Tip II Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü Konulu Hasta Tanılama Formu)	22
3.4.2. Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği	22
3.5. Araştırmanın Uygulanması	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	23
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8. Araştırmanın Etiği	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine ve Hastalığa İlişkin Bulgular	26
4.2. DSCR Ölçeğine İlişkin Bulgular	26
5. TARTIŞMA	
5.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine ve Hastalığa İlişkin Bulguların İncelenmesi	29
5.2. ‘Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği’nin Ortalamalarına Göre Bulguların Önemlilik Durumlarının İncelenmesi	29
5.3. ‘Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği’ ne Verilen Yanıtlara İlişkin	30

Bulguların İncelenmesi

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	65
EKLER	
Ek 1-Anket Formu	74
Ek 2-Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği	75
Ek 3- Etik Kurul İzni	90
Ek 4-Kamu Hastaneler Birliği Anket Uygulama İzni	91
Ek 5-Bilgilendirilmiş Onam Formu	92
EK 6- Özgeçmiş	93

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa no
Tablo 1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	37
Tablo 2 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DSC-R Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Tablo 3 Hastaların DSC-R Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Değeri	41
Tablo 4 Hastaların DSC-R Ölçeğine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	42
Tablo 5 Cinsiyete Göre Diyabet Belirtilerinin Görülme Durumları	44
Tablo 6 Yaş Gruplarına Göre Diyabet Belirtilerinin Görülme Durumlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 7 Mesleğe Göre Diyabet Belirtilerinin Görülme Durumları	48
Tablo 8 Tanı Süresine Göre Diyabet Belirtilerinin Görülme Durumlarının İncelenmesi	51
Tablo 9 Kullanılan Tedaviye Göre Diyabet Belirtilerinin Görülme Durumu	53

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DM: Diyabetes Mellitus

IDF: Uluslar arası Diyabet Federasyonu

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar
Prevelans Çalışması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BGT: Bozulmuş Glikoz Toleransı

TİP II DM: Tip II Diyabetes Mellitus

ADA: Amerikan Diyabet Birliği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

NGT: Normal Glikoz Toleransı

BGT: Bozulmuş Glikoz Toleransı

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

OAD: Oral Antidiyabetik

DKA: Diyabetik Ketoasidoz

SVH: Serebrovasküler Hastalık

1.GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

Diyabet günümüz dünyasında en önemli sağlık sorunlarından biri olarak yerini almıştır. Dünyada diyabet, sağlık bakım gereksinimini arttırmakta ve pandemik hale gelmektedir (Sigurdardóttir, 2005). Dünya genelindeki artışla birlikte ülkemizde de hem görülme sıklığı hem de hasta sayısı hızla artmaktadır. Bulaşıcı olmadığı halde salgın yapan bu hastalık tüm dünya ülkelerinde genellikle erişkin yaş grubunu etkilemektedir (Coşansu, 2015). Modern toplumlarda da başlıca sağlık sorunlarından biri olan diyabetten Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF)'nin yayınladığı Diyabet Atlasına göre 382 milyon kişi etkilenmektedir (Ana Spasic, 2014) ve 2035 yılına kadar bu rakamın 592 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. IDF tarafından Türkiye hakkında yayınlanan güncel verilere göre Türkiye' de 20-79 yaş arası 7 milyon nüfusun diyabet hastası olarak yer aldığı, bu rakamın da yaklaşık olarak yetişkin nüfusun % 15'ini kapsadığı bilinmektedir (Uluslararası Diyabet Liderleri Zirvesi 2013, Barengo,et al., 2015). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması (TURDEP) II çalışma sonuçlarına göre Türkiye' de diyabet tanısı konanların %45.3'ü 40-59 yaş arasında yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre nüfusun %11'i 65 yaş ve üzeri olduğu bu oran içinde de diyabet prevelansının da %34.8 olduğu belirlenmiştir (Uluslararası Diyabet Liderleri Zirvesi, 2013). TURDEP çalışma sonuçları incelendiğinde; ülkemizde diyabet (Tip II) prevelansı % 7.2 olarak bulunmuştur (Ceylan, 2013; Çıtıl ve ark., 2010). Diyabetli bireylerin %80' inden fazlası Tip II diyabetlidir. Bozulmuş glikoz toleransı(BGT) prevelansı da %6.7'dir. 2007/08 yılı diyabet prevelansı 35 yaş üstü bireyler için % 11.3 olarak bulunmuştur (Kara, 2011).

Diyabetes Mellitus (DM) pankreastan salınan insülin üretiminin yetersizliği, yokluğu ya da etkisizliği sonucu gelişen, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarındaki bozukluklarla birlikte kronik hiperglisemiye yol açan ve metabolik etkileri olan bir hastalıktır (Kartal ve ark., 2014; Akın, 2011; Vermeire et al., 2009; Bahalı ve ark., 2014; Brar &Sethi, 2015; Ceylan, 2013; Çallı, 2014; ADA, 2014). İnsülin glikozun vücut hücre ve dokuları tarafından depolanarak kan şekerinin düşmesini sağlar (Ulusal Diyabet Liderler Zirvesi, 2013). İnsülinin yeterli

üretilememesi ya da dokularda etkin bir şekilde kullanılmaması sonucu kan şekeri yükselir (Akın, 2013). Kan şekerinin yükselmesi sonucu hiperglisemi meydana gelir. Kontrol edilemeyen kan şekeri, diyabetin temel sorununu oluşturmaktadır (Sürücü, 2014). Hiperglisemi uzun dönem kontrol altına alınmazsa, çeşitli organlarda fonksiyon bozukluğu ya da yetmezliği ile ilişkili sorunlar ortaya çıkabilir (İzgi, 2014). Hipergliseminin kontrolü sağlanamadığında, ortaya çıkan bu komplikasyonlar, diyabetin kronik komplikasyonları olarak kabul edilen retinopati, nefropati, periferik ve otonom nöropati gibi mikrovasküler düzeydeki problemlerden kaynaklanan sorunlardan oluşur. Sadece Tip II Diyabete özgü olmayan koroner kalp hastalıkları, periferik damar hastalıkları, serebrovasküler hastalıkların da daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına sebep olabilir (Uçan ve ark., 2007; Turhan, 2007; Çallı, 2014; Ejtahed et al., 2015). Gür ve ark. (2013) çalışmasında DM'lerde %71.5 hipertansiyon, %26 koroner arter hastalığı, %6.5 periferik arter hastalığı, %4 oranında da serebrovasküler hastalık görüldüğü saptanmıştır. DM'nin yarattığı akut ya da kronik komplikasyonlarının önlenmesi için iyi bir glisemik kontrol ve iyi planlanmış hastalık yönetimi söz konusudur (Sezgin ve ark. 2013). Böylelikle hastaların hem yaşam kalitesi hem de yaşam süresi bu hastalıktan olumsuz yönde etkilenir (Arslan, 2011). DM'sun gelişmekte olan ülkelerdeki prevalansı % 2-5 arasında iken, gelişmiş ülkelerde %5-10 arasında değişmektedir (Balkan, 2007).

DM, hastaları hem psikolojik, hem sosyal, hem de biyolojik olarak çok yönlü etkilemektedir (Güçlü ve ark., 2013). DM bazı belirtilerle kendini gösterir. Bu belirtiler klasik ve daha az görülen belirtiler olarak sınıflandırılabilir. Klasik DM belirtileri; poliüri, polidipsi, polifaji, bazen polifaji de içine alır (Gürsoy, 2007; Bayram, 2010). İştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu, noktüri de diyabetin klasik belirtileri arasında yer almaktadır. Daha az görülen DM belirtileri ise; bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, kaşıntıdır (Olgun ve ark., 2011; Bayram, 2010). Bu belirtilerin yanında bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yolu enfeksiyonları, mantar enfeksiyonları, ciltte kuruma, yorgunluk da görülür (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2015). Fakat bu belirtiler DM'de daha zor fark edilen belirtilerdir (Lengerli, 2016). Dünya genelinde diyabet 4. ölüm nedenidir. DM'ye bağlı komplikasyonlar sebebiyle her yıl 3 milyon kişi ölmektedir. Körlük, son dönem

böbrek yetmezliği ve travma dışı amputasyonların gelişmiş toplumlardaki en önemli nedeni diyabettir. Avrupa'da 20 yaş üstü körlük nedenleri arasında birincil neden diyabettir (Olgun ve ark., 2011). Klasik DM'de çok belirgin olarak ortaya çıkmamakta, yıllarca asemptomatik seyredebilmekte, daha çok kronik komplikasyonların görüldüğü sinsi başlangıçlı bir diyabet tipidir ve tüm diyabetlilerin yaklaşık % 90- 95'ini oluşturmaktadır (Yücel, 2014; Lee et al., 2015). Bu durum sağlık bakım ihtiyacını artırmaktadır. DM bakımının asıl amacı iyi yaşam kalitesi, iyi metabolik kontrol ve diyabetin neden olduğu komplikasyonları en aza indirmektir. DM hastalarının %45'i hastalıklarının farkında değildir (Uluslararası Diyabet Liderleri Zirvesi, 2013). Başarılı uzun dönem diyabet yönetimi hastaların hastalığa uyumlarına ve temel patofizyolojik farkındalığına ek olarak, hastaların tedavilerinde aktif rol almasını, yeterli otonomi ve kendi kendine güçlenmeyi içerir (Selvasis et al., 2008).

Dünyada ve Türkiye'de, DM vaka sayısının son yıllarda tahmin edilenden daha hızlı artması, mortalite ve morbiditesinin yüksek olması ve sosyoekonomik yükünün artması nedeniyle en çok çözüm aranan ve üzerinde tartışılan yaygın metabolizma hastalığıdır (Uysal A, 2013). Dünya nüfusunun %6'sı DM hastası olmakla birlikte, hastalığın yalnızca yarısı teşhis edilebilmektedir (Vermeire et al., 2009). DM, hasta kişinin kendi kendine bakım yapabilmesi için çoğunlukla eğitim ve destekle, yaşam boyu davranış değişimine ihtiyaç duyan bir hastalıktır (Paterson et al., 1998). DM'li kişilerin %95'i kendi kendine bakımını ya kendisi ya da aileleri tarafından sağlanmaktadır (Anderson et al., 1995).

DM hastalarının hastalıklarına uyumda hemşirenin, DM'li bireylerin kendi tedavilerini yönetmede çok önemli rolü olduğunu, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapmak ve gelecekteki komplikasyonları önlemede hemşirenin rol oynadığı belirtilmiştir. DM'de glisemik kontrolü sağlamak için, bireylerin istek ve motivasyona sahip olması önem taşımaktadır. Hastaların kan glikoz düzeyini istenen seviyeye getirmek ve sürdürmek için, günlük yaşam aktiviteleriyle ilişkili olan tıbbi uygulamalar, diyet ve egzersizi içeren tedavi programına uyum göstermeleri gerekmektedir. Diyabetli bireyin sorumluluğu kendi yaşamında, seçimlerinde ve düşüncelerinde kontrolü sağlamasıdır. Sağlık profesyonellerinin rolü, bireyin hayatındaki riskler ve değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmasını, bunları anlamasını

ve uygulamasını sağlamaktır (Baykal ve Kapucu, 2015). Hemşirelerin; eğitim, danışmanlık bilgi ve becerilerini kullanarak, DM'li bireylere, aile bireyelerine ve yakınlarına DM'nin önlenmesi ve yönetilmesi konularında temel bilgi ve yaşamsal becerileri kazandırılması sağlanacaktır. Bu nedenle DM tanısı almış hastalarda, ortaya çıkan diyabet belirtileri ve bu diyabet belirtilerinden rahatsız olma durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H-1. DM kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür.

H-2. Diyabet belirtilerinden genel bir bitkinlik /tükenmişlik hissi sık görülen belirtiler arasındadır.

H-3. Diyabet belirtilerinden halsizlik sık görülen belirtiler arasında yer alır.

H-4. Diyabet belirtilerinden halsizlik kadınlarda daha fazla görülmektedir.

H-5. Diyabet belirtilerinin rahatsızlık düzeyleri kadın ve erkek hastalarda farklıdır.

H-6. Diyabet belirtilerinden en sık görülen belirtiler arasında ağız kuruluğu bulunur.

H-7. Ağız kuruluğu kadın ve erkek hastalarda farklı oranlarda görülür.

H-8. Diyabet belirtilerinden en sık görülen belirtiler arasında sık idrara çıkma bulunur.

H-9. Diyabet belirtilerinden gün içinde bitkinlikte artma sık görülen belirtiler arasında yer alır.

H-10. Bulanık görme sık görülen diyabet belirtileri arasında değildir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Diyabetes Mellitus Tanımı

Diyabetes Mellitus insülin üretiminin yetersizliği, yokluğu ya da etkisizliği sonucu gelişen, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarındaki bozukluklarla beraber kronik hiperglisemiye sebep olabilen ve metabolik etkileri de bulunan bir hastalıktır (Kartal ve ark., 2014; Akın, 2011; Vermeire et al., 2009; Bahalı ve ark., 2014; Brar&Sethi, 2015; Ceylan, 2013; Çallı, 2014).

Diyabet kendini bazı belirtilerle gösterir. Bu belirtiler; klasik belirtiler ve daha az görülen belirtiler olmak üzere iki gruba ayrılır. Klasik belirtiler; poliüri, polidipsi, polifaji veya iştahsızlık, çabuk yorulma, halsizlik, ağız kuruluğu, halsizlik, noktüriden oluşmakta iken, daha az görülen belirtiler ise; bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları, kaşıntıdan oluşmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Tanı, Tedavi ve İzlem Rehberi, 2013; Bayram, 2010; Gürsoy, 2007; Olgun Y., 2011; Aslan Ümit, 2004).

2.2.Diyabetes Mellitus'un Tarihçesi

DM ile ilgili en eski kayıtlara Milattan Önce (M.Ö.) 1500'lü yıllarda Mısır'da rastlanmaktadır. Ebers Papirüsleri tarafından diyabet, fazla idrar yapılan ve idrar yolu ile şeker kaybedilen bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Hastalığa Kapadokya'da ilk kez Areateus tarafından 'diabetes' ismi verilmiştir (Akın, 2011). Diyabete farklı kültürlerce farklı isimler verilmiş olup; Mısırlı, Hintli ve Çinlilerce idrara "Lemadhumeha" ballı idrar tanımlaması yapılmıştır. İbn-i Sina 11. yy'da, kaynatılan idrardaki tortuda bal tadını belirlemiştir. Daha sonraları laboratuvar yöntemleri önem kazanmaya başlayınca, 16. yüzyılda "Thomas Willis" idrarda seker tayinini yapmış ve 19.yüzyılda fizyolog "Claude Bernard " kan sekeri ölçümü gerçekleştirmiştir (Başaran, 2008).

Oskar Minkowski ve Josef von Mering Strasburg'da bir köpeğin pankreas bezini çıkararak pankreasın hayati önemini değerlendirmeye çalışmışlardır. Ameliyat sonrasında köpekte susama, çok su içme, sık idrara çıkma ve kilo kaybı gibi diyabet belirtileri geliştiğini gözlemişlerdir. Bu çalışma sonrasında pankreastaki hastalığın diyabete yol açtığını göstermiş ve bu sonuç diyabet çalışmalarının hız kazanmasını

sağlamıştır. James B. Collip ve arkadaşlarının insülini keşfetmeleriyle diyabet tedavisinde yeni bir dönem başlamış ve elde edilen insülinin ilk kez diyabetik bir hastada uygulanması ile o tarihe kadar ölümcül olan diyabet hastalığı tedavi edilebilir hale gelmiştir (Akın, 2011). M.Ö. 600 yılında, Eski Hint Uygarlığında, “Charaksamhira” adlı tıp kitabında, diyabetin yeri üriner hastalıklar arasında bulunmaktadır (Turhan, 2007).

2.3.Diyabetin Tanı ve Sınıflaması

DM tanısını koymak, klasik diyabet belirtileri mevcut ise zor değildir ancak klasik belirtiler hastada görülmezken tanı testlerinin uygulanması ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Akın, 2011). Amerikan Diyabet Birliği (ADA) tanısal kriterlerinden biri saptandığında DM tanısı konulur.

Bu kriterler şunlardır:

- 1.Açlık kan glikozunun (en az 8 saat süren gece açlığını takiben ölçülen) ≥ 126 mg/dl olması (farklı zamanda iki kez ölçülen) (Arslan, 2011),
- 2.Diyabetin klinik semptom ve bulguları olan kişilerde rastlantısal plazma glikozunun (PG) ≥ 200 mg/dl olması,
- 3.HbA1C ≥ 6.5 (glikozillenmiş hemoglobin), (Tanrıverdi ve ark., 2013; Gürsoy, 2007).
- 4.Ağızdan verilen 75 gr’lık glikoz yüklemesini (oral glikoz tolerans testi-OGTT) takiben 2 saat sonraki PG ≥ 200 mg/dl olması,

DM, diyabet semptomlarının (polidipsi (çok su içme), poliüri (çok idrar yapma), polifaji (çok yeme), pruritis (kaşıntı), kilo kaybı, halsizlik, çabuk yorulma gibi) tetkik edilmesiyle, kan şekeri yüksekliğinin saptanmasıyla, riskli gruplara yapılan OGTT ile veya hiperglisemik koma sonucunda tanı konur (Aydoğan, 2005). Diyabet tanısının konması için; açlık plazma glikozunun ≥ 126 mg/dl ölçülmesi, rastlantısal plazma glikozunun 200 mg/dl den büyük ya da eşit ölçülmüş olması, OGTT uygulanan riskli gruplara ikinci saat kan şekerinin 200 mg/dl den büyük ya da eşit çıkması, HgA1C ≥ 6.5 olarak ölçülmesi gerekmektedir (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2015). İdrarda glikoz tayini, kan şekeri tayini, OGTT, insülin tayini gibi çeşitli yöntemler diyabet tanısında kullanılır. En sık kullanılan yöntem açlık kan şekeri tayinidir (Balkan, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Kriterlerine Göre OGTT yorumu (Başaran, 2008).

Kan glikoz düzeyi (venöz plazma) mg/dl	NGT (Normal Glikoz Toleransı)	IGT (Bozulmuş Glikoz Toleransı)	DM (Diyabetik)
Açlık	<110	<140	≥140
Tokluk	<140	140-199	≥200

2.3.1. HbA1C Ölçümü

HbA1C; glikozillenmiş hemoglobin anlamına gelmektedir. HbA1C ölçümleri 3-6 ayda bir yapılmalıdır. Glisemik kontrolü sağlanamayan ve tedavi değişikliği olan hastalarda ölçümlerin 3 ayda bir yapılması önemlidir. Glisemik kontrolü sağlanan ve tedavi hedefine ulaşan hastalarda ise yılda 2 kez yapılabilir. HbA1C ortalama plazma glikozunun güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Atmaca, 2011).

HbA1C' nin Diyabet olmayan erişkinlerdeki değeri %4-6 arasındadır. HbA1C değeri 5.7-6.4 aralığında olan bireylerde diyabet riski yüksek olarak kabul edilmektedir (Gündüz, 2014).

2.4. Diyabette Risk Faktörleri

1. Yaşlılık: Yaşlanma ile diyabet görülme oranı artmaktadır.
2. Genetik faktörler: % 90'lara varan oranlarda monozigot ikizlerde genetik faktörler etkili olmaktadır.
3. Ailesel kümelenme: Diyabetli bireyin birinci derece akrabalarında DM olması riski 2-6 arttırmaktadır.
4. Genetik belirteçler: Kromozom 7, 12, 13, 20 MODY tip DM ile ilişkilidir.
5. Şişmanlık: Obez hastalarda DM riski % 13 daha fazladır.
6. Fiziksel inaktivite: DM görülme riski hareketsiz bir yaşam süren bireylerde 3 kat daha fazladır.
7. Diyet: Ağırıklı olarak yağ ile beslenen ve fakir karbonhidrat alımı olan hastalarda DM daha fazla görülmektedir.
8. Cinsiyet hormonları: DM prevalansının polikistik over sendromu görülen bireylerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır.
9. Alkol ve sigara: Alkol ve sigara kullanan bireylerin DM oranı, kullanmayanlara göre daha yüksektir (Balkan, 2007).

2.5. Pre-Diyabet

Bozulmuş açlık glikozu ve bozulmuş glikoz toleransı pre-diyabet olarak adlandırılmaktadır. Açlık kan glikozu ve OGTT sonuçları açısından kriterleri tam olarak sağlamıyor olsa da bazı hastaların test sonuçlarının normal popülasyondan farklı olduğu gözlenir. Bozulmuş glikoz toleransında diyabet klinik olarak henüz ortaya çıkmamıştır. BGT olan hastalarda ilerleyen 10 yıl içinde diyabet gelişme riski ise % 30 civarında bulunmuştur. Bu dönemin (BGT'nin ortaya çıktığı dönem) klinik olarak DM gelişmeden yaklaşık olarak 2-12 yıl öncesinde ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bozulmuş açlık glikozu ve bozulmuş glikoz toleransının birlikte görüldüğü hastalarda DM gelişme riski normale oranla iki kat daha fazladır (İzgi, 2014). BGT oranı günümüzde %7.9 iken, 2030 yılında yaklaşık olarak %37' lik artış göstererek %8.4' e ulaşacağı tahmin edilmektedir. BGT'li nüfusun bu yüzdeye göre günümüzde tahmini olarak 344 milyon olduğu ve bu değer 2030 yılında 472 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (Çallı, 2014). Diyabet birincil olarak Tip I ve Tip II diyabet olmak üzere ikiye ayrılır (Braret al., 2015).

2.6. Tip I Diyabet

Pankreasın β hücrelerindeki yıkıma bağlı olarak ortaya çıkan diyabet tipidir (Coşansu, 2015; Imagava et al.,2003). Diyabet türleri içerisinde Tip I Diyabet tüm diyabetiklerin %10-15'ini oluşturur. Her yaşta görülebilmesine rağmen, insüline bağımlı diyabet daha çok çocukluk çağında ve ergenlikte görülür (Tahiroğlu ve ark., 2006).

Tip I Diyabet genellikle 35 yaş altında ortaya çıkmakta, 10-15 yaş grubunda daha sık görülmektedir (Olgun ve ark., 2011). Tanı konulurken hastalarda ağız kuruluğu, polidipsi, poliüri, polifaji, kilo kaybı, bulanık görme, yorgunluk ve halsizlik gibi belirtiler mevcuttur ve bu belirtiler hastalığın tipik semptomlarını oluşturmaktadır (Yücel, 2014; Akbudak, 2011).

2.7. Tip II Diyabet

Tip II DM, tanısı konmadan ortalama olarak 9-12 yıl önce başladığı kabul edilen kronik bir hastalıktır (Ersoy ve ark., 2006). Tip II Diyabet prevalansı dünya çapında artmaktadır (Toumeletho et al., 2001). Tip II DM kronik hastalıklar içinde başlıca morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olmakla birlikte, gelişen tedaviye rağmen görülme sıklığı artmaktadır. 2004 yılı Ulusal Hastalık Yüklü Raporuna göre Diyabet ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde ölümlerin %2,2'

sine neden olarak 8. sırada yer almaktadır. Gelecek 30 yıllık dönemde ölüm sayılarında kadınlarda 1.3 kat, erkeklerde 1.4 kat artış beklenmektedir, IDF' nin yayınladığı -Diyabet Atlasına göre, 2010 yılından itibaren Türkiye erişkin (20–79 yaş) nüfusunun Diyabet prevalansının %7.4 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi çalışmasının sonuçlarına göre hastalığın ülkemizde görülme sıklığı %7.2 olup, kadınlarda %8, erkeklerde %6.2'dir. Bu sonuçlara göre Dünya ve Avrupa değerlerine yakın olduğu görülmektedir (Aslan, 2011).

Diyabetli hastaların %80'den fazlasını Tip II diyabetli olup, yaşam tarzı ve çevre hastalığın görülmesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Çayırılı ve ark., 2011; Us, 2007). Yaşam tarzındaki değişimler (hareketin arttırılması, sağlıklı beslenme alışkanlıkları) Tip II Diyabet gelişimini engelleyebilmektedir (Matte & Velokonis, 2014). Tip II diyabet özellikle kardiyovasküler hastalık riski olan kilolu bireylerde ve yaşlılarda hızlı bir biçimde artmaktadır (Igbal et al., 2014). Tip II diyabet 40 yaş ve üzeri gruplarda daha sık görüldüğü için orta ve ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmektedir (Olgun ve ark., 2011). Tip II diyabet hastaların bilinçli olarak yaşamları boyunca düzenli beslenmeleri, düzenli olarak fizik aktivite yapmaları ve ilaçlarını düzenli kullanmaları gereken bir hastalıktır (Yeşilbalkan, 2001).

Tip II Diyabet İçin Risk Faktörleri

1. Hareketsiz yaşam (Düşük fizik aktivite)
2. Artan insülin direnci
3. Yüksek riskli ırktan olma (Ör. Afrika kökenli Amerikalılar, Latin Amerika)
4. Birinci ve İkinci Derece Akrabalarda DM Öyküsü olması (Gürsoy, 2007; Kaur et al., 2014).
5. Alkol ve sigara tüketimi (Mezuket al., 2008)

Tip II Diyabet Belirtileri;

Tip II Diyabet hastalarının %40' ında poliüri-polidipsi-polifaji belirtisi bulunmaz. Tip II diyabette ketoasidoz nadiren gelişmekle birlikte, hastalık genellikle başka bir hastalığın stresi ile ilişkili olarak meydana gelmektedir. Tip II diyabette hiperglisemi yavaş yavaş gelişmekte olup, hastalık yıllarca teşhis edilemeyebilir ve diyabetin semptomları hastanın farkına varacağı kadar ciddi değildir (İzgi, 2014).

Özellikle;

- 1.Yorgunluk,
- 2.Yaraların geç ve güç iyileşmesi,
- 3.Cildin kuruması ve kaşıntılar, kadınlarda genital bölge, erkeklerde saçlı deri, sakal ve kasıklarda kaşıntılar,
- 4.Sık gelişen bakteriyel fronkül ve deri infeksiyonları,
- 5.Ağız kuruluğu ve çok su içme,
- 6.Sık idrar yapma, özellikle geceleyin 2-3 defadan fazla idrar için uyanma (Noktüri),
- 7.Açlık hissi, çok yemek yeme,
- 8.Buna rağmen zayıflama, bulanık görme,
- 9.El ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma,
- 10.Cinsel sorunlar (İzgi, 2014; Olgun ve Yalın, 2011; Bayram, 2010; Aslan, 2004; Karakurt, 2008) hastalığın belirtilerini oluşturmaktadır.

2.8. Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM); daha önce gebede olmayan, ilk kez gebelik sırasında tanısı konmuş olan karbonhidrat intoleransıdır. Gebelerde kan şekeri yüksekliği, gebeliğin yan etkisi olarak ortaya çıkmaktadır (Langer et al., 2000). Gebelerde en sık görülen metabolizma bozukluğu olup, bulunulan topluma, kullanılan tanı testlerine, tarama biçimlerine bağlı olarak tüm gebeliklerin %1-14'ünde görülmektedir (Derya ve ark., 2012).

Gestasyonel diyabette risk faktörleri arasında daha önceki gebeliklerinde GDM öyküsü, obezite, ailede DM öyküsü, daha önceki gebeliklerinde makrozomik bebek, prematür bebek doğurmuş olmak, anomalili bebek, polihidramnios, intrauterin ölü bebek, üç ve daha fazla düşük öyküsü, şimdiki gebeliğinde polihidramnios varlığı, gebelik yaşının ileri olması, glikozüri varlığı, gebelik haftasına göre fetüsün iri olması, önceki gebeliğinde toksemi öyküsü olması gestasyonel diyabette risk faktörlerini oluşturmaktadır (Aksu ve Yurtsev, 2009).

Gestasyonel Diyabetes Mellituslu gebelerde Tip II diyabet gelişme riski ilerleyen on yıl içerisinde %50'dir (Mihmanlı, 2015).

2.9. Diğer Diyabet Tipleri

1. İnsülin Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar
2. Beta Hücre Fonksiyonunda Genetik Bozukluklar

3. Pankreas Hastalıkları
4. Endokrin Hastalıklar
5. İlaçlar ve Diğer Kimyasal Maddeler
6. İnfeksiyonlar (Olgun ve ark., 2011).

2.10. Diyabette Tedavi

İyi bir diyabet bakımının temel bileşenlerini iyi konulmuş bir teşhis, hastaya uygun bir tedavi gerektirir (Lewis & Newell, 2014). Diyabette tedavinin asıl amacı; kan şekeri regülasyonunun sağlanarak metabolik kontrolün sağlanmasıdır (Aslan, 2011). Diyabette tedavide diyet, oral anti diyabetikler (OAD), insülin kullanılmaktadır.

TURDEP I'e göre diyabette hastaların %37'si hiçbir tedavi almamakta, %12.8'i tedavi olarak diyeti kullanmakta, %47.6'sı OAD kullanmakta, %3.8'i insülin kullanmakta, %0.1'i tedavi olarak bitkisel yöntemleri kullanmaktadır. TURDEP II çalışmasına göre, hastaların %9'u hiçbir tedavi kullanmamakta, %33.2'si tedavi olarak diyet kullanmakta, %83.3' ü tedavi olarak OAD kullanmakta, %14.7'si insülin kullanmakta, %1'i de tedavide bitkileri kullanmaktadır (Satman ve ark., 2011). Tip II diyabetli bireylerde, tedavide ilk olarak fizik aktivite, tıbbi beslenme tedavisi(diyet) ve metformin (oral antidiyabetik türevi) kullanımı, bu tedavinin yetersiz kaldığı durumda ikinci basamak tedavilerin (metformin dışı diğer oral anti diyabetik) başlanması, ikinci basamak tedavinin de yetersiz kaldığı durumda da, üçüncü basamak tedavi olarak yoğun insulin tedavisinin verilmesi önerilmektedir (Yılmaz ve ark., 2013).

2.10.1. Oral Antidiyabetik Tedavi

Diyabetes Mellitusta tıbbi beslenme tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği ile kan plazma glikozu düzenlenemediği durumda tedaviye OAD eklenir (Karakurt, 2008; Göksun ve Ayvaz, 2010). OAD ajanlar kan şekerini düzende tutmak için, genel olarak insülin sekresyonunu artırma, insüline duyarlılığı artırma veya karbonhidrat emilimini azaltma yoluyla etki göstererek kan glikozunu düzenlemeye yardımcı olurlar (Ceylan, 2013).

2.10.2. İnsülin Tedavisi

Tedavisinde insülin kullanan hastalara hipogliseminin tanınması, önlenmesi ve tedavisi konusunda bilgi verilmelidir. Doz titrasyonu konusunda hastaların

eğitilmesi gerekir. Kalp yetersizliği olan hastalarda insülin ve glitazonlar birlikte verilmemelidir. İnsülin tedavisi ile ideal kan glikozu düzeyine ulaşılan hastalarda glikoz takibi sürdürülmelidir. Bireylerin %50'sinde hipoglisemik ataklar olabilir ve tekrar insülin doz azaltımı gerekebilir. İki OAD ajan kullanan ve HbA1C değeri tedavi optimizasyonundan 3-6 ay sonra % 7.5 değerinin üzerindeki hastalarda yaklaşım, tedaviye bazal insülin eklenmesi ile sağlanır.

2.10.2.1. İnsülin ve Etkileri

İnsülinler hücrede glikozun yıkımını arttırarak kan glikozunun düşmesini, glikozun glikojene dönüşmesini, yağ hücrelerinin de yağ asitlerine dönüşerek trigliserit halinde depo edilmesini sağlarlar. Diyabet tedavisinde kullanılan insülin tipleri ve etki süreleri aşağıda verilmiştir (Aydoğan, 2005).

İnsülin Tipleri ve Etki Süreleri

İnsülin preparatı	Etki Başlama Süresi	En etkili olduğu süre	Sonlanma süresi
Lispro insülin	5–15 dakika	30–90 dakika	2-4 saat
İnsülin Aspart	15 dakika	1–3 saat	3-5 saat
Regular insülin	30 dakika	2–5 saat	5-8 saat
NPH	1–3 saat	6–12 saat	16-24 saat
Ultralente	4–6 saat	8–20 saat	24-48 saat
Karışım insülinler	30 dakika	2–12 saat	24 saat
Glargine (Lantus)	1.1 saat		24 saat

İnsülin tedavisinde amaç; idrarla glikoz kaybının önlenmesi, hastanın iyilik halinin devamı, diyabetik ketoasidoz ve komplikasyonların ortadan kaldırılması, diyabetin komplikasyonlarının (makrovasküler, mikrovasküler) azaltılması ya da önlenmesidir (Başaran, 2008).

2.11. Diyabet Komplikasyonları

Diyabet hipergliseminin neden olduğu bir grup kronik hastalıktan oluşmaktadır (Fowler, 2008). Birçok ülkede erken ölümlerin en önemli nedenini diyabet ve komplikasyonları oluşurmaktadır. Yaş aralığı olarak 20 ve 79 yaşları

arasındaki 5.1 milyon kişi diyabet nedeniyle hayatını kaybetmiştir ve günümüze bakıldığında her altı saniyede bir kişi diyabetten hayatını kaybetmektedir. Diyabet sebebiyle kaybedilen hastaların % 48' i 60 yaş altı kişilerden oluşmaktadır (İzgi, 2014). Birçok tıropatik araştırma diyabetin uzun dönem komplikasyonlarından olan hipergliseminin komplikasyonlarına ya da kısa dönem komplikasyonlarından olan hipoglisemiye yönelerek araştırmalarında yer vermektedir. Bir diğer konu olan hem Tip I hem de Tip II diyabetli hastalarda kan şekeri kontrolünün yaşam kalitesine, hastanın bilişsel faaliyetlerine etkisi, diyabet semptomlarına etkisinden çok az bahsedilmekte bazen de söz konusu edilmemektedir (Testa et al.,1998).

2.11.1. Diyabetin Akut Komplikasyonları

2.11.1.1.Diyabetik Ketoasidoz:

Diyabetik ketoasidoz (DKA) insülin eksikliğinin yarattığı hiperglisemi sonucunda dehidratasyona ve asidoza neden olan protein, karbohidrat ve yağ metabolizmasındaki değişikliklerle karakterize olan, tedavi edilmezse ölüme varan sonuçlar doğurabilecek bir durumu tanımlar. Diyabetik ketoasidozun birçok farklı nedeni olabilmektedir. En sık görülen nedenleri yeni başlayan tanı konmamış diyabet, enfeksiyon, insülin tedavisinin kesilmesidir. DKA Tip II diyabette seyrek görülse de esas olarak Tip I diyabette görölmektedir. Hiperglisemiye bağlı olarak hastada bulantı, kusma, karın ağrısı, çok idrara çıkma, çok su içme şikayetleriyle başlayan ve komaya kadar gidebilen bir durumdur (Çallı, 2014).

2.11.1.2.Hiperglisemik Hiperosmolar Durum:

Hiperglisemik Hiperosmolar durumda hastada dehidratasyon belirtileri ön planda bulunur. DKA ile benzer özellik gösterir. Kan şekeri çok yükselir (>600mg/dl) (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020). En sık DM hastalarında görölmekle birlikte, kan şekerine düzenli olarak bakmayan diyabeti olduğunu bilmeyen hastalarda da görölmektedir (Çallı, 2014).

2.11.1.3. Laktik Asidoz :

Diyabetli hastaların genellikle başka kronik ve ağır hastalığı olan bireylerde görülen tiptir. Bu durumda dokulara oksijen gidişi azalır (Türkiye Diyabet Programı, 2015-2020).

2.11.1.4.Hipoglisemi:

Hipoglisemi diyabetin ciddi akut komplikasyonlarından biridir (Neupane & Evans, 2015). Oldukça sık karşılaşılan hipoglisemi kan şekerinin ani bir biçimde normalin altına düşmesi sonucu oluşan bir komplikasyondur. Titreme, bulantı, halsizlik, soğuk terleme belirtileri ile hastada kendini gösterir (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020).

2.11.2. Diyabetin Kronik Komplikasyonları

Diyabetin komplikasyonları makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılır. Hastaların hiperglisemi derecesi arttıkça makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyon gelişme riski de artmaktadır (Stratton et al., 2000).

2.11.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar

Büyük damarlarda meydana gelen komplikasyonlar makrovasküler komplikasyonları oluşturmaktadır. Bu komplikasyonlar; koroner arter hastalığı veya sistemik kalp hastalığı, periferik arter hastalığı, myokard infarktüsü, serebrovasküler hastalık (SVH, inme) dan oluşmaktadır (Gündüz, 2014). Diyabetik hastalarda kardiyovasküler hastalıklar en önemli mortalite ve morbidite sebepleri içerisinde yer almaktadır. DM hastalarında özellikle koroner arter hastalıklarına sık rastlanmaktadır. Koroner arter hastalığı riski diyabetiklerde, diyabetik olmayanlara göre 2-4 kat daha yüksek bulunmuştur (Topçu, 2015; Naito & Kasai, 2015). DM'de lipid ve lipoprotein metabolizmasındaki bozulmalar kardiyovasküler risk faktörleri arasında yer almaktadır (Topçu, 2015). Lipid metabolizması sonucunda ortaya çıkan ateroskleroz gelişmiş toplumların ana mortalite ve morbidite sebebi olarak yerini korumaktadır (Kovankaya, 2008). Diyabetik hastalarda aterosklerozun diğer sağlıklı bireylerden daha hızlı gelişmesi sebebiyle makrovasküler komplikasyon gelişimi de bu hastalarda daha fazla görülmektedir (Keskin, 2011).

2.11.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar

2.11.2.2.1. Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, Diyabet hastalarında çok yaygın görülen mikrovasküler komplikasyonlar arasında yer almaktadır (Fowler, 2008).

Diyabetik retinopati diyabetli bireylerde retinal lezyonların varlığı olarak tanımlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde 20-74 yaş arası körlük nedenleri arasında

birinci sırada retinopati yer almaktadır. Retinopati DM'li hastaların %25'inde hastalık gelişmeden önce meydana gelmektedir. Diyabet hastalarının yılda en az bir kez göz kontrollerini yaptırmaları gerekmektedir (Çallı, 2014).

2.11.2.2.2. Diyabetik Nefropati

Tanım olarak diyabetik nefropati diğer tanımlanmış bir böbrek hastalığı olmadığı halde hastanın idrarında sürekli albumin olması ve günde 300 mg' dan fazla albuminin böbreklerden atılmasına denmektedir. Diyabetik nefropati diyabetin kronik komplikasyonları içinde yer alarak artan sayıda hastada son dönem böbrek yetmezliğine sebep olmasından dolayı önemini korumaktadır (Kut ve ark., 2004).

2.11.2.2.3. Diyabetik Nöropati

Diyabet hastalarında hipergliseminin yarattığı periferik sinir dejenerasyonu sonucu diyabetik nöropati meydana gelmektedir (Fowler, 2008).

Diyabetik nöropati diğer periferik nedenleri olmadan, DM sonucunda klinik ve subklinik düzeylerde ortaya çıkabilen periferik sinir tutulumundan oluşur. Tanı konduğunda hastaların %10' nunda bu bulgu mevcut olmakla birlikte zaman arttıkça 20 yılın sonunda bu oran %50'ye ulaşmaktadır (Terzi ve ark., 2004; Boulton ve ark., 2005).

3.GEREÇ – YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Tip II Diyabetli hastalarda ortaya çıkan diyabet belirtileri ve bu diyabet belirtilerinden rahatsız olma durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir devlet hastanesinde 10 Ağustos 2016 – 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup bir devlet hastanesinin dahiliye servisinde yatmakta olan 670 hastadan, gönüllü olan ve iletişim engeli olmayan soruları anlayıp cevap verebilen 213 DM hastanın katılımı ile yapılmıştır.

3.4.Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen kişisel bilgi formu ve ‘Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği’nden oluşan anket formu kullanılmıştır.

3.4.1.Anket Formu (Tip II Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü Konulu Hasta Tanılama Formu)

Anket formu bireye ve hastalığa ilişkin tanıttıcı özellikler yer almaktadır (Ek 1).

Bireye ilişkin özellikler; Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, yaşanan yer, sosyal güvenceye ait toplam 6 sorulardan oluşmaktadır.

Hastalığa ilişkin özellikler; Diyabet tanısının konduğu süre, bireyin kullandığı tedavi, rutin sağlık kontrolüne gelme durumu, hastalık hakkında tıbbi yardım alma durumundan oluşan toplam 4 sorularından oluşmaktadır.

3.4.2. Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği

Ölçek Prof. Dr. Frank J. Snock tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Nurten Terkeş tarafından yapılmıştır.

Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği (Diabetes Symptom Checklist- Revised (DSC-R)) diyabetle ilgili 6 kategoriye ayrılmış, 34 maddelik bir ölçektir (Ek2).

Tablo 3.1. Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği'nin Alt Boyutları

Alt başlıklar Soru numarası

Hipoglisemi 8, 19, 27

Hiperglisemi 12, 16, 23, 32

Kardiyoloji 5, 13, 24, 30

Oftalmoloji 10, 14, 18, 22, 28

Psikoloji 1, 4, 6, 7, 17, 20, 31, 33

Nöroloji 2, 3, 9, 11, 15, 21, 25, 26, 29, 34.

DSC-R'nin 34 maddeden oluşan bir ölçektir. Diyabetli bireyler ilk olarak sorulan sorulara "evet" ya da "hayır" cevaplarını vererek, ölçekte belirtilen her bir semptomu son 4 hafta içinde yaşayıp yaşamadıklarını cevaplarlar. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, diyabetli birey eğer "evet" cevabını verirse 1'den 5'e kadar sıralı 5puanlık ölçek üzerindeki semptomun algılanan rahatsızlık düzeyini seçerek ilerler. Diyabetli bireyin cevabı 'Evet' olduğunda 1= hiç, 2= biraz, 3= orta derecede, 4=çok, 5=aşırı derecede olarak değerlendirilmektedir. Eğer diyabetli birey semptom olmadığını söylüyorsa madde "0" olarak değerlendirilir. Orijinal ölçeğin iç tutarlığının belirlenmesinde Cronbach alfa kullanılmış ve Cronbach alfa değeri 0.70 - 0.90 arasında bulunarak oldukça yeterli olduğu belirlenmiştir (Terkeş, 2012). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.821 olarak bulunmuş ve güvenilir olduğu saptanmıştır.

3.5. Araştırmanın Uygulanması: Araştırma dahiliye servisinde yatmakta olan DM'li hastalarla, klinik sorumlusunun uygun gördüğü zaman aralığında uygulanmıştır. Anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile bire bir hastalara sorularak araştırmacı tarafından yaklaşık 15-20 dakikada doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni diyabet belirtileri olup, araştırmanın bağımsız değişkenlerini hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin veriler oluşturmaktadır.

3.6.1. Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini; diyabet belirtileri (sık idrara çıkma, ağız kuruluğu, halsizlik, ...)

3.6.2. Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; Tip II diyabetli hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, diyabet tanısının konduğu süre oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi hazır paket programla SPSS 22.0 ile yapılmıştır. Elde edilen verilerin yüzde dağılımı alınmış, katılımcıların kişisel ve profesyonel özellikleri ile bazı uygulamaya ilişkin sorular bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Katılımcıların verdikleri yanıtlarla bu özellikler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Ki-kare anlamlılık, faktör analizi, çoklu varyans analizleri One-Way ANOVA testi ve Independent Samples t testi, Kruskal-Wallis Testi, ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiş, $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir. Araştırmada Cronbach alpha değeri 0.821 olarak tespit edilmiştir.

3.8. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Etik Kurulundan Etik Kurul İzni (Ek 3), araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izni (Ek 4) alınmıştır. Anket uygulanmadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan anket uygulama izni (Ek 5) ve hastalardan yazılı ve sözlü onam (Ek 6) alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Dahiliye servisinde yatmakta olan 25-84 yaş aralığında araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim engeli olmayan DM'li hastalarla yapılmıştır. Araştırmaya okuma- yazması olmayan hastaların katılması, diyabet hastalarının servise tekrarlı yatışlarının olması araştırmaya alınabilecek hasta sayısının azalmasına yol açtığı için araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4.BULGULAR

Araştırmaya alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

4.1.Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine ve Hastalığa İlişkin Bulgular

Tablo 1.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=213)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	120	56.3
	Erkek	93	43.7
Yaş	25-39 yaş	19	8.9
	40-54 yaş	77	36.2
	55-69 yaş	71	33.3
	70-84 yaş	46	21.6
Eğitim durumu	Okur - yazar değil	27	12.7
	İlkokul mezunu	124	58.2
	Ortaokul mezunu	24	11.3
	Lise mezunu	27	12.7
	Üniversite mezunu	11	5.2
Mesleği	Ev hanımı	107	50.2
	Emekli	60	28.2
	Memur/işçi	25	11.7
	Serbest meslek	21	9.9
Yaşadığı yer	İl	81	38.0
	İlçe	89	41.8
	Kasaba /Köy	43	20.2
Sosyal güvence	Var	205	96.2
	Yok	8	3.8
Tanı süresi (yıl)	1-5	78	36.6
	6-10	63	29.6
	11-15	37	17.4
	16 yıl ve üzeri	35	16.4
Kullanılan tedavi	Diyet	18	8.5
	Oral Anti-diyabetik /Diyet	43	20.2
	İnsülin /Diyet	8	3.8
	İnsülin, Diyet, Oral Anti-diyabetik	144	67.6
Rutin Sağlık kontrolü	Yaptıranlar	110	51.6
	Yaptırmayanlar	103	48.4
Tıbbi yardım	Alanlar	176	82.6
	Almayanlar	37	17.4
Toplam		213	100.0

Araştırma dahiliye servisinde DM tanısı ile yatmakta olan 213 hastanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların %56.3'ü (n=120) kadın, %43.7'si (n=93) erkek olup, %12.7'si (n=27) okur-yazar değil ve lise mezunu, % 58.2'si (n=124) ise ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı

incelendiğinde; araştırmaya katılanların %50.2'si (n=107) ev hanımı, %28.2'si (n=60) emekli, %11.7'si (n=25) memur/işçi, %9.9'u (n=21) serbest meslek sahibi oldukları saptanmıştır.

Araştırmada hastaların %38'i (n=81) ilde, %41.8'i (n=89) ilçede, % 20.2'si (n=43) kasaba/köyde yaşadıkları, %96.2'si (n=205) sosyal güvenceye sahip oldukları; %36.6'sı (n=78) tanı süresi 1-5 yıl, %29.6'sı (n=63) 6-10 yıl, %17.4'ü (n=37) 11-15 yıl, %16.4'ü (n=35) 16 yıl ve üzerinde DM tanısı ile tedavi gördükleri tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların kullandıkları tedavi incelendiğinde; %8.5'i (n=18) sadece oral antidiyabetik (OAD) , %20.2'si (n= 43) diyet ve OAD, % 67.6'sı (n=144) ise diyet, OADve insülin kullandıkları saptanmıştır. Hastaların % 51.6'sı (n=110) rutin sağlık kontrollerini yaptırmakta olup, %82.6'sı (n=176) hastalıkları hakkında tıbbi yardım aldıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

4.2. DSCR Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DSC-R Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=213)

Tanıtıcı Özellikler		n	%	X±SS	İstatistiksel değerlendirme
Cinsiyet	Kadın	120	56.3	35.86±19.93	t=-2.312 p=0.022
	Erkek	93	43.7	41.98±18.56	
Yaş	25-39 yaş	19	8.9	42.21±20.61	K.W=1.791 p=0.617
	40-54 yaş	77	36.2	40.83±21.27	
	55-69 yaş	71	33.3	38.50±17.50	
	70-84 yaş	46	21.6	36.80±18.47	
Eğitim durumu	Okur - yazar değil	27	12.7	37.77±15.16	K.W=1.115 p=0.892
	İlkokul mezunu	124	58.2	39.19±19.45	
	Ortaokul mezunu	24	11.3	40.87±19.78	
	Lise mezunu	27	12.7	37.14±17.36	
	Üniversite mezunu	11	5.2	46.27±30.62	
Mesleği	Ev hanımı	107	50.2	41.28±19.32	K.W=7.227 p=0.065
	Emekli	60	28.2	33.71±18.24	
	Memur/işçi	25	11.7	43.88±19.39	
	Serbest meslek	21	9.9	39.80±20.54	
Yaşadığı yer	İl	81	38.0	37.77±19.80	K.W=3.265 p=0.195
	İlçe	89	41.8	41.64±19.14	
	Kasaba /Köy	43	20.2	37.37±18.93	
Sosyal güvence	Var	205	96.2	39.46±19.55	Z=-0.538 p=0.591
	Yok	8	3.8	35.37±14.11	
Tanı süresi (yıl)	1-5	78	36.6	40.26±20.70	K.W=2.086 p=0.555
	6-10	63	29.6	37.00±15.43	
	11-15	37	17.4	39.24±23.20	
	16 yıl ve üzeri	35	16.4	41.40±18.64	
Kullanılan tedavi	Diyet	18	8.5	32.66±16.89	K.W=7.820 p=0.050
	Oral Anti-diyabetik /Diyet	43	20.2	34.55±17.60	
	İnsülin	8	3.8	36.75±27.98	
	İnsülin, diyet, oral anti-diyabetik	144	67.6	41.70±19.34	
Rutin Sağlık kontrolü	Yaptıranlar	110	51.6	39.80±18.60	t=0.381 p=0.704
	Yaptırmayanlar	103	48.4	38.78±20.23	
Tıbbi yardım	Alanlar	176	82.6	39.14±19.80	Z=-0.437 p=0.662
	Almayanlar	37	17.4	40.08±17.34	

Araştırmaya katılan hastaların %56.3'ü (n=120) kadınlardan oluşmaktadır. Erkeklerle kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı ($t=-2.312$ $p=0.022$, $p<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin DSC-R toplam puan ortalamaları 41.98 ± 18.56 olup kadınlardan 35.86 ± 19.93 daha yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları belirlenmiştir.

Araştırmada hastalar 25-84 yaş aralığında olup, yaş ortalaması 57.24 ± 12.99 olarak bulunmuştur. Hastaların %36.2'si (n=77) 40-54 yaş grubunda, yaş gruplarına göre DSC-R toplam puan ortalamaları ($F=1.094$, $p=0.322$) arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Araştırmada 25-39 yaş grubunda olan hastaların (42.21 ± 20.61) diğer yaş grubunda olan hastalardan DSC-R toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %58.2'si (n=124) ilkokul mezunu olup DSC-R toplam puan ortalamaları 39.19 ± 19.45 olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumu ile DSC-R toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($K.W=1.115$ $p=0.892$) bulunmamıştır. Üniversite mezunu olan hastaların DSC-R toplam puan ortalamaları (46.27 ± 30.62) diğer gruptaki hastalardan daha yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız olduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hastalar meslek durumuna göre incelendiğinde ise; hastaların meslekleri ile DSC-R toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($K.W=7.227$, $p=0.065$ $p<0.05$). Ancak ev hanımı ile emekli olanlar ($t= 2.475$, $p=0.014$) ile, emekli ve memur/işçi olan gruplar ($Z=-2.152$, $p=0.031$) DSC-R toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların %50.2'si (n=107) ev hanımı olup, DSC-R toplam puan ortalamalarının 41.28 ± 19.32 diğerlerinden yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları tespit edilmiştir.

Araştırmada hastalar yaşadıkları yere göre incelendiğinde % 41.8'inin (n=89) ilçede yaşadığı, hastaların yaşadıkları yere göre DSC-R toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($K.W=3.265$, $p=0.195$) belirlenmiştir. İlçede yaşayanların DSC-R toplam puan ortalamaları 41.64 ± 19.14 olarak bulunmuş olup il ve kasaba/köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %96.2'sinin (n=205) sosyal güvencesi olup, DSC-R toplam puan ortalamaları 39.46 ± 19.55 olarak hesaplanmıştır. Sosyal güvencesi olanlarla olmayanlar arasında DSC-R puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı ($Z=-0.538$, $p=0.591$) fark bulunmamıştır. Sosyal güvencesi olan hastaların (39.46 ± 19.55) sosyal güvencesi olmayanlardan daha yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları tespit edilmiştir.

Araştırmada hastaların %36.6'sının (n=78) tanı süresi 1-5 yıl arasında olan hastalardan oluşmakta olup, DSC-R toplam puan ortalamaları 40.26 ± 20.70 diğer gruplara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tanı süresi ile DSC-R toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($K.W=2.086$, $p=0.555$) fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada hastaların kullandıkları tedavi ile DSC-R toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olup ($K.W=7.82$, $p=0.05$), farkın tedavisinde diyet kullananlar ile tedavisinde diyet, OAD, insülin kullanan gruplar arasında ($Z=-1.906$, $p=0.057$), tedavisinde diyet/OAD kullananlar ile insülin/diyet/OAD kullananlar arasında ($Z=-2.111$, $p=0.035$) olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tedavisinde insülin, diyet, OAD kullananların puan ortalamaları (41.70 ± 19.34) diyet, OAD/diyet ve insülin kullananlardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %51.6'sı (n=110) rutin sağlık kontrolü yaptırmakta olup, DSC-R toplam puan ortalamaları 39.80 ± 18.60 olarak hesaplanmış ve rutin sağlık kontrolü yaptırmayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Rutin sağlık kontrolü yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında DSC-R toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($t=0.381$, $p=0.704$) olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların tıbbi yardım alanların oranı %82.6 (n=176) ve DSC-R toplam puan ortalamaları (39.14 ± 19.80) tıbbi yardım almayanların DSC-R toplam puan ortalamalarından (40.08 ± 17.34) düşük olarak bulunmuştur. Tıbbi yardım alanlar ile tıbbi yardım almayanların DSC-R toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($Z=-0.437$, $p=0.662$) olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3: Hastalarda Görülen Belirtilerin Alt Boyutlara Göre DSC-R Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Değeri (n=213)

Değişken	Minimum	Maksimum	X±SS	Cronbach Alpha
Hipoglisemi	0.00	14.00	3.48±3.78	0.590
Hiperglisemi	0.00	20.00	8.58±5.35	0.677
Kardiyoloji	0.00	10.00	1.91±2.55	0.371
Oftalmoloji	0.00	16.00	3.77±4.03	0.639
Psikoloji	0.00	32.00	11.82±8.33	0.785
Nöroloji	0.00	37.00	10.82±8.77	0.755
Toplam DSC-R	2.00	97.00	39.30 ±19.36	0.821

Araştırmada hastaların DSC-R ölçeğinden aldıkları minimum puan 2.00, maksimum puan 97.00 olup, DSC-R puan ortalaması 39.30±19.36, Cronbach Alpha değeri 0.821 güvenilir olarak hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4: Hastaların DSC-R Ölçeğine Verdikleri Yanıtların Alt Boyutlara Göre Dağılımı (n=213)

Diyabet Belirtileri	n	%	Hayır	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok	Aşırı derecede
Hipoglisemi								
8.Duygusal değişimler	58.2	41.8	124(58.2)	0(0.0)	15(7.0)	33(15.5)	18(8.5)	23(10.8)
19.Yemekten hemen önce sinirlilik hali	71.8	28.2	153(71.8)	0(0.0)	5(2.3)	34(16.0)	19(8.9)	2(0.9)
27.Çabuk sinirlenme	69.0	31.0	147(69.0)	0(0.0)	5(2.3)	33(15.5)	20(9.4)	8(3.8)
Hiperglisemi								
12.Aşırı susama	52.6	47.4	112(52.6)	0(0.0)	3(1.4)	29(13.6)	40(18.8)	29(13.6)
16.Ağız kuruluğu	25.4	74.6	54(25.4)	0(0.0)	30(14.1)	66(31.0)	45(21.1)	18(8.5)
23.Sık idrara çıkma ihtiyacı	32.9	67.1	70(32.9)	0(0.0)	3(1.4)	38(17.8)	76(35.7)	26(12.2)
32.Çok fazla sıvı içme	54.9	45.1	117(54.9)	0(0.0)	6(2.8)	33(15.5)	48(22.5)	9(4.2)
Kardiyoloji								
5.Gece nefes darlığı	77.5	22.5	165(77.5)	1(0.5)	21(9.9)	16(7.5)	9(4.2)	1(0.5)
13.Çarpıntı	78.9	21.1	168(78.9)	4(1.9)	18(8.5)	13(6.1)	10(4.7)	0(0.0)
24.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrı	87.8	12.2	187(87.8)	0(0.0)	12(5.6)	11(5.2)	2(0.9)	1(0.5)
30.Fiziksel aktivite sırasında solunum güçlüğü	85.4	14.6	182(85.4)	0(0.0)	11(5.2)	16(7.5)	4(1.9)	0(0.0)
Oftalmoloji								
10.Gözlük takıldığında geçmeyen bulanık görme	56.3	43.7	120(56.3)	0(0.0)	28(13.1)	43(20.2)	19(8.9)	3(1.4)
14.Görmede bozulma	57.3	42.7	122(57.3)	0(0.0)	29(13.6)	48(22.5)	11(5.2)	3(1.4)
18.Görme alanında siyah noktalar ya da şimşek çakmaları	85.0	15.0	181(85.0)	0(0.0)	7(3.3)	12(5.6)	10(4.7)	3(1.4)
22.Bazen net bazen bulanık görme	74.2	25.8	158(74.2)	2(0.9)	14(6.6)	32(15.0)	7(3.3)	0(0.0)
28.Görmede ani bozulma	98.1	1.9	209(98.1)	1(0.5)	2(0.9)	0(0.0)	1(0.5)	0(0.0)
Psikoloji								
1.Halsizlik	31.5	68.5	67(31.5)	1(0.5)	21(9.9)	31(14.6)	56(26.3)	37(17.4)
4.Genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi	34.7	65.3	74(34.7)	0(0.0)	19(8.9)	45(21.1)	48(22.5)	27(12.7)
6.Uyku hali veya sersemlik	53.5	46.5	114(53.5)	0(0.0)	20(9.4)	27(12.7)	43(20.2)	9(4.2)
7.Bir konuya yoğunlaşmada güçlük	46.0	54	161(75.6)	0(0.0)	13(6.1)	24(11.3)	12(5.6)	3(1.4)
17.Gün içinde bitkinlikte artma	45.5	54.5	98(46.0)	0(0.0)	12(5.6)	44(20.7)	44(20.7)	15(7.0)
20.Sabah uykudan kalktığınızda bitkin hissetme	88.3	11.7	97(45.5)	1(0.5)	9(4.2)	41(19.2)	45(21.1)	20(9.4)
31.Kafada sersemlik hissi(net düşünmede zorluk)	89.7	10.3	188(88.3)	0(0.0)	7(3.3)	10(4.7)	7(3.3)	1(0.5)
33.Dikkati toplamada güçlük	58.2	41.8	191(89.7)	0(0.0)	8(3.8)	4(1.9)	10(4.7)	0(0.0)
Nöroloji								
2.Yürürken baldırlarda ağrı			90(42.3)	0(0.0)	21(9.9)	47(22.1)	43(20.2)	12(5.6)
3.Ayaklarda uyuşma (his kaybı)			114(53.5)	0(0.0)	17(8.0)	36(16.9)	33(15.5)	13(6.1)
9.Ellerde uyuşma/his kaybı			135(63.4)	1(0.5)	27(12.7)	34(16.0)	13(6.1)	3(1.4)
11.Gece kol ve bacaklarda karıncalanma			138(64.8)	1(0.5)	14(6.6)	37(17.4)	22(10.3)	1(0.5)
15.Gece baldırlarda yanma şeklinde ağrı			113(53.1)	2(0.9)	11(5.2)	24(11.3)	39(18.3)	24(11.3)
21.Bacakların diz arkasında kalan bölgede ve ayaklarda ani batıcı ağrılar			(81.7)	0(0.0)	7(3.3)	10(4.7)	11(5.2)	11(5.2)
25.Gündüzleri bacaklarda yanma şeklinde ağrı			141(66.2)	0(0.0)	7(3.3)	19(8.9)	35(16.4)	11(5.2)
26.Ellerde veya parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma			153(71.8)	0(0.0)	9(4.2)	32(15.0)	17(8.0)	2(0.9)
29.Dokunulduğunda bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda farklı bir his duyma			200(93.9)	0(0.0)	3(1.4)	7(3.3)	0(0.0)	3(1.4)
34.Bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma			189(88.7)	0(0.0)	3(1.4)	14(6.6)	4(1.9)	3(1.4)

Araştırmaya katılan 213 hastanın DSC-R'ye verdikleri yanıtlar yukarıdaki tabloda verilmiş olup, 213 hastada en sık görülen belirtiler sırasıyla; ağız kuruluğu %74.6 (n=159), halsizlik %68.5 (n=146)sık idrara çıkma %67.1 (n=143), genel bir bitkinlik/ tükenmişlik hissi %65.3 (n=139), yürürken baldırlarda ağrı %57.7 (n=123), sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme %54.5 (n=116), gün içinde bitkinlikte artma %54 (n=117) olarak sıralanmaktadır. En az görülen diyabet belirtisi ise görmede ani bozulma % 1.9 (n=4) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

En sık görülen belirtiler sırasıyla ölçek alt boyutlarına göre incelendiğinde; ağız kuruluğu, sık idrara çıkma belirtileri hiperglisemi alt boyutunda; halsizlik, genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi, sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme, gün içinde bitkinlikte artma psikoloji alt boyutunda; yürürken baldırlarda ağrı nöroloji alt boyutunda yer almaktadır. En az görülen diyabet belirtisi ise oftalmoloji alt boyutunda yer alan görmede ani bozulmadır.

Tablo 5: Cinsiyete Göre Diyabet Belirtilerinin Görülme Durumları (n=213)

Diyabet belirtileri	Kadın n=120(%56.3)	Erkek (n=93%43.7)	p	X ²
Hipoglisemi				
8.Duygusal değişimler	54(42.5)	35(37.6)	0.272	7.394
19.Yemekten hemen önce sinirlilik hali	29(%24.2)	31(33.3)	0.063	8.647
27.Çabuk sinirlenme	33(27.5)	33(35.5)	0.281	10.071
Hiperlisemi				
12.Aşırı susama	34(45.0)	47(50.5)	0.411	3.652
16.Ağız kuruluğu	95(79.2)	6(68.8)	0.059	7.009
23.Sık idrara çıkma ihtiyacı	75 (62.5)	68(73.1)	0.070	4.750
32.Çok fazla sıvı içme	51(42.5)	45(48.4)	0.374	7.025
Kardiyoloji				
5.Gece nefes darlığı	31(25.8)	17(18.3)	0.276	5.548
13.Çarpıntı	10(25.0)	15(16.1)	0.075	11.918
24.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrı	18 (15.0)	8(8.6)	0.153	6.007
30.Fiziksel aktivite sırasında solunum güçlüğü	21(35.0)	10(10.8)	0.371	5.782
Oftalmoloji				
10.Gözlük takıldığında geçmeyen bulanık görme	39(49.2)	34(36.6)	0.024	6.365
14.Görmede bozulma	60(50.0)	31(33.4)	0.006	8.210
18.Görme alanında siyah noktalar ya da şimşek çakmaları	17(14.2)	15(16.1)	0.924	3.970
22.Bazen net bazen bulanık görme	35 (29.2)	20(21.5)	0.269	2.239
28.Görmede ani bozulma	2(1.7)	2(2.2)	0.664	4.132
Psikoloji				
1.Halsizlik	89(74.8)	57(61.3)	0.038	6.613
4.Genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi	87(72.5)	52(55.9)	0.031	6.716
6.Uyku hali veya sersemlik	59(58.3)	29(31.2)	0.003	20.612
7.Bir konuya yoğunlaşmada güçlük	33(27.5)	19(20.4)	0.157	3.374
17.Gün içinde bitkinlikte artma	71(59.2)	44(47.3)	0.147	9.512
20.Sabah uykudan kalktığınızda bitkin hissetme	73(60.8)	43(46.2)	0.021	6.699
31.Kafada sersemlik hissi (net düşünmede zorluk)	14(11.7)	11(11.8)	0.829	2.510
33.Dikkati toplamada güçlük	16(13.3)	6(6.5)	0.076	7.613
Nöroloji				
2.Yürürken baldırlarda ağrı	72(60.0)	51 (54.8)	0.390	0.381
3.Ayaklarda uyuşma (his kaybı)	57(47.5)	42(45.2)	0.821	4.570
9.Ellerde uyuşma/his kaybı	51(42.5)	27(29.0)	0.016	9.465
11.Gecec kol ve bacaklarda karıncalanma	27(39.2)	28(30.1)	0.222	4.303
15.Gece baldırlarda yanma şeklinde ağrı	59(49.2)	41(44.1)	0.606	8.327
21.Bacakların diz arkasında kalan bölgede ve ayaklarda ani batıcı ağrılar	25(20.8)	14(15.1)	0.615	5.490
25.Gündüzleri bacaklarda yanma şeklinde ağrı	44(36.7)	28(30.1)	0.588	6.266
26.Ellerde ve parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	37(30.8)	23(24.7)	0.170	3.863
29.Dokunulduğunda bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda farklı bir his duyma	8(6.7)	5(5.4)	0.911	2.982
34.Bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	8(15.0)	6(6.5)	0.064	4.071

Araştırmaya katılan DM'li kadın hastalarda (n=120), en sık görülen diyabet belirtisi %79.2 oranında ağız kuruluğu (hiperglisemi alt boyutu), erkeklerde ise (n=93) en sık görülen diyabet belirtisi %73.1 ile sık idrara çıkma (hiperglisemi alt boyutu) olup, hem kadınlarda (%98.3) hem de erkeklerde (%97.8) en az görülen diyabet belirtisi görmede ani bozulma (oftalmoloji alt boyutu) olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre diyabet belirtileri karşılaştırıldığında kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0.05$) fark gösteren belirtiler mevcuttur. Halsizlik kadın ve erkek hastalarda istatistiksel olarak anlamlı ($x^2=6.613$, $p=0.038$) farklılık göstermektedir. Kadınlarda halsizlik oranı erkeklerden daha fazla olup görülme oranı % 74.8'dir. Uyku hali veya sersemlik kadınlarda daha fazla görülürken erkeklerden anlamlı derecede ($x^2=20.612$, $p=0.003$) farklılık göstermektedir. Ellerde uyuşma/his kaybı kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ($x^2=9.465$, $p=0.016$) fark bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda ellerde uyuşma/his kaybı oranı %42.5 oranında görülmektedir. Gözlük takıldığında da geçmeyen bulanık görme kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ($x^2=6.365$, $p=0.024$) farklıdır. Gözlük takıldığında da geçmeyen bulanık görme kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte %49.2 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Anlamlı derecede farklılık gösteren bir diğer diyabet belirtisi de sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme ($x^2=6.699$, $p=0.021$) olup, kadınlarda görülme oranı (%60.8) erkeklere göre daha fazla olarak belirlenmiştir.

Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre Diyabet Belirtilerin Görülme Durumlarının Karşılaştırılması (n=213)

Özellikler	25-39 yaş (n=19%8.9)	40-54 yaş (n=77%36)	55-69 yaş (n=71%33.3)	70-84 yaş (n=46%21.59)	p	X ²
Hipoglisemi						
8.Duygusal değişimler	9 (47.36)	46 (59.74)	21 (29.57)	13 (28.26)	0.001	20.846
19.Yemekten hemen önce sinirlilik hali	4 (21.05)	27 (35.06)	19 (26.76)	10 (2.17)	0.407	9.209
27.Çabuk sinirlenme	9 (47.36)	29 (37.66)	16 (22.53)	12 (26.08)	0.009	19.197
Hiperglisemi						
12.Aşırı susama	9 (47.36)	37 (48.05)	39 (54.92)	16 (34.78)	0.226	10.830
16.Ağız kuruluğu	12 (63.15)	59 (76.62)	54 (76.05)	34 (73.91)	0.436	9.454
23.Sık idrara çıkma ihtiyacı	11 (57.89)	45 (58.44)	55 (77.46)	32 (69.56)	0.104	15.628
32.Çok fazla sıvı içme	10 (5.26)	29 (37.66)	39 (54.92)	18 (39.13)	0.771	13.842
Kardiyoloji						
5.Gece nefes darlığı	3 (15.78)	22 (28.57)	13 (18.30)	10 (21.73)	0.701	14.394
13.Çarpıntı	6 (31.57)	19 (24.67)	13 (18.30)	7 (15.21)	0.499	30.751
24.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrı	4 (21.05)	10 (12.98)	5 (7.04)	7 (15.21)	0.243	11.80
30.Fiziksel aktivite sırasında solunum güçlüğü	2 (10.52)	15 (19.78)	8 (11.26)	6 (13.04)	0.497	9.673
Oftalmoloji						
10.Gözlük takıldığında geçmeyen bulanık görme	8 (42.10)	38 (49.35)	27 (38.028)	20 (43.47)	0.483	12.783
14.Görmede bozulma	7 (36.84)	35 (45.45)	28 (39.43)	21 (45.65)	0.498	14.716
18.Görme alanında siyah noktalar ya da şimşek çakmaları	3 (15.78)	16 (20.77)	9 (12.67)	4 (8.69)	0.220	15.998
22.Bazen net bazen bulanık görme	4 (21.05)	25 (32.46)	15 (21.12)	11 (23.91)	0.406	16.813
28.Görmede ani bozulma	0 (0.0)	3 (3.89)	0 (0.0)	1 (2.17)	0.672	8.994
Psikoloji						
1.Halsizlik	16 (84.21)	49 (63.63)	48 (67.60)	33 (71.73)	0.0665	8.686
4.Genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi	15 (78.94)	50 (64.93)	44 (61.97)	30 (65.21)	0.630	9.225
6.Uyku hali veya sersemlik	10 (52.63)	37 (48.05)	31 (43.66)	21 (45.65)	0.604	11.407
7.Bir konuya yoğunlaşmada güçlük	10 (52.63)	21 (27.27)	13 (18.30)	8 (17.39)	0.004	22.024
17.Gün içinde bitkinlikte artma	8 (42.10)	42 (54.54)	37 (52.11)	28 (60.86)	0.247	9.652
20.Sabah uykudan kalktığınızda bitkin hissetme	11 (57.89)	44 (57.14)	31 (43.66)	30 (65.21)	0.898	24.116
31.Kafada sersemlik hissi(net düşünmede zorluk)	1 (5.26)	13 (16.88)	5 (7.04)	6 (13.04)	0.014	25.241
33.Dikkati toplamada güçlük	5 (26.31)	11 (14.28)	5 (7.04)	1 (2.17)	0.002	13.146
Nöroloji						
2.Yürürken baldırlarda ağrı	15 (78.94)	38 (49.35)	46 (64.78)	24 (52.17)	0.981	16.511
3.Ayaklarda uyuşma (his kaybı)	11 (57.89)	38 (49.35)	28 (39.43)	22 (47.82)	0.360	11.576
9.Ellerde uyuşma/his kaybı	8 (42.10)	27 (35.06)	26 (36.61)	17 (36.95)	0.0590	15.453
11.Gece kol ve bacaklarda karıncalanma	7 (36.84)	28 (36.36)	22 (30.98)	18 (39.13)	0.941	9.995
15.Gece baldırlarda yanma şeklinde ağrı	7(36.84)	33 (42.85)	41 (57.74)	19 (41.30)	0.247	9.652
21.Bacakların diz arkasında kalan bölgede ve ayaklarda ani batıcı ağrılar	3 (15.78)	16 (20.77)	16 (22.53)	4 (8.69)	0.373	11.441
25.Gündüzleri bacaklarda yanma şeklinde ağrı	7 (36.84)	21 (27.27)	31 (43.66)	13 (28.26)	0.940	14.789
26.Ellerde ve parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	3(15.78)	24(31.16)	21(29.57)	12(26.08)	0.444	13.437
29.Dokunulduğunda bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda farklı bir his duyma	0 (0.0)	5 (6.49)	5 (7.04)	3 (6.52)	0.606	7.904
34.Bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	2 (10.52)	15 (19.48)	5 (7.04)	2 (4.34)	0.014	25.241

Araştırmaya 25-39 yaş grubundan 16 hasta, 40-54 yaş grubundan 77 hasta, 55-69 yaş grubunda 71 hasta, 70-84 yaş grubundan 46 hasta katılmıştır. 25-39 yaş grubunda en sık görülen diyabet belirtisi halsizlik (%84.21), 40-54 yaş grubu (76.62) ve 70-84 yaş grubunda (%73.91) en sık görülen diyabet belirtisi ağız kuruluğu, 55-69 yaş grubunda sık idrara çıkma ihtiyacı (%77.46) olarak tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda hastalarda görülen tüm diyabet belirtileri ile yaş grupları karşılaştırıldığında, yaş gruplarına göre anlamlı derecede fark görülen belirtiler; bir konuya yoğunlaşmada güçlük ($x^2=22.024$, $p=0.004$), duygusal değişimler ($x^2=20.846$, $p=0.001$), kafada sersemlik(net düşünmede zorluk) ($x^2=25.241$, $p=0.014$), dikkati toplamada güçlük ($x^2=13.146$, $p=0.002$), bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma ($x^2=25.241$, $p=0.014$) belirtilerinde anlamlı derecede fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tabloda görüldüğü gibi yaş grupları ile diğer diyabet belirtileri karşılaştırıldığında anlamlı derecede fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo7.Mesleğe Göre Diyabet Belirtileri Görülme Durumları (n=213)

Özellikler	Ev hanımı (n=107%50.2)	Emekli (n=60%28.2)	Memur/işçi (n=25%11.7)	Ser.meslek (n=21%9.9)	p	X ²
Hipoglisemi						
8.Duygusal değişimler	49 (45.79)	16 (26.66)	12(48.0)	12(57.14)	0.432	16.575
19.Yemekten hemen önce sinirlilik hali	24(22.42)	16(26.66)	11(44.0)	9(42.85)	0.005	22.591
27.Çabuk sinirlenme	27(25.23)	16(26.66)	13(52.0)	10(47.61)	0.004	19.464
Hiperglisemi						
12.Aşırı susama	46(42.99)	25(41.66)	19(76.0)	11(52.38)	0.060	13.918
16.Ağız kuruluğu	83(77.57)	42(70.0)	20(80.0)	14(66.66)	0.337	24.274
23.Sık idrara çıkma ihtiyacı	67(62.61)	43(71.66)	18(72.0)	15(71.42)	0.112	11.939
32.Çok fazla sıvı içme	48(44.85)	25(41.66)	12(48.0)	11(52.38)	0.546	10.658
Kardiyoloji						
5.Gece nefes darlığı	27 (25.23)	9 (15.0)	9 (36.0)	3 (14.28)	0.601	24.992
13.Çarpıntı	23(21.49)	11(18.33)	4(16.0)	7(33.33)	0.874	28.468
24.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrı	16(14.95)	5(8.33)	3(12.0)	2(9.52)	0.661	15.604
30.Fiziksel aktivite sırasında solunum güçlüğü	19(17.75)	7(11.66)	5(20.0)	0(0.0)	0.222	12.308
Oftalmoloji						
10.Gözlük takıldığında geçmeyen bulanık görme	53(49.53)	21(35.0)	13(52.0)	6(28.57)	0.100	14.332
14.Görmede bozulma	53(49.53)	19(31.66)	11(44.0)	8(38.09)	0.088	11.411
18.Görme alanında siyah noktalar ya da şimşek çakmaları	13(12.14)	7(11.66)	7(28.0)	5(23.80)	0.181	24.816
22.Bazen net bazen bulanık görme	27(25.23)	14(23.33)	6(24.0)	8(38.09)	0.554	12.208
28.Görmede ani bozulma	1(0.93)	1(1.66)	1(4.0)	1(4.76)	0.453	14.987
Psikoloji						
1.Halsizlik	82 (76.63)	35 (58.33)	16 (64.0)	13 (61.90)	0.126	20.584
4.Genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi	75 (70.09)	36 (60.0)	17 (68.0)	11 (52.38)	0.196	14.324
6.Uyku hali veya sersemlik	64 (59.81)	18 (30.0)	11 (44.0)	6 (28.57)	0.008	32.240
7.Bir konuya yoğunlaşmada güçlük	28 (26.16)	8 (13.33)	9 (36.0)	7 (33.33)	0.873	16.439
17.Gün içinde bitkinlikte artma	62(57.94)	30(50.0)	14(56.00)	9(42.85)	0.244	11.442
20.Sabah uykudan kalktığınızda bitkin hissetme	65(60.74)	25(41.66)	15(60.0)	11(52.38)	0.597	16.177
31.Kafada sersemlik hissi(net düşünmede zorluk)	13(12.14)	9(15.0)	1(4.0)	2(9.52)	0.298	9.694
33.Dikkati toplamada güçlük	13(12.14)	5(8.33)	1(4.0)	3(14.28)	0.226	16.297
Nöroloji						
2.Yürürken baldırlarda ağrı	66 (61.68)	28 (46.66)	17 (68.0)	12 (57.14)	0.967	13.722
3.Ayaklarda uyuşma (his kaybı)	48 (44.85)	26 (43.33)	10 (40.0)	15 (71.42)	0.014	25.136
9.Ellerde uyuşma/his kaybı	47(43.92)	15 (25.0)	6(24.0)	10 (47.61)	0.092	22.456
11.Gece kol ve bacaklarda karıncalanma	41(38.31)	14(23.33)	11(44.0)	9(42.85)	0.696	24.617
15.Gece baldırlarda yanma şeklinde ağrı	55(51.40)	26(43.33)	10(40.0)	9(42.85)	0.362	17.630
21.Bacakların diz arkasında kalan bölgede ve ayaklarda ani batıcı ağrılar	23(21.49)	10(16.66)	2(8.0)	4(19.04)	0.573	8.365
25.Gündüzleri bacaklarda yanma şeklinde ağrı	40(37.38)	17(28.33)	8(32.0)	7(33.33)	0.878	9.897
26.Ellerde veya parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	34(31.77)	15(25.0)	8(32.0)	3(14.28)	0.127	6.891
29.Dokunulduğunda bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda farklı bir his duyma	6(5.60)	3(5.0)	0(0.0)	4(19.04)	0.110	14.891
34.Bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	15(14.01)	2(3.33)	2(8.0)	5(23.80)	0.957	15.369

Araştırmada hastalar meslek dağılımlına göre incelendiğinde; hastaların %50.2'si ev hanımlarından oluşmaktadır. Serbest meslek grubunda diyabet belirtilerinden ayaklarda uyuşma %71.42 oranında görülmekte olup, diğer meslek gruplarına göre anlamlı derecede ($x^2= 25.136$, $p=0.014$) farklılık göstermektedir. Diğer bir diyabet belirtisi olan çabuk sinirlenme memur/işçi grubunda diğer meslek gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede ($x^2=19.464$, $p=0.004$) farklılık göstermektedir. Memur/ işçi grubunda çabuk sinirlenme oranı %52 olduğu saptanmıştır.



Tablo 8.Tanı Süresine Göre Diyabet Belirtilerinin Görülme Durumlarının İncelenmesi (n=213)

Özellikler	1-5 yıl (n=78%36.61)	6-10 yıl (n=63%29.57)	11-15 yıl (n=37%17.3)	16 yıl ve üzeri (n=35%16.43)	p	X ²
Hipoglisemi						
8.Duygusal değişimler	31(39.74)	27(42.85)	20(54.05)	11(31.42)	0.762	7.408
19.Yemekten hemen önce sinirlilik hali	20(25.64)	19(30.15)	14(37.83)	7(20.0)	0.900	9.106
27.Çabuk sinirlenme	29(37.17)	20(31.74)	10(27.02)	7(20.0)	0.095	12.940
Hiperглиsemi						
12.Aşırı susama	46(58.97)	23(36.50)	14(37.83)	18(51.42)	0.069	23.147
16.Ağız kuruluğu	62(79.48)	48(76.19)	22(59.45)	27(77.14)	0.380	9.606
23.Sık idrara çıkma ihtiyacı	61(78.20)	35(55.55)	21(56.75)	26(74.28)	0.194	23.432
32.Çok fazla sıvı içme	40(51.28)	25(39.68)	14(37.83)	17(48.57)	0.261	15.466
Kardiyoloji						
5.Gece nefes darlığı	21(26.92)	13(20.63)	7(18.91)	7(20.0)	0.163	8.745
13.Çarpıntı	19(24.35)	11(17.46)	8(21.62)	7(20.0)	0.879	16.817
24.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrı	7(8.97)	6(9.52)	5(13.51)	8(22.85)	0.207	26.220
30.Fiziksel aktivite sırasında solunum güçlüğü	10(12.82)	11(17.46)	7(18.91)	3(8.57)	0.722	13.611
Oftalmoloji						
10.Gözlük takıldığında geçmeyen bulanık görme	32(41.02)	29(46.03)	16(43.24)	16(45.71)	0.765	9.713
14.Görmede bozulma	31(39.74)	30(47.61)	16(43.24)	14(40.0)	0.722	12.163
18.Görme alanında siyah noktalar ya da şimşek çakmaları	16(20.51)	9(14.28)	3(8.108)	4(11.42)	0.146	10.449
22.Bazen net bazen bulanık görme	18(23.07)	19(30.15)	12(32.43)	6(17.14)	0.920	13.673
28.Görmede ani bozulma	3(3.84)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.85)	0.742	10.348
Psikoloji						
1.Halsizlik	49 (62.82)	44(69.84)	28(75.67)	25(71.42)	0.162	8.549
4.Genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi	57(73.07)	36(57.14)	22(59.45)	24(68.57)	0.40	10.027
6.Uyku hali veya sersemlik	33(42.30)	33(52.38)	14(37.83)	19(54.28)	0.510	16.255
7.Bir konuya yoğunlaşmada güçlük	26(33.33)	17(26.98)	5(13.51)	4(11.42)	0.011	20.348
17.Gün içinde bitkinlikte artma	38(48.71)	34(53.96)	20(54.05)	23(65.71)	0.061	20.536
20.Sabah uykudan kalktığımızda bitkin hissetme	41(52.56)	31(49.20)	23(62.16)	21(60.0)	0.232	14.379
31.Kafada sersemlik hissi(net düşünmede zorluk)	7(8.97)	7(11.11)	5(13.51)	6(17.14)	0.082	11.003
33.Dikkati toplamada güçlük	7(8.97)	9(14.28)	4(10.81)	2(5.71)	0.911	15.243

Tablo 8.Devamı

Özellikler	1-5 yıl (n=78%36.61)	6-10 yıl (n=63%29.57)	11-15 yıl (n=37%17.3)	16 yıl ve üzeri (n=35%16.43)	p	X ²
Nöroloji						
2.Yürürken baldırlarda ağrı	47(60.25)	29(46.03)	24(64.86)	23(65.71)	0.285	12.494
3.Ayaklarda uyuşma (his kaybı)	33(42.30)	27(42.85)	20(54.05)	19(54.28)	0.286	12.754
9.Ellerde uyuşma/his kaybı	26(33.33)	23(36.50)	14(37.83)	15(42.85)	0.207	12.741
11.Gece kol ve bacaklarda karıncalanma	26(33.33)	20(31.74)	15(40.54)	14(40.0)	0.366	10.049
15.Gece baldırlarda yanma şeklinde ağrı	34(43.58)	28(44.44)	20(54.05)	18(51.42)	0.335	16.062
21.Bacakların diz arkasında kalan bölgede ve ayaklarda ani batıcı ağrıları	14(17.94)	14(22.22)	6(16.21)	5(14.28)	0.720	10.243
25.Gündüzleri bacaklarda yanma şeklinde ağrı	24(30.76)	17(26.98)	18(28.57)	13(37.14)	0.318	24.540
26.Ellerde veya parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	19(24.35)	18(28.57)	7(18.91)	16(45.71)	0.028	31.573
29.Dokunulduğunda bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda farklı bir his duyma	3(3.84)	4(6.34)	3(8.10)	3(8.57)	0.270	10.130
34.Bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	11(14.10)	8(12.69)	2(5.40)	3(8.57)	0.328	6.138

Araştırmada DM tanısı 1-5 yıl, 6-10 yıl, 16 yıl ve üzerinde olan hastalarda en çok görülen diyabet belirtisi ağız kuruluğudur. Tanı süresi 1-5 yıl arasında olan hastalarda %79.48, tanısı 6-10 yıl arasında olan hastalarda %76.19, tanısı 16 yıl ve üzerinde olan hastalarda % 77.14 oranında ağız kuruluğu mevcuttur. Araştırmada tanısı 11-15 yıl arasında olan hastalarda en çok görülen diyabet belirtisi halsizlik olup, %75.67 oranına görülmektedir. Tanı süreleri ile diyabet belirtileri arasında anlamlı derecede ($\chi^2=20.348$, $p=0.011$) fark bulunan belirti; bir konuya yoğunlaşmada güçlük ve ellerde veya parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma ($\chi^2=31.573$, $p=0.028$) belirtisi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9: Tedaviye Göre Diyabet Belirtilerin Görülme Durumu (n=213)

Diyabet belirtileri	OAD/diyet (n=43%20.2)	İnsülin (n=8%3.8)	İnsülin, diyet, OAD (n=144%67.6)	p	X ²
Hipoglisemi					
8.Duygusal değişimler	22(51.16)	2(25.0)	60(41.66)	0.988	13.057
19.Yemekten hemen önce sınırlılık hali	16(37.20)	1(12.5)	41(28.47)	0.781	9.812
27.Çabuk sinirlenme	16(37.20)	2(25.0)	40(27.77)	0.113	15.033
Hiperglisemi					
12.Aşırı susama	20(46.51)	5(62.5)	68(47.22)	0.647	10.891
16.Ağız kuruluğu	30(69.76)	5(62.5)	110(76.38)	0.871	12.430
23.Sık idrara çıkma ihtiyacı	26(60.46)	7(87.5)	97(67.36)	0.660	9.427
32.Çok fazla sıvı içme	16(37.20)	5(62.5)	68(47.22)	0.495	14.627
Kardiyoloji					
5.Gece nefes darlığı	6(13.95)	3(37.5)	35(24.30)	0.535	15.604
13.Çarpıntı	7(16.27)	2(25.0)	34(23.61)	0.414	13.902
24.Göğüs veya kalp bölgesinde ağrı	2(4.65)	0(0.0)	23(15.97)	0.027	7.676
30.Fiziksel aktivite sırasında solunum güçlüğü	4(9.30)	3(37.5)	24(16.66)	0.066	16.012
Oftalmoloji					
10.Gözlük takıldığında geçmeyen bulanık görme	17(39.53)	1(12.5)	71(49.30)	0.110	21.154
14.Görmede bozulma	17(39.53)	4(50.0)	65(45.13)	0.336	19.393
18.Görme alanında siyah noktalar ya da şimşek çakmaları	11(25.58)	2(25.0)	17(11.80)	0.139	14.941
22.Bazen net bazen bulanık görme	14(32.55)	1(12.5)	37(25.69)	0.649	10.607
28.Görmede ani bozulma	0(0.0)	0(0.0)	4(2.77)	0.235	1.953
Psikoloji					
1.Halsizlik	28(65.11)	5(62.5)	105(72.91)	0.021	27.453
4.Genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi	27(62.79)	5(62.5)	99(68.75)	0.052	15.713
6.Uyku hali veya sersemlik	15(34.88)	2(25.0)	76(52.77)	0.021	15.451
7.Bir konuya yoğunlaşmada güçlük	10(23.25)	3(37.5)	33(22.91)	0.639	9.848
17.Gün içinde bitkinlikte artma	20(46.51)	3(37.5)	87(60.41)	0.004	17.427
20.Sabah uykudan kalktığınızda bitkin hissetme	20(46.51)	4(50.0)	85(59.02)	0.051	17.358
31.Kafada sersemlik hissi(net düşünmede zorluk)	3(6.97)	1(12.5)	20(13.88)	0.142	4.962
33.Dikkati toplamada güçlük	4(9.30)	1(12.5)	17(11.80)	0.074	11.684
Nöroloji					
2.Yürürken baldırlarda ağrı	21(48.83)	4(50.0)	92(63.88)	0.030	16.992
3.Ayaklarda uyuşma (his kaybı)	16(37.20)	3(37.5)	70(48.61)	0.959	9.821
9.Ellerde uyuşma/his kaybı	10(23.25)	1(12.5)	63(43.75)	0.012	16.423
11.Gece kol ve bacaklarda karıncalanma	10(23.25)	2(25.0)	59(40.97)	0.025	13.830
15.Gece baldırlarda yanma şeklinde ağrı	18(41.86)	2(25.0)	74(51.38)	0.107	11.280
21.Bacakların diz arkasında kalan bölgede ve ayaklarda ani batıcı ağrılar	6(13.95)	2(25.0)	27(18.75)	0.988	11.839
25.Gündüzleri bacaklarda yanma şeklinde ağrı	10(23.25)	3(37.5)	56(38.88)	0.021	12.882
26.Ellerde ve parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	8(18.60)	1(12.5)	49(34.02)	0.032	16.316
29.Dokunulduğunda bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda farklı bir his duyma	2(4.65)	0(0.0)	10(6.94)	0.863	5.520
34.Bacakların diz arkasında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma	2(4.65)	2(25.0)	20(13.88)	0.049	39.728

Kullanılan tedaviye göre diyabet belirtilerinin görülme durumu karşılaştırıldığında OAD/diyet kullanan hastalarda en çok görülen diyabet belirtisi %65.11 oranında halsizlik, insülin kullanan hastalarda en çok görülen diyabet belirtisi ise % 87.5 oranında sık idrara çıkmadır. İnsülin/diyet/OAD kullanan hastalarda da en sık görülen diyabet belirtisi %76.38 oranında ağız kuruluğudur. Kullanılan tedaviye göre diyabet belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan belirtiler; halsizlik ($\chi^2=27.453$, $p=0.021$), yürürken baldırlarda ağrı ($\chi^2=16.992$, $p=0.030$), uyku hali sersemlik ($\chi^2=15.451$, $p=0.021$), ellerde uyuşma/his kaybı ($\chi^2=16.423$, $p=0.012$), gün içinde bitkinlikte artma ($\chi^2=17.427$, $p=0.004$), göğüs veya kalp bölgesinde ağrı ($\chi^2=7.676$, $p=0.027$), gündüzleri bacakta yanma şeklinde ağrı ($\chi^2=12.882$, $p=0.021$), ellerde ve parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma ($\chi^2=16.316$, $p=0.032$) olarak saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı DM'li hastalarda diyabet belirtilerinin görülme durumlarının ve bu diyabet belirtilerinden rahatsız olma düzeylerinin belirlenmesidir. Bu doğrultuda Tip II Diyabet hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ve hastalığa ilişkin bulgular ve 'Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği' ne ilişkin bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1.Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine ve Hastalığa İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmamız DM olan 213 hastanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %56.3'sü kadın, %43.7'si erkek olup, araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 4.1). Diyabetli bireylerle yapılan çalışmalara bakıldığında; diyabetli kadın oranı Turhan'ın (2007) çalışmasında %65, Kartal ve Özsoy'ün (2015) çalışmasında %52, Us'un (2007) çalışmasında %65, Çallı'nın (2014) çalışmasında %51.5, Kaur et al., (2014) yaptıkları çalışmada % 52.5, Gündüz'ün (2014) çalışmasında %52.3, Uysal ve Akpınar'ın (2013) çalışmasında %55.2' sini oluşturmaktadır. Araştırmamızın bulgusu diğer araştırmalarla ve literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda H1 hipotezi doğrulanmıştır.

Araştırmamıza katılan hastalar 25-84 yaş aralığında olup, %36.2'si 40-54 yaş grubunda olarak çoğunluğu oluşturmaktadır (Tablo 4.1). Bu bulgu DM görülme yaşının 40 yaş üzeri olduğu literatür bilgisini doğrular niteliktedir (Olgun ve ark, 2011). Gelişmiş ülkelerde 2025 yılında diyabeti olan hastaların çoğunluğunun 65 yaş üzerinde olması, gelişmekte olan ülkelerde ise 45-64 yaş üzerinde olması beklenmektedir (Lengerli, 2016). Araştırmaya katılan hastaların %58.2'si ilkokul mezunundan oluşmaktadır (Tablo 4.1). DM'li hastalarla yapılan diğer araştırmalara bakıldığında, ilkokul mezunu hasta oranı Gündüz (2014)'ün çalışmasında %55.7, Aslan (2004) çalışmasında %32.7'si olmak üzere çoğunluğu ilkokul mezunundan oluşmaktadır. Fakat Akın'ın (2013) çalışmasında araştırmaya katılanların % 34.6'sı lise mezunundan oluşmakta olup %28.4 ile bunu üniversite mezunları takip etmektedir. Eğitim durumu araştırılan bölgeye, topluma göre farklılık gösterebilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu il ve ilçede oturmaktadır (%38 il, %41.8 ilçe). Araştırmamıza katılan hastaların çoğunluğunun il

ve ilçede oturuyor olmaları sağlık bakım hizmetine ulaşmada kolaylık sağlaması açısından önemlidir. Araştırmamıza katılan hastaların %56.3'ünü kadınlar oluşturmakta idi. Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %50.2'sinin ev hanımlarından oluştuğu görülmektedir. Bu sonucun kadınların evde hareketsiz kalmalarından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Frank ve ark. (2001) yaptıkları araştırmada Tip II diyabetli kadınların diyet, yaşam biçimi incelenmiş olup diyabete neden olan risk faktörleri arasında sağlıksız beslenme ve hareketsiz yaşam olduğu sonucuna ulaşılması bulguyu destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan hastaların % 96.2'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Diyabet hem kendi hem de oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle maliyeti yüksek bir hastalık olması açısından, hastaların sosyal güvencesinin olması, onların sağlık bakım hizmetlerinden az maliyetle ve kesintisiz olarak yararlanmalarını sağlaması açısından önem taşımaktadır. Araştırma alınan hastaların diyabet tanı süresi incelendiğinde; %36.6'sının tanı süresinin 1-5 yıl arasında olduğu bulgusu elde edilmiştir. Bu oran araştırmamız için çoğunluğu oluşturmaktadır. Diğer araştırmalar incelendiğinde Çallı'nın (2014) çalışmasında hastaların %50'sinin tanı süresinin 1-4 yıl, Aslan'ın (2004) çalışmasında hastaların %40.0'ının tanı süresinin 0-4 yıl, Karakurt (2008) çalışmasında hastaların %35'inin tanı süresinin 1-5 yıl, Uysal ve Akpınar'ın (2013) çalışmasında hastaların %40.9' unun tanı süresinin 0-4 yıl arasında olduğu bulgularına ulaşılmıştır. İzgi'nin (2014) çalışmasında hastaların %42.6'sının tanı süresinin 10 yıl ve üzerinde olduğu bildirilmektedir. Acemoğlu ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada ise hastaların ilk tanı aldıkları yer en çok %32.8 ile Üniversite Hastanesi iken, %4.0 ile en az tanı konulan yer Sağlık Ocakları olduğu bulunmuştur. Her ne kadar hastalık tanı süresinin 0-4 yıl arası olduğu yönünde bulgular çoğunlukta olsa da hastalık tanı süresi araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastalardan tedavisinde sadece OAD kullanan hasta oranı %8.5, diyet ve OAD kullanan hasta oranı %20.2, tedavisinde diyet, OAD ve insülini beraber kullanan hasta oranı %67.6' dır. Erkek hastaların %24.73'i tedavisinde diyet ve OAD kullanmakta olup, %7.5'i tedavisinde yalnızca insülin, %56.98'i tedavisinde diyet/OAD /insülinin beraber kullanmaktadır. Kadın hastalarda ise %16.66'sı tedavisinde diyet/OAD kullanmakta, yalnız insülin kullananların oranı

%0.83 olup, kadın hastaların % 75.83'ü tedavisinde diyet/OAD/insülini beraber kullanmaktadır. Yılmaz ve ark.'nın (2013) çalışmasında OAD kullanımının erkeklerde %61.7, kadınlarda %72.6; insülin kullanımının ise erkeklerde %27.7, kadınlarda %15.1 olduğu belirtilmektedir. Çıtıl ve ark.'nın (2010) araştırmasında diyabetlilerin yaklaşık %8'inin ilaç tedavisi almadığı, %5'inin sadece diyet yaptığı bildirilmektedir. Araştırmamızda hastaların %33.8'i diyeti tedavisinde kullanmaktadır. Tedavisinde sadece diyet kullanan hasta bulunmamaktadır. Araştırmalar incelendiğinde kullanılan tedavi şekli farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların %51.6'sı rutin sağlık kontrolüne gelmektedir. Hastalar dan yarısından fazlasının sağlık kontrollerini yaptırmasında il ve ilçede oturanların çoğunlukta olması bir etken olarak düşünülmüştür. Acemoğlu ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada düzenli kontrole gittiklerini belirten Tip II diyabetli hasta oranı %54.8 olduğu bulunmuştur.

5.2. 'Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği'nin Ortalamalarına Göre Bulguların Önemlilik Durumlarının İncelenmesi

DM, düzenli diyabet belirtileri kontrolü, tedavisi ve bakımının yapılmasını gerektiren bir hastalıktır. Araştırmada hastaların DSC-R puan ortalaması 39.30 ± 19.36 olup düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularına göre diyabeti olan hastaların diyabet belirtilerinden çok hastalığın belirtilerinden ortaya çıkan rahatsızlıklardan etkilendikleri, daha az sağlık hizmetlerinden yararlandıkları düşünülebilir. Araştırmamızda erkeklerin DSC-R toplam puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları, ayrıca erkeklerle kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu sonuç erkek hastaların sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını düşündürebilir. Nitekim yapılan bir çalışmada her iki cinsiyetin de ortalama diyabet bakım ölçeği (DBÖ) puanları düşük olduğu ve DBÖ ortalamasının tüm hastalar için 38.2 olması, sağlık hizmetlerden yararlanmanın oldukça düşük bir düzeyde olduğu bulunmuştur (Acemoğlu ve ark., 2006). Yorulmaz ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada kadın ve erkek hastalar arasında DM belirtileri arasında duygusal temsiller, kişisel kontrol ve kişisel atıflar alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık olduğu ve kadınların bu

üç alt boyutla ilişkili en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları bildirilmektedir. Araştırmamızda H5 hipotezi doğrulanmıştır.

DM genellikle ileri yaşlarda genetik, obezite v.s. gibi nedenlerle ortaya çıkan bir hastalıktır. Bu çalışmada hastalar 25-84 yaş aralığında olup, yaş ortalaması 57.24 ± 12.99 olarak bulunmuş, yaş grupları arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Araştırmamızda orta yaş grubunda, yaşlı hasta grubuna oranla diyabet belirtileri daha fazla görülmektedir. Yaş grubu olarak orta yaş grubunda diyabet daha fazla olmasına karşın, Tip II diyabet genç yaş grubunda daha rahatsız edici belirtilerle kendini göstermektedir. Yani yaş azaldıkça belirtilerin rahatsız edicilik puanı artmaktadır. Araştırmada hastaların çoğunluğunu orta yaş grubunun oluşturuyor olması Tip II diyabet görülme yaşının 40 yaş üzeri olduğu literatür bilgisini doğrular niteliktedir. Gündüz (2014)'ün Tip II diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada da, hastaların yaşının arttıkça hastalık belirtisi puanının arttığı sonucuna ulaşılmıştır ($r = 0.301$, $p < 0.01$).

Araştırmaya katılan üniversite mezunu olan hastaların DSC-R toplam puan ortalamaları diğer gruptaki hastalardan daha yüksek ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız olduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Acemoğlu ve ark.'nın (2006) yaptıkları çalışmada lise ve üzeri eğitime sahip olanların diyabet bakımı ölçeği'nin en yüksek düzeyde olduğunu bildirmektedir. Çalışma sonuçları diyabet belirtileri kontrolü ve bakımının en fazla eğitim durumundan etkilendiğini göstermektedir. Eğitim seviyesi yüksek hastaların, diyabet hastalığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve hastalığın sonuçlarını da bilmeleri, hastalık hakkında daha bilinçli olmalarını sağlamaktadır. Böylelikle eğitim durumu hastalık üzerinde etkili olabilmektedir.

Hastalar meslek durumuna göre incelendiğinde; hastaların meslekleri ile DSC-R toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların yaklaşık yarısı ev hanımı olup, DSC-R toplam puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları tespit edilmiştir. Gündüz (2014) çalışmasında hastalar meslek gruplarına göre incelendiğinde; ev hanımlarının hastalık belirtileri boyutu ölçeği puan ortalamaları 5.49 ± 3.04 orta düzeyde olup, diğer meslek grupları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç araştırma sonuçları ile farklılık göstermektedir.

DM belirtilerinden ilçede yaşayanlar hastaların il ve kasaba/köyde yaşayanlara göre daha çok rahatsız oldukları tespit edilmiştir. Hastanede tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu sosyal güvencesi olan hastalar olup, daha önceden hastanede tedavi gören hastalardır ve diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada sosyal güvencesi olanların bakım puanının olmayanlara göre yaklaşık iki kat fazla olduğu ve ekonomik durumun iyi veya orta olmasının bakım puanını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Acemoğlu ve ark.2006). Çıtıl ve ark. (2010) Kayseri’de yaptıkları bir çalışmada, DM hastalarının tedaviye uyumlarını olumlu yönde etkileyen faktörler olarak; ekonomik durumun iyi olması, sosyal güvencenin varlığı ve hastalık süresi olarak bildirirken, yerleşim yerinin etkili olmadığını öne sürmüşlerdir. Sonuçlar sosyal güvencenin ve yaşadığın yerleşim yerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada DM süresi beş yıldan az olanların diyabet belirtilerinden daha çok etkilenmeleri zamanla hastaların kronik komplikasyonların gelişmesinde önemli rol oynayabilir. Nitekim yapılan bir çalışmada diyabet süresi 10 yıldan az olanların bakım puanının daha düşük olduğu bulunmuştur (Acemoğlu ve ark., 2006).

DM’li hastaların diyetleri hem hastalığın hem de belirtilerinin kontrolü için önemlidir. Diyetin kontrol altına alınabilmesinde hem diyetisyenin rolü ve hem de doktorların hastaları diyetisyene yönlendirmeleri önemlidir (Acemoğlu ve ark., 2006). Close ve ark., (1998) yaptıkları çalışmada diyetisyen ile bir kez görüşen ve takiplere gelmeyen diyabetliler ile diyetisyene başvurmeyen diyabetlilerin besin tüketimi arasında fark saptandığı bildirilmektedir.

Araştırmamızda hastaların kullandıkları tedavi ile DSC-R toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup, farkın tedavisinde diyet kullananlar ile tedavisinde diyet/OAD/ insülin kullanan gruplar arasında ve tedavisinde diyet/OAD kullananlar ile insülin/diyet/OAD kullananlar arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tedavisinde insülin/diyet/OAD kullananların puan ortalamaları (41.70 ± 19.34) yalnız diyet, OAD/diyet ve yalnız insülin kullananlardan daha yüksek bulunmuştur. Acemoğlu ve ark. (2006) çalışmasında DM’li hastalarının doktor tarafından yönlendirildikleri takdirde diyetisyene başvurdukları sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların doktor tarafından bilgilendirildiklerinde %90 oranında diyetisyene başvurup diyet tedavisini aldıkları ortaya çıkmıştır. Araştırma sonuçları

hastaların hastalığın ve belirtilerinin kontrol altına alınmasında diyetin rolünün önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların %51.6'sı rutin sağlık kontrollerini yaptırmakta olup, DSC-R toplam puan ortalamaları 39.80 ± 18.60 olarak hesaplanmış ve rutin sağlık kontrolünü yaptırmayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiş, rutin sağlık kontrolü yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında DSC-R toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tıbbi yardım hastaların oranı %82.6 ve DSC-R toplam puan ortalamaları (39.14 ± 19.80) tıbbi yardım almayanların DSC-R toplam puan ortalamalarından düşük olarak bulunmuş, ancak aralarında olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Araştırmamıza katılan hastaların % 82.6'sı hastalıkları hakkında tıbbi yardım almaktadır. Yapılan bir araştırmada hastaların bazı sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları incelenmiş, hastaların % 1.6'sı kan lipitlerini düzenli olarak ölçtükleri, bu oranın üniversite hastanesinde %84.3, diğer grupta ise %51.5 olarak bulunduğu ayrıca düzenli doktor kontrolü bakımından Üniversite Hastanesine başvuran hastaların daha iyi durumda olduğu bildirilmektedir ($p < 0.05$) (Acemoğlu ve ark., 2006).

5.3. 'Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği' ne Verilen Yanıtlara İlişkin Bulguların İncelenmesi

DM hastaları hem psikolojik, hem sosyal, hem de biyolojik olarak çok yönlü etkilemektedir (Güçlü ve ark., 2013). Araştırmamızda hastalar kullanılan tedaviye göre incelendiğinde, hastaların %20.2'si tedavi olarak OAD/diyet kullanmakta, %3.8'i yalnızca insülin kullanmakta, %67.6'sı ise insülin, diyet ve oral antidiyabetiği kombine olarak kullanmaktadır. Turhan'ın (2007) yapmış olduğu çalışmada hastalar kullanılan tedaviye göre değerlendirildiğinde; hastaların tamamı ilaç kullanmakta, sadece OAD alan hastalar %43, sadece insülin kullanan hastalar %28, hem insülin hem de OAD kullanan hastalar %29 oranında olduğu belirtilmiştir. Uysal ve Akpınar (2013) çalışmasında hastaların %64.5'i OAD, %21.3'ü OAD ve insülin, %14.2'sinin ise sadece insülin kullandığı belirlenmiştir. Bayram'ın (2010) çalışmasında hastaların % 8.3'ü tedavisinde OAD alırken, %59.2'si OAD/diyet almakta, %9.2'si insülin/diyet, %23.3'ü insülin/OAD/diyeti tedavisinde kullanmaktadır. Gündüz'ün (2014) çalışmasında hastaların %48'i tedavisinde insülin kullanırken, %32.3'ü OAD kullanmakta, %14'ü daha önce OAD iken şimdi insülin, %5.7'si sadece diyet

kullanmaktadır. Bulgular farklı çalışmalarda değişkenlik gösterse de araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Literatür incelendiğinde; Diyabet bazı belirtilerle kendini gösterir. Bu belirtiler klasik ve daha az görülen belirtiler olarak sınıflandırılabilir. Klasik diyabet belirtileri; poliüri, polidipsi, polifaji, bazen polifaji de içine alır (Gürsoy, 2007; İzgi, 2014; Olgun ve Yalın, 2011; Bayram, 2010). İştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu, noktüri de diyabetin klasik belirtileri arasında yer almaktadır. Daha az görülen diyabet belirtileri ise; bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntıdır (Olgun ve ark., 2011). Bu belirtilerin yanında bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma, yanma, idrar yolu enfeksiyonları, mantar enfeksiyonları, ciltte kuruma, yorgunluk da görülür (Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2015). Fakat bu belirtiler DM'te daha zor fark edilen belirtilerdir (Lengerli, 2016). Belirgin hipergliseminin belirtileri olan poliüri, polidipsi, polifajiden ölçekte değerlendirilen belirtiler arasında sık idrara çıkma (poliüri) ve aşırı susama (polidipsi) yer almaktadır. Gündüz'ün (2014) DM'li hastalarla yaptığı çalışmasında hastalık belirtilerinin hastalar tarafından %24.3 ile %91.7 oranında yaşandığı yönünde bulgular mevcut olup, araştırmada hastaların en sık yaşadığı belirtiler; yorgunluk (%91.7), güç kaybı (%90.7), sersemlik hissi (% 81.7), ağrı (%69), baş ağrısı (%68), gözlerde yanma (%50,7) ve kilo kaybı (%47.3) olarak belirlenmiştir. Hastalar bu belirtilerden yorgunluk (%78.7), güç kaybı (%78), sersemlik hissi (% 69.7), ağrı (%51), gözlerde yanma (%45) ve baş ağrısı (%44.7) şeklinde sıralanan belirtileri hastalıklarıyla ilgili görmektedirler. 'Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği' kullanılarak yapılan araştırmamızda ise DM' li hastalarda en sık görülen belirtiler sırasıyla ağız kuruluğu (%74.6), halsizlik (%68.5), sık idrara çıkma (%67.1), genel bir bitkinlik/ tükenmişlik hissi (%66.3), yürürken baldırlarda ağrı (%57.7), sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme (%55.5), gün içinde bitkinlikte artma (%54) olarak sıralanmaktadır. Araştırmamızda H2 hipotezi doğrulanmıştır.

Araştırmamızda en sık görülen belirtiler sırasıyla ölçek alt boyutlarına göre incelendiğinde; ağız kuruluğu, sık idrara çıkma belirtileri hiperglisemi alt boyutunda; halsizlik, genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi, sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme, gün içinde bitkinlikte artma psikoloji alt boyutunda; yürürken baldırlarda ağrı nöroloji alt boyutunda yer almaktadır. En az görülen diyabet belirtisi ise

oftalmoloji alt boyutunda yer alan görmede ani bozulmadır. Literatürü destekleyen nitelikte araştırmamızda sık idrara çıkma en sık görülen belirtiler arasında 3.sırada yer almaktadır. Aşırı susama ise diyabet belirtileri arasında 8.sırada yer almaktadır.

Yorulmaz ve ark.'nın (2013) çalışmasında hastaların hastalık teşhisi konduktan itibaren en sık yaşadıkları belirtilerin sırasıyla, yorgunluk, güç kaybı, sersemlik hissi, baş ağrıları, ağrı, uyku güçlükleri, bulantı, gözlerde yanma, mide yakınmaları, boğazda yanma, eklem sertliği, soluk almada güçlük ve hırıltılı soluma olduğu bulunmuştur. Yorulmaz ve ark.'nın (2013) çalışmalarında en çok hastaların yorgunluk ve güç kaybından yakındıkları sonucuna ulaşmışlardır. Bayram (2010) çalışmasında diyabetli bireylerin orta düzeyde yorgunluk yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır. Araştırmamızda en sık görülen belirtiler arasında yer alan halsizlik, sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme, gün içinde bitkinlikte artma, genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi, Yorulmaz ve ark.'nın (2013) çalışmasında bulunan yorgunluk ve güç kaybına yakın değişkenler olduğu için çalışmayı destekler nitelikte değerlendirilebilir. Halsizlik, sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme, genel bir bitkinlik/ tükenmişlik hissi hastaların günlük yaşamında zorlanmalarına, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememelerine sebep olabileceği için hastalar açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Eren ve ark.'nın (2004) yapmış olduğu araştırmada ise diyabetik hastalarda anksiyete belirtileri sık görülen belirtiler arasında yer almaktadır. Araştırmamızda anksiyete belirtileri sık görülen belirtiler arasında yer almamaktadır. Yapılmış başka çalışmalarda ise sıklıkla ciddi düzeyde rahatsızlık ile ilişkili olarak görülen: gelecek hakkında endişe, ciddi komplikasyon olasılığı, diyabetle yaşamaktan korkmak; diyabet hastalığı tedavisi ile ilgili olarak kendini cesaret kırıcı hissetmek, düşük kan şekeri ve diyabetin yönetimi için sürekli çaba sarfetmek (Polonskyet al. 1995; Welch et al. 1997; Snoeket al. 2000).

Sargın ve ark. (2001) çalışmasında diyabetik ve hipertansif olmak üzere iki hasta grubuyla çalışılmış olup diyabetik hasta grubunun anksiyete puan ortalaması (10.42 ± 2.4), hipertansif hasta grubu anksiyete puan ortalamasından (8.90 ± 3.4) yüksek bulunmuş olup, ikisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan DM'li kadınlarda (n=120 kişi), en sık görülen diyabet belirtisi %79.2 oranında ağız kuruluğudur. En az görülen diyabet belirtisi ise; %98.3

ile görmede ani bozulma olarak bulunmuştur. Araştırmamızda DM' nin en sıklıkla hiperglisemik belirtilerinden kadınlarda %79.2 oranında da ağız kuruluğu, erkeklerde ise % 73.1 ile sık idrara çıkmadır. En az görülen diyabet belirtisi ise; kadınlarda %98.3, erkeklerde %97.8 ile görmede ani bozulma olarak oftalmolojik bozukluk görüldüğü bulunmuştur. Yorulmaz ve ark. (2013) diyabetli hastalarda yaptıkları çalışmada hastalarda en sık görülen diyabet belirtileri; yorgunluk (%75.2), güç kaybı (%67.4), sersemlik hissi (%52.3), kilo kaybı (%59.6) şeklinde psikolojik ve hipoglisemik bulgular belirlenmiştir. Diyabet belirtileri ile yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde genellikle hastalarda psikoloji alt boyutuna yönelik olarak depresyon bulgularına rastlanmıştır. Gonzalez ve ark. (2007) çalışmalarında DM'li hastaların %19'unda major depresyon bulgularına rastlanmış olup, hastalarda %66.5 oranında en az bir depresif bulgu bildirmiş oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir araştırma olan Mezuk ve ark. (2008) çalışmasında depresyon ve DM'nin birbiriyle ilişkili olduğu, Dm'li hastaların %60 oranında depresyon riski ile karşı karşıya oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Saatçi ve ark.(2010) araştırmasında hastaların psikososyal durumları ile iyilik halleri arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

DM'li hastalarda diyabet belirtileri kontrolünün yapılması amacıyla 213 hasta ile yapılan çalışma sonucunda; en sık görülen belirtiler sırasıyla ağız kuruluğu, halsizlik, sık idrara çıkma, genel bir bitkinlik/ tükenmişlik hissi, yürürken baldırlarda ağrı, sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme, gün içinde bitkinlikte artma olarak sıralanmaktadır. En sık görülen belirtiler sırasıyla ölçek alt boyutlarına göre incelendiğinde; ağız kuruluğu, sık idrara çıkma belirtileri hiperglisemi alt boyutunda; halsizlik, genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi, sabah uykudan kalkınca bitkin hissetme, gün içinde bitkinlikte artma psikoloji alt boyutunda; yürürken baldırlarda ağrı nöroloji alt boyutunda yer almaktadır. En az görülen diyabet belirtisi ise oftalmoloji alt boyutunda yer alan görmede ani bozulmadır. Araştırma sonucunda diyabet belirtileri kadınlarda daha fazla görülmesine rağmen, erkeklerin diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan genç, kadın ve ev hanımı olan hastalarda diyabet belirtilerin daha fazla görülmesine rağmen erkeklerin diyabet belirtilerinden daha çok rahatsız oldukları saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların diyabet tanı süresi 1-5 yıl arasında olduğu, hastaların tedavisinde çoğunlukla diyet, OAD ve insülini beraber kullandıkları, hastaların büyük çoğunluğunun hastalıkları hakkında tıbbi yardım aldıkları saptanmıştır. Araştırma sonucunda araştırmaya katılan hastalarda en sık rastlanan bulgular ile literatürdeki bilgiler uyuşmaktadır.

Diyabetli bireyin sorumluluğu kendi yaşamında, seçimlerinde ve düşüncelerinde kontrolü sağlamasıdır. Sağlık profesyonellerinin rolü, bireyin hayatındaki riskler ve değişiklikler hakkında bilgi sahibi olmasını, bunları anlamasını ve uygulamasını sağlamaktır. Hemşirelerin; eğitim, danışmanlık bilgi ve becerilerini kullanarak, DM'li bireylere, aile bireyelerine ve yakınlarına DM'nin önlenmesi ve yönetilmesi konularında temel bilgi ve yaşamsal becerileri kazandırılması sağlanacaktır. Ayrıca DM'li hastanın yaşam kalitesini üst düzeye çıkarabilmek için hemşire hastanın söylediklerini dinlemeli, düzenli kontrollerine gelmesi konusunda teşvik etmelidir.

7.KAYNAKLAR

- American Diabetes Association, (2015). *Diabetes Care*;38(Suppl.1):S8–S16 | DOI: 10.2337/dc15-S005.
- American Diabetes Association, (2014). *Diabetes Care*;37(Suppl.1):S81-82 | DOI:10.2337/dc14-S081.
- Acemoğlu, H., Ertem, M., Bahçeci, M., & Tuzcu, A. (2006). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri. *EAJM*, 38, 89-95.
- Akbudak, P. (2011). Tip II Diyabetli Hastalarda, Beslenme Durumu ve Bazı Biyokimyasal Bulgular İle Diyabet Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi.
- Akın, İ.A., (2013).Tip II Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma ve Depresyon. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi.
- Akın, S., (2011). Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi.
- Aksu, H., Yurtsev, E., (2009). Gebelik, Diyabet ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s:50-59.
- Anderson, R.M., Funnell, M., Butler, P., Arnold, M., Fitzgerald,J.,&Feste, C. (1995).Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18, 943–949.
- Aslan, E., (2011). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi.
- Aslan, Ü., (2004). Tip II Diyabet Hastaları İçin Bir Sağlık Eğitimi Programı Geliştirilmesi ve Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi.
- Atmaca, A., (2012). Diabetes Mellitusun Tanı ve İzlem Kriterleri. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29, 2-6.
- Aydoğan, A., (2005). Hemşirelerin Diyabet İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Tespiti. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi.

- Ayvaz, G., Kan, E., (2010).Tip 2 Diyabetes Mellitus Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, (23-24), 8-14.
- Bahalı, K.H., Tahiroğlu, K.A., Fırat, S., Avcı, A., Yüksel, B., (2006). Bir Diyabet Kampı Etkinliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 218-222.
- Baykal, A., Kapucu, S. (2015). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastaların Tedavilerine Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 44-58.
- Balkan, N., (2007). Komplikasyonsuz Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda İnsülin ve Oral Antidiyabetikle Tedavinin Depresyona Etkisi. Uzmanlık Tezi.
- Barengo, C.N. Tamayo, C.D. (2015). ReportedDiabetesMellitusPrevalenceRates in Colombia Healthcare Systemfrom 2009 to 2012: Analysis byRegions Using Data Of TheOfficial Information Sources. *Hindawi Publishing Corporation InternationalJournal Of Endocrinology*, 1-8. Article ID:946419.
- Başaran, O.E., (2008). Tip I Diyabetes Mellituslu Hastalarda Diyabetes Mellitus Başlangıç Yaşının Komplikasyon Gelişme Süresine Etkisi. Uzmanlık Tezi.
- Bayram, D., (2010).Tip II Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Brar, K.B.&Sethi, N. (2015). Skin Manifestations of Diyabetes Mellitus from Dermatology OPD of a Tertiary Care Hospital of North India. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*,3(8A), 2786-2789.
- Boulton, A., Vınık, A., Arezzo, J., Bril, V., Feldman, E., Freeman, R., Malık, A.R., Maser, E.R., Sosenko, J., Ziegler, D.,2005). *Diabetes Care*, 28(4), 956-962.
- Ceylan, F. (2013). Diyabet Tedavisinde Yeni Gelişmeler ve Antidiyabetiklerin Kullanımları. Farmasötik Kimya Anabilim Dalı Bitirme Ödevi. Erciyes Üniversitesi.
- Close, E. J., Wiles, P. G., Lockton, J. A., Walmsley, D., Oldham, J., & Wales, J. K. (1993). The Degree of Day-to-day Variation in Food Intake in Diabetic Patients. *Diabetic Medicine*, 10(6), 514-520.
- Coşansu, G. (2015). Diyabet: Küresel Salgın Bir Hastalık. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı),1-6.

- Çallı, D.(2014). Tip II Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi.
- Çayırılı, M., Parlak, A., Küçükuslu, N., Aydoğan, Ü., (2011). Diyabetik Hastalarda Deri Belirtileri. *Smryna Tıp Dergisi*,43-47.
- Çıtıl, R., Öztürk, Y., Günay, O., (2010). Kayseri İl Merkezinde Bir Sağlık Ocağına Başvuran Diyabetik Hastalarda Metabolik Kontrol Durumu ve Eşlik Eden Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 32(2), 111-122.
- Derya, A.Y., Karadağ, E., Oltuluoğlu, H., (2012).Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Sağlık Durumu Yönetiminin Değerlendirilmesi. *Sted (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)*, 21(4), 230-235.
- Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, 2015, Ulusal Diyabet Konsensus Grubu.13-21
- Eren, İ., Erdi, Ö., Çivi, İ., (2004). Tip II Diabetes Mellitus Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Komplikasyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, 85-94.
- Ersoy, C., Tuncel, E., Özdemir, B., Ertürk, E., İmamoğlu, Ş. (2006). İnsülin Kullanan Diyabetes Mellituslu Hastalarda Diyabet Eğitimi ve Metabolik Kontrol. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 32(2),43-47.
- Ejtahed, S.H., Naslaji, N.A., Mirmiran, P., Yeganeh, Z.M., Hedeyati, M., Azizi, F., Movahedi, M.A.(2015). Effect of Camel Milk on Blood Sugar and Lipid Profile of Patients with Type 2 Diabetes: A Pilot Clinicial Trial. *Int J Endocrinol Metab*.13(1), 21160.
- Fowler, M.(2008). Microvaskuler and Macrovasuler Complications of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 26(2),77-82.
- Güçlü, Y.A., Yıldız, D.E., Ünsal, F.,Öngel, F.(2013). Diyabetli Hastalarda Uygulanan Hızlı Depresif Belirti Envanteri Özbildirim Formu ve Beck Depresyon Ölçeklerinin Değerlendirilmesi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 23 (3), 113-119.
- Gündüz, F.(2014). Tip II Diabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi.

Gür, Ç.C., Polat, H., Müderrisoğlu, C., Altunoğlu, E., Yılmaz, M.(2013). Tip II Diyabet Hastalarında Diyabet Regülasyonu, Hba1c, Diyabet Yaşı, BMI, Dislipidemi ve Mikroalbünemi ile Makrovasküler Komplikasyonların Karşılaştırılması.(2013). İstanbul Med J , 14, 243-7.

Gürsoy, S. (2007) İnsülin Kullanan Tip I Diyabetik Hastalar İle Oral Antidiyabetik Kullanan Tip II Diyabetik Hastaları Karşılaştırarak, İnsülin Kullanımının Depresyon İçin Ek Bir Risk Faktörü Olup Olmadığının Araştırılması. Uzmanlık Tezi.

Gonzalez, J., Safren, S., Cagliero, E., Wexler, D., Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M., Meigs, J., Grant, R.(2007). *Diabetes Care*, 30, 2222–2227.

Hu F., Manson, E.J., Stampfer, M., Colditz, G., Liu, S., Solomon, C., Willet, C.W. (2001). *N Engl J Med*, 345(11), 791-800.

Igbal, MZ., Khan, AH., Sulaiman, SA., Igbal, MS., Hussain, Z. (2014). Guideline for Adherence and Diabetes Control in Co-Morbid Conditions in a TertiaryHospital in Malasıa. *TropicalJournal of PharmaceuticalResearch*, 13 (10), 1739-1744.

Imagava, A.,Hanafusa, T., Uchigata, Y., Kanatsuka, A., Kawazaki, E., Kobayatshi, T., Shimada, A., Shimizu, I., Toyoda, T., Maruyama T., &Makino, H.(2003). Fulminant Type I Diabetes. *Diabetes Care*, 26, 2345–2352.

İzgi, C. (2014). Tip II Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısının Diyabet Yönetimine Etkisi ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi.

Kara, K., Çınar, S. (2011). Diyabet Bakım Profili İle Metabolik Kontrol Değişkenleri Arasındaki İlişki. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*,1(2), 57–63.

Karakurt, P. (2008). Tip II Diyabetli Hastalara Verilen Eğitimin Öz-Bakım Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi.

Kartal, A., Özsoy, A.S. (2014). Tip II Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnancına ve Metabolik Kontrole Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.1-15.

Kaur, S., Mandal, L., Nair, P., Pathak, P., Bhansali, A., (2014). Awareness among Patients with T2DM regarding the Disease at a Tertiary Care Referral

- Center. *Journal of Postgraduate Medicine*. Education and Research, 48(3), 117-122.
- Keskin, Ö., Balcı, B. (2011). Diabetes Mellitus ve Kardiyovasküler Komplikasyonlar. *Kafkas J Med Sci* , 1(2), 81–85.
- Kovankaya, T.(2008). Dahiliye Polikliniklerine Başvuran Hastalarda Diyabet ve Dislipidemi İlişkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi.
- Kut, M., Atmaca, A., Gürlek, A.(2004). Diyabetik Nefropati, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 12-17.
- Langer, O., Conway, L.D., Berkus, D.M., Xenakis, E., Gonzales, O., (2000). A Comprassion Of Gylburide and Insulin in Women With Gestational Diabetes Mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 16, 1134-1138.
- Lee, V., McKay T., Ardern, I.C.(2015). Awareness and Perception of Plant-Based Diets for the Treatment and Management of Type 2 Diabetes in a Community Education Clinic: A Pilot Study. *Journal of Nutrition and Metabolism*, Article ID 236234, 1-7.
- Lengerli, E.F. (2016).Tip II Diabet ve Diabet Yönetimi Üzerine Nitel Bir Araştırma: Hastaların Perspektifinden Diabet ve Yönetiminde Yaşanan Zorluklar. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi.
- Lewis, P.C. & Newell, N.J.(2014). Patients’ perspectives of care for type 2 diabetes in Bangladesh- a gualitative study. *BMC Public Health* , 14, 737.
- Matte, E.M., Velonakis, G.E. (2014). Type II Diabetes Prevention Programs; How Far arewe?.*Diabetes & Metabolism*, 5(11), 1-8.
- Mezuk, B.,Eaton, W.,Albrecht, S.& Golden, S. Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan. *Diabetes Care*, 31,2383–2390.
- Mihmanlı, V., Mihmanlı, M. (2015). Diyabetes Mellitus ve Gebelik. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 31 (Ek Sayı), 17-22.
- Naito, R. & Kasai, T.(2015).Coronary artery diseases in type 2 diabetes mellitus: recent treatment strategies and future perspectives. *World J Cardiol* ,26, 7(3): 119-124 ISSN 1949-8462.
- Neupane, S. & Evans, L.M.(2015). Predicting risk of severe hypoglycaemia in type 2 diabetes. *Diabetologia*, DOI 10.1007/s00125-015-3550-7.

- Olgun, N. Eti Aslan, F. Çoşansu, G. & Çelik, S. (2010). Diyabetes Mellitus. İçinde: Dahili ve Cerrahi hastalıklarda Bakım. Karadakovan A. Eti Aslan F. Adana:Nobel Kitabevi, 829-865.
- Olgun, N., Yalın, H., Demir, G. H. (2011). Diyabetle Mücadelede Diyabet Risklerinin Belirlenmesi ve Tanılama. *Turkish Family Physician*, 2, 41-49.
- Paterson, B.,&Thorne, S. (2000). Expert decision making in relationtoun anticipated blood glucose levels. *Research in NursingandHealth*, 23, 147–157.
- Polonsky, W.,Anderson, B., Lohrer, P., Welch, G., Jacobson, A., Aponte, J., &Schwartz, C. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18, 754–760.
- Satman, İ. ve ark.(2011). Türkiye Diyabet Prevelans Çalışmaları: Turdep I ve Turdep II. 47.Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya, 11-15 Mayıs.
- Satman, İ. Uluslararası Diyabet Liderleri Zirvesi.(2013). Türkiye’de ve bölge ülkelerinde diyabet sorunu. 1-42.
- Satman, İ., İmamoğlu, Ş., Yılmaz, C., Akalın, S., Salman, S. (2013). Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu, ‘Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Klavuzu-2013. Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- Selvais, P.L.,Guenou, A K.D, Hermans, M.P.(2008). Belonging to a diabet patient sassociation is predictive of better metabolic control. *Diabet & Metabolism* , 34, 279-282.
- Sigurðardóttir, Á. K. (2005). Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of clinical nursing*, 14(3), 301-314.
- Snoek, F.,Pouwer, F., Welch, G.W. & Polonsky, W.H. (2000). Diabetes related emotion aldissress in Dutchand U.S. diabetic patients: cross-cultural validity of the problem areas in diabetes scale. *Diabetes Care*, 23, 1305–1309.
- Spasic, A. Radovanovic, R. Dordevic, A. Stefanovic, N. Cvetkovic ,T. (2014). Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine*, 31(3), 193-200.
- Tanrıverdi, H.M., Çelepkolu, T., Aslanhan, H.(2013). Diyabet ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 4 (4), 562-567.

- Testa, A.M. & Simonson, C.D.(1998). Health Economic Benefits and Quality of Life During Improved Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *JAMA*, 280,149-1496.
- Turhan, H. (2007). Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi.
- Tuamilatto, J., Lindström, J., ve ark. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus By Changes in Lifestyle Among Subjects With Impaired Glucose Tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 18, 1343-1350.
- Uçan, Ö., Ovayolu, N., Torun, S. (2007). Diabetes Mellituslu Hastaların Kan Şekeri Kontrolü ve İnsülin Kullanımına Yönelik Bilgilerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10,1.
- Us, S.(2007). Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Anksiyete, Depresyon Oranı, Seviyesi, Etki Eden Hastalık Özellikleri ve Sosyodemografik Özelliklerine Göre Farklılıkları. Uzmanlık Tezi.
- Uysal, Y., Akpınar, E.(2013). Tip II Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(1), 31-40.
- Saatçi, E., Tahmişcioğlu, G., Bozdemir, N., Akpınar, E., Özcan, S., Kurdak, H.(2010). The Well-Being and Treatment Satisfaction of Diabetic Patients in Primary Care. *Healthy and Quality of Life Outcomes*, 8, 67.
- Sezgin, H., Çınar, S.(2013). Tip 2 Diyabetli Hastaların Cep Telefonu İle Takibi: Randomize Kontrollü Çalışma. *MUSBED*, 3(4),173-183.
- Stratton, M.I., Adler, I.A., Neil, W., Matthews, R.D., Manley, E.S., Cull, A.C., Hadden, D., Turner, C.R., Holman, R. & on behalf of the UK Prospective Diabetes Study Group. (2000), *BMJ*, 321, 405-412.
- Sürücü, A.H.(2014). Diyabet Öz Yönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim. *DEUHYO ED*, 7 (1), 46-51.
- Terkeş, N. (2012). Tip 2 Diyabetli Bireylerde Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği' nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi.
- Terzi, M., Cengiz, N., Onar, M. (2004). Diyabetik Nöropati. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(1), 39-49.

- Topçu, K. (2015).Tip II Diabetes Mellituslu Bireylerde Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi.
- Welch, G.W.,Jacobson, A.M., &Polonsky, W.H. (1997). The problem areas in diabetes scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, 20, 760–766.
- Vermeire, EIJJ., Wens,J., Van Royen, P., Biot,Y., Hearshaw, H., Lindenmeyer, A. (2009). Interventions For İmproving Adherence to Treatmentre Commendations in People with Type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No: CD003638. DOI: 10.1002/14651858.CD003638.pub2.
- Yeşilbalkan, U.Ö.(2001).Tip II Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Özyeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi.
- Yılmaz, S., Çömlekçi, A., Ünal, B.(2013). Bir Endokrinoloji Polikliniğinde İzlenen Tip II Diyabet Hastalarında Tıbbi ve Davranışsal Tedavi Yaklaşımlarının Etkileri. *Sted (Sürekli Tıp Eğitimi) Dergisi*, 22(6), 220-225.
- Yorulmaz, H., Tatar, A.,Saltukoğlu, G., Soylu, G. (2013). Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *İlmi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 2, 367-387.
- Yücel, H. (2014).Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Diyabet Programı 2015-2020.
- Sargın, M., Sargın, H., Şengül, A.M., Hezer, Ö., Aydın, A. ve Yayla, A. (2001) Tip2 Diyabetli ve/veya Hipertansif Vakalarda Ruhsal İyilik Halini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, XII : 1-2-3.

EK 1. Anket Formu

1.Sosyo-Demografik Bilgiler

1.Cinsiyetiniz 1.Erkek 2.Kadın

2.Yaşınız ...

3.Eğitim Durumunuz

1.Okur yazar değil 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite

4.Meslek

1.Ev hanımı 2.Emekli 3.Memur 4.İşçi 5.Serbest Meslek 6.İşsiz 7.Öğrenci

5.Yaşadığınız yer

1.İl 2.İlçe 3.Kasaba 4.Köy

6.Sosyal Güvenceniz (SSK, Bağkur, Yeşilkart, Özel Sağlık Sigortası) var mı?

1.Evet 2.Hayır

7.Diyabet tanısının konduğu süre.....

8.Kullandığınız tedavi

1.Diyet 2.Hap 3.İnsülin

7.Rutin sağlık kontrolüne gelme durumunuz?

1.Evet 2.Hayır

8.Hastalığınız hakkında tıbbi yardımı alma durumunuz?

1.Evet 2.Hayır

EK 2. Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği (DSCR)

DİYABET BELİRTİLERİ KONTROL LİSTESİ ÖLÇEĞİ

Yönerge

Diyabetli kişiler, hastalıkları ile ilişkili olan, rahatsız edici çeşitli bedensel ve ruhsal belirtileri yaşayabilirler. Bu anket, bazı belirtilerinizden ne kadar rahatsız olduğunuzu anlamak/görmek için hazırlanmıştır. Lütfen, bugün de dahil olmak üzere, geçtiğimiz 4 hafta içinde bu belirtinin sizde olup olmadığını işaretleyiniz. Eğer “evet” i işaretlediyseniz/işaretlerseniz, yaşadığınızı en iyi ifade eden sayıyı daire içine alarak bu belirtinin sizi ne kadar rahatsız ettiğini belirleyiniz.

Eğer bir belirti **ORTAYA ÇIKMADIYSA**, lütfen, “BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI MI?” sütunundaki “Hayır” sözcüğünü işaretleyiniz.

ÖRNEK

BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI MI?		BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI VE BENİM İÇİN RAHATSIZ EDİCİ OLDU				
		hiç	biraz	orta derecede	çok	aşırı derecede
Boğaz ağrısı?	Hayır <input type="checkbox"/>					
	Evet <input checked="" type="checkbox"/> → → →	1	2	3	4	5

Bu cevap şu anlama geliyor:

Geçtiğimiz 4 hafta içinde boğaz ağrım oldu ve bu benim için biraz rahatsız edici oldu.

Geçtiğimiz 4 hafta içinde bu belirtiler sizin için ne kadar zorlayıcı oldu?

BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI MI?		BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI VE BENİM İÇİN RAHATSIZ EDİCİ OLDU				
		hiç	biraz	orta derecede	çok	aşırı derecede
1. Halsizlik?	Hayır <input type="checkbox"/>					
	Evet <input type="checkbox"/> → → →	1	2	3	4	5
2. Yürürken baldırlarda ağrı?	Hayır <input type="checkbox"/>					
	Evet <input type="checkbox"/> → → →	1	2	3	4	5
3. Ayaklarda uyuşma (his kaybı)?	Hayır <input type="checkbox"/>					
	Evet <input type="checkbox"/> → → →	1	2	3	4	5
4. Genel bir bitkinlik/tükenmişlik hissi?	Hayır <input type="checkbox"/>					
	Evet <input type="checkbox"/> → → →	1	2	3	4	5

5. Gece nefes darlığı?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
6. Uyku hali veya sersemlik?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
7. Bir konuya yoğunlaşmada güçlük?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
8. Duygusal değişimler?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
9. Ellerde uyuşma (his kaybı)?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
10. Gözlük takıldığında da geçmeyen bulanık görme?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
11. Gece kol ve bacaklarda karıncalanma?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
12. Aşırı susama?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
13. Çarpıntı?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
14. Görmede bozulma?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
15. Gece baldırlarda yanma şeklinde ağrı?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					

**BELİRTİ ORTAYA
ÇIKTI MI?**

**BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI VE BENİM İÇİN RAHATSIZ EDİCİ
OLDU**

hiç biraz orta derecede çok aşırı derecede

16. Ağız kuruluğu?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
17. Gün içinde bitkinlikte artma?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
18. Görme alanında şimşek çakmaları ya da siyah noktalar?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
19. Yemekten hemen önce sinirlilik hali?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
20. Sabah uykudan kalktığınızda bitkin hissetme?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
21. Bacakların diz altında kalan bölgesinde ve ayaklarda ani batıcı ağrılar?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
22. Bazen net, bazen bulanık görme?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
23. Sık sık idrara çıkma ihtiyacı?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
24. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrı?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
25. Gündüzleri bacaklarda yanma şeklinde ağrı?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
26. Ellerde veya parmaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
27. Çabuk sinirlenme?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					

28. Görmede ani bozulma?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
29. Dokunulduğunda bacakların diz altında kalan bölgesinde ve ayaklarda farklı bir his duyma?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					

	BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI MI?	BELİRTİ ORTAYA ÇIKTI VE BENİM İÇİN RAHATSIZ EDİCİ OLDU				
		hiç	biraz	orta derecede	çok	aşırı derecede
30. Fiziksel aktivite sırasında solunum güçlüğü?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
31. Kafada sersemlik hissi (net düşünmede zorluk)?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
32. Çok fazla sıvı içme (her tür içecek)?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
33. Dikkati toplamada güçlük?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					
34. Bacakların diz altında kalan bölgesinde ve ayaklarda karıncalanma hissi ve uyuşma?	Hayır <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5
	Evet <input type="checkbox"/> → → →					

Diğer belirtiler:

35.	Evet → → → →	1	2	3	4	5
36.	Evet → → → →	1	2	3	4	5
37.	Evet → → → →	1	2	3	4	5

Lütfen bütün soruları cevaplamış olduğunuzu kontrol ediniz.

DIABETES SYMPTOM CHECKLIST (DSC-R)

Instructions

People with diabetes can experience various discomfoting physical and mental symptoms related to their disease. In order to know how much you are troubled by particular symptoms, we would like you to fill in this questionnaire. Please circle whether you have experienced the symptom or not in the past month, today included. If you circle “yes” then indicate to what extent the symptom listed has caused you discomfort by circling the number that most closely reflects your experience.

If a symptom did **NOT** occur, please circle “No” in the column “DID SYMPTOM OCCUR ”

EXAMPLE

DID SYMPTOM OCCUR?		THE SYMPTOM DID OCCUR AND WASTROUBLESOME TO ME				
		not at all	a little	moderately	very	extremely
Sore throat?	No					
	Yes → → → →	1	②	3	4	5

This answer means:

In the last month I did have a sore throat and it was a little troublesome to me.

How much trouble have these symptoms given you over the last month?

	DID SYMPTOM OCCUR?	THE SYMPTOM DID OCCUR AND WASTROUBLESOME TO ME				
		not at all	a little	moderately	very	extremely
1. Lack of energy?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
2. Aching calves when walking?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
3. Numbness (loss of sensation) in the feet?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
4. An overall sense of fatigue?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
5. Shortness of breath at night?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
6. Sleepiness or drowsiness?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5

7. Difficulty concentrating?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
8. Moodiness?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
9. Numbness (loss of sensation) in the hands?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
10. Persistently blurred vision (even with glasses on)?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5

How much trouble have these symptoms given you over the last month?

	DID SYMPTOM OCCUR?	THE SYMPTOM DID OCCUR AND WASTROUBLESOME TO ME				
		not at all	a little	moderately	very	extremely
11. Tingling sensations in the limbs at night?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
12. Very thirsty?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
13. Palpitations or pounding in the heart region?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
14. Deteriorating vision?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
15. Burning pain in the calves at night?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
16. Dry mouth?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5

17. Increasing fatigue during the course of the day?	No							
	Yes → → → →	1	2	3	4	5		
18. Flashes or black spots in the field of vision?	No							
	Yes → → → →	1	2	3	4	5		
19. Irritability just before a meal?	No							
	Yes → → → →	1	2	3	4	5		
20. Fatigue in the morning when getting up?	No							
	Yes → → → →	1	2	3	4	5		

How much trouble have these symptoms given you over the last month?

	DID SYMPTOM OCCUR?	THE SYMPTOM DID OCCUR AND WASTROUBLESOME TO ME				
		not at all	a little	moderately	very	extremely
21. Shooting pains in the legs?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
22. Alternating clear and blurred vision?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
23. Frequent need to empty your bladder?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
24. Pains in the chest or heart region?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
25. Burning pain in the legs during the day?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
26. Tingling or prickling sensations in the hands or fingers?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5

27. Easily irritated or annoyed?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
28. Sudden deterioration of vision?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
29. Odd feeling in the (lower) legs or feet when touched?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5



How much trouble have these symptoms given you over the last month?

	DID SYMPTOM OCCUR?	THE SYMPTOM DID OCCUR AND WASTROUBLESOME TO ME				
		not at all	a little	moderately	very	extremely
30. Shortness of breath during physical exertion?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
31. Fuzzy feeling in your head (difficulty thinking clearly)?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
32. Drinking a lot (all sorts of beverages)?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
33. Difficulty paying attention?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
34. Tingling or prickling sensations in the lower legs or feet?	No					
	Yes → → → →	1	2	3	4	5
Any other symptoms:						

35.	Yes → → → →	1	2	3	4	5
36.	Yes → → → →	1	2	3	4	5
37.	Yes → → → →	1	2	3	4	5

Please check that you have answered **all** of the questions.


EK 3. ETİK KURUL İZİNİ


MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU


SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU	
Protokol No: 127	Karar No: 127
Araştırmanın Yürütücüsü	MSKÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nadire ŞAHİN
Araştırmanın Başlığı:	Tip II Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih:	18.07.2016
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih:	26.07.2016
Karar Tarihi:	26.07.2016


SONUÇ

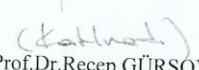
1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red.


Prof. Dr. Banu BAYAR
Başkan


Prof. Dr. Taner ERSELCAN


Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK


Prof. Dr. Mümtaz NAZLI


Prof. Dr. Recep GÜRSOY


ASLI GIBİDİR
Prof. Dr. Banu BAYAR

EK 4. Kamu Hastaneler Birliği Anket Uygulama İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MUĞLA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MUĞLA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
08/08/2016 14:11 - 31261031 - 044 - E.9081
00027969113

Sayı : 31261031/044
Konu : Anket Çalışması/Nadire ŞAHİN

Sayın Nadire ŞAHİN

İlgi : 13/07/2016 tarihli ve 38711136 sayılı dilekçe yazınız

İlgi sayılı dilekçenize istinaden "Tip2 Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü" konulu anket çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmeniz için alınan Onay ekte gönderilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Oğuz ÖKSÜZLER
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
Anket Çalışması/Nadire ŞAHİN

Güvenli Elektronik İmza
Aşıl ile aynıdır
09.08.2016

Aşıl CAN
İlgi

Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Karamehmet Mah. Abdi İpekçi Cad.No:70
Merkez/MUĞLA
Faks No:02522144046
e-Posta:hatice.ogun@saglik.gov.tr İnt.Adresi: muglagenelsekreterlik@gmail.com

Bilgi için:Hatice ÖĞÜN
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:

EK 5' İN DEVAMI



MUĞLA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MUĞLA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
02/08/2016 12:00 - 31261031 - 020 - E 8878
00027632903

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 31261031/020
Konu : Anket Çalışması/Nadire ŞAHİN

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlgi : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans
Öğrencisi Nadire ŞAHİN'in 13/07/2016 tarihli ve 38711136 sayılı dilekçe yazısı

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Yrd.Doç.Dr. Fatma BİRGİLİ ile Öğrencisi Nadire ŞAHİN'in "Tip2 Diyabetli Hastalarda
Diyabet Belirtileri Kontrolü" konulu anket çalışmasını 10/08/2016-30/08/2017 tarihleri
arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma
Hastanesinde yapabilmesi hususunu ;
Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Oğuz ÖKSÜZLER
İdari Hizmetler Başkanı

O L U R
.../.../2016
Dr. Rıza Murat HİMOĞLU
Genel Sekreter

EKLER:
1-Anket Formu
2-Etik Kurul
3-Protokol

Muğla İli Kamu Hastaneleri Birliği Karamehmet Mah.Abdi İpekçi Cad.No:70
Merkez/MUĞLA
Faks No:02522144046
e-Posta:haticce.ogun@saglik.gov.tr İnt.Adresi: muglagenelsekreterlik@gmail.com

Bilgi için:Haticce ÖĞÜN
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-helge.saglik.gov.tr/ekim/evrak/31261031/020>

Ek 5-Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmacılar Tarafından Yapılan Bilgilendirme:

“Tip 2 Diyabetli Hastalarda Diyabet Belirtileri Kontrolü” konulu tez çalışması Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Nadire ŞAHİN ve Yrd. Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ tarafından Ağustos 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilecektir. Bu çalışma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi’ne başvuran Tip II diyabetli hastalarda diyabet belirtileri kontrolü amacıyla planlanmıştır.

Çalışma süresince “Diyabet Belirtileri Kontrol Listesi Ölçeği” kullanılacaktır. Bu formda çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerin sosyo demografik özelliklerine ilişkin sorular, diyabet belirtilerinin bireyde ortaya çıkıp çıkmadığı ve eğer belirti görülmüşse rahatsız edicilik düzeyine ilişkin sorular yer almaktadır. Anket formunu doldurarak vereceğiniz bilgilerin gizlilikleri korunacak ve tamamen bilimsel ve istatistiksel amaçlı kullanılacaktır. Araştırma size rahatsızlık verecek veya sizin için risk oluşturacak herhangi bir girişim içermemektedir. Bu koşullar doğrultusunda sizden araştırmaya gönüllü olarak katılmak istediğinizi gösteren bu belgeyi imzalamanız gerekmektedir.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Bu araştırmanın yürütülüşü hakkında bilgilendirildim. Ölçeği kendi isteğimle doldurmayı ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Katılımcının Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 6. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI: Nadire ŞAHİN	
DOĞUM TARİHİ ve YERİ: 02.01.1991	
HALEN GÖREVİ: Hemşire	
YAZIŞMA ADRESİ: Kara Mehmet Mahallesi, Hilmi Şerif Baydur Sokak, Uçar Apartmanı, No:2, Muğla/Menteşe.	
TELEFON:0 541 786 63 82	
E-MAIL: kocasali48@hotmail.com	

2. ÖĞRENİM DURUMU

DERECE	BÖLÜM/PROGRAM	ÜNİVERSİTE	YIL
Lisans	Hemşirelik	Ege	2015
Y.Lisans	Hemşirelik	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	2015-halen
Doktora			

3. GÖREVLER

GÖREV UNVANI	GÖREV YERİ	YIL
Stajyer Hemşire	Ege Üniversitesi Hastanesi	2012-2014
Hemşire	Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Servisi	Ocak 2015-Şubat 2015.
Hemşire	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi	Şubat 2015-Halen.

4. ÇALIŞMA ALANLARI

Hemşirelik Esasları