



T.C.

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN TİP 2 DİABETES
MELLİTUS OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ
İLE UMUTSUZLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DEMET GÜNEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERZİNCAN

2020

T.C.

**ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN TİP 2 DİABETES
MELLİTUS OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ
İLE UMUTSUZLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DEMET GÜNEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Rabia HACİHASANOĞLU AŞILAR

ERZİNCAN

2020

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Demet GÜNEŞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ BEYANI	i
TEŞEKKÜR	v
KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Diabetes Mellitus Tanımı	4
2.2. Diabetes Mellitus Sınıflandırılması	4
2.2.1. Tip 1 Diabetes Mellitus	4
2.2.2. Tip 2 Diabetes Mellitus	5
2.2.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus	5
2.2.4. Diğer Spesifik Diyabet Türleri	5
2.3. Tip 2 Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi	6
2.4. Tip 2 Diabetes Mellitus Klinik Belirtileri	6
2.5. Tip 2 Diabetes Mellitus Risk Faktörleri	6
2.6. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları	7

2.6.1. Akut Komplikasyonlar	7
2.6.2. Kronik Komplikasyonlar.....	8
2.6.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar	8
2.6.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar	9
2.7. Tip 2 Diabetes Mellitus İzlem ve Yönetimi	11
2.7.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi.....	11
2.7.2. Fiziksel Egzersiz.....	12
2.7.3. Kendi Kendine Kan Şekeri İzlemi.....	12
2.7.4. İlaç Yönetimi.....	13
2.7.5. Diyabet Eğitimi	13
2.8. Yaşam Kalitesi	15
2.9. Tip 2 Diabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi	15
2.10. Umutsuzluk.....	17
2.11. Diyabet ve Umutsuzluk.....	18
2.12. Yaşam Kalitesini İyileştirme, Umutsuzluğu Azaltma ve Tip 2 Diabetes Mellitus Yönetiminde Hemşirelik.....	19
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	26
3.7. Verilerin Analizi	26

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	27
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	72
EK 1. Tanımlayıcı Soru Formu.....	72
EK 2. WHOQOL-BREF-TR (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-Türkçe Versiyonu)	73
EK 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	76
EK 4. Etik Kurul Kararı	77
EK 5. Resmi İzin Yazısı.....	79
EK 6. Aydınlatılmış Onam Formu.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	82

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında tecrübe ve bilimsel katkıları ile bana yol gösteren, desteğini esirgemeyen, yoğunluğuna rağmen bana vakit ayıran, özverisi, katkıları ve sabrı için değerli danışmanım, sevgili hocam Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR' a,

Değerli önerileri ile tezime katkı sağlayan Prof. Dr. Papatya KARAKURT ve Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'a, tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübeleri destek veren Prof. Dr. Arzu YILDIRIM'a, yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da varlıklarıyla güç veren sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen, değerli eşim Sinan GÜNEŞ, biricik kızım Efla Beril GÜNEŞ ve aileme,

Verilerin toplanması aşamasında desteklerini gördüğüm Karaağaç, İnönü, Fatih ve Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Demet GÜNEŞ

KISALTMALAR

ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
BUÖ	:Beck Umutsuzluk Ölçeği
DKA	:Diyabetik Ketoasidoz
DM	:Diabetes Mellitus
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
HHNK	:Hiperozmolar Hiperglisemik Non-Ketotik Koma
IDF	:Uluslararası Diyabet Federasyonu
Max	:Maksimum Değer
Min	:Minumum Değer
PAD	:Periferik Arter Hastalığı
SPSS	:Statistical Package for Social for Windows
T2DM	:Tip 2 Diabetes Mellitus
WHOQOL-BREF-TR	:Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Formu

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3. 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	27
Tablo 4. 1. T2DM'li Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (s=308).....	29
Tablo 4. 2. T2DM'li Hastaların WHOQOL-BREF-TR ve BUÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (s= 308)	31
Tablo 4. 3. T2DM'li Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine ile WHOQOL-BREF-TR Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s= 308)	34
Tablo 4. 4. T2DM'li Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile BUÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s= 308)	39
Tablo 4. 5. T2DM'li Hastaların WHOQOL-BREF-TR ile BUÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki.....	42

ÖZET

Birinci Basamağa Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Umutsuzluk Arasındaki İlişki

Giriş ve Amaç: Tip 2 Diabetes Mellitus kronik bir hastalıktır ve bu hastalarda düşük yaşam kalitesinde umutsuzluk etkili bir faktördür. Bu çalışma Tip 2 Diabetes Mellitus olan hastalarda yaşam kalitesi ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı ilişki arayıcı özelliktedir. Araştırmanın evrenini Erzincan il merkezinde bulunan dört aile sağlığı merkezine Kasım 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında herhangi bir neden ile başvuran Tip 2 Diabetes Mellituslu olan hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerine belirtilen tarihlerde başvuran araştırmaya alma/ dışlama ölçütlerini karşılayan 308 Tip 2 Diabetes Mellituslu hasta araştırmanın örneklemine oluşturdu. Araştırmanın verileri Tanımlayıcı Soru Formu, WHOQOL-BREF-TR ve BUÖ ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalamasının 64.27 ± 10.38 yıl olduğu bulundu. Hastaların WHOQOL-BREF-TR Ruhsal alan puan ortalamasının 12.01 ± 4.39 , Sosyal alan 13.09 ± 3.64 ve Çevre-TR alan 14.25 ± 4.46 olarak saptandı. BUÖ toplam puan ortalaması 9.073 ± 8.55 olarak belirlendi. WHOQOL-BREF-TR Ruhsal, Sosyal ve Çevre-TR alan puan ortalaması ile BUÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.001$).

Sonuç: Tip 2 Diabetes Mellituslu hastaların yaşam kalitesi algılarının orta düzeyin üzerinde, umutsuzluk algılarının orta düzeyde olduğu ve umutsuzluk artıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin diyabetli hastaların yaşam kalitelerini artırma ve umutsuzluk düzeylerini azaltmaya yönelik rehberlik etmeleri ve destek olmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Tip 2 Diabetes Mellitus, Umutsuzluk, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

The Relationship between Quality of Life and Hopelessness in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus who Presented to Primary Care

Introduction and Aim: Type 2 Diabetes Mellitus is a chronic disease and hopelessness in these patients is an effective factor for poor quality of life. This study was conducted to reveal the relationship between quality of life and hopelessness in patients with Type 2 Diabetes Mellitus.

Material and Method: The population of this descriptive correlational study consisted of patients with Type 2 Diabetes Mellitus who presented for any reason to four family health centres in the provincial centre of Erzincan between November 2018 and May 2019. No sampling was attempted; 308 patients with Type 2 Diabetes Mellitus who presented to the family health centres where the study was being conducted between the above dates and who met the inclusion criteria were included in the study sample. The study data were collected using a Descriptive Questionnaire, the WHOQOL-BREF-TR and BHS by way of face-to-face interviews.

Results: The mean age of the patients in the research was 64.27 ± 10.38 . The mean WHOQOL-BREF-TR psychological domain score of the individuals was 12.01 ± 4.39 , Social domain score 13.09 ± 3.64 and Environment-TR domain score 14.25 ± 4.46 . The mean total BHS score turned out to be 9.073 ± 8.55 . A significant moderate negative correlation was found between the mean scores of the Psychological, Social and Environment domains of the WHOQOL-BREF-TR and the mean total and entire subscale scores of BHS ($p < 0.001$).

Conclusion: The perceived quality of life of the patients with Type 2 Diabetes Mellitus was found to be above the moderate level, their perceived hopelessness at a moderate level and as hopelessness increased, quality of life declined. Nurses working in family health centres are recommended to provide guidance and support to patients with diabetes towards improving their quality of life and reducing their level of hopelessness.

Keywords: Hopelessness, Nursing, Quality of Life, Type 2 Diabetes Mellitus

1. GİRİŞ

Diyabet, dünyada sağlıkla ilgili temel sorunlardan biri olup en yaygın görülen kronik metabolik bozukluklardan biridir (1). Bireylerin, ailelerin ve toplumların yaşamları ve refahı üzerinde önemli etkisi olan, ciddi ve uzun süreli bir durum olan diyabet aynı zamanda sosyoekonomik durum ve ulusal sınırları aşan küresel sağlık için ciddi bir tehdittir (2). Tüm dünyada nüfus artış hızı ve kentleşmenin artması (3), yaşlanma, obezite ve dengesiz beslenme gibi farklı faktörler nedeniyle diyabetin görülme sıklığı artmaktadır (1). Endişe verici seviyelere ulaşan diyabet, günümüzde dünya çapında yaklaşık yarım milyar insanda bulunmakta ve toplam diyabet hastalarının yaklaşık %90'ını Tip 2 Diabetes Mellitus (T2DM) hastaları oluşturmaktadır (2).

Diyabetli hastalarda tıbbi bakım gereksiniminde artma, yaşam kalitesinde azalma ve aile üzerinde aşırı strese yol açan yaşamı tehdit eden ciddi birtakım komplikasyonlar gelişme riski bulunmaktadır (2). T2DM kardiyovasküler hastalık, böbrek yetmezliği, inme, göz bozuklukları, nöropati ve bilişsel bozukluklara yol açabilmektedir (1). Kötü kontrollü diyabet ise hastane başvurusunda artmaya ve erken ölüme neden olabilmektedir. Küresel olarak diyabet, ölümlerin ilk 10 nedeni arasında yer almakta olup, 2019 yılında 20-79 yaş arası dört milyondan fazla kişinin diyabetle ilgili nedenlerden öldüğü tahmin edilmektedir (2). Görülme sıklığı artış göstermeye devam eden diyabette (4), hastalığın kronik doğası ve kontrolündeki zorluklar hastanın duygu durumunu ve benlik saygısını etkileyerek depresyonla ilişkili semptomlara ve

engellenmeye yol açarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (5). Yaşam kalitesi bir kişinin hayatının olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirmelerini içeren çok boyutlu bir kavram olup (4), bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal statü algısını ifade etmektedir (6). Diyabet tanısı konulduktan sonra hastaların hastalığa karşı yaşadıkları uyum sorunu sonucunda, metabolik kontrolü sağlamada güçlük ve ruhsal toplumsal problemler meydana gelmektedir (7). Diyabet hastalarının yaşamında önemli bir faktör olan umut, diyabetin kronik bir hastalık ve komplikasyonları olması nedeniyle hastalarda değişiklik gösterebilmektedir. Diyabet hastalarında umut düzeyi arttığında hastalar diyabetin fiziksel ve ruhsal komplikasyonları ile daha iyi baş edebilir, tedaviye daha iyi uyum sağlar, durumlarını kabul eder ve yaşamda daha fazla mutlu olurlar (8). Yüksek umutsuzluğun yaşam kalitesinde düşmeye, ciddi intihar riskine ve hastalıkla ilişkili uyumsuz davranışlara neden olabileceği bildirilmiştir (9).

Diyabet tedavisinin ve bakımının temel amaçlarından biri hastanın yaşam kalitesinin kötüleşmesini önlemek ve yükseltmektir (4, 6). Bu nedenle yaşam kalitesinin belirleyicilerinin anlaşılması ve risk faktörlerinin tanımlanması önemlidir (6). Diyabet tanısı alan hastalarda yaşam tarzını değiştirmek ve olası komplikasyonları önlemek amacıyla birincil, ikincil ve üçüncül bakım sağlamak hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hemşire, diyabeti olan hastanın yaşam tarzını, psikolojik ve sosyal faktörlerini dikkate alarak diyabetin başarılı bir şekilde yönetilmesinde önemli bir role sahiptir. Diyabet eğitimsi olarak hemşire, hastaları ve aileleri ile etkili iletişimi ve hasta merkezli bakımı göz önünde bulundurmalı ve aynı zamanda hastaların stresini değerlendirmeli, sağlığı ile ilgili bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olacak yararlı problem çözme stratejileri sağlamalıdır (3).

Bu araştırma birinci basamağa başvuran T2DM olan hastalarda yaşam kalitesi ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı yapılmış ve aşğıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

Araştırma soruları:

1. T2DM olan hastaların yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri nedir?
2. T2DM olan hastaların tanımlayıcı özellikleri yaşam kalitesi düzeyini etkiler mi?
3. T2DM olan hastaların tanımlayıcı özellikleri umutsuzluk düzeyini etkiler mi?
4. T2DM olan hastaların yaşam kaliteleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diabetes Mellitus Tanımı

Diabetes Mellitus (DM) insülin hormonunun eksikliği veya bulunmaması neticesinde ortaya çıkan hiperglisemi, glikozüri ve bunlara eşlik eden klinik ve biyokimyasal bulgular ile devam eden, meydana getirdiği komplikasyonlar sebebiyle organ ve işlev kayıplarına neden olarak yaşam kalitesini etkileyen kronik bir hastalıktır (10). Diabetes, Yunanca “aşırı idrar yapma”; Mellitus ise Latince “bal” manasını taşımaktadır. DM ise “aşırı ve bal gibi tatlı idrar yapma” ya da “aşırı-bol miktarda tatlı-şekerli idrar yapma” olarak ifade edilmektedir (4).

2.2. Diabetes Mellitus Sınıflandırılması

Diyabet Tip 1 DM, T2DM, Gestasyonel DM ve diğer spesifik DM tipleri olarak 4 klinik diyabet tipi olarak sınıflandırılmaktadır (11). Uluslararası Diyabet Federasyonu ise Tip 1 DM, T2DM, Gestasyonel DM olmak üzere başlıca 3 diyabet tipi olduğunu ve diğer spesifik diyabet tiplerinin de varlığını kabul etmektedir (2).

2.2.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Vücutta yetersiz insülin üretimi ile belgindir. Tip 1 diyabetli hastalarda kan şekerinin düzenlemede her gün düzenli olarak insülin kullanılması zorunludur. Tip 1 diyabetin nedeni bilinmemektedir ve şu anda önlenememektedir (12). Pankreasın beta hücrelerinin harabiyeti nedeni ile oluşan insülin eksikliğinin sebep olduğu hiperglisemi ve ketoasidoz gibi semptomların eşlik ettiği klinik bir tablodur (7).

2.2.2. Tip 2 Diabetes Mellitus

Toplumda en yaygın olarak görülen, hiperglisemi ve bozulmuş insülin etkisi ve/veya bozulmuş insülin salınımını içeren belirgin karmaşık heterojen bir metabolik bozukluk grubudur (13). T2DM insülin direncinin bir sonucu olarak insülin duyarsızlığı, insülin üretiminin azalması ve sonuçta pankreas beta hücrelerinin yetmezliği ile belirgin bir hastalıktır (14). Vücudun etkisiz insülin kullanımı sonucu oluşmaktadır (12). Birden fazla organ veya dokuda işlev bozukluğuna neden olmaktadır (13). Bu hastalık ile yaşayan insanlar, genellikle erken ölümlerine yol açan kısa ve uzun vadeli komplikasyonların değişik türlerine karşı daha savunmasızlardır (14). En çok yaşlı yetişkinlerde görülmekle birlikte artan obezite, fiziksel hareketsizlik ve uygun olmayan diyetler sebebiyle çocuklarda ve genç yetişkinlerde de görülmektedir (2).

2.2.3. Gestasyonel Diabetes Mellitus

Gestasyonel diyabet, gebeliklerin %7'sinde görülmekte ve ilk görülmesi gebelik sırasında olmaktadır. Çoğunlukla gebeliğin 24. haftasından sonra plasenta hormonlarının insülinin etkilerini durdurmasından dolayı görülmekte (15) ve genellikle doğumla birlikte düzelmektedir (16). Gestasyonel DM' un risk faktörleri arasında obezite, hamilelik yaşının 25 ve üzerinde olması, ailede diyabet öyküsü, daha önceki gebeliklerinde iri bebek hikâyesi yer almaktadır (7).

2.2.4. Diğer Spesifik Diyabet Türleri

Diğer spesifik türler pankreası etkileyen birçok nedene bağlı olarak meydana gelen kan glikoz yüksekliği olarak tanımlanmaktadır (11). Beta hücrelerinde ve insülin fonksiyonlarında bozukluk, pankreas hastalıkları, ilaçlar, kimyasal ajanlar ve enfeksiyonların neden olduğu pankreas bozukluğu olan kişiler (7, 11) ve etiyolojileri

bilinen, Tip 1 ve T2DM ile ilişkili olmayan diyabet tipleri bu grupta yer almaktadır (17).

2.3. Tip 2 Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi

Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 9. Diyabet Atlası raporuna göre dünya genelinde 2019 yılında 463 milyon yetişkin diyabet hastası olduğu ve bu sayının 2045 yılında yaklaşık 700 milyona varacağı tahmin edilmektedir (2). Türkiye’de 20 yaş üzeri yetişkinler ile yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması-II çalışmasına göre T2DM prevalansı %13.7 olduğu belirtilmiştir (18). IDF 9. Diyabet Atlası raporuna göre Avrupa ülkeleri arasında 20-79 yaş arası yetişkinlerde diyabet prevalansı % 11.1 ile en yüksek Türkiye’de olduğu bildirilmiştir (2).

2.4. Tip 2 Diabetes Mellitus Klinik Belirtileri

Belirgin semptom vermeden yıllarca sessiz devam edebilir (17). Bu nedenle tedavinin etkili olmasında ve uzun yaşamda erken tespit önemlidir (2). Poliüri, polidipsi ve polifaji diyabet tiplerinin tümünde görülebilir (11). İnsülin yetersizliğine bağlı olarak karbonhidrat yerine yağların ve proteinin kullanılması sonucu dokularda yeterli enerji sağlanamaz. Buna bağlı olarak yorgunluk ve halsizlik oluşur. Ayrıca ağız kuruluğu, kilo kaybı, noktüri, bulanık görme, enfeksiyon, kaşıntı ve yineleyen mantar enfeksiyonları da görülmektedir (17).

2.5. Tip 2 Diabetes Mellitus Risk Faktörleri

T2DM riski, genetik ve metabolik faktörlerin etkileşimi ile belirlenir (12). Artan yaş, etnik köken, aşırı kilo ve obezite (2, 12), aile diyabet öyküsü, fiziksel hareketsizlik, sigara kullanma, düzensiz beslenme alışkanlıkları (12, 14), polikistik over sendromu, gestasyonel diyabet tanısı alma, kardiyovasküler hastalık, insülin direnci (15), hipertansiyon öyküsü olma, yüksek kolesterol, alkol kullanma ve çevresel

faktörler T2DM'nin risk faktörleridir. Obez bireylerin %55' inde T2DM bulunduğu bildirilmiştir (14).

2.6. Diabetes Mellitusun Komplikasyonları

Diyabetin bütün türleri, vücudun birçok yerinde komplikasyonlara neden açabilir ve erken ölüm riskini artırabilir (12). Komplikasyonlar akut ve kronik olarak iki grupta incelenmektedir.

2.6.1. Akut Komplikasyonlar

Hipoglisemi

Diyabet hastaları için plazma glikoz düzeyinin 70 mg/dl altına inmesi olarak tanımlanmaktadır (16). Diyabetik aciller içinde hızlıca müdahale edilmesi gereken ve yaşamsal önem taşıyan hipoglisemi tedavide önerilen antidiyabetik ilacın veya insülinin daha fazla kullanılması sonucu ortaya çıkmaktadır (11).

Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik Ketoasidoz (DKA) glikoz, yağ ve protein metabolizmasının karmaşık bir bozukluğu olup hiperglisemi, hiperketonemi ve asidoz ile seyretmektedir (11). Oral antidiyabetik ilaç (7) ve insülin kullanımına bağlı hatalar, enfeksiyonlar, serebrovasküler olaylar, aşırı stres ve alkolizm gibi nedenler ile de ortaya çıkabilmektedir (7, 11). DKA'da, susuzluk hissi, sık idrara çıkma, kaşıntı, halsizlik yorgunluk gibi belirtiler ve asidoz varlığında bulantı, kusma ve karın ağrısı görülmektedir (7).

Hiperozmolar Hiperglisemik Non-Ketotik Koma

Hiperozmolar Hiperglisemik Non-Ketotik Koma (HHNK), ketoasidoz olmaksızın, glikozun >600 mg/dl olması, plazma hiperozmolarite, dehidratasyon ve mental değişiklik ile karakterize bir komplikasyondur (17). İnsülin eksikliği ve

yetersiz sıvı alımı HHNK'ya neden olan faktörlerdendir (7). Hastalarda polidipsi, poliüri, güçsüzlük dehidratasyona bağlı olarak da yorgunluk, baş dönmesi, ağızda ve ciltte kuruluk görülmektedir (11). Ayrıca hastalarda letarji, konfüzyon gelişebilir ve derin komaya kadar ilerleyebilir (7).

2.6.2. Kronik Komplikasyonlar

Diyabeti olan hastalarda plazma glikoz düzeyinin normal sınırlarda olmaması kronik komplikasyonlar gibi problemlere yol açmaktadır. Kronik komplikasyonlar ana damarların zarar görmesi neticesinde oluşan makrovasküler ve kılcal damarların zarar görmesi neticesinde meydana çıkan mikrovasküler bozukluklar olarak incelenmektedir (17).

2.6.2.1. Makrovasküler Komplikasyonlar

Koroner Arter Hastalığı

Diyabet, artmış koroner kalp hastalığı riski ile ilişkili olup, hastalığın tedavisinde olumsuz etkisi bulunmaktadır (19). T2DM hastalarında koroner arter hastalığı riski, seyri ve hastalığa bağlı ölüm sayısı artmıştır (16). Diyabet hastalarında kardiyovasküler sorunlar en önemli mortalite ve morbidite nedeni olup, koroner arter hastalıkları ve ölüm riski diyabetli olmayan bireylere göre 2-4 kat daha yüksektir (11). Ayrıca diyabet hastaları koroner arter baypas greft cerrahisi açısından, diyabetik olmayanlara kıyasla 1.67 kat daha yüksek cerrahi mortaliteye sahiptirler (19).

Periferik Arter Hastalığı

Periferik Arter Hastalığı (PAD) diyabet hastalarında sık görülen makrovasküler komplikasyon olup, PAD tanısı alan hastalarda, iskemik ülserasyon gelişme riski 10 yıl içinde % 20'den fazla artarken diyabetli hastalarda 3 kat daha fazla olabilmekte (19)

ve iyileşmeyen ülseri, enfeksiyonu ve amputasyonu arttıran bağımsız bir risk faktörü olarak bilinmektedir (20).

Serebrovasküler Hastalık

Serebrovasküler hastalıklar, beyine giden damarların daralması ve sertleşmesi neticesinde kan akımının engellenmesiyle oluşmaktadır (17). İnsülin direnci, santral obezite, bozulmuş glikoz intoleransı ve hiperinsülinemi gibi metabolik sendromlar serebrovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır (21). Diyabeti olan hastalarda inme sonrası ölüm ve sekel kalma riski daha yüksek olup (19) serebrovasküler hastalıklar, diyabetli olmayanlara göre 2-6 kat daha sık görülmekte ve diyabet nedeniyle meydana gelen ölümlerin yaklaşık %25'inde rol oynamaktadır (21).

2.6.2.2. Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati, retina içindeki bir lezyon görüntüsü ile belirgin 20-74 yaş arasındaki yetişkinlerde körlüğün önde gelen sebebidir (22). T2DM hastalarının yaklaşık %60'ında görülmektedir (17). Diyabetik retinopati gelişimi açısından glisemik kontrol, hipertansiyon, diyabet tanı süresi, hiperlipidemi ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri arasında yer almaktadır (11).

Diyabetik Nöropati

Diyabetik nöropati, alt ekstremitelerde distal olarak başlayan ve aynı zamanda ağrı ve önemli morbidite ile belirgin duyuşal fonksiyon kaybıdır. Düşmeleri artırarak, ağrıya neden olan ve yaşam kalitesini azaltan, hastaları önemli ölçüde etkileyen oldukça yaygın görülen bir durumdur. Görülme sıklığı hastalık süresi ile değişmektedir. Hastalar 10 yıl boyunca izlendiğinde görülme sıklığı %8' den %42' ye yükseldiği belirtilmektedir. Diyabet süresi ve hemoglobin A1c (HbA1c) seviyeleri

diyabetik nöropatinin başlıca belirleyicileri olarak bildirilmiştir. Glikoz kontrolü ile diyabetik nöropatinin ilerlemesini etkili bir şekilde durdurulduğu belirtilmektedir (23). Sinir hasarı yıllar içerisinde artarak motor, duyuşsal ve otonom sistemini etkilemektedir. His kaybı, ayak parmak uçlarında ağrı, uyuşma, karıncalanma, kabızlık, ishal, bulantı, kusma, halsizlik, cinsel işlev kaybı, üriner sistem bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (24).

Diyabetik Nefropati

Son dönem böbrek yetmezliğinin ortaya çıkmasında etkili olan (11), albüminüri, kan basıncının artması, glomerül filtrasyon hızında azalmaya neden olan kardiyovasküler morbidite ve mortalitesinde artış ile belirgin damarsal komplikasyondur (25). Böbrek hastalığı T2DM de oldukça yaygın olup hastaların yaklaşık %20-30'unda görülmektedir (26). Etnik köken, aile öyküsü, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, obezite, insülin direnci diyabetik nefropatinin başlıca risk faktörleri olmakla beraber, yüksek glikozillenmiş HbA1c, yüksek sistolik basınç, proteinüri ve sigara kullanımı da risk faktörleri olarak belirtilmektedir (27).

Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak, yaşamı tehdit eden, yaşam kalitesini azaltan ve sosyoekonomik maliyeti arttıran önemli bir sağlık sorunudur (17). Diyabetik ayak ülserleri ve enfeksiyonları, diyabetik ayak hastalığının yaygın komplikasyonları olup, yıllık insidansı %2.2 olarak bildirilmiştir. Uygun bakımla bile, diyabetik ayak ülserleri enfeksiyon, amputasyon ve hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabileceği belirtilmiştir (28).

2.7. Tip 2 Diabetes Mellitus İzlem ve Yönetimi

T2DM tedavi edilmediğinde morbidite ve mortalite oranında artışa neden olmaktadır (7). T2DM bireysel ve toplumsal düzeydeki yaklaşımların kullanımı ile azaltılabilen değiştirilebilir risk faktörlerinden kaynaklanmaktadır (12). Tedavinin başarılı olması için yaşam kalitesini ve tedaviye uyumu etkileyen ruh sağlığının çevre ile uyumlu hale getirmek gerekir (5). T2DM özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve obezite ve yaşam tarzı değişiklikleri ile prevalansı ve insidansı dünya genelinde artan, tedavi maliyeti yüksek bir hastalıktır. Kardiyovasküler bozukluklar, körlük, son dönem böbrek yetmezliği, amputasyon ve hastaneye yatışın önemli nedenleri arasında yer almakta olup etkili yönetim stratejileri büyük öneme sahiptir (26). Başarılı bir diyabet yönetimi için hastanın yetkinliği, verilen eğitim ve bakımın sonuçları yine hasta tarafından değerlendirilmelidir (17). Başarılı tedavi ve izlem basamakları arasında tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz, kendi kendine izlem, ilaç yönetimi ve diyabet eğitimi yer almaktadır (11).

2.7.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Diyabetin kontrolünde ve yönetiminde tıbbi beslenme tedavisi önemlidir (29). Tıbbi beslenme tedavisinde amaç kan glikoz düzeyini normal sınırlarda tutma (30), ideal kiloyu sağlama ve koruma (16), makrovasküler komplikasyon riskini azaltmak için lipit ve kan basıncı düzeyini korumak, diyabetin meydana çıkabilecek kronik komplikasyonlarını önleme ve bireysel beslenme gereksinimlerini sağlamaktır (30). Diyabeti olan hastanın beslenme programı düzenlenirken yeme alışkanlıkları, yemek tercihleri, sosyo-ekonomik durumu, iş ve aile yaşantısı kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli (29) ve yaşam boyu uygulayabileceği bireysel beslenme programı düzenlenerek yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmelidir (17). Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ) ve Gıda ve Tarım Örgütü tarafından T2DM'nin ortaya çıkmasını engellemek için doymuş yağ asidi alımının toplam enerji alımının %10' undan daha az olarak (ve % 7'den az yüksek risk grupları için) sınırlandırılması ve kepekli tahıllar, baklagiller, meyveler ve sebzelerin düzenli tüketimi ile yeterli miktarda diyet lifi alımının (günlük en az 20 g alım) sağlanması gerektiği belirtilmiştir (12). Ayrıca glisemi, dislipidemi ve kan basıncında iyileşme için yaşamlarından enerji, doymuş ve trans yağlar, kolesterol ve sodyum alımını azaltmaları konusunda yapılan uygulamalar desteklenmelidir (16).

2.7.2. Fiziksel Egzersiz

Diyabette düzenli egzersiz ile plazma glikoz ve lipit düzeyi kontrol altına alınabilmektedir (25). Egzersizin güvenli ve etkin bir şekilde yapılabilmesi için hastanın sistemik muayenesi yapılmalı, kan şekerinin durumu egzersiz öncesi ve sonrası değerlendirilmelidir (11). T2DM'de egzersiz, aktif kaslara glikoz alımını artırarak ve karaciğerden glikoz üretimini engelleyerek glisemik kontrolü sağlar. Aynı zamanda yapılan egzersizler obezite, hiperkolestrol, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskini de azaltır (31). Bu nedenlerle 18-64 yaş arası hastaların hafta süresince en az 150 dakika tempolu yürüyüş, koşu, bahçe işleri gibi orta yoğunlukta veya en az 75 dakika şiddetli aerobik fiziksel aktivitede bulunmaları önerilmektedir (12).

2.7.3. Kendi Kendine Kan Şekeri İzlemi

Diyabetli hastanın günlük yaşam aktivitelerini düzenli bir şekilde devam ettirebilmesi için sağlık profesyonelleri tarafından etkili bir şekilde izleme alınmalı ve kendi kendini izlemelidir (32). Kan şekerinin kendi kendine izlenmesi, hastanın glikoz düzeyi hakkındaki bilgisini ve kan glikoz sonuçları üzerine farklı davranışların etkisini birleştirmede önemli rol oynar. İnsülin kullanan T2DM'li hastalarda tedavinin önemli

bir ögesidir ve düzenli bir yönetim planının parçası olması gerekmektedir. Hastanın dinamik kan şekeri profili hakkında bilgi sağlayarak, yiyecek, aktivite ve ilaçların uygun şekilde planlanmasına yardımcı olur. Kan şekeri değişiminin zamanlarını anlamada (33), hipoglisemilerin erken tespitinde ve önlenmesinde, insülin ve oral anti diyabetik doz ayarını kolaylaştırmada önemlidir. Uzun dönemde kronik komplikasyonların gelişme oranını azaltarak yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlar (11). Kan şekerinin kendi kendine düzenli izlenmemesi diyabete ilişkin komplikasyonlara neden olur ve hastaneye başvuruları artırır (33). Bu nedenle sağlık profesyoneli tarafından hastaya kan şekeri takibinin önemi, faydaları, ölçümün ne şekilde olacağı, sonuçlarının ne şekilde yorumlanacağına ilişkin eğitim vermelidir (11).

2.7.4. İlaç Yönetimi

T2DM insülin direncinden kaynaklanır ve ilerleyici pankreatik beta hücresinin fonksiyon bozukluğu ile belirgindir (34). Diyabeti olan hastalarda tıbbi ilaç tedavisi oral antidiyabetikler ve insülinde oluşmaktadır (34, 35). Diyabet kontrolünde kullanılan ilaçlar, diyabete neden olan patofizyolojik olay ya da olaylara müdahale ederek kan glikoz seviyesinin kontrolünü sağlamaktadır (11, 34). Hastanın tedavisinin en iyi şekilde düzenlenmesi ve hedeflenen glisemik kontrole ulaşılması için ilaçların etki mekanizmalarının bilinmesi önemlidir (34). Bireyselleştirilmiş ilaç tedavisinin başarılı olması için hastalara tedavileri hakkında bilgi verilmeli, ilaç yönetimlerine ilişkin eğitim yapılmalıdır (20).

2.7.5. Diyabet Eğitimi

T2DM, eğitim, destek ve sağlıklı yaşam biçimine uyumlu etkili bir şekilde yönetilebileceği bildirilmektedir (2). Diyabet eğitimi, diyabet tedavisinin önemli bir

bileşenidir (36). Hastalıkla nasıl başa çıkılacağını öğrenme ve kan şekerinin kontrol altında tutulması diyabet hastaları için zor bir durum haline gelmiştir. Bu hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için kendi kendini güçlendirmede hasta eğitimi önemlidir (3). Diyabet eğitimi, hastalara kendi sağlıklarının sorumluluğunun kazandırılmasında, akut ve kronik komplikasyonların önlenmesinde, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde ve diyabete bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasında etkili bir yol olup, hasta eğitiminin diyabetin bir hastalıktan ziyade yaşam tarzı olduğu benimsenmesi sağlanarak düzenlenmesi gerekmektedir (11). Eğitiminin amaçları arasında yalnızca bilgi ve becerilerin sağlanması değil, aynı zamanda hastanın davranışının değiştirilmesi (26, 36), terapötik önerilere uyma motivasyonlarının artırılması, tedavi sürecinde iş birliği, hastayı kendi kendine bakıma hazırlama, kardiyovasküler risk faktörleri konusundaki farkındalıklarını, yaşam kalitelerini ve psikolojik dayanıklılıklarını arttırmak yer almaktadır (36). Eğitim hastaya DM ve komplikasyonları hakkında bilgi verilmesini, tedavinin kısa ve uzun sürede amaçlarını, kan şekere göre insülinin kullanımını, saklanması, dengeli ve düzenli beslenmeyi, hareketsiz yaşamın önlenmesini, kan şekeri düşüklüğü ve yüksekliği belirtilerini, diyabetin hipertansiyon, dislipidemi ve obezite ile ilişkisini, ayak bakımını, yakınlarının bilgilendirilmesi aynı zamanda eğitimini, sigara ve alkol kullanımının zararlarını ve diğer toplumsal sorunları içermelidir (25). Diyabet eğitiminde süreklilik, hastalığa uyum ve öz bakım izlemi için önemlidir. Diyabeti olan hastaların alışkanlıkları, yaşı, eğitim durumu, hastalık süresi, komplikasyon varlığı, ruhsal toplumsal durumu, evde kendi kendine izlemi, test sonuçlarını kaydetmedeki becerileri gibi faktörler eğitimin kalitesini belirlemede önemlidir (36).

2.8. Yaşam Kalitesi

Sağlık ve sağlıklı yaşam bütün bireylerin temel bir hakkı olup, uzun sağlıklı yaşam refah düzeyi yüksek yaşam anlamına geldiği belirtilmektedir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi yaşamın nitelik açısından yeterli ve istendik düzeyde olmasını amaçlayan bir yaklaşım ve uygulamalar bütünü olarak kabul edilmektedir. Yaşam kalitesi bireylerin amaçlarına, ilgi alanlarına, beklentilerine ve kendilerini yaşam içinde nasıl algıladıkları üzerinde yoğunlaştığı savunulmaktadır (37). Bir kişinin hayatının hem olumlu hem de olumsuz yönlerinin değerlendirmelerini içeren yaşam kalitesi kavramı (4), aynı zamanda bireyin öznel olarak hayatı değerlendirmesi sonucu oluşan yaşam doyumunu hissidir. Bu değerlendirme biyolojik, ruhsal, toplumsal ve manevi unsurlar dâhil olmak üzere yaşamın tüm alanlarını kapsamaktadır (38).

Yaşam kalitesi nesnel ve öznel göstergeleri olarak iki grup altında değerlendirilmektedir. Nesnel göstergeler sağlık durumu, hastalık belirtileri, işlevsel yetersizlik, fiziksel hareketleri yapmada güçlük gibi konuları; öznel göstergeler ise yaşam doyumunu ve ruhsal ya da duygusal yönden iyilik halini kapsamaktadır (17). Yaşam kalitesi “var olma”, “ait olma” ve “gerçekleştirme” kavramları ile de açıklanabilmektedir (37). Klinik uygulamanın bir parçası olan yaşam kalitesinin rutin olarak değerlendirilmesi, hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi geliştirme, göz ardı edilen sorunları belirleme, değerlendirme ve tedavi edici çabaların bireysel hasta düzeyinde etkisini değerlendirme potansiyeline sahiptir (6).

2.9. Tip 2 Diabetes Mellitus ve Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıkların çoğu bireylerin işlevselliğini, üretkenliğini ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırarak bakım maliyetinin artmasına ve yaşam kalitesinin kötüleşmesini neden olmaktadır. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik

hastalıklara sahip bireylerin sayısı artmaya devam etmektedir (38). Diyabet kronik bir hastalıktır, sağlığı ve yaşam kalitesini kısa ve uzun vadede etkileyen birçok ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır (6). Dünya’da salgın epidemi olarak nitelik kazandırılan diyabet, bireysel ve toplumsal olarak insan sağlığını bozarak, yaşam kalitesini azaltmaktadır (15). T2DM hastanın yaşamını etkilemekte, toplumsal ve ruhsal uyum sorunlarına yol açmakta, depresyon ve anksiyeteye neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (39). T2DM hastaları ile yapılan çalışmada kötü yaşam kalitesinin depresyonla ilişki olduğu bulunmuştur (5). Diyabetik hastalarda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ile morbidite ve mortalite oranları da azalmaktadır (40).

Diyabet uygulanan tedavi ve olası komplikasyonları nedeni ile hastanın fiziksel, ruhsal durumunu, yaşam kalitesini, kişilerarası ilişkilerini, iş ve sosyal yaşamını etkileyen bir hastalıktır. Diyabet de yaşam kalitesinin artırılması öncelikli hedeflerden biridir (4). T2DM hastalarda glikoz kontrolünü yaptırmak ve fiziksel aktivitede bulunmak yaşam kalitesini olumlu; depresyon, diyabet süresinin uzun olması, komplikasyonlar, eşlik eden hipertansiyon hastalığının olması, kırmızı eti fazla tüketmek olumsuz olarak etkilediği bildirilmiştir (6). Yapılan bir çalışmada T2DM’nin hastaların yaşam kalitesini azalttığı ve en fazla çalışma yaşamını, sağlık durumunu, aile ve cinsel yaşamını, geleceğe ilişkin düşüncelerini ve beslenme alışkanlıklarını etkilediği belirtilmiştir (41).

Diyabet hastanın yaşamında fiziksel ve toplumsal işlevsellik, duygusal refah, ekonomik durum ve genel sağlık gibi çeşitli alanları etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastaların yaşam kalitelerini sürdürmelerini sağlayan, hastalığın ilerlemesini ve diyabetik komplikasyonları önleyen yeterli ve sıkı bir glisemik

kontrole sahip olmaları gerekmektedir (42). Koç ve diğerlerinin 2015 yılında %72.4'ü T2DM hastaları ile yürüttükleri pilot çalışmada diyabetin % 96.1 oranında yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur (43). Diyabet tedavisinde temel hedeflerden biri yaşam kalitesi arttırmak ve ömrü uzatmak olarak belirlenmiştir (16). Diyabet hastalarında azalmış enerji ve konsantrasyon, artan değersizlik duyguları, zevk ve ilgi kaybı ve umutsuzluk duyguları gibi depresyon belirtilerinin hastalar üzerinde olumsuz etkisi olması muhtemeldir (44).

2.10. Umutsuzluk

Umut ve umutsuzluk birbirinden farklı ancak birbiri ile ilişkilidirler (45). Umut insanın içinde var olan, şu anki durumunu değiştirebilmek için hareket etmeye zorlayan, kendisi ve başkaları için daha iyi bir gelecek hayali kurabilmesine yardımcı olan bir güçtür. Umutsuzluk, kişinin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya şahsi yöntem bulamadığı ve kişisel yararı için enerji harcayamadığı bir durum olarak belirtilmiştir (46). Geleceğin çıkmaz yol olduğu duygusu olan umutsuzluk, olumsuz yaşam olaylarının varlığı ile başlar ve tutarlı ve yaygın olumsuz sonuçların algılanmasıyla gelişir (47).

Umut öznel iyi oluşun önemli bir belirleyicisi olup, umutsuzluğun fiziksel sağlık ve mortalite üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (48). Umudun, olumlu bir motivasyon durumu olduğu, umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi ılımlı hale getirebildiği, güçlendirilmesi ile intihar riskini azaltılabileceği ve umutsuzluğun intihar düşüncesi ile pozitif ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (45). Kronik hastalıklarda görülen semptomlar, kullanılan ilaçlar, beden imajında değişiklik, komplikasyonlar gibi faktörler hastalarda uyum kapasitesini etkileyerek umutsuzluğa neden olmaktadır (17). Umut, geleceğe ilişkin beklentilerin, gerçekleşme olasılığına ait yaşama

bağlayan, hedeflere ulaşabilmek için yaşamını yönetebilmeyi sağlayan olumlu bir duygudur. Birey umudu sayesinde herhangi bir olumsuz durumla baş edebileceğine ilişkin olumlu bir düşünceye sahip olmaktadır (49).

Çeşitli psikolojik süreçlerin umutsuzluğu, klinik olmayan bir durumu ve depresyonu betimleyebileceği vurgulanmaktadır. Umutsuzluk duygusu, depresyonla bağlantılı intihar düşüncesinin önemli bir belirleyicisi olup, umutsuzluğu artırabilecek veya azaltabilecek farklı faktörleri göz önünde bulundurmamak önemlidir (47). Umutsuzluk giderilmesi gereken patolojik bir durumdur ve bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir (50). Umut ve umutsuzluk kişinin gelecekteki hedeflerine ulaşmada gösterdiği gayret ve amacına ulaşmadaki olanaklarla ilgili hislerinin yansımasıdır. Umutta amaca varmada uygulanan planların başarılacağına, umutsuzlukta ise başarısızlık hükmü vardır (49). Umutsuz insan kendini güçsüz ve çaresiz hissetmektedir (50).

2.11. Diyabet ve Umutsuzluk

Yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkan ve yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan kronik hastalıklar bireyin sağlığını fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden bozan, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır (11). Kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir rol oynayan umut, karşılaşılan problemlerin çözülebilmesi için bireylere mücadele gücü vermekte ve sağlık ile arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (51). Diyabet hastalarda ruhsal, duygusal, toplumsal, psikoseksüel sorunlara yol açabilen, yaşam boyu süren, yeme alışkanlıklarını sınırlayan, komplikasyonlara neden olan yaşamın akışını bozan kronik bir hastalıktır. Diyabeti olan hastalar çoğu zaman kronik bir hastalığın olduğunu ve yaşam tarzını değiştirmeyi kabullenmede zorlanmaktadır (52). T2DM hastalarında umutsuzluk, yaşam tarzı değişiklikleri,

kronik hastalık durumu ve ilaç tedavisi nedeni ile görülebilir ve kan şekeri seviyesini ve yara iyileşme süresini etkileyebilir. Bu nedenle, umutsuzluk yaşayan T2DM hastaları, yoğun hemşirelik bakımı dâhil olmak üzere hastanede uzun süre kalmayı gerektirebilir (53).

Umut, hastaların hastalığa uyum sağlamasında, yaşam kalitelerini arttırmalarında, yaşamdan zevk almalarında ve hastalıklara karşı farklı bir bakış açısına sahip olmalarında önemli bir rol oynar (46). Kronik hastalığa sahip olan hastalar olumsuz düşünceler sonucunda umutsuzluk duygusu yaşamaktadırlar ve hastalık ile mücadele gücünü kaybetmektedirler (7). Perkütan koroner girişim hastalarında eşlik eden diyabet ve umutsuzluğun birlikte görülmesi üç yıllık sürede enfarktüsü arttırdığı belirtilmiştir (54). Umutsuzluk düzeyi yüksek diyabetik olmayan orta yaş erkeklerin, geleneksel risk faktörleri ve depresif belirtilerden bağımsız olarak umutsuzluk düzeyi daha az olan erkeklere göre metabolik sendrom olasılıkları daha fazla olarak bildirilmiştir (48).

2.12. Yaşam Kalitesini İyileştirme, Umutsuzluğu Azaltma ve Tip 2 Diabetes Mellitus Yönetiminde Hemşirelik

Diyabet, günümüzde hastaları önemli ölçüde etkileyen bir halk sağlığı sorunudur ve bulaşıcı olmayan salgın bir hastalık olarak nitelendirilmektedir (55). 2025 yılına kadar diyabetin artışını durdurmak küresel hedefler arasında yer almaktadır (12). Diyabet yönetiminde, sağlığı ve yaşam kalitesini devam ettirme, riskleri kontrol altına alma, hastalık semptomlarını yönetme ve komplikasyonların görülme düzeyini azaltma önemli amaçlardır. En etkili diyabet yönetimi; sistematik bir yaklaşımı ve hasta merkezli nitelikli bakımın esas olduğu bir ortamda iş birliği ile çalışan sağlık ekibinin yer almasını gerektirir (55). Diyabet hastalarında daha iyi bir

yaşam kalitesini korumak için hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonların ortaya çıkmasını önlemede uygun yönetim ve sıkı bir glisemik kontrol gereklidir (42). T2DM yönetiminde sağlıklı diyet, düzenli fiziksel aktivite, sigara içmeme, sağlıklı vücut ağırlığını korumayı içeren sağlıklı yaşam biçimini geliştiren davranışlar temel yaklaşımlardır (2). Diyabet tedavisi, multidisipliner ekip yaklaşımı ile tıbbi tedavi, yaşam tarzı değişiklikleri ve öz bakım becerilerini geliştirmeye yönelik hasta eğitimi ile sağlanmaktadır (56). Diyabetin yönetiminde sağlık uygulamaları ile birlikte kendini yönetme problemlerini saptama ve zorlanma ile başa çıkma gibi hasta yönetimini destekleme amaçları, sağlık çalışanlarının iş birliği ve hasta odaklı yaklaşım ile başarılmaktadır (55). Sağlık profesyonelleri hastalara etkili bir diyabet yönetimi sunabilmek için birçok alanda çalışmalar yapmakta olup, hemşireler etkili bir diyabet yönetimi yapmak ve hasta memnuniyeti sağlamak için kanıta dayalı uygulamalardan yararlanmalıdırlar (56). Sağlık profesyonelleri hastanın bakımını üstlenmesini sağlama ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkartmayı kendilerine amaç edinmelidirler (40). Diyabetli hastaları psikososyal uyum, ilaca uyum, düzenli ve etkili fiziksel aktivite, kendi kendine glikoz izlemi ve ayak bakımı, hiperglisemi ve hipoglisemi gibi akut problemlerin çözümü, kronik komplikasyon riskini azaltma konusunda eğitmeli ve onlara rehber olmalıdırlar (57). Hemşire, bütüncül bakım yaklaşımı ile diyabetli hastaya bakım, eğitim ve danışmanlık yaparak diyabet yönetiminin sağlanmasına ve sürdürülmesine olanak sağlayan temel meslek üyelerinden biridir (58). Bakım, sağlık profesyonelleri tarafından sağlığın korunması, hastalıkların tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonu için çeşitli alanlarda sunulan bir faaliyet olup hemşireler bakım için en fazla çabayı, zamanı ve özveriyi veren kişilerdir. Profesyonel hemşirelik bakımı, sağlığı geliştirmek, sürdürmek veya iyileştirmek amacıyla hastaların ihtiyaçlarını

karşlamak üzere yapılandırılmış ve tasarlanmıştır (57). Hemşireler diyabetli hastaların sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeleri için etkili bir iletişim ile hastaların güvenini kazanarak diyabet kontrolünü sağlamalarını, hastalıklarını yönetmede doğru çözümler sunmayı ve deneyimlere dönüştürmelerini başarmada sorumludurlar (59). Hemşireler, diyabet yönetiminde hastaların kişisel ihtiyaçlarını göz önüne alarak eğitim programı oluşturmalıdır. Tedaviye uyumunu engelleyebilecek faktörleri araştırmalı, kendi kendine izlem yönetimini sağlamalıdır. İnsülin tedavisi öncesi hastanın diyabete uyumunu ve insülin tedavisine yönelik tutumlarını değerlendirerek yanlış inanç ve uygulamaları belirlemeli ve ekip ile iş birliği yaparak hastaya özel düzenlemelerle davranış değişikliği sağlamalıdır. Böylece hemşireler, ortaya çıkabilecek akut ya da kronik komplikasyonları önleyerek hastaların yaşam kalitesini iyileştirebilirler (60). Tedavide hastaya özgü planlar yapılmalı ve tedavi konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirmeler insülin çeşitlerini, insülin uygulama tekniğini, insülin yapılan bölgeleri, rotasyon tekniğini, insülin saklanması, insülin doz değişikliğini, komplikasyonlardan korunma ve tedavisini, insülinin fiziksel hareket ve diyetle ilişkisini, bireysel kan glikoz düzeyinin izlenmesini içermektedir. Eğitim süreci içerisinde hemşire, hastanın takibinde süreklilik sağlayarak tedavide başarıyı artırmalı ve ilaç yönetimi hakkında hastaya bilgi ve beceri kazandırmalıdır (7). Avustralya'da üç ayrı yerleşim yerinde hemşire liderliğinde diyabet yönetimini araştırmak amacıyla yapılan pilot çalışmaya katılan 21 hasta bir yıl boyunca aynı hemşire tarafından ziyaret edilmiştir. Hastaların kilo ve bel çevreleri çalışmanın başlangıcında ve sonunda ölçülmüş ve hastalara ilaç, diyet, kilo verme ve egzersizle ilgili tavsiyelerde bulunulmuştur. Klinik bulgular hemşire liderliğinde girişimlerden sonra HbA1c seviyelerinde anlamlı düşüşler olduğunu göstermiş olup, hastalar hemşirelere

güvendiklerini ve onların önerileri sayesinde bu sonuçlara ulaştıklarını bildirmişlerdir (61). Türkiye’de hemşire araştırmacılar tarafından T2DM hastalarla yapılan tek gruplu deneysel bir çalışmada her bir hastaya 45-60 dakika devam eden ayda bir kez olmak üzere toplam üç kez eğitim verilmiştir. Eğitim sonrasında hastaların öz-bakım algılarında iyileşme ve metabolik kontrol değişkenleri olan HbA1c, total kolesterol, trigliserid, LDL kolesterol ve sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamalarında önemli düzeyde azalmalar olduğu bildirilmiştir (62).

Umudun belirlenmesi ve desteklenmesi hemşirelik mesleğinde önemli bir işlemdir. Bakım verdikleri hastada umudu değerlendirerek güçlendirme yönünden iyi bir konuma sahip olan hemşireler hastalara doğrudan ve sürekli bakım verdikleri ve iletişimde oldukları için hastaların yardım almasını kolaylaştırabilirler (46). Hemşire, umutsuzluk içinde olan kişilerin problemleri karşısında başarı kazanabilmeleri için profesyonel yardımda bulunurken umutsuzluk düzeyine etki eden faktörleri bilerek bireysel bakım planı planlamalıdır. Hemşire bu yaklaşım ile umutsuzluk içinde olan bireyin sorun çözme, karar verme ve isteklerinin gelişmesine destek olacaktır (63). Umut terapisinin diyabetik hastaların umuduna etkisinin belirlendiği yarı deneysel bir çalışmada çalışma grubunda müdahaleden sonra umudun kontrol grubuna oranla önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir (8). Toplum sağlığı çalışanlarının sürekli desteğiyle birinci basamakta gelişmiş yönetim, diyabetin daha iyi kontrol edilmesine ve daha az komplikasyona yol açabilir (12).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç, İnönü, Mimar Sinan ve Fatih Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), Kasım 2018-Ağustos 2020 tarihleri arasında yürütüldü. Erzincan il merkezinde toplam yedi ASM bulunmakta olup, çalışmanın yürütüldüğü ASM'ler nüfus açısından diğerlerinden daha yoğun ve sosyo-ekonomik açıdan farklılıklarından dolayı araştırma belirtilen ASM'lerde yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini adı geçen ASM'lere herhangi bir sebeple müracaat eden 18 yaş ve üzeri T2DM tanılı hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmaya alma ve dışlama kriterlerine uyan 308 T2DM hastası araştırma kapsamına alındı. Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için post hoc güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında çalışma gücünün 0.99 olduğu belirlenmiştir (Correlation H1=0.82, lower critical r=-0.111, Upper Crtitical r=0.111, power 0.99, n=308). Bu değer örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (64).

Araştırmaya alma ölçütleri;

- 18 yaş ve üzeri olma,
- En az bir yıl önce T2DM tanısı almış ve tedaviye başlamış olma,

- İletişime açık olma.

Dışlama ölçütleri; Veri toplama formlarının doldurulmasını engelleyecek fiziksel, işitme ve konuşma bozukluğu ayrıca tanı konulmuş nörolojik, ruhsal bozukluğu (psikotik bozukluk) olma, zihinsel engellilik, kanser ve gebe olma olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Hastaları tanımlayan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi) özellikleri ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları araştırmanın **bağımsız**; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu **bağımlı** değişkenidir.

3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Veriler Tanımlayıcı Soru Formu (Ek-1), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (Ek-2) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek-3) ile toplandı.

Tanımlayıcı Soru Formu: Hastaların sosyo-demografik özelliklerini tanımlayan 10 (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, gelir algısı, sağlık algısı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişi, sosyal destek algısı) ve hastalığa ait bilgileri içeren 8 (hastalığın süresi, diyabet dışında ek hastalık, komplikasyon gelişme, tedavi şekli, düzenli ilaç kullanma ve düzenli kontrole gitme durumu, sigara ve alkol kullanma durumu) olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca hastaların boy ve kilo ölçümleri yapıldı.

Boy Ölçümü: T2DM'li hastaların düz bir yerde baş, omuz, kalça ve ayak topukları düz bir duvara değecek biçimde dik konumda durmaları sağlandı ve mezura ile yapılan ölçümler santimetre (cm) olarak kaydedildi.

Ağırlık Ölçümü: T2DM’li hastaların elbiselerinin en üst seviyede çıkarılması ve çıplak ayak ile olmaları sağlandı, sert bir yerde düz olarak yerleştirilen standart baskül ile ağırlık ölçümü yapıldı ve kilogram (kg) olarak kaydedildi.

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Vücut ağırlığı (kg)/ boy (metre)²: DSÖ’nün önerisine göre 18.5’den düşük zayıf, 18.5-24.9 normal, 25-29.9 fazla kilolu, 30 ve üzeri obez olarak gruplandırıldı (65).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): DSÖ tarafından geliştirilmiş sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği 100 soruluk orijinal ölçeğin (WHOQOL-100) kısaltılmış formu olup, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve diğerleri tarafından (1999) yapılmıştır. Beşli likert tipi özelliğinde olan ölçek “Bedensel”, “Ruhsal”, “Sosyal” ve “Çevre” alan olarak 4 boyut ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal) kullanıldığında Çevre alan skoru Çevre-TR olarak adlandırılmaktadır. Alanlar birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini belirtmekte ve puanlar 4-20 arasında değişmektedir. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Bedensel alan Cronbach alfa değeri 0.83, Ruhsal 0.66, Sosyal 0.53 ve Çevre-TR alan 0.73 olarak bildirilmiştir (66). Bu araştırmada Ruhsal alan “Cronbach alfa” değeri 0.76, Sosyal 0.90 ve Çevre-TR alan 0.82 olarak bulundu. Bedensel alan Cronbach alfa değeri 0.42 olduğundan bu araştırmada kullanılmadı.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve diğerleri tarafından (1974) (67) geliştirilmiş olup, Türkiye de geçerlilik ve güvenilirliği Seber ve diğerleri (1993) tarafından yapılmıştır (68). Puanlaması 0-1 arasında değişen ölçek 20 maddeden meydana gelmektedir. Maddelerin 11 adetinde (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20) “evet” 9 adetinde (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19) “hayır” yanıtı için birer puan

verilmektedir. Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler”, “Motivasyon Kaybı” ve “Umut” olarak üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 20 puan alınabilmekte olup, puanının yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler alt boyutu için “Cronbach alfa” değeri 0.78, Motivasyon Kaybı 0.72, Umut 0.72 ve toplam 0.85 olarak belirtilmiştir (68, 69). Bu araştırmada Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler “Cronbach alfa” değeri 0.96, Motivasyon Kaybı 0.95, Umut 0.93 ve BUÖ toplam 0.98 olarak bulundu.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Kasım 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında Karaağaç, İnönü, Mimar Sinan ve Fatih ASM'lerinde haftanın üç-dört günü bekleme salonlarında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Formlar ortalama 20-25 dakikada dolduruldu. Ayrıca diyabetik hastaların boy ve kilo ölçümleri de yapıldı.

3.7. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmalar ve tablo 3.1.de görülen istatistiksel analizler kullanıldı. Verilerin normallik dağılımı Skewness ve Kurtosis katsayılarına göre yapıldı (70). Veriler % 95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3. 1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U testi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen dağıldığı durumlarda LSD, dağılmadığında Dunnet C testi)	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U testi)
İlişkisel Çıkarımlarda	-	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları	

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan Etik Onay (Ek-4) ve Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı (Ek-5). Ayrıca diyabeti olan hastalardan Aydınlatılmış Onam (Ek-6) prensiplerine sadık olarak yazılı/sözlü izin alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca dört ASM'de yapılmış olması araştırmanın birinci, WHOQOL-BREF-TR Bedensel alanın kullanılamaması ikinci sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, T2DM’li hastaların % 48’i 65 yaş ve üzerinde, %51.3’ü erkek, %80.8’i evli ve %55.5’i ilkokul/ortaokul mezunu, % 45.8’i emekli, %84.1’inin geliri giderine denk ve %73.7’sinin sağlığını orta düzeyde algılamakta, %66.6’sı il merkezinde ve %40.9’u eşiyile birlikte yaşamaktadır. Diyabetli hastaların % 79.5’inin sosyal destek aldığı, % 37’sinin hastalık süresinin 11 yıl ve üzeri olduğu, %76.6’sının ek hastalığı olduğu, %78.2’sinde komplikasyon gelişmediği, % 46.1’i oral antidiyabetik ilaç+insülin tedavisi aldığı, ilaç tedavisi alanların %72.5’inin ilaçlarını düzenli kullandığı ve %55.8’inin kontrollere düzenli olarak gittiği bulunmuştur. Hastaların % 93.5’i sigara, %98.7’si alkol kullanmadığı, %56.2’sinin şişman olduğu (Tablo 4.1) ve yaş ortalamalarının 64.27 ± 10.38 (min.:41 max.:88) olduğu belirlendi.

Tablo 4. 1. T2DM'li Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (s=308)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
41-52	44	14.3
53-64	116	37.7
65 ve üzeri	148	48.0
Cinsiyet		
Kadın	150	48.7
Erkek	158	51.3
Medeni Durum		
Evli	249	80.8
Bekâr	59	19.2
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	48	15.6
Okuryazar	32	10.4
İlkokul/ Ortaokul	171	55.5
Lise/ Üniversite	57	18.5
Meslek		
Memur	10	3.2
İşçi	15	4.9
Emekli	141	45.8
Ev hanımı	133	43.2
Serbest	9	2.9
Gelir Algısı		
Gelir giderden az	35	11.4
Gelir gider denk	259	84.1
Gelir giderden fazla	14	4.5
Sağlık Algısı		
İyi	36	11.7
Orta	227	73.7
Kötü	45	14.6
Yaşanılan Yer		
İl	205	66.6
İlçe	26	8.4
Köy	77	25.0
Birlikte Yaşanılan Kişiler		
Eş	126	40.9
Çocuklar	42	13.7
Yalnız	17	5.5
Eş ve çocuklar	123	39.9
Sosyal Destek		
Evet	245	79.5
Hayır	63	20.5

Tablo 4.1.- devamı

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Hastalık süresi (yıl)		
1-5	81	26.3
6-10	113	36.7
11 ve üzeri	114	37.0
Ek Hastalık		
Var	236	76.6
Yok	72	23.4
Komplikasyon		
Evet	67	21.8
Hayır	241	78.2
Tedavi Şekli		
Diyet	3	1.0
Oral antidiyabetik ilaç	136	44.1
Oral andiyabetik ilaç+insülin	142	46.1
İnsülin	27	8.8
Düzenli İlaç Kullanımı (s=305)		
Evet	221	72.5
Hayır	84	22.5
Düzenli Kontrole Gitme		
Evet	172	55.8
Hayır	136	44.2
Sigara Kullanma		
Evet	20	6.5
Hayır	288	93.5
Alkol Kullanma		
Evet	4	1.3
Hayır	304	98.7
BKİ		
Normal	66	21.4
Şişman	173	56.2
Obez	69	22.4

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi hastaların WHOQOL-BREF-TR Ruhsal alan puan ortalamasının 12.02 ± 4.40 , Sosyal alan 13.10 ± 3.64 ve Çevre-TR alanı 14.25 ± 4.46 olduğu belirlendi. Hastalar BUÖ’nün Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler alt boyut puan ortalaması 2.18 ± 2.31 , Motivasyon Kaybı, 3.61 ± 3.45 , Umut 3.28 ± 2.97 ve BUÖ toplam 9.07 ± 8.55 olduğu bulundu.

Tablo 4. 2. T2DM'li Hastaların WHOQOL-BREF-TR ve BUÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (s= 308)

Ölçekler	Alnabilecek alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort±SS
WHOQOL-BREF-TR			
Ruhsal alan	4-20	4-20	12.02±4.40
Sosyal alan	4-20	4-20	13.10±3.64
Çevre-TR alanı	4-20	4-20	14.25±4.46
Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler			
ve Beklentiler	0-5	0-5	2.18±2.31
Motivasyon Kaybı	0-8	0-8	3.61±3.45
Umut	0-7	0-7	3.28±2.97
BUÖ Toplam	0-20	0-20	9.07±8.55

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma.

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi, yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek, gelir algısı, sağlık algısı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişi, sosyal destek varlığı, hastalık süresi, ek hastalık, komplikasyon gelişme, tedavi şekli, ilaçlarını düzenli kullanma ve kontrole düzenli gitme durumuna göre yaşam kalitesinin tüm alanları; Sigara içme durumuna göre yaşam kalitesi Sosyal alan, BKİ durumuna göre Ruhsal ve Çevre-TR alanı puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$).

Evlilerin bekar olanlardan, sosyal desteği olanların olmayanlardan, ek hastalığı olmayanların olanlardan, komplikasyon olmayanların olanlardan, ilaçlarını düzenli kullananların kullanmayanlardan, düzenli kontrollere gidenlerin gitmeyenlerden yaşam kalitesi tüm alanlarda ($p<0.001$) ve sigara içenlerin içmeyenlerden yaşam kalitesi Sosyal alan puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Yaşa göre yapılan ileri analizde (LSD) farklılığın yaşam kalitesi tüm alanlarında yaş gruplarının puan ortalamasının birbirlerinden farklı olmasından kaynaklandığı ve yaş arttıkça puan ortalamasının azaldığı belirlendi.

Eğitim düzeyine göre yapılan ileri analizde (LSD), farklılığın yaşam kalitesi tüm alanlarda lise/niversite mezunlarının puan ortalamalarının, okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul/ortaokul mezunlarından yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Mesleğe göre yapılan ileri analizde Ruhsal (Dunnet C), Sosyal (LSD) yaşam kalitesi alanları için farkın memurların ve işçilerin puan ortalamalarının emekli, ev hanımları ve serbest meslekte çalışanlardan; evre-TR (LSD) alanı için memur ve işçilerin, emekli ve ev hanımlarından yüksek olmasından kaynaklandığı bulundu.

Gelir algısına göre yapılan ileri analizde (LSD), farklılığın yaşam kalitesi tüm alanlarında geliri giderinden az olanın, geliri giderine denk ve fazla olanlardan düşük olmasından kaynaklandığı saptandı.

Sağlık algısına göre ileri analizde (Dunnet C), yaşam kalitesi tüm alanlarında farkın tüm grupların birbirinden farklı puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı, sağlık algısı kötü olan grubun puan ortalamasının en düşük, iyi algılayanların en yüksek olduğu görüldü.

Yaşanılan yere göre ileri analizde (LSD), farkın yaşam kalitesi Ruhsal alanda ilde yaşayanların köyde; Sosyal alan için ilde yaşayanların ile ve köyde; evre-TR için ilde yaşayanların ilçede yaşayanlardan puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edildi.

Birlikte yaşanılan kişiye göre ileri analizde (LSD) farklılığın yaşam kalitesi tüm alanlarda eşleriyle birlikte yaşayanların puan ortalamasının çocukları ile beraber ve yalnız yaşayanlardan yüksek, eş ve çocukları ile birlikte yaşayanlardan düşük olmasından kaynaklandığı tespit edildi.

Alınan tedaviye göre farkı tespit için yapılan ileri analizde Ruhsal (Dunnet C), Sosyal ve Çevre-TR (LSD) yaşam kalitesi tüm alanlarında oral antidiyabetik ilaç kullananların puan ortalamasının oral antidiyabetik+insülin ve yalnızca insülin kullananlardan yüksek olduğu saptandı.

Hastalık süresine göre yapılan analizde Ruhsal ve Çevre-TR (Dunnet C) ve Sosyal alan (LSD) için farkın yaşam kalitesi tüm alanlarda grupların puan ortalamasının birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı belirlendi.

BKİ durumuna göre yapılan analizde (LSD) yaşam kalitesi Ruhsal alan için farkın normal kiloda olan grup ile şişman olan gruptan kaynaklandığı ve şişman olan grubun yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi. Çevre-TR alanında farkın normal olan grubun şişman ve obez olan gruptan düşük puana sahip olmasından kaynaklandığı bulundu.

Cinsiyet ve alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesi tüm alanları puan ortalamaları arasında, sigara içme durumuna göre yaşam kalitesi Ruhsal ve Çevre-TR alan ve BKİ durumuna göre yaşam kalitesi Sosyal alan puan ortalamaları arasında fark tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3. T2DM'li Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine ile WHOQOL-BREF-TR Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s= 308)

		Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre-TR Alan
	s	Ort±SS	Ort± SS.	Ort± SS
Yaş				
41-52	44	14.74±3.27	15.45±2.96	17.15± 3.41
53-64	116	13.22± 4.21	13.71±3.54	15.21±4.13
65 ve üzeri	148	10.27± 4.12	11.91±3.45	12.64±4.35
Test ve Önemlilik		F=28.963 p=0.000 ^a	F=21.206 p=0.000 ^a	F=25.037 p=0.000 ^a
Cinsiyet				
Kadın	150	11.97±3.96	13.04±3.40	14.27±4.23
Erkek	158	12.07±4.79	13.15±3.86	14.24±4.68
Test ve Önemlilik		t=-0.191 p=0.848	t=-0.249 p=0.804	t=0.060 p=0.952
Medeni Durumu				
Evli	249	12.78±4.31	13.58±3.67	15.08±4.28
Bekâr	59	8.78±3.14	11.06±2.68	10.73±3.39
Test ve Önemlilik		t=8.130 p=0.000 ^a	t=6.006 p=0.000 ^a	t=7.288 p=0.000 ^a
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar değil	48	9.71±4.19	11.67± 3.26	12.22±4.77
Okuryazar	32	11.79±4.11	13.21± 3.09	12.96±3.91
İlkokul/ Ortaokul	171	11.71±4.04	12.62±3.50	14.08±4.25
Lise/ Üniversite	57	15.01±4.26	15.71±3.40	17.19±3.63
Test ve Önemlilik		F=15.442 p=0.000 ^a	F=15.151 p=0.000 ^a	F=14.186 p=0.000 ^a
Meslek				
Memur	10	15.60±3.51	16.20±3.14	18.00±3.03
İşçi	15	15.73±3.47	16.36±2.93	16.80±3.76
Emekli	141	11.30±4.57	12.56±3.70	13.64±4.63
Ev hanımı	133	12.06±3.98	13.09±3.41	14.32±4.16
Serbest	9	12.44±5.49	12.81±3.62	14.52±5.47
Test ve Önemlilik		F=5.618 p=0.000 ^a	F=5.986 p=0.000 ^a	F=3.815 p=0.005**
Gelir Algısı				
Gelir giderden az	35	9.73±4.05	11.54±3.39	12.27±3.71
Gelir gider denk	259	12.25±4.35	13.21±3.58	14.46±4.49
Gelir giderden fazla	14	13.51±4.53	14.81±4.24	15.33±4.55
Test ve Önemlilik		F=6.083 p=0.003**	F=5.014 p=0.007**	F=4.255 p=0.015*

Tablo 4.3.- devamı

		Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre-TR Alan
	s	Ort± SS.	Ort ±SS.	Ort± SS.
Sağlık Algısı				
İyi	36	15.73±2.61	16.24±2.19	17.2±63.02
Orta	227	12.26±4.22	13.21±3.43	14.38±4.34
Kötü	45	7.82±2.94	10.03±3.23	11.20±4.18
Test ve Önemlilik		F=42.794	F=36.389	F=21.320
		p=0.000^a	p=0.000^a	p=0.000^a
Yaşanılan Yer				
İl	205	12.49±4.34	13.47±3.69	14.74±4.21
İlçe	26	10.81±4.09	11.95±3.09	12.31±3.87
Köy	77	11.18±4.51	12.48±3.54	13.59±5.03
Test ve Önemlilik		F=3.574	F=3.543	F=4.675
		p=0.029*	p=0.030*	p=0.010*
Birlikte Yaşanılan Kişi				
Eş	126	11.72±4.25	12.67±3.52	14.04±4.23
Çocuklar	42	8.39±3.03	10.68±2.70	10.44±3.70
Yalnız	17	9.11±2.54	11.14±2.65	11.45±2.79
Eş ve çocuklar	123	13.96±4.08	14.63±3.48	16.15±4.04
Test ve Önemlilik		F=24.860	F=18.321	F=24.596
		p=0.000^a	p=0.000^a	p=0.000^a
Sosyal Destek Durumu				
Evet	245	12.48±4.43	13.48±3.60	14.98±4.14
Hayır	63	10.21±3.81	11.60±3.39	11.41±4.53
Test ve Önemlilik		t=4.073	t=3.747	t=5.991
		p=0.000^a	p=0.000^a	p=0.000^a
Hastalık süresi (Yıl)				
1-5	81	15.17±3.26	15.47±2.84	16.90±3.50
6-10	113	11.96±4.14	13.00±3.42	14.13±4.52
11 ve üzeri	114	9.84±4.00	11.49±3.45	12.47±4.09
Test ve Önemlilik		F=44.624	F=34.570	F=27.422
		p=0.000^a	p=0.000^a	p=0.000^a
Ek Hastalık				
Var	236	10.83±4.08	12.24±3.49	13.31±4.31
Yok	72	15.93±2.87	15.90±2.52	17.33±3.45
Test ve Önemlilik		t=-11.871	t=-9.762	t=-8.140
		p=0.000^a	p=0.000^a	p=0.000^a
Komplikasyon Gelişme				
Evet	67	8.26±3.89	10.07±3.47	11.20±4.30
Hayır	241	13.06±3.95	13.94±3.21	15.10±4.13
Test ve Önemlilik		t=-8.882	t=-8.565	t=-6.771
		p=0.000^a	p=0.000^a	p=0.000^a

Tablo 4.3.- devamı

		Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre-TR Alan
	s	Ort±SS	Ort±SS.	Ort.±SS
Tedavi Şekli				
Diyet	3	11.24±2.01	9.56±2.78	14.67±2.67
Oral antidiyabetik ilaç	136	14.14±3.74	14.95±2.96	15.95±4.12
Oral antidiyabetik + insülin	142	10.11±4.06	11.55±3.41	12.73±4.26
İnsülin	27	11.45±4.73	12.32±3.77	13.63±4.43
Test ve Önemlilik		F=24.002 p=0.001**	F=-27.204 p=0.000 ^a	F=13.803 p=0.000 ^a
Düzenli İlaç Kullanma (n=305)				
Evet	221	12.60±4.23	13.68±3.50	14.90±4.22
Hayır	84	10.51±4.56	11.69±3.58	12.52±4.67
Test ve Önemlilik		t=3.775 p=0.000 ^a	t=4.404 p=0.000 ^a	t=4.262 p=0.000 ^a
Düzenli Kontrol				
Evet	172	13.26±4.10	13.99±3.61	15.47±4.21
Hayır	136	10.45±4.28	11.97±3.36	12.71±4.30
Test ve Önemlilik		t=5.843 p=0.000 ^a	t=5.023 p=0.000 ^a	t=5.667 p=0.000 ^a
Sigara Kullanma				
Evet	20	13.89±4.72	14.97±4.01	15.47±4.81
Hayır	288	11.89±4.36	12.97±3.58	14.17±4.43
Test ve Önemlilik		t=1.840 p=0.080	t=2.396 p=0.017*	t=1.262 p=0.208
Alkol Kullanma				
Evet	4	10.71±4.63	12.17±3.28	13.33±2.43
Hayır	304	12.04±4.40	13.11±3.64	14.26±4.48
Test ve Önemlilik		t=-0.569 p=0.551	t=-0.515 p=0.607	t=-0.414 p=0.679
BKİ				
Normal	66	10.86±4.49	12.50±4.13	12.58±4.82
Şişman	173	12.52±4.49	13.37±4.56	14.70±4.38
Obez	69	11.85±3.89	12.97±3.29	14.70±3.94
Test ve Önemlilik		F=3.520 p=0.031*	F=1.432 p=0.241	F=6.053 p=0.003**

*p<0.05, **p<0.01, ^ap<0.001

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek, gelir algısı, sağlık algısı, birlikte yaşanan kişi, sosyal destek, hastalık süresi, ek hastalık, komplikasyon gelişme, tedavi şekli, düzenli ilaç kullanma ve düzenli kontrole gitme durumuna göre BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler, Motivasyon Kaybı, Umut Alt Boyutları ve toplam puan ortalaması arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0.05, p<0.01, p<0.001).

Bekârların evli olanlardan, sosyal desteği olmayanların olanlardan, ek hastalığı olanların olmayanlardan, komplikasyon gelişenlerin gelişmeyenlerden, düzenli ilaç kullanmayanların kullananlardan ve düzenli kontrole gitmeyenlerin gidenlerden BUÖ tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.001$).

Yaşa göre fark için yapılan ileri analizde (U), farkın BUÖ tüm boyutlar ve toplam için 65 yaş ve üzeri yaş grubunun puan ortalamasının, 41-52 ve 53-64 yaş grubundan yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edildi.

Eğitim düzeyine göre ileri analizde (U), farkın BUÖ tüm boyutlar ve toplam için lise/üniversite mezunlarının puan ortalamasının, okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarından düşük olmasından kaynaklandığı bulundu.

Mesleğe göre ileri analizde (U), farkın BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler için işçilerin puan ortalamasının emekli ve ev hanımlarından düşük, Motivasyon Kaybı ve toplam için emeklilerin memur ve işçilerden yüksek puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Gelir algısına göre ileri analizde (U), farkın BUÖ tüm boyutlar ve toplam için geliri giderinden az olarak algılayanların puan ortalamasının, geliri giderinden fazla olarak algılayanlardan yüksek olmasından kaynaklandığı bulundu.

Sağlık algısına göre ileri analizde (U), farkın BUÖ tüm boyutlar ve toplam için tüm grupların puan ortalamasının birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı, sağlık algısı kötü olan grubun puan ortalamasının en yüksek, iyi algılayanların en düşük olduğu görüldü.

Birlikte yaşanan kişilere göre ileri analizde (U), farkın BUÖ tüm boyutlar ve toplam için eş ve çocukları ile yaşayanların diğer tüm gruplardan, eşi ile yaşayanların

çocukları ve yalnız yaşayanlardan anlamlı olarak düşük puan ortalamasına sahip olduğu tespit edildi.

Hastalık süresine göre ileri analizde (U) farkın BUÖ tüm boyutları ve toplam için tüm grupların puan ortalamasının birbirlerinden farklı olmasından kaynaklandığı bulundu.

Tedavi şekline göre farkın (U), oral antidiyabetik ilaç kullanan grubun BUÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, oral antidiyabetik ilaç+insülin kullanan gruptan düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Cinsiyet, yaşanılan yer, sigara ve alkol kullanma ve BKİ durumuna göre BUÖ tüm boyutları ve toplam; mesleğe göre Umut boyutu puan ortalamaları arasında fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4. T2DM'li Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile BUÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s= 308)

	s	Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş					
41-52	44	1.32±2.10	1.91±2.85	1.98±2.56	5.20±7.30
53-64	116	1.63±2.16	2.84±3.30	2.66±2.84	7.13±8.12
65+	148	2.86±2.29	4.72±3.38	4.16±2.92	11.74±8.42
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=25.328$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=29.361$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=24.676$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=26.112$ p=0.000 ^a
Cinsiyet					
Kadın	150	2.15±2.30	3.64±3.43	3.27±2.88	9.06±8.40
Erkek	158	2.21±2.32	3.58±3.48	3.29±3.06	9.08±8.71
Test ve Önemlilik		U=11635.000 p=0.766	U=11468.500 p=0.614	U=11718.500 p=0.863	U=11569.500 p=0.717
Medeni Durum					
Evli	249	1.79±2.23	3.04±3.37	2.78±2.87	7.61±8.31
Bekâr	59	3.83±1.87	6.02±2.69	5.41±2.36	15.25±6.62
Test ve Önemlilik		U=3916.500 p=0.000 ^a	U=3785.500 p=0.000 ^a	U=3788.000 p=0.000 ^a	U=3646.000 p=0.000 ^a
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar değil	48	2.42±2.28	4.10±3.25	3.77±2.90	10.29±8.11
Okuryazar	32	2.41±2.41	4.13±3.55	3.38±2.98	9.91±8.81
İlkokul/ Ortaokul	171	2.47±2.33	4.05±3.50	3.68±2.95	10.19±8.59
Lise/ Üniversite	57	0.98±1.84	1.58±2.68	1.63±2.50	4.19±6.86
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=19.892$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=26.724$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=23.456$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=26.572$ p=0.000 ^a
Meslek					
Memur	10	1.50±2.01	1.50±2.07	2.40±2.37	5.40±6.29
İşçi	15	0.60±1.24	1.53±2.20	1.40±1.92	3.53±5.07
Emekli	141	2.57±2.37	4.18±3.60	3.70±3.13	10.45±8.98
Ev hanımı	133	2.04±2.28	3.49±3.39	3.17±2.86	8.69±8.33
Serbest	9	1.44±1.88	2.22±2.49	2.67±2.65	6.33±6.56
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=13.401$ p=0.009 ^{**}	$\chi^2_{KW}=12.320$ p=0.015 [*]	$\chi^2_{KW}=8.768$ p=0.067	$\chi^2_{KW}=10.843$ p=0.028 [*]
Gelir Algısı					
Gelir giderden az	35	3.26±2.09	4.94±3.07	4.57±2.96	12.77±7.77
Gelir giderden denk	259	2.08±2.32	3.49±3.48	3.18±2.96	8.75±8.62
Gelir giderden fazla	14	1.29±1.68	2.50±3.11	2.00±2.00	5.79±6.49
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=10.027$ p=0.007 ^{**}	$\chi^2_{KW}=7.747$ p=0.021 [*]	$\chi^2_{KW}=7.987$ p=0.018 [*]	$\chi^2_{KW}=8.283$ p=0.016 [*]

Tablo 4.4. -devamı

	s	Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
		Ort.±SS.	Ort.±SS.	Ort.±SS.	Ort.± SS.
Sağlık Algısı					
İyi	36	0.56±1.32	1.36±1.99	1.11±1.82	3.03±4.80
Orta	227	2.10±2.32	3.53±3.52	3.18±2.95	8.81±8.64
Kötü	45	3.87±1.70	5.82±2.70	5.53±2.23	15.22±6.25
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=40.563$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=30.820$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=42.026$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=36.906$ p=0.000^a
Yaşanılan Yer					
İl	205	2.05±2.26	3.40±3.36	3.10±2.92	8.55±8.33
İlçe	26	2.73±2.36	4.50±3.60	4.12±2.92	11.35±8.70
Köy	77	2.34±2.40	3.86±3.62	3.49±3.08	9.69±9.00
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=2.418$ p=0.298	$\chi^2_{KW}=3.833$ p=0.147	$\chi^2_{KW}=4.927$ p=0.085	$\chi^2_{KW}=5.829$ p=0.054
Birlikte Yaşanılan Kişi					
Eş	126	2.06±2.30	3.60±3.47	3.29±2.91	8.95±8.50
Çocuklar	42	4.02±1.77	6.40±2.48	5.60±2.20	16.02±6.14
Yalnız	17	4.00±1.80	6.06±2.86	5.71±2.14	15.76±6.45
Eş ve çocuklar	123	1.41±2.06	2.33±3.06	2.15±2.70	5.89±7.67
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=49.289$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=50.100$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=51.543$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=49.482$ p=0.000^a
Sosyal Destek Durumu					
Evet	245	1.84±2.22	3.09±3.33	2.83±2.85	7.76±8.22
Hayır	63	3.49±2.17	5.63±3.18	5.03±2.76	14.16±7.93
Test ve Önemlilik		U=4741.000 p=0.000^a	U=4717.000 p=0.000^a	U=4412.500 p=0.000^a	U=4471.500 p=0.000^a
Hastalık Süresi (yıl)					
1-5	81	0.95±1.75	1.70±2.59	1.53±2.26	4.18±6.40
6-10	113	2.18±2.31	3.54±3.48	3.40±2.93	9.13±8.55
11 ve üzeri	114	3.04±2.26	5.03±3.31	4.40±2.88	12.48±8.26
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=36.295$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=43.446$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=43.430$ p=0.000^a	$\chi^2_{KW}=44.481$ p=0.000^a
Ek Hastalık					
Var	236	2.55±2.32	4.15±3.49	3.79±2.95	10.49±8.57
Yok	72	0.97±1.81	1.83±2.67	1.61±2.38	4.42±6.66
Test ve Önemlilik		U=5470.000 p=0.000^a	U=5451.500 p=0.000^a	U=4950.500 p=0.000^a	U=5065.000 p=0.000^a

Tablo 4.4. - devamı

		Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
	s	Ort.±SS.	Ort.±SS.	Ort.±SS.	Ort.±SS.
Komplikasyon Gelişme					
Evet	67	3.69±2.02	5.82±3.01	5.25±2.52	14.76±7.35
Hayır	241	1.76±2.21	3.00±3.32	2.73±2.85	7.49±8.19
Test ve Önemlilik		U=4670.500 p=0.000 ^a	U=4481.500 p=0.000 ^a	U=4436.000 p=0.000 ^a	U=4449.000 p=0.000 ^a
Tedavi Şekli					
Diyet	3	3.33±2.08	6.00±1.00	4.00±2.65	13.33±4.73
Oral antidiyabetik ilaç	136	1.45±2.04	2.44±3.07	2.26±2.67	6.15±7.59
Oral antidiyabetik ilaç +İnsülin	142	2.82±2.37	4.69±3.50	4.20±2.95	11.72±8.68
İnsülin	27	2.33±2.25	3.56±3.33	3.52±2.99	9.41±8.28
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW}=21.886$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=32.105$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=28.626$ p=0.000 ^a	$\chi^2_{KW}=31.682$ p=0.000 ^a
Düzenli İlaç Kullanma (s=305)					
Evet	221	1.90±2.22	3.12±3.33	2.92±2.84	7.95±8.19
Hayır	84	2.87±2.40	4.80±3.51	4.19±3.12	11.87±8.95
Test ve Önemlilik		U=7217.500 p=0.001 ^{**}	U=6617.000 p=0.000 ^a	U=7166.500 p=0.002 ^{**}	U=6702.500 p=0.000 ^a
Düzenli Kontrole Gitme					
Evet	172	1.60±2.09	2.63±3.13	2.52±2.68	6.75±7.66
Hayır	136	2.91±2.37	4.85±3.45	4.25±3.03	12.01±8.74
Test ve Önemlilik		U=8187.500 p=0.000 ^a	U=7262.500 p=0.000 ^a	U=7932.000 p=0.000 ^a	U=7368.500 p=0.000 ^a
Sigara Kullanma					
Evet	20	1.65±2.11	2.80±2.97	2.40±2.85	6.85±7.63
Hayır	288	2.22±2.32	3.67±3.48	3.34±2.97	9.23±8.60
Test ve Önemlilik		U=2565.500 p=0.377	U=2551.500 p=0.379	U=2290.000 p=0.116	U=2491.000 p=0.307
Alkol Kullanma					
Evet	4	2.75±2.63	5.50±3.00	3.25±3.20	11.50±8.70
Hayır	304	2.17±2.31	3.59±3.46	3.28±2.97	9.04±8.56
Test ve Önemlilik		U=486.000 p=0.456	U=371.000 p=0.167	U=564.000 p=0.799	U=470.500 p=0.432
BKİ					
Normal	66	2.55±2.32	4.10±3.57	3.77±3.11	10.42±8.90
Şişman	173	2.08±2.32	3.45±3.44	3.19±2.95	8.73±8.55
Obez	69	2.07±2.23	3.52±3.35	3.02±2.85	8.62±8.19
Test ve Önemlilik		$\chi^2_{KW} = 1.587$ p=0.452	$\chi^2_{KW} = 0.610$ p=0.737	$\chi^2_{KW} = 2.644$ p=0.267	$\chi^2_{KW} = 0.798$ p=0.671

*p<0.05, **p<0.01, ^ap<0.001 χ^2_{KW} =Kruskal Wallis Varyans Analizi U=Mann Whitney U testi

Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal, Sosyal ve Çevre-TR alanları ile BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler, Motivasyon Kaybı ve Umut alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında orta seviyede negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (p<0.001). Diğer bir ifade ile yaşam kalitesi Ruhsal, Sosyal ve Çevre-TR alanları puan

ortalaması arttıkça, BUÖ tüm boyutlarında ve toplamda puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5. T2DM’li Hastaların WHOQOL-BREF-TR ile BUÖ Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

WHOQOL-BREF-TR		Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
Ruhsal Alan	r	-0.651	-0.647	-0.668	-0.668
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Sosyal Alan	r	-0.682	-0.691	-0.698	-0.705
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Çevre-TR Alan	r	-0.515	-0.560	-0.559	-0.559
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

r= Spearman correlation, *p<0.001

5. TARTIŞMA

Birinci basamağa başvuran T2DM olan hastalarda yaşam kalitesi ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmış ve araştırma sorularına yanıt aranmıştır. T2DM’li hastalarda umutsuzluğu ele alan az sayıda araştırmaya; umutsuzluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin de belirlendiği bir araştırma makalesine rastlanılmıştır (9). Bu nedenle bu bölümde umutsuzluk için farklı hasta gruplarıyla birlikte, T2DM’li hastalarda öz bildirim dayalı ölçek kullanılarak depresyonu ele alan çalışmalara da yer verilmiştir. Umutsuzluğun yer aldığı en önemli psikiyatrik bozukluklardan birisinin depresyon olduğu, umutsuzluk arttıkça depresyonun arttığı (71) ve depresyonda her zaman olmasa da sıklıkla umutsuzluğun görülebileceği bildirilmiştir (72).

Bu araştırmada diyabetli hastaların WHOQOL-BREF-TR Ruhsal alan puan ortalamasının 12.02 ± 4.40 , Sosyal alan 13.10 ± 3.64 ve Çevre-TR alanı 14.25 ± 4.46 olduğu saptanmıştır. Ölçekten elde edilebilecek en düşük ve en yüksek puanına göre hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Elde edilen sonuç araştırmanın birinci sorusunu yanıtladı. Türkiye’de T2DM olan hastalarla yapılan bir çalışmada Ruhsal alan puan ortalaması 13.26 ± 2.64 , Sosyal alan 14.06 ± 3.90 , Çevre alan 12.23 ± 3.32 ve yaşam kalitesinin genel olarak orta seviyede olarak açıklanmıştır (73). İran’da T2DM olan ve sağlıklı bireylerde yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise Ruhsal alan 12.62 ± 2.01 , Sosyal alan 12.75 ± 3 ve

çevre alan puan ortalamasının 13.01 ± 1.76 olarak açıklanmıştır (74). Bildirilen sonuçlar ile bu araştırma sonucu ile benzerdir.

Bu araştırmada T2DM hastalarının BUÖ Gelecekle İlgili Duygular ve Beklentiler boyutu puan ortalamasının 2.18 ± 2.31 , Motivasyon kaybı 3.61 ± 3.45 , Umut 3.28 ± 2.97 ve BUÖ toplam puan ortalamasının 9.07 ± 8.55 olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada hastaların orta düzeyde umutsuzluk yaşadıkları söylenebilir. Bu sonuç araştırmanın birinci sorusunu cevapladı. İtalya'da diyabet hastalarında yapılan bir çalışmada da hastaların umutsuzluk puanlarının orta-yüksek olduğu ve hastaların % 40'nın dokuz ve üzerinde puan aldığı belirtilmiştir (9). Türkiye'de tip 2 diyabetli hastalarla yürütülen çalışmada umutsuzluk toplam puan ortalaması 7.63 ± 4.01 olarak bildirilmiştir (75). Bildirilen çalışmalarda umutsuzluk puan ortalamasının bu araştırma sonucundan daha düşük olduğu, kültürel farklılıklar ve zaman etmeninin sonuçta tesiri olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada yaş arttıkça yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamasının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir. Türkiye'de diyabet hastaları ile yürütülen çalışmada 50 yaşın altındaki hastalarda yaşam kalitesinin 50 yaşın üzerinde olanlara göre daha yüksek olduğu (43), diğer bir çalışmada da yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir (76). Etiyopya da aynı ölçek (77), Güney Hindistan (42) ve Sırbistan'da (78) farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak T2DM'li hastalar ile yapılan çalışmalarda da yaş arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasının düştüğü açıklanmıştır. Bu araştırmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup, sonuçta yaşın artmasıyla birlikte fizyolojik ve ruhsal olarak görülen değişimlerle birlikte kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların artmasının tesirli olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada cinsiyete göre yaşam kalitesi puan ortalamasının tüm alanlarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Türkiye’de ayaktan izlenen (43), Brezilya’da aile sağlık nitelerinde (79), Güney Hindistan’da üçüncü basamakta (42) ve Yunanistan’da (41) diyabet polikliniğe başvuran diyabet hastaları ile yapılan çalışmalarda da cinsiyete göre yaşam kalitesinin farklılaşmadığı belirtilmiştir. Bildirilen sonuçlar bu araştırma sonucunu desteklemektedir.

Bu araştırmada evlilerin yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamasının bekâr olanlardan anlamlı olarak yüksektir. Diyabetik ayak gelişen hastalarla yrtlen bir çalışmada da evli olmanın yaşam kalitesini anlamlı olarak arttırdığı belirtilmiştir (80). Bildirilen sonuç bu araştırma sonucunu desteklemektedir. Diyabet hastaları ile yapılan diğer bir çalışmada ise evli olmamanın yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir (81). Bu farklılıkta bireysel özelliklerin ve evlilikten beklentilerin karşılanmamış olmasının tesirli olabileceği dşnlmektedir.

Bu araştırmada lise/niversite üzeri eğitimi olanların okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarından yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de diyabetli hastalarla yapılan çalışmada eğitim durumu arttıya yaşam kalitesinin arttığı (75), diğer bir çalışmada da ortaokul ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olan diyabetli hastaların eğitim düzeyi daha yüksek olanlardan düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (81). Suudi Arabistan’da bir çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek olan grubun (82) ve Hindistan’da yrtlen çalışmada da eğitimli olan diyabet hastalarının eğitimi olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (83). Bildirilen alışma sonuçları ile bu araştırma sonucu paralellik göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıya hastaların, sağlık kontrollerini daha düzenli yaptırma, sağlıklı yaşam

aktivitelerine katılma olasılıklarının daha yüksek olabileceği ve bunun da yaşam kalitesine olumlu yönde tesir ettiği düşünülmektedir.

Bu araştırmada memurların ve işçilerin yaşam kalitesi Ruhsal ve Sosyal alanlarda puan ortalamasının emekli, ev hanımı ve serbest meslek sahibi olanlardan, Çevre-TR alanında emekli ve ev hanımı olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de (81) ve Hindistan’da (83) yapılan çalışmalarda çalışan diyabet hastalarının yaşam kaliteleri çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bildirilmiştir. Bu araştırma sonucu açıklanan çalışma sonuçları ile benzerdir. Bu sonuç çalışma hayatının hastalara hareketlilik ve ekonomik açıdan özgürlük sağlaması ve iyilik haline olumlu yansımaları ile açıklanabilir.

Bu araştırmada gelirini giderinden az olarak algılayan grubun yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamasının geliri giderine denk ve fazla olarak algılayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı ölçek kullanılarak Türkiye’de diyabetli hastalarda yapılan çalışmada geliri giderinden fazla olarak algılayanların geliri giderinden az olarak algılayanlara göre yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir (73). Türkiye’de diyabetli hastalar ile yapılan çalışmada düşük gelir seviyesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği (81), Suudi Arabistan’da T2DM’li hastalar ile yapılan çalışmada gelir düzeyi daha yüksek olan grubun yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu açıklanmıştır (82). Açıklanan çalışma sonuçları bu araştırma sonucu ile uyumludur. Sonuçta gelir düzeyi düşük olan diyabetli hastaların gereksinimlerini karşılamada sıkıntı yaşamış olma ihtimallerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık algısı kötüden iyiye doğru değiştikçe yaşam kalitesi puan ortalamasının tüm alanlarda anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür. Aynı ölçek kullanılarak

yürütülen çalışmada sağlığını iyi olarak algılayan T2DM hastalarının yaşam kalitesi tüm boyutlarının puan ortalamalarının sağlığını kötü olarak algılayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (73). Açıklanan çalışma sonucu bu çalışma sonucu ile uyumludur. Bu sonuç sağlığını kötü olarak algılayanların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ve sosyal aktivitelere katılmada zorluk yaşamış olma ihtimali ile açıklanabilir.

İlde yaşamının yaşam kalitesinin puan ortalamasının tüm alanlarda anlamlı olarak yükselttiği tespit edilmiştir. Türkiye’de T2DM hastaları ile yapılan çalışmada da ilde yaşayanların yaşam kaliteleri yüksek olarak bulunmuştur (84). Bildirilen sonuç bu araştırma sonucunu desteklemektedir. İlde yaşayan hastaların sağlık kuruluşlarına ve teknolojik imkânlarla daha kolay ulaşımının sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir. Güney Afrika’da bir hastanenin diyabet kliniğine başvuran diyabet hastaları ile yürütülmüş bir çalışmada istihdam durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir (85). Bildirilen sonuç bu çalışma sonucunu benzerlik göstermemektedir. Bu farklılık bölgesel ve coğrafik niteliklilerin tesirli olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada eşleriyle birlikte yaşayanların yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamasının çocuklarıyla ve yalnız yaşayanlardan anlamlı olarak yüksek, eş/çocuklarıyla yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Yunanistan’da T2DM hastaları ile yürütülen çalışmada düşük yaşam kalitesinin yalnız yaşama ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (41). Bu araştırma sonucunda eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların daha iyi destek kaynaklarına sahip olabileceğinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Sosyal desteği olduğunu belirtenlerin olmayanlardan yaşam kalitesinin puan ortalamasının tüm alanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diyabetik ayak gelişen hastalarla yrtlen çalışmada da sosyal destek arttıķa yaşam kalitesinin anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir (80). Açıklanan alışma sonucu bu araştırma sonucu ile benzerdir. Bu sonuç sosyal desteği olan hastaların ailesi ve çevresiyle iletişiminin tedavi sürecini ve hastalığı yönetmesinde tesirli olabileceği açıklanabilir.

Bu araştırmada hastalık süresi arttıķa yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalaması anlamlı olarak azalmaktadır. Etiyopya’da aynı ölçek kullanılarak T2DM hastaları ile yrtlen çalışmada da hastalık süresi arttıķa yaşam kalitesinin tüm alanlarda azaldığı belirtilmiştir (77). Güney Hindistan’da (42) ve Türkiye’de (73) yapılan çalışmalarda da bir yıldan az diyabet öyküsü olan hastalarda yaşam kalitesinin daha iyi olduğu, hastalık süresi yükseldikçe yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusu bildirilen çalışma bulguları ile uyumludur.

Ek hastalığı olmayanların olanlardan ve komplikasyon gelişmeyenlerin gelişenlerden yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Sırbistan’da T2DM hastaları ile yapılan çalışmada eşlik eden hastalık varlığı yaşam kalitesi puan ortalamasını anlamlı olarak azalttığı bulunmuştur (78). Türkiye’de (81, 84) ve Malezya’da (86) yapılan çalışmalarda diyabetik komplikasyon olanların komplikasyon olmayanlara göre yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur. Etiyopya’da aynı ölçek ile tip 2 diyabetli hastalarla yapılan çalışmada gelişen komplikasyon sayısı arttıķa yaşam kalitesinin tüm alanlarında anlamlı olarak azalma belirtilmiştir (77). Bildirilen sonuçlar ile bu araştırma sonucu uyumludur. Sonuçta eşlik eden hastalık ve görülen komplikasyonların ciddiyetinin etkili olduğu dşnlmektedir.

Bu araştırmada oral antidiyabetik ilaç kullananların Ruhsal ve evre-TR alan yaşam kalitesi puan ortalamasının oral antidiyabetik ilaç+ insülin ve yalnızca insülin kullanan gruplardan; Sosyal alan yaşam kalitesi puan ortalamasının diğer tedavi gruplarından anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de T2DM hastaları ile yürütölen çalışmada egzersiz ve diyet tedavisi uygulayan hastaların ruhsal, sosyal ve evre alan yaşam kalitesi puan ortalamaları sadece insülin tedavisi kullananlardan (73), Malezya’da aile sağlığı merkezinde T2DM hastaları yürütölen çalışmada oral anti diyabetik kullananların oral ve insülini birlikte kullananlardan yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir (87). İnsülin kullanımının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki göstermesi bakımından sonuçlar birbiri ile uyumludur. Brezilya’da aile sağlık ünitelerinde (79), Güney Hindistan’da hastanede diyabet hastaları ile yapılan çalışmalarda tedavi şekline göre yaşam kalitesinin farklılaşmadığı bildirilmiştir (42). Bu farklılıkta bireysel, kültürel özelliklerinin ve hastalıkların kontrol altında olma durumlarının etkili olabileceği tahmin edilmektedir.

Bu araştırmada düzenli ilaç kullananların kullanmayanlardan, düzenli doktor kontrolüne gidenlerin gitmeyenlerden yaşam kalitesinin tüm alanlarında puan ortalaması anlamlı olarak yüksektir. Aynı ölçek kullanılarak Türkiye’de yapılan çalışmada da ilaçlarını düzenli kullanan ve kontrole düzenli giden ve hastalığına ilişkin öz yönetimlerini yapabilen T2DM hastalarının yaşam kalitesinin tüm alanlarında (73), Malezya’da yapılan çalışmada ilaçlarına uyum gösteren T2DM’li hastaların göstermeyenlere göre yaşam kalitesi puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur (87). Açıklanan alışma sonuçları ile bu araştırma sonucu paralellik göstermektedir. Bu sonuç tedaviye uyum göstermenin ve tedavi hizmetlerini etkin olarak kullanmanın hastalığın yönetimini daha iyi sağlanması etkili olabileceği ile açıklanabilir.

Bu araştırmada sigara kullananlarda yaşam kalitesi Sosyal alan puan ortalamasının kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu, sigara kullanma durumuna göre Ruhsal ve evre-TR alan ve alkol kullanma durumuna göre yaşam kalitesinin tüm alanlarının puan ortalamasının farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Güney Afrika'da bir hastanenin diyabet kliniğine başvuran diyabet hastaları ile yapılan çalışmada da alkol veya sigara içip imemenin (85), Yunanistan (41) ve Malezya 'da (86) T2DM hastaları ile yapılan çalışmalarda sigara içme durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir. Açıklanan alışma sonuçları bu araştırma sonucu ile benzerlik göstermekte olup, farklı olarak bu araştırmada sigara içenlerde sosyal alan yaşam kalitesi puan ortalamasının içmeyenlerden yüksek olmasında bireysel, sosyo-kültürel özelliklerin yanı sıra içilen sigara miktarı, sigaraya başlama zamanı gibi birçok faktörün tesirli olabileceği dşnlmektedir.

Bu araştırmada şişman olan grubun Ruhsal alan yaşam kalitesi puan ortalaması normal olan gruptan yüksek, normal olan grubun yaşam kalitesi evre-TR alanı puan ortalaması şişman ve obez olan gruptan anlamlı olarak düşüktür. Etiyopya'da aynı ölçek kullanılarak T2DM hastalarla yrtlen çalışmada BKİ arttı yaşam kalitesi Ruhsal, evre ve Sosyal alanlarda azaldığı (77), Türkiye'de T2DM'li hastalarla yrtlen çalışmada kilo artışı ve obezitenin yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (39). Açıklanan alışma sonuçları ile bu araştırma sonucu uyumlu değildir. Bu farklılık bireysel niteliklerle birlikte sosyo-kültürel niteliklerin tesiri, kilolu olmanın ciddi sıkıntılara neden olmadığı ve başka faktrlerin tesiri ile açıklanabilir. Bu araştırma sonuçları araştırmanın ikinci sorusuna yanıt oluşturmaktadır

Bu araştırmada 65 yaş ve üzeri olan grubun BU tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasının, daha düşük yaş grubunda olan hastalardan anlamlı olarak yüksek

olduğu bulunmuştur. İnsüline bağımlı ve bağımlı olmayan diyabetik hastalar ile yapılan çalışmada (88) ve diyabetik hastaların da yer aldığı fiziksel hastalığı olan bireylerle yapılan diğer bir çalışmada, yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı bildirilmiştir (89). Bildirilen çalışma sonuçları bu araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir. T2DM’li hastalarla yapılan bir çalışmada ise yaş ile umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (75). Bu farklı sonuç hastaların yaşam beklentilerinin farklı olma ihtimalleri ile açıklanabilir.

Cinsiyete göre BUÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Diyabet hastalarının da yer aldığı fiziksel hastalık sebebi ile hastanede yatan hastalarda cinsiyet ile umutsuzluk puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (89). Açıklanan çalışma sonucu bu araştırma sonucu ile uyumludur. Diyabet hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda erkeklerin kadınlardan (75, 90), bir diğer çalışmada kadınların erkeklerden (88) umutsuzluk puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir. Bildirilen çalışma bulguları ile bu araştırma bulgusu farklılık göstermektedir. Bu farklılıkta bireysel, toplumsal ve kültürel niteliklerin tesirli olabileceği düşünölmektedir.

Bu araştırmada bekârların BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları evlilere göre anlamlı olarak daha yüksektir. T2DM hastaları ile yürütölen çalışmada ise medeni duruma göre umutsuzluk puan ortalamasının farklılaşmadığı belirtilmiştir (75). Bu farklılıkta bireysel, sosyo-kültürel niteliklerin ve yaşamdan beklentilerin tesiri olabileceği düşünölmektedir.

Bu araştırmada lise/üniversite mezunu olanların BUÖ tüm boyutlar ve toplam puan ortalamasının, okuryazar olmayan, okuryazar, ilkokul/ortaokul mezunlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada

hastaların eğitim düzeyleri arttıkça umutsuzluk oranlarının düştüğü (90), diğer bir çalışmada üniversite mezunu olan diyabet hastalarının anlamlı olarak en düşük umutsuzluk puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (75). Bu araştırma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç eğitim seviyesi düşük olan hastaların hastalığın öz yönetimini sağlamada güçlükler yaşadıkları ve genel sağlıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

İşçilerin BUÖ Gelecekle İlgili Beklentiler ve Duygular boyutu puan ortalaması emekli ve ev hanımlarından; Motivasyon Kaybı ve BUÖ toplam için memur ve işçilerin emeklilerden düşük puan ortalamasına sahip olduğu, meslek durumuna göre umut boyutu ile fark bulunmadığı görülmüştür. Örneklem üçte ikisinin dâhiliye kliniklerinde yatan kronik hastalığı olan hastalarla yürütülen bir çalışmada, çalışan hastaların umutsuzluk puan ortalamasının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (91). T2DM'li hastalarla yapılan bir çalışmada meslek durumu ile umutsuzluk arasında fark bildirilmemiştir (75). Bu araştırma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzer olmayıp, bireysel özelliklerin yanı sıra çalışılan işin özelliklerinin sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada gelirini giderinden az olarak algılayanların BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamalarının, geliri giderinden fazla olarak algılayanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. T2DM hastaları ile yürütülen çalışmada maddi durumu kötü olanların olmayanlardan (75), hastanede yatan hastalarla yapılan çalışmada ekonomik durumu kötü olanların orta ve iyi olanlardan umutsuzluk düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (91). Bu araştırma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerdir. Bu sonuç gelirini giderinden az olarak algılayanların ihtiyaçlarını

karşılayamama ve ekonomik sorunlara neden olan faktörlerle daha fazla karşılaşma olasılığı ile açıklanabilir.

Bu araştırma da sağlık algısı iyiden kötüye doğru değiştikçe BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yükseldiği tespit edilmiştir. Kalp hastaları ile yapılan çalışmada sağlığını kötü olarak algılayanlarda umutsuzluk puan ortalamasını anlamlı olarak artırdığı bildirilmiştir (92). Bildirilen sonuç ile bu araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç kötü sağlık algısının iyilik halini olumsuz etkileyerek umutsuzluğu arttırabileceği olasılığı ile açıklanabilir.

Yaşanılan yere göre BUÖ tüm boyutlar ve toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Örneklemin %22.5'ini diyabet hastalarının oluşturduğu kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada da yaşanılan yere göre umutsuzluk puan ortalamasının anlamlı olarak değişmediği bildirilmiştir (93). Bildirilen sonuç bu araştırma sonucu ile benzer olup, sonuçta yaşanılan yerin özellikleri ve beklentilerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Eşleriyle birlikte yaşayanların BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamasının çocuklarıyla ve yalnız yaşayanlardan düşük, eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmada ailesi ile yaşayan hastaların yalnız, eşi ve çocukları ile yaşayanlara göre umutsuzluklarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (63). Bu sonuçta aile üyelerinin iletişimi ve sağladıkları desteğin, diyabeti olan hastaların hastalık öz yönetimini sağlamada ve stresle başa çıkmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Aile desteğinin olduğunu belirtenlerin desteği olmayanlara göre BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Fiziksel hastalık nedeni hastanede yatan ve örnekleminde diyabet hastalarının da yer

aldığı bir çalışmada yakınlarından ve ailesinden destek aldığını belirten hastaların umutsuzluk düzeylerinin destek almayanlardan düşük olduğu (89), diğer bir çalışmada da sosyal destek arttıkça hastalarda umutsuzluğun azaldığı belirtilmiştir (93). Bu araştırma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Aile desteği sorunlarla başa çıkmada olumlu etki sağlayarak umutsuzluğu azaltmada etkili olabilir.

Hastalık süresi arttıkça BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir. T2DM’li hastaları ile yapılan bir çalışmada diyabet süresindeki artışın depresyonu (39), diğer bir çalışmada diyabet süresi 5 yıldan fazla olan hastalarda diyabet süresi daha düşük olanlara göre umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu açıklanmıştır (75). Rapor edilen sonuçlar bu araştırma sonucunu desteklemektedir. Bu sonuçta hastalık süresi uzadıkça hastalarda geleceğe ilişkin olumlu düşüncelerde azalma, hastalığa ilişkin belirsizliklerin varlığında ve hastalık kaynaklı kısıtlamalarda artış olma ihtimalinin etkili olabileceği düşünülmektedir

Ek hastalığı ve komplikasyonu olanların olmayanlardan BUÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. T2DM’li hastalarla yapılan bir çalışmada ek hastalık durumu ile umutsuzluk arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (75). Bu farklılık eşlik eden hastalık özelliklerinin tesiri ile açıklanabilir. Yatan hastalarla yapılan bir çalışmada ek hastalığı olanlarda olmayanlara göre umutsuzluk (89), T2DM’li hastalarla yapılan bir çalışmada diyabete ilişkin komplikasyon olanlarda, olmayanlardan depresyon puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (94). Bildirilen sonuçlar bu araştırma sonucu ile uyumludur. Bu sonuç diyabete bağlı komplikasyonların ortaya çıkması ile hastaların baş etme mekanizmalarının yetersiz kalması ve sağlığının yeniden düzelmesine yönelik inançlarının olumsuz etkilenmiş olması ihtimali ile açıklanabilir.

Bu araştırmada oral anti diyabetik kullananların BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamasının, oral antidiyabetik ilaç+insülin kullanan gruptan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Türkiye’de yürütölen bir çalışmada oral antidiyabetik+insülin kullanan T2DM hastalarının yalnızca oral antidiyabetik ilaç kullananlara göre depresyon oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (95). Rapor edilen sonuç bu araştırma sonucunu desteklemektedir. Türkiye’de T2DM hastaları ile yapılan başka bir çalışmada tedavi şekli ile umutsuzluk puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (75). Brezilya’da diyabetik hastaların da yer aldığı kronik hastalığı olan hastaların ve aile veya bakım vericilerinin umudunu değerlendiren bir çalışmada, diyabetik hastalar arasında farklı tedavi biçimleri (yalnızca oral hipoglisemik ilaç, yalnızca insülin ve her ikisini de kullanan) ile umut arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (96). Bildirilen alışma sonuçları bu araştırma sonucundan farklı olup, farklılıkta kişisel özelliklerin ve diyabetin ciddiyetinin etkili olabileceği düşünölmektedir.

Düzenli ilaç kullananların kullanmayanlardan ve düzenli kontrole gidenlerin gitmeyenlerden BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Diyabet hastaları ile yürütölen bir çalışmada depresyon ve umutsuzluk arttıca hastanın tedaviye uyumsuzluğunun arttığı bildirilmiştir (97). Bu sonuç bildirilen çalışma sonucunu desteklemekte olup, umutsuzluğun ilaca uyumu olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Sigara ve alkol kullanma ve BKİ durumuna göre BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamalarının farklılaşmadığı görölmüştür. Diyabet hastaları ile yapılan çalışmada kilo artışının, sigara ve alkol kullanımının depresyon belirti düzeyi ile ilişkili olmadığı (98), T2DM’li hastaların beden kitle indeksi artışının depresyona

eğiliminin arttığı da bir diğer çalışma sonucudur (39). Bildirilen sonuçlar bu araştırma sonucunu desteklememektedir. Bu farklılıkta bireysel, kültürel özelliklerin ve içilen sigara ve alkol miktarının etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma sonuçları araştırmanın üçüncü sorusuna cevap oluşturdu.

Bu çalışmada, BUÖ tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi ölçeği Ruhsal, Sosyal ve Çevre-TR alanları puan ortalamasının anlamlı olarak azaldığı görülmüş olup, bu sonuç araştırmanın dördüncü sorusuna yanıt oluşturmaktadır. İtalya'da diyabet hastalarında yürütülen çalışmada da BUÖ tüm alt boyutlar ve toplam (9), Avusturya'da Tip 1 diyabeti olan kadın hastalarda depresif belirtilerle birlikte umutsuzluğun ölçüldüğü çalışmada (99) ve Türkiye'de kalp hastalarında yapılan bir çalışmada umutsuzluk puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir (92). Türkiye'de diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada depresif belirtilerin yaşam kalitesini azalttığı (98), Malezya'da T2DM hastaları ile yapılan bir çalışmada depresyonu olanlarda yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının düşük olduğu bulunmuştur (87). Bu araştırma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile uyumludur. Sonuçta T2DM'nin kendi varlığı ve oluşturduğu komplikasyonlar hastaların hastalıklarını yönetmede olumsuzluklar yaşamalarına, yaşanan olumsuzluklarla baş etmede yetersizliklere ve tüm bunların sonucunda yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tip 2 DM hastanın tüm yaşamını etkileyerek umutsuzluğa neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu araştırmada T2DM olan hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin orta düzeyin üzerinde ve umutsuzluk düzeylerinin orta olduğu ve umutsuzluk arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca;

Yaşın artması, bekâr olma, düşük eğitim seviyesi, emekli ve ev hanımı olma, düşük gelir algısı, sağlığını kötü algılama, ilçede ve köyde yaşama, çocuklarıyla beraber ve yalnız yaşama, ailesinden veya çevresinden sosyal desteğinin olmaması, hastalık süresinin artması, eşlik eden bir kronik hastalığa sahip olma, diyabete bağlı komplikasyon varlığı, oral antidiyabetik ilaç+insülin kullanma, düzenli ilaç kullanmama ve düzenli kontrole gitmeme yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir.

Altmış beş yaş ve üzeri olma, bekâr olma, düşük eğitim seviyesi, emekli ve ev hanımı olma, gelir düzeyini az olarak algılama, kötü sağlık algısı, çocuklarıyla ve yalnız yaşama, sosyal desteğinin olmaması, hastalık süresinin artması, ek hastalığının olması, diyabete bağlı komplikasyon görülmesi, oral antidiyabetik+insülin kullanma, düzenli ilaç kullanmama ve kontrole düzenli olarak gitmemenin umutsuzluk algısını arttırdığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Hemşirelerin diyabeti olan hastaların yaşam kalitesini ve umutsuzluk algılarını belirlemeleri,

-Özellikle ileri yaşta olan, bekâr olan, okuryazar olmayan ve düşük eğitim düzeyine sahip olan, gelir ve sağlık algısı düşük olan, yalnız yaşayan, eşlik eden hastalığı olan ve komplikasyon gelişen hastalara öncelik vermeleri,

-Hemşirelerin diyabeti olan hastaların hastalığa ve tedaviye uyum sağlamasını, sorunları ile baş etme yollarını öğretmeleri ve yaşam kalitelerini güçlendirmeleri konusunda destek olmaları,

-Sağlık profesyonellerinin T2DM hastalarının yaşam kalitesini azaltan ve umutsuzluğu arttıran olumsuz faktörleri vurgulamaları, öncelikli olarak ele almaları ve bunları aşmak için stratejiler tasarlamaları, sağlık politikaları içerisinde sağlıkla ilgili programlarda yer almaları önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Dehvan, F., Saeed, D., Dehkordi, A. and Gheshlagh, R. (2019). Quality of Life of Iranian Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing Practice Today*, 26(4), 167-175.
2. International Diabetes Federation. (2019). Ninth Edition 2019. Erişim Tarihi: 23.06.2020, https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFAT_LAS9e-final-web.pdf
3. Peimani, M., Tabatabaei Malazy, O. and Pajouhi, M. (2010). Nurses' Role in Diabetes Care; A Review. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 9, 1-9.
4. Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K. and Melidoni, A. (2017). Type 2 Diabetes and Quality of Life. *World Journal of Diabetes*, 8(4), 120-129.
5. Zurita-Cruz, J. N., Manuel-Apolinar, L., Arellano-Flores, M. L., Gutierrez-Gonzalez, A., Najera-Ahumada, A. G. and Cisneros-González, N. (2018). Health and Quality of Life Outcomes Impairment of Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *Health Qual Life Outcomes*, 16(1), 94, 2-7.
6. Jing, X., Chen, J., Dong, Y., Han, D., Zhao, H., Wang, X. et. al. (2018). Related Factors of Quality of Life of Type 2 Diabetes Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(189), 2-14.
7. Samancıoğlu, S. (2017). Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. (Ovayolu N., Ovayolu Ö.Ed.). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı*

- Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. 2. Baskı, Adana: Çukurova Nobel tıp Kitapevi.
- 8.Ghazavi, Z., Khaledi-Sardashti, F., Kajbaf, M. B. and Esmailzadeh, M. (2015). Effect of Hope Therapy on the Hope of Diabetic Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1), 2-19.
- 9.Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., De Pisa, E., Amore, M., Ferrara, C., et al. (2009). Quality of Life and Suicide Risk in Patients with Diabetes Mellitus. *Psychosomatics*, 50(1), 16-23.
- 10.Dinççağ, N. (2011). Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisinde Güncel Durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, 18, 181-22.
- 11.Olgun, N. (2012). Diyabet (Tip 2) ve Bakım. (Durna, Z. Ed.). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- 12.World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva 27, Switzerland.
- 13.Lin, Y. and Sun, Z. (2010). Current Views on Type 2 Diabetes. *Journal of Endocrinology*, 204, 1-11.
- 14.Olokoba, A. B., Obateru, O. A. and Olokoba, L. B. (2012). Type 2 Diabetes Mellitus: A Review of Current Trends. *Oman Medical Journal*, 27(4), 269-273.
- 15.Türkiye Diyabet Programı 2015–2020. (2014). Erişim Tarihi: 10.11.2019 <http://beslenme.gov.tr/content/files/diyabet/turkiyedyabetprogrami.pdf>
- 16.Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2018). *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*. Onuncu Baskı. Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.

- 17.Olgun, N., Aslan, F. E., Coşansu, G. ve Çelik, S. (2011). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. (Karadakovan, A., Aslan, F. E. Eds.). Diabetes Mellitus. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi.
- 18.Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N. ve diğ. (2013). TURDEP-II Study Group. Twelve-Year Trends in the Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. *European Journal Epidemiology*, 28(2), 169-180.
- 19.Huang, D., Refaat, M., Mohammedi, K., Jayyousi, A., Suwaidi, J. and Abi Khalil, C. (2017). Macrovascular Complications in Patients with Diabetes and Prediabetes. *BioMed Research International*, 1-9.
- 20.Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi (2019). Türkiye Diyabet Vakfı. Erişim Tarihi:16/07/2020,
https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2019.pdf
- 21.Ünal, E., Akan, O. ve Serap Üçler, S. (2015). Diyabet ve Nörolojik Hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı), 45-51.
- 22.Forbes, J. M. and Cooper, M. E. (2013). Mechanisms of Diabetic Complication. *Physiological Reviews*. 93, 137-188.
- 23.Feldman, E. L., Callaghan, B. C., Pop-Busui, R., Zochodne, D. W., Wright, D. E., Bennett, D. L., et al. (2019). Diabetic Neuropathy. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(41), 1-18.
- 24.Shabeeb, D., Najafi, M., Hasanzadeh, G., Hadian, M. R., Musa, A. E. and Shirazi, A. (2018). Electrophysiological Measurements of Diabetic Peripheral Neuropathy: A Systematic Review. *Clinical Research and Reviews*, 1-10.

- 25.Tanrıverdi, H. M., Çelepçolu, T. ve Aslanhan, H. (2013). Diyabet ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 4(4), 562-567.
- 26.Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., et al. (2012). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. *Diabetes Care*, 35(2), 1364-1379.
- 27.Khan Sulaiman, M. (2019). Diabetic Nephropathy: Recent Advances in Pathophysiology and Challenges in Dietary Management. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 11(7), 2-5.
- 28.Del Core, M. A., Ahn, J., Lewis, R.B., Raspovic, K. M., Lalli, T. A. J., and Wukich, D. K. (2018). The Evaluation and Treatment of Diabetic Foot Ulcers and Diabetic Foot Infections. *Foot & Ankle Orthopaedics*, 3(3), 1-11.
- 29.Evran, M. ve Özcan, S. (2015). Diyabet ve Beslenme. *Turkiye Klinikleri Journal Family Medicine-Special Topics*, 6(1), 63-67.
- 30.Tümer, G. ve Çolak, R. (2012). Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29, 12-15.
- 31.Turner, G., Quigg, S., Davoren, P., Basile, R., McAuley, S. A. and Coombes, J. S. (2019). Resources to Guide Exercise Specialists Managing Adults with Diabetes. *Sports Medicine*, 5(20), 2-12.
- 32.Olgun, N., Yalın, H. ve Gülyüz Demir, H. (2011). Diyabetli Birey Nasıl İzlenmelidir? *Turkish Family Physician*, 2(3), 6-18.
- 33.Kirk, J. K. and Stegner, J. (2010). Self-Monitoring of Blood Glucose: Practical Aspects. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 4(2), 435-439.

- 34.Thakare, V., Shende, S. S., Shirure, P. A. and Swami, O. C. (2017). Role of Conventional Oral Antidiabetic Drugs in Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(3), 749-758.
- 35.Turan, E. ve Kulaksızoğlu, M. (2015). Tip 2 Diyabet Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı), 86-94.
- 36.Swiaotoniowska, N., Sarzynska, K., Szymanska-Chabowska, A. and Jankowska-Polanska, B. (2019). The Role of Education in Type 2 Diabetes Treatment. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 151, 237-246.
- 37.Aslan D. (2015). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3* (Güler, Ç., Akın, L., Ed.). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla “Nitelikli” Yaşam: Yaşam Kalitesi. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi, p.1896-1900
- 38.Megari, K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychology Research*, 1(3), 141-148.
- 39.Sönmez, B. ve Kasım, İ. (2013). Diabetes Mellitus’lu Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumları ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 119-124.
- 40.Kumsar, A. K. ve Yılmaz, F. T. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- 41.Papazafiropoulou, A. K., Bakomitrou, F., Trikallinou, A., Ganotopoulou, A., Verras, C., Christofilidis, G. et al. (2015). Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQOL) and Affecting Factors in Patients With Diabetes Mellitus Type 2 in Greece. *BMC Research Notes*. 8(786), 2-6.

- 42.Prajabati, V. B., Blake, R., Acharya, L. D. and Seshadri, S. (2017). Assessment of Quality of Life in Type II Diabetic Patients Using the Modified Diabetes Quality of Life (Mdqol)-17 Questionnaire. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 53(4), 1-9.
- 43.Koç, E. M., Başer, D. A., Özkara, A., Kahveci, R., Demir Alsancak, A., Yaşar, İ., ve ark. (2015). Diyabet Tanısıyla İzlenen Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye İçin Bir Pilot Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2, 76-82.
- 44.El-Shafie, T. M., El-Saghier, E. O. A. and Ramadan, I. K. (2011). Depression Among Type 2 Diabetic Patients. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 44, 258-271.
- 45.Huen, J. M. Y., Ip, B. Y. T., Ho, S. M. Y. and Yip, P. S. F. (2015). Hope and Hopelessness: The Role of Hope in Buffering the Impact of Hopelessness on Suicidal Ideation. *Public Library of Science*, 10(6), 1-18.
- 46.Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. 2. Baskı, Ankara: Mattek Matbaacılık.
- 47.Morselli, D. (2017). Contextual Determinants of Hopelessness: Investigating Socioeconomic Factors and Emotional Climates. *Social Indicators Research*, 133(1), 373-393.
- 48.Valtonen, M. K. (2011). *Hopelessness, Depressive Symptoms, Physical Activity and Metabolic Syndrome, A Population-based Cohort Study in Men*. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences.

- 49.Ağır, M. (2017). Yaşam Kalitesi, Değerler ve Umut-Umitsuzluk. *The Journal of Marmara Social Research*, 11, 84-103.
50. North America Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2009). Nursing Diagnosis: Definitions and Classification, *Wiley Blackwell Publication*, Indianapolis.
- 51.Griggs, S. and Walker, R. K. (2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 404-421.
- 52.Küçük, L. (2015). Diyabetin Ruhsal Boyutu. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 31(Ek sayı), 52-56.
- 53.Destanti, L. and Susanti, H. (2017). Nursing Care of Hopelessness Analysis in a Patient with Type 2 Diabetes Mellitus: A Case Study. *Proceeding on Health and Medicine*, 1, 1-2.
- 54.Pedersen, S. S., Denollet, J., Erdman, R. A., Serruys, P. W. and van Domburg, R. T. (2009). Co-occurrence of Diabetes and Hopelessness Predicts Adverse Prognosis Following Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 294–301.
- 55.Çapoğlu, İ., Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşılar, R. ve Çayköylü, A. (2019). Diyabete Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar ve Diyabet Yönetimi. *TJFMPC*, 13(1), 67-74.
- 56.Taşkın Yılmaz, F. (2015). Diyabetin Tedavisinde ve Kontrolünde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing Special Topics*, 1(3), 13-9.

57. Gelvez, B., Osorio, M., Contreras, F. and Velasco, M. (2018). Perspectives of Nursing in the Care of the Patient with Diabetes Mellitus. *Interventions Obes Diabetes*. 1(2), 44-50.
58. Erol, Ö. (2012). Hipoglisemi Korkusu ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 4(1), 37-44.
59. Vissarion, B., Malliarou, M., Theofilou, P., and Zyga, S. (2014). Improvement of Diabetic Patients Nursing Care by the Development of Educational Programs. *Health Psychology Research*, 2(1), 931.
60. Levich, B. R. (2011). Diabetes Management: Optimizing Roles for Nurses in Insulin Initiation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 15-24.
61. Kirby, S., Moore, M., McCarron, T., Perkins, D. and Lyle, D. (2015). Nurse-Led Diabetes Management in Remote Locations. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 20(2), 51-55.
62. Karakurt, P. ve Kaşıkçı, M. K. (2012). The Effect of Education Given to Patients with Type 2 Diabetes Mellitus on Self-Care: Education Given to Patients with Diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 170–9.
63. Bayramova, N. ve Karadakovan, A. (2004). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 39-47.
64. Çapık, C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 268-274.

65. World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *World Health Organization Technical Report Series*, Geneva, 894, 1-253.
66. Eser, S. Y., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H. ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. *3P Dergisi*, 7(2), 5-13.
67. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. and Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
68. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. *Kriz Dergisi*, 1, 139-142.
69. Durak, A. ve Palabıyıkoglu, R. (1994). BECK Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319.
70. Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara, Pegem Akademi Yayınları.
71. Dilbaz, N., Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1, 134-138.
72. Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14. Baskı. Ankara: Miki Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri.
73. Akan, G. (2019). *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

74. Tavakkoli, L. and Denhghan, A. (2017). Compare the Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients with Healthy Individuals (Application of WHOQOL-BREF). *Zahedan Journal of Research in Medical Science*. 19(2), e5882.
75. Yılmaz, E. (2010). *Tip 2 Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyleri ile Öz bakım Gücü İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
76. Çıtıl, R. Günay, O., Elmalı, E. ve Öztürk, Y. (2010). Diyabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 32(4), 253-264.
77. Gebremedhin, T., Workicho, A. and Angaw, D. A. (2019). Health-Related Quality of Life and Its Associated Factors Among Adult Patients with Type II Diabetes Attending Mizan Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia. *BMJ Open Diabetes Reserach Care*, 7, 1-8.
78. Spasić, A., Veličković Radovanović, R., Catić Đorđević, A., Stefanović, N. and Cvetković, T. (2014). Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš*, 31(3), 193-200.
79. Corrêa, K., Gouvêa, G. R., Viera da Silva, M. A., Possobon, R. F., de Lima Nunes Barbosa, L. F., Pereira A. C., et al. (2017). Quality of life and Characteristics of Diabetic Patients. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 921-30.
80. Canpolat, M. (2018). *Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
81. Bilgin, M., Özenç, S., Sarı, O., Yeşilkaya, Ş., Aydoğan, Ü. ve Koç, B. (2015). Diyabet Hastaların Kaliteli Yaşamaları Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 6(suppl 2), 159-163.

82. Alshayban, D. and Joseph, R. (2019). Health-Related Quality of Life Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Eastern Province, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Plos One*, 15(1), 1-12.
83. Prasanna Kumar, H. R., Mahesh, M. G., Menon, V. B., Srinath, K. M., Shashidhara, K. C. and Ashos, P. (2018). Patient Self-Reported Quality of Life Assessment in Type 2 Diabetes Mellitus: A pilot study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21(3), 343-349.
84. Aslan, G. Y. (2018). *Diyabetli Bireylerde Aile Desteği ile Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir
85. Daya, R., Bayat, Z. and Raal, F. J. (2016). Effects of Diabetes Mellitus on Health-Related Quality of Life at A Tertiary Hospital in South Africa: A Cross-Sectional Study. *South African Medical Journal*, 106(9), 918-28.
86. Chew, B. H., Mohd-Sidik, S. and Shariff-Ghazali, S. (2015). Negative Effects of Diabetes-Related Distress on Health-Related Quality of Life: An Evaluation Among the Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Three Primary Healthcare Clinics in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 187, 2-16.
87. Dhillon, H., Bin Nordin, R. and Ramadas, A. (2019). Quality of Life and Associated Factors Among Primary Care Asian Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3561, 2-12.
88. Morewitz, S., Javed, N., Tata, S. and Clark, J. (2010). Age Differences in Hopelessness and Toe Pain in Persons with Insulin-Dependent and Non-

Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 100(6), 445-451.

- 89.Doğan, S. ve Kelleci, M. (2004). Fiziksel Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13(52), 25-37.
- 90.Kumcağız, E. ve Ersanlı, K. (2008). Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Cinsiyet ve Eğitim Düzeylerine Göre İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 123-128.
- 91.Arslandaş, H., Adana, F., Kaya, F. ve Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.
- 92.Karakurt, P., Hacıhasanoğlu Aşilar, R., Yıldırım A. ve Memiş, Ş. (2018). Determination of Hopelessness and Quality of Life in Patients with Heart Disease: An Example from Eastern Turkey. *Journal of Religion and Health*, 57, 2092-2107.
- 93.Güneş, Z. ve Öner, H. (2009). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 24-31.
- 94.Altunoğlu, E. G., Sarı, Z., Erdenen , F., Müderrisoğlu, C., Ülgen, E. ve Sarı, M. (2012). Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Diyabet Süresi ve HbA1C Düzeyleri ile Depresyon, Anksiyete ve Yeti Yitimi Arasındaki İlişki. *İstanbul Tıp Dergisi*, 13(3), 115-119.

95. Kara, A. M. ve Kara, T. (2019). Tip 2 Diyabet Tanılı Hastalarda Uygulanan Tedavi Yöntemi ile Hastalardaki Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. *The Medical Bulletin of Haseki*, 57, 377-385.
96. Balsanelli, A. C. S., Grossi, S. A. A. and Herth, K. (2011). Assessment of Hope in Patients with Chronic Illness and Their Family or Caregivers. *Acta Paulista Enfermagem*, 24(3), 354-8.
97. Anastasiades, M. H., Gupton, O. A., Fritz, A., Caldaza, P. J. and Stillman, M. A. (2016). Diabetes, Depression and Nonadherence: Exploring Hopelessness as A Meditating Factor: A Preliminary Study. *Mental Health in Family Medicine*, 12, 243-249.
98. Emirhan, G. (2019). *Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesinin Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri ile İlişkisi ve Diyabet Tipine Göre Farklılıkları*. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi, Mersin.
99. Gawlik, N. R. and Bond, M. J. (2018). The Role of Negative Affect in the Assessment of Quality of Life Among Women with Type 1 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metabolism Journal*, 42, 130-136.

EKLER

EK 1. Tanımlayıcı Soru Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekâr () Dul () Boşanmış
4. Eğitim Düzeyiniz: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Üniversite ve üzeri
5. Mesleğiniz nedir? () Memur () İşçi () Emekli () Ev hanımı () Serbest
6. Gelirinizi nasıl algılıyorsunuz?
() Geliri giderden az () Geliri giderine eşit () Geliri giderden fazla
7. Sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
() İyi () Orta () Kötü
8. Nerede yaşıyorsunuz?
() İl () İlçe () Köy
9. Kiminle yaşıyorsunuz?
() Eş () Çocuklar () Yalnız () Eş ve çocuklar () Diğer.....
10. Hastalığınız süresince ailenizden veya çevrenizden sosyal destek aldınız mı?
() Evet () Hayır
11. Ne zamandır diyabet hastasıınız:.....
12. Diyabet dışında başka bir hastalığınız var mı?
() Evet () Hayır
13. Diyabet hastalığınızdan dolayı komplikasyon gelişti mi?
() Evet () Hayır
14. Diyabet hastalığınızdan dolayı uygulanan tedavi nedir?
() Diyet () Oral anti diyabetik ilaç () Oral anti diyabetik ilaç ve insülin
() Yalnızca insülin () Diğer
15. Diyabet hastalığınızdan dolayı reçete edilen ilaçları düzenli kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır
16. Doktorunuzun önerdiği şekilde kontrole gidiyor musunuz?
() Evet () Hayır
17. Sigara kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır
18. Alkol kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır

Boy:..... Kilo:.....

EK 2. WHOQOL-BREF-TR (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-Türkçe Versiyonu)

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı sorgulamaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarımızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu (X) işaretleyiniz.

Sizin için uygun mu?

İfadeler	EVET	HAYIR
1 Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2 Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3 İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlıyor.		
4 Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5 Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6 Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7 Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8 Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9 İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10 Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11 Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12 Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13 Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14 İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15 Geleceğe büyük inancım var.		
16 Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17 Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18 Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19 Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20 İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

EK 4. Etik Kurul Kararı



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 44495147-50.01.04-E.43995
Konu : Etik Kurul Kararı
2018/08-10

09/10/2018

Sayın Arş. Gör. Demet GÜNEŞ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Elemanı

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığının 27/09/2018 tarih ve 08 sayılı oturumunda alınan 08/10 sayılı kararı ve imza sirküsü ekte gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Paşa YALÇIN
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

Ek-1: Kurul Kararı
Ek-2: İmza Sirküsü





EK-3

Kayıt Tarihi:
27/09/2018

Protokol No:
08/10

T.C

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

ARAŞTIRMA BAŞLIĞI	Birinci Basamağa Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Umutsuzluk Arasındaki İlişki
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Araştırma Yüksek Lisans Tezi
ARAŞTIRMACILAR	Arş. Gör. Demet GÜNEŞ Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞU AŞILAR
KARAR	Araştırmanın etik açıdan "uygun" olduğuna karar verildi.

ETİK KURUL BAŞKANI

Prof. Dr. Paşa YALÇIN

TARİH

27/09/2018

İMZA

EK 5. Resmi İzin Yazısı



T.C.
ERZİNCAN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60443588-771
Konu : Araştırma İzni

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Öğretim Görevlisi Demet GÜNEŞ' in yürüttüğü Kasım 2018 - Mayıs 2019 tarihleri arasında İlimize bağlı Merkez Aile Sağlığı Merkezlerinde sağlık hizmeti alan hastalar ile gerçekleştirilmesi planlanan " Birinci Basamağa Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Umutsuzluk Arasındaki İlişki" konu başlıklı çalışma isteği Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından uygun görülmüş olup, konunun ilgili kişiye bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Öğr. Üyesi Erkan HİRİK
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1-Komisyon Kararı

ARAŞTIRMA İZİN TALEBİ KOMİSYONU KARARI 30.10.2018

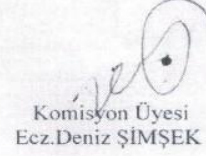
1. basamak sağlık hizmetleri alanında üniversiteler, 2.Basamak, 3.Basamak ve Acil Sağlık Hizmetleri alanında üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları veya şahıslar tarafından toplumun herhangi bir kesimini, hasta ve/veya çalışanları kapsayacak şekilde yapılması planlanan tez çalışması, proje ve sağlık taraması gibi konularda yapılmak istenen araştırmalara ilişkin izin taleplerinin, mevzuat ve bilimsel esaslara dayanarak değerlendirilmesi amacıyla Müdürlüğümüzce, "1. Basamak Sağlık Hizmetleri, 2.Basamak, 3.Basamak ve Acil Sağlık Hizmetleri alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu oluşturulmuş olup, Sağlık Hizmetleri Başkan V. Uzm.Dr.Babürşah TAŞLI Başkanlığında toplanması, Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd. Dr Özlem GÖKTEKİN UZUN, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkan Yrd. Ünsal SARIOĞLU, Acil Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu Şb.Md. Nadir BAYRAK, Aile Hekimliği ve TSH Birim Sorumlusu Şb.Md. Adem Yusuf KASIMOĞLU ve Ecz. Deniz ŞİMŞEK komisyon üyesi olarak görevlendirilmiştir.

1- Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Öğretim Görevlisi Demet GÜNEŞ'in Aile Sağlığı Merkezleri başvuran "**Birinci Basamağa Başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Umutsuzluk Arasındaki İlişki**" konu başlıklı çalışma talebi değerlendirilmiştir

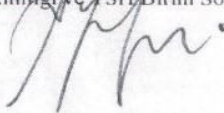
Söz konusu çalışma isteği, Komisyonca değerlendirilmiş olup, uygun bulunmuştur.



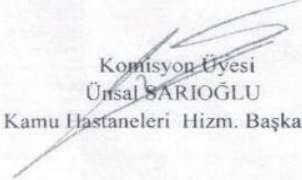
Komisyon Üyesi
Şb.Md.Nadir BAYRAK
Acil Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu



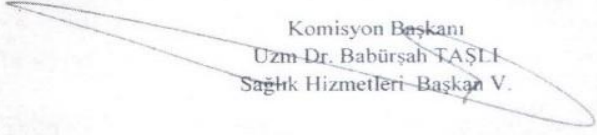
Komisyon Üyesi
Ecz.Deniz ŞİMŞEK



Komisyon Üyesi
Şb.Md.Adem Yusuf KASIMOĞLU
Aile Hekimliği ve TSH Birim Sorumlusu



Komisyon Üyesi
Ünsal SARIOĞLU
Kamu Hastaneleri Hizm. Başkan Yrd.



Komisyon Başkanı
Uzm.Dr. Babürşah TAŞLI
Sağlık Hizmetleri Başkan V.

EK 6. Aydınlatılmış Onam Formu

Bu araştırma birinci basamağa başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus olan hastalarda yaşam kalitesi ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma verilerini toplamamız için sizlerin tanıtıcı özelliklerinizi içeren, yaşam kalitesini ve umutsuzluk düzeyinizi ölçen soru formları bulunmaktadır. Sizden istediğimiz sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ancak vereceğiniz bilgiler bilime katkı sağlayacaktır. Sizin bu araştırmaya katılmanız tamamen şans eseri olup, vereceğiniz tüm bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir. Verileri toplama esnasında istediğiniz zaman bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilebilirsiniz.

Yukarıdaki metni araştırmadan önce okudum/okundu. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.
Bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Demet GÜNEŞ

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacının;

Adı Soyadı: Demet GÜNEŞ

Adresi: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik
Anabilim Dalı Merkez/Erzincan

Tarih:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Erzincan da doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini tamamladıktan sonra Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden 2011 yılında mezun oldu. Sağlık Bakanlığı Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011-2016 yılları arasında hemşire olarak görev yaptı. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2016 yılında araştırma görevlisi olarak göreve başlayan Güneş, 2017 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başladı ve Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.

Demet GÜNEŞ