

176538

T. C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİABET ve KOMPLİKASYONLARININ AİLE SAĞLIĞINI
ETKİLEMESİ

AİLE SAĞLIĞI PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ÇİÇEK GEYİK

Ankara - 1983

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DIABET VE KOMPLİKASYONLARININ AİLE SAĞLIĞINI
ETKİLEMESİ

AİLE SAĞLIĞI PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ÇİÇEK GEYİK

Rehber Öğretim Üyesi
Prof.Dr. SEVİM BALCI

ANKARA - 1983

DİABET VE KOMPLİKASYONLARININ AİLE SAĞLIĞINI
ETKİLEMESİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
GİRİŞ	1
DİABETİN TANIMI	2
DİABETİN KOMPLİKASYONLARI	2
AİLEDE JÜVENİL DİABET	3
ADULT DİABET	5
AİLE VE DİABET.....	7
DİABETLİYE EĞİTİM	8
A MA Ç	9
A RA Ş T I R M A Y Ö N T E M İ	10
B U L G U L A R	12
T A B L Ö L A R	13
T A R T I Ş M A	42
S O N U Ç	53
Ö Z E T	55
K A Y N A K L A R	61
A N K E T F O R M L A R I	70

T A B L O L A R

	Sayfa
1- HASTALARIN JÜVENİL-ADULT CİNSİYET ORANLARI	13
2- DIABETLİ HASTALARIN YAŞLARINA GÖRE DAĞILIMLARI	13
3- DIABETLİLERİN YAŞADIKLARI KESİME GÖRE DAĞILIMLARI	14
4- DIABETLİLERİN MESLEKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI	15
5- SOSYAL GÜVENCE DURUMLARI	16
6- DIABETLİLERİN EĞİTİM DÜZEYLERİ	17
7- EĞİTİM DURUMLARININ TEDAVİYE UYMA ARASINDAKİ İLGİSİ	18
8- DIABET TANISININ KONMA ŞEKLİ	19
9- DIABETLİLERİN UYMALARI GEREKEN İNSÜLİN-ORAL ANTİDİABETİK VE DİYET TEDAVİLERİ DAĞILIMLARI	20
10- ORAL ANTİDİABETİN VE İNSÜLİN TEDAVİSİNİ UYGULAMA DURUMLARI	21
11- HASTALARIN DİYET TEDAVİLERİNİ UYGULAYABİLMELERİ	22
12- HASTALARIN KENDİLERİ İÇİN GEREKLİ OLAN TEDAVİYE UYMAMA NEDENLERİ	23
13- HASTALARIN DIABET KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ	24
14- AİLELERE GÖRE DIABETİN OLUŞ NEDENİ	25
15- DIABETLİLERİN EVLİ OLUP OLMAMALARINA GÖRE DAĞILIMLARI	26
16- ADULT DIABETLİLERİN ANA VE BABALARINDAKİ AKRABALIK DURUMLARI	27
17- JÜVENİL DIABETLİLERİN ANA VE BABALARINDAKİ AKRABALIK DURUMLARI	28
18- ADULT VE JÜVENİLLERİN AİLELERİNDEKİ ÇEŞİTLİ HASTALIK DAĞILIMLARI	29
19- JÜVENİL DIABETLİLERİN ANA VE BABALARINDAKİ DIABET SIKLIĞI	30
20- DIABETLİLERİN SAHİP OLDUKLARI ÇOCUK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMLARI	31
21- DIABETLİ EVLİ ERKEKLERDEKİ EMPOTANS DURUMLARI	32

TABLolar DEVAMI

	Sayfa
22- JÜVENİL VE ADULT DİABETLİLERDEKİ GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR	33
23- DİABETLİLERİN GÜNLÜK HAYATTA EN FAZLA SIKINTI YAPTIKLARI KONU	34
24- HASTALARIYLA İLGİLENEBEN AİLE BİREYLERİNİN HASTAYA YAKINLIK DERECELERİ	35
25- HASTALARIN AİLELERİNDEN İLGİ BEKLEMELERİ	36
26- AİLELERE GÖRE HASTALARDA ÇALIŞMA DÜZENİNİN DEĞİŞİKLİĞİ	37
27- DİABETLİLERİN, HASTALIKLARI İLE İLGİLİ KONULARDA AİLELERİYLE TARTIŞMA YAPMALARI	39
28- DİABETLİLERİN ALKOL ALMASI	39
29- HASTANIN AİLEDE EN FAZLA TARTIŞTIĞI BİREY	40
30- AİLELERE GÖRE HASTALARIN EVDEKİ GENEL GÖRÜNÜMLERİ	41

TEŞEKKÜR

Araştırmalar süresince, bana yol gösteren değerli zamanını harcıyıp, yardımlarını esirgemiyen sevgili hocam, rehber öğretim üyesi Sayın Prof.Dr. Sevim Balcı'ya teşekkür ederim.

G İ R İ Ő

Aile Sağlığı'nı etkileyen problemler ailenin sosyal, kültürel, ekonomik ve sağlık sorunları ile ilgilidir. Toplum içinde yaşıyan ailenin sağlıklı bireylerden oluşması, onların üretken ve verimli olmasına yol açar. Bedensel sağlığın yanısıra ruh sağlığının da iyi olması gerekir. Bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklarını kaybetmeleri ise aile sağlığını olumsuz etkiler.

Ailedeki bireylerden birinde veya birkaçında kronik bir hastalığın oluşması aileyi mutsuzluğa iter.

Bugün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de tıp ve sağlık alanlarındaki çalışmalar hızlandırılmaktadır. Üzerinde birçok ve çeşitli araştırmalar yapılan önemli konulardan biri de diabet hastalığıdır.

Bilindiği gibi diabet kronik, irreversibl, multifaktöriyel kalıtımla geçtiği kabul edilen metabolik bir hastalıktır. Eskiden beri diabetin ruh sağlığına etkileri bilinmektedir, fakat diabetli hastalarda bu hastalığın komplikasyonlarının aile sağlığını ne derecede etkilediğini gösteren daha kapsamlı çalışmalar yoktur.

Bu bakımdan araştırmamızda diabet ve komplikasyonlarının aile sağlığını nasıl etkiledini ve sosyal kültürel ve ruhsal yönden incelenerek bir diabetlinin ailesine nasıl yardım edilebileceğini saptama ve aile sağlığına katkıda bulunma amaç edinilmiştir.

Genel Bilgiler

DIABETİN TANIMI

Diabet, toplumumuzda % 2-3 oranı gibi bir sıklıkta görölen polifaji (çok yemek yeme), polidipsi (çok su içme) ve poliüri belirtileri ile ortaya çıkan bir metabolik hastalıktır (1). Karbonhidrat metabolizmasındaki bozukluktan başka lipid ve protein metabolizmasında da bozukluk vardır. Pankreasta insülin salgılayan beta hücrelerinin fonksiyonlarının bozulması sonucu ortaya çıkan diabetin oluşumunu etkileyen etmenler arasında genetik faktörler, şişmanlık, enfeksiyon pankreatik hastalıklar ve bazı ilaçların kullanılması vardır (2).

DIABETİN KOMPLİKASYONLARI

Diabetin geç tanımında veya tedavisi uygulanmadığı zamanlarda çeşitli komplikasyonlar görülür. Bu komplikasyonlar diabete ait akut metabolik bozukluklar ve kronik dejeneratif bozukluklardır. Akut metabolik bozukluklar arasında diabetik koma, hiperosmolar nonketotik koma, hipoglisemi, sinirlilik ve unutkanlık sayılabilir. Hipoglisemi her zaman koma şeklinde belirti vermez. Daha çok uzun tesirli insülin kullananlarda veya oral anti diabetik alanların açlık saatinde rastlıyan zamanlarda görülür. Hastada baş ağrıları çabuk sinirlenme, unutkanlık ve davranış bozuklukları vardır (2,3).

Diabetin ikinci komplikasyonları ise kronik dejeneratif bozukluklardır. Bunlar mikro anjiyopatiler, nöropatiler ve retinopatilerdir.

Nöropatiler: Diabette çok sık görülür bazen kol ve bacaklarda karıncalanma ve uyuşma gibi paresteziler, şiddetli ağrılar çoğu zaman diabetesin ilk belirtileri olabilir. Daha sonra duyu kaybı ve kaslarda erime görülür. Otonom sinir sistemine ait bozukluklar oluşur. Mesane atonisi, empo-tans, diabetik noktural diare ortaya çıkar. Vazomotor de-ğişiklikler, ortostatik hipotansiyon şeklinde kendini gösterir. Ayrıca nöropatiye ait yaralar kemiklerde dejeneratif bozukluklar meydana gelir.

Nefropati: Diabetesin kronik dejeneratif bozukluğu ne-deniyile etkilenen organ da böbreklerdir. Jüvenillerde çoğu zaman ölüm nedeni olur (4). Diabetik nefropatide ödem, pro-teinüri, hipertansiyon, azotemi belirtileri görülür.

Çoğu zaman enfeksiyonlarda buna eklenir. Enfeksiyon-ların en çok görüldüğü yerler cilt, dişler, akciğerler ve idrar yollarıdır. Genital bölgede kaşıntı ve çeşitli cilt enfeksiyonlarına bağlı lezyonlar görülür.

Retinopati: Diabetesin diğer bir komplikasyonu da retinopatidir. Retinada mikroanevrizmalar görülür. Hastada şikayetler, ancak kanama ve eksüdalar artınca başlar (2,4).

AİLEDE JÜVENİL DIABET

Jüvenil diabetes büyüme ve gelişme çağındaki çocuklar-da görülür. Toplumumuzda görülme sıklığı adult diabetlilere göre azdır. Diabetli hastaların % 5'i juvenil diabetlidir (3). Jüvenillerde kanda insülin düzeyi düşük veya hiç yoktur. Ko-laylıkla keto asidoza girebilirler. Bu bakımdan juvenil has-talar hemen hemen insüline bağımlı hastalardır.

Ailede jüvenil diabet ortaya çıkınca özellikle annelerin tepkileri fazla olur. Aileler hastalığı kabullenmek istemezler, ayrıca tedavi edilip bir daha tekrarlanmamasını isterler (4). Bazı aileler çeşitli kliniklere giderek böyle bir hastalığın olmadığını duymak isterler (5,6). Aileye hastalığın irreversibl olduğunu vurgulamak gerekir. Eğer ailede daha önceden yetişkin bir bireyde diabet görülmüşse o zaman aile diabeti daha kolay kabullenir.

Okul çağında başlayan diabette çocuk hastalığın bilincine varabilir. Eğer adölesan çağında hastalık görülmüşse durum farklıdır, çocuk hem kendi problemleri ile hemde hastalığın getirdiği sorunlarla uğraşmak durumunda kalır. Adölesanlarda en fazla problem yaratanların bu çağlarda diabet olan çocuklar olduğu saptanmıştır (7).

Çocuğun hastalığa karşı tepkisi yaşı ile orantılıdır. Anne telaşlanırsa bu çocuğa yansır. Çoğu zaman çocukta annesi gibi endişeli olur (8).

Diabetli çocuklarda daha sonra görülen depresyonlar ve aşağılık duygusu gibi duygular genellikle annenin olumsuz davranışlarından kaynaklanır.

Jüvenil diabetliyi etkileyen konulardan biriside ekonomik ve sosyal durumdur. Ekonomik yetersizliğin hastalığı olumsuz yönde etkilediğini birçok araştırmalar göstermiştir (9-11).

Ekonomik yetersizlik doktora, sağlık personeline veya sağlık örgütüne ulaşmayı verilen oral antidiabetik ve insülin gibi tedaviyi olumlu yapacak etkenlerin satın alınmasını veya diabetlinin beslenmesini tam olarak uygulamayı engeller.

Kültürel faktörlerin de jüvenil diabetliyi etkilediği bilinir. Tedavinin başarılı olmasında ailenin ve hastanın yeterli bilgiye sahip olması gerekir. Ailenin hastaya davranışı, o aile bireylerinin kültür düzeyine ve bireylerin eğitimine bağlıdır (12).

Ailede ailenin ve hasta çocuğun çatışması tedavi yönünden kötü sonuçları ortaya çıkarır. Bazı aileler doktorun önerdiğini hasta çocuğun aynen uygulaması için baskı yaparlar. Kendisine fazlaca yüklenildiği zaman diabetli jüvenil tedaviden kaçar (9-12). Bazı aileler ise aşırı sempati ile çocuğu kendi başına buyruk yaparlar (13). Bu gibi hatalı davranışlar tedavinin olumlu yönde olmasını engeller, hastalığın fazlalaşmasını kolaylaştırırlar, komplikasyonları hızlandırır.

Jüvenil diabetlinin eğitiminde en önemli konu onu aileye bağımsız veya az bağımlı olabilecek şekilde alışkanlıklar kazanmasını sağlamaktır. İnsülini ve oral antidiyabetiklerini kendisi kullanmalı ve zamanını tam olarak uygulayabilmelidir, ayrıca dietini içerecek besin çeşitlerinin cins ve değişimlerini tanımalı ve tüketebilmelidir (14-15).

ADULT DIABET

Genellikle olgunluk çağında ve şişmanlarda görülür. Bu hastalarda insülin salgılanması vardır, hatta şişman diabetlilerde normalin üstünde insülin bulunur (2-4).

Kalıtsal diabetes mellitus çeşitli dönemlerde tanımlanabilir.

a) Prediabet: Soyunda diabet olan ve diabetik olma şansı bulunan kimselerdir. Anne veya babadan biri diabetli, diğerinin de soyunda diabet olan, iri veya ölü doğum yapan kimseler prediabetik kabul edilirler. Bu kimselerin açlık kan şekeri bakıldığında, açlık kan şekeri normal sınırlarda bulunur, fakat insülinin kana salgılanması gecikmektedir.

b) Potansiyel Diabet: Açlık ve postprandial glisemi düzeyleri normal, glikozürisi olmayan, fakat karbonhidrat testlerinde değişiklik gösteren bireylerde olur.

c) Latent Diabet: Açlık kan şekeri normal, postprandial kan şekeri yüksek ve glikozürisi bulunan bireylerdeki diabettir.

d) Manifest Diabet: Açlık kan şekeri yüksek ve glikozürisi bulunan kişilerdir.

Adult diabetlilerde çevre etkenleri önemlidir. Çoğu zaman şişmanlık görülmektedir. Çeşitli stresler travmalar, enfeksiyonlar, beslenme ve yaşam şekli, meslek, gebelik ve sık doğum, hareketsizlik diabeti açığa çıkarabilir.

Birçok araştırmacılar yetişkin diabetlinin, hastalığın oluşmu, beslenme gereksinimi ve ilkelerini, tedavi uygulamasının zorunluluğunu ve diabetin komplikasyonlarını bilmediklerini saptamışlardır (16-21).

AİLE VE DIABET

Ailedeki diabet uzun yıllardan beri bilinmektedir.

Çeşitli araştırmalarda ailelerdeki diabetin görülme sıklığı araştırılmış ve aile ağacı şemaları çizilerek yakın akrabalarındaki diabet dağılımları incelenmiştir (3,9,12,16,17). Ayrıca ülkemizde de buna benzer çalışmalar vardır (22).

Diabetin aile içinde çeşitli nedenlerle görülmesi hem hastada hemde ailesinde psikolojik bozukluklara yol açmaktadır. Hastalar hastalıklarını kabullenmek istemedikleri gibi tedaviyi uygulamalarından ötürü aileleriyle çatışmaya girmektedirler. Ailelerinin istemedikleri davranış gördüklerinde çabucak sinirlenmektedirler. Bu sinirlenme diabete ait olan akut metabolik bozukluklar nedeniyledir (12,13).

Diabetin gerek dejeneratif bozuklukları gerekse akut metabolik bozuklukları sonucu oluşan komplikasyonlar hastayı birçok psikolojik bunalımlara iter. Stresler sonucu anti insülin faktörlerinin salgılanması hiper glisemiye oluşturur (23,24). Devamlı stres içinde olan hastada gerilim başlar. Hastanın psikolojik ve duygusal gelişimi çevrenin ve ailenin etkisiyle yönlendirilir (13,25).

Ailenin hastanın eğitim ve bilgi yetersizliği, tedaviye uymamaları insülin ve diyet yapmaktan kaçınmaları komplikasyonların hızlanmasında çok önemli rol oynayabilir (16,20).

Hastanın diabetten dolayı oluşan körlüğü, böbrek hastalığı veya kesilen ekstremiteleri olanları devamlı yatağa ve çevresindekilerin bakımına zorunlu kılar. Ayrıca hastalığın geriye dönüşünün olmaması gerilim içinde olan hastayı ve ailesini doktorun önerilerine uymaya zorlar. Bundan sonra

yapılacak davranış, iyi bir iş birliği ile hastaya olabildiğince yardım etmelidir. İnsülin, idrar testi, egzersiz ve diyet uygulamasını yaşamın bir gereği olarak görmesi gerektiğini hastaya anlatmak gerekir (26-32).

Diabette erkek hastayı korkutan ve depresyona girmesine yol açan bir durum empotanstır (26). Ayrıca nöropati ve mikroanjiopatiler nedeniyle hastaların psikolojik tedavi görmeleri gerekir. Çünkü hastalarda görülen gereksiz ağlama, içe kapanıklılık heyecanlar ve bazen şiddetli seks gereksinimi aileyide huzursuz yapar (31-35).

DIABETLİLERE EĞİTİM

Diabetli hastaya ancak iyi planlanmış bir eğitimle yaklaşılr. Aslında eğitim hastalık başlamadan evvel yapılırsa komplikasyonların başlaması gecikebilir. Eğitim diabet olanlara yapılabileceği gibi diabetlilerin ailesine de yapılır.

Hastalığın belirtileri insülin oral anti diabetik ve diyetin uygulanma ilkeleri eğitimde anlaşılır yöntemlerle öğretilmeli ve hastaların bunları uygulamadığı zamanlarda olabilecek tehlikeler anlatılmalıdır.

Diabet hastalığı konusunda gerekli bilgi ve eğitimi alan bireyler ve aileler hastalık görüldüğünde paniğe kapılmadan yapılacak işleri uyguluyabilirler.

Ailenin kültür düzeyi ve eğitimle aldığı bilgiler sonucu diabetin komplikasyonlarından korunulur (36).

A M A Ç

Toplumumuzda çok sık görülen, multifaktöriyel kalıtımla geçtiği düşünölen diabetes mellitus, kronik, irreversibl bir hastalıktır. Hastalığın bireyler tarafından yeterince tanınmaması, bu yüzden ilk belirtiler oluştuğunda zamanında şüphelenilip gerekli testlerin uygulanmayıp tanısının geç konulması veya tanısı konmuş diabetesin tedavisinin ihmali diabetesin komplikasyonları gibi istenmiyen sonuçları meydana getirir.

Komplikasyonlar oluştuktan sonra diabetesin hastada yaptığı fiziksel ve psikolojik bozukluklar, diabeteslinin birlikte yaşadığı aileyide etkileyebilir.

Araştırma diabetesin aile sağlığını nasıl ve ne şekilde etkileyebileceğini ve ayrıca diabetesli hasta ailesine nasıl yol gösterilebileceğini saptama amacıyla yapılmıştır.

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Araştırmanın Yeri: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
Ankara Numune Hastanesi, Metabolizma Kliniği.

Araştırmanın Zamanı: 1980 yılı Ocak ayı ile 1981 yılı
Şubat ayı arasında.

Örnek Seçimi: Gelişi güzel örnek seçimi yapılmıştır.

Deneklerin Özelliği: Yaşları 6 ile 75 arasında deği-
şen diabetli hastalar. Bunların kadın ve erkek oranları ara-
sında belirli bir ayırım yapılmamış olup araştırma sonunda
10 jüvenil, 42 adult kadın, 34 adult erkek araştırma kapsa-
mına girmişlerdir. Toplam 86 diabetli hastanın 86 yakınıda
araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma Yöntemi: Hastalara ve ailelere anket yön-
temi uygulanmış anket soruları hastalara ve ailelerine ayrı
zamanlarda ve ayrı odalarda sorulmuştur.

Anket formlarında hastaların sosyal ve kültürel durum-
ları ile hastalıkları ve aile ilişkilerini belirtecek soru-
lar bulunmaktadır.

Hastaya ait klinik bulgular hastahane dosyalarından tamamlanmıştır.

Değerlendirme: Alınan veriler tablolarla sayı ve % olarak belirtilmiş ayrıca Khi kare önemlilik testleri uygulanmıştır. Bulunan değerler 0.05 yanılma payı ile karşılaştırılmış ve $P < 0.05$ veya $P > 0.05$ olarak tablo altlarında gösterilmiştir.

Gerekli tablolarda ise ortalama standart sapma ve standart hata değerleri hesaplanmıştır (59).

TABLO 1 - HASTALARIN JUVENIL-ADULT-CINSIYET ORANLARI

Cins	JUVENIL		ADULT		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	6	6.95	42	48.87	86	100.00
Erkek	4	4.95	34	39.53		

$P > 0.05$ Kadın ve erkek oranlarındaki fark istatistiksel olarak önemsizdir.

Tablo 2'de juvenil ve adult hastaların yaşlarına göre dağılımları görülmektedir. Kadınlarda ortalama yaş=50.03, standart sapma = ± 12.94 erkeklerde ortalama yaş = 46.56, standart sapma ise ± 4.21 olarak bulunmuştur.

TABLO 2 - DIABETLİ HASTALARIN YAŞLARINA GÖRE DAĞILIMLARI

Yaş	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
6-15	2	4.16	3	7.89	5	5.81
16-25	4	8.33	1	2.63	5	5.81
26-35	2	4.16	4	5.26	6	6.97
36-45	4	8.33	4	10.52	8	9.30
46-55	18	36.33	8	21.05	26	30.23
56-65	14	29.16	12	34.21	26	30.23
66-75	4	9.52	6	18.44	10	11.65
TOPLAM	48	100.0	38	100.0	86	100.0

Tablo 3'de diabetlilerin yaşadıkları bölgeler tanımlanmıştır. Buna göre kadınların %12.50'si köy ve kırsal kesimlerden, % 37.50'si kasabalardan gelmişlerdir, % 50.00 si ise kentlerde yaşamaktadırlar.

Erkeklerin % 10.52'si köy ve kırsal kesimden, % 15.79 u kasabalardan gelmişlerdir. Erkek diabetlilerin % 73.69'u kentlidir.

Ortalama olarak tüm diabetlilerin % 60.48'i kentlerde yaşamaktadırlar (Tablo 3).

TABLO 3 - DİABETLİLERİN YAŞADIKLARI KESİME GÖRE DAĞILIMLARI

Yaşadıkları Kesim	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Köy ve kırsal alan	6	12.50	4	10.52	10	11.62
Kasaba	18	37.50	6	15.79	24	27.90
Kent	24	50.00	28	73.69	52	60.48

$P < 0.05$

Gerek kadınlarda gerekse erkeklerde, kentlerde yaşayanların oranı kırsal kesimlerde yaşayanlara göre istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Tablo 4'te ise diabetlilerin uğraşlarına göre dağılımları bulunmaktadır. Jüvenil kadınların % 33.34'ü öğrenci % 66.66'sı ev kadını, jüvenil erkeklerin % 50.00'si öğrenci % 50.00'si çiftçidir.

TABLO 4 - DIABETLİLERİN MESLEKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

Meslekler	JÜVENİL				ADULT				TOPLAM	
	KADIN		ERKEK		KADIN		ERKEK		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Devlet memuru	-	-	-	-	4	9.52	8	21.76	12	13.95
İşçi	-	-	-	-	-	-	6	18.65	6	6.95
Çiftçi	-	-	2	50.00	-	-	2	5.88	4	4.65
Esnaf	-	-	-	-	-	-	6	18.65	6	6.95
Emekli memur	-	-	-	-	10	20.83	4	10.53	14	16.27
Öğrenci	2	33.34	2	50.00	-	-	2	5.88	6	6.95
Ev kadını	4	66.66	-	-	26	61.90	-	-	30	34.92
İşsiz	-	-	-	-	2	7.75	6	18.65	8	9.36

P < 0.05

Diabetli adult kadınların % 61.90'ünün ev kadını, % 20.83'ünün emekli memur, % 9.52'sinin ise çalışmakta olan memur olduğu görülmüştür. Kadınlar arasında işçi, çiftçi, esnaf gibi meslek guruplarına rastlanmamıştır.

Diabetli adult erkeklerde ise % 21.76'sinin devlet memuru % 18.65'inin, işçi, % 18.65'inin işsiz, % 10.53'ünün emekli memur, % 18.65'inin serbest meslek ve esnaf olduğu saptanmıştır.

Kadın ve erkekler de meslekler oranları arasındaki fark önemli bulunmuştur.

Hastaların devlet tarafından sosyal güvencelerinin olup olmadığı tablo 5'te görülmektedir.

TABLO 5 - SOSYAL GÜVENCE DURUMLARI

Sosyal Güvence Kaynağı	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Emekli sandığına bağlı	18	37.50	16	42.10	34	41.36
Sosyal sigortalar ve benzeri	11	22.91	5	14.90	16	6.97
Hiçbir güvencesi olmayan	19	39.59	17	43.81	36	51.17

$P > 0.05$

Kadın hastaların % 37.50'sinin emekli sandığından, % 22.91'nin sosyal sigortalar ve benzeri kurumlardan sosyal güvenceleri bulunmaktadır. % 39.59'unun hiçbir güvencesi yoktur.

Erkek adultların % 42.10'unun emekli sandığından, % 14.09'unun sosyal sigortalar kurumundan sosyal güvenceleri bulunmaktadır.

Tüm diabetlilerden % 51.17 gibi büyük bir bölümünün hiçbir sosyal güvenceleri bulunmaktadır.

Tablo 6'da hastaların eğitim durumları gösterilmiştir.

TABLO 6 - DIABETLİLERİN EĞİTİM DÜZEYLERİ

Eğitim Düzeyi	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç okuma bilmiyen	16	33.33	10	26.34	26	30.36
Okuryazar	7	14.58	11	28.94	18	21.00
İlk Okul mezunu	15	31.26	11	28.94	26	30.36
Orta Dereceli okul mezunu	10	20.83	4	10.52	14	25.96
Yüksek Okul	-	0	2	5.26	2	2.32
TOPLAM	48	100.00	38	100.00	86	100.00

$P > 0.05$

Eğitim düzeylerinin incelendiği Tablo 6'da kadın adultların % 33.33'ünün hiç okuma bilmiyen, % 14.58'ini okuryazar, % 31.26'sının ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Kadınların, % 20.83'ü ise orta dereceli okul mezunudur.

Erkek hastaların % 26.34'ünün hiç okuma bilmediği, % 28.84'ünün okuryazar olduğu, % 28.94'ünün ise ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Kadınlar ve erkeklerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır.

Tablo 7'de diabetlilerin eğitimleri ve tedaviye uymaları arasındaki ilgi saptanılmıştır.

TABLO 7 - EĞİTİM DURUMLARININ TEDAVİYE UYMA ARASINDAKİ İLGİSİ

Tedaviye Uyma	EĞİTİM DÜZEYİ				
	Okuryazar Olmayan	Okur-yazar	İlkokul Mezunu	Orta Dereceli Okul Mezunu	Yüksek Okul Mezunu
Tedaviye Uyan	12	7	8	4	1
%	37.50	21.87	25.00	12.50	3.13
Tedaviye Uymayan	6	3	7	5	1
%	27.27	13.63	38.80	14.95	4.95
Arada, Düzensiz Tedaviye Uyan	8	8	11	5	-
%	25.00	25.00	34.37	15.63	-

P < 0.05

Okuma ve yazması olmıyanlardan % 37.50, okur yazarlardan % 21.27, ilkokul bitirmişlerden % 25.00 orta dereceli okul mezunlarından 12.50'si tedaviye uyan gurubu oluşturmaktadır. Eğitim durumları ile ilgili olarak tedaviye uyanlarla uymıyanlar arasındaki fark önemli bulunmuştur.

Tablo 8'de hastaların diabet tanısının nasıl konduğunu anlatımı görülmektedir.

TABLO 8 - DIABET TANISININ KONMA ŞEKLİ

Tanının Konması	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Polidipsi, Polifaji, Poliüri Gibi Şikayet- lerle	35	72.92	25	65.79	60	69.76
Başka Hastalık- lar Esnasında	3	6.25	3	7.89	6	6.98
Aşırı Zayıflama	7	14.58	3	7.89	10	11.63
Koma	3	6.25	7	18.43	10	11.63
TOPLAM	48	100.00	38	100.00	86	100.00

P < 0.05

Hastaların diabetlerinin nasıl ortaya çıktığını gösteren Tablo 8'de kadınların % 72.92'sinin, erkeklerin % 65.79'unun ağız kuruluğu, çok su içme, sık acıkma ve aşırı yemek yeme, sık idrara çıkma ile doktora başvurup, diabet olduklarını anladıkları ortaya çıkmıştır.

Hastalıklarının başka bir hastalık sırasında ortaya çıktığını belirten % 6.25 kadın ve % 7.89 erkek hasta bulunmaktadır.

Diabet komasına girdikten sonra diabeti ortaya çıkan % 6.25 kadın, % 18.43 erkek hasta vardır. Polidipsi, polifajji ve poliüri şikayetleri ile tanı konması diğer şikayetlere oranla hem kadınlarda ve hemde erkeklerde önemli bulunmuştur.

Hastalara diabet tanısının konmasından sonra önerilen tedavi şekilleri ise Tablo 9'da gösterilmiştir.

TABLO 9 - DIABETLİLERİN UYMALARI GEREKEN İNSÜLİN-ORAL ANTI DİBETİK VE DİYET TEDAVİLERİ DAĞILIMLARI

Verilen Tedavi	JÜVENİL		ADULT				TOPLAM	
	Sayı	%	KADIN Sayı	%	ERKEK Sayı	%	Sayı	%
İnsülin, Oral Anti Diabetik, Diyet	10	100.00	14	33.34	28	52.95	42	48.83
Oral Anti- diabetik Diyet	-	-	26	61.90	12	35.29	38	42.70
Diyet	-	-	2	4.76	4	11.76	6	6.97
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

P < 0.05

Jüvenil diabetlilerin % 100'ne insülin tedavisi verilmiştir. Adult kadın hastaların % 33.34'ü insülin, % 61.90'nı oral anti diabetik, % 4.76'sı sadece diyetle tedavi edilmektedir. Adult erkek hastaların % 52.95'sinin insülin, % 35.29'unun oral anti diabetik, % 11.76'sinin ise diyetle kan şekerlerinin ayarlanması istenilmiştir.

Kadın ve erkeklere verilen tedaviler arasındaki istatistiksel fark önemli bulunmuştur.

Tablo 10'da hastaların oral antidiyabetik ve insülin tedavisini uygulayıp uygulayamadıkları gösterilmiştir.

TABLO 10 - ORAL ANTİDİYABETİK VE İNSÜLİN TEDAVİSİNİ UYGULAMA DURUMLARI

İnsülin ve Oral Antidiyabetik Kullanmaları	JÜVENİL		ADULT				TOPLAM	
	Sayı	%	KADIN Sayı	%	ERKEK Sayı	%	Sayı	%
Kullanıyor	10	100.00	22	52.38	12	35.29	44	51.16
Kullanmıyor	-	-	16	38.09	18	52.94	34	39.53
Bazen	-	-	4	9.53	4	11.77	8	9.31
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

$P > 0.05$

Hastaların % 51.16'sinin insülin ve oral antidiyabetikleri kullandığı görülmektedir. % 39.53'ünün ise bu tedavileri kullanmadığı, % 9.30'nun ise arada sırada bu tedaviyi yaptıkları görülmüştür. Genç diyabetlilerin % 100.00'ünün tedaviyi uyguladıkları saptanmıştır.

Adult kadın hastaların % 52.38'i verilen tedavileri uyguladığını % 38.09'unun da hiç uygulamadığını aileleri belirtmişlerdir. Adult erkeklerin ise % 35.29'unun insülin tedavilerini uyguladığı ve % 52.94'ünün uygulamadığı belirtilmiştir.

Oral antidiyabetik ve insülin tedavisini uygulamada kadın ve erkekler arasında istatistiksel fark bulunamamıştır.

Diabetli hastaların diyet tedavisini uygulamaları ile ilgili bulgular Tablo 11'de gösterilmiştir.

TABLO 11 - HASTALARIN DİYET TEDAVİLERİNİ UYGULAYABİLMELERİ

Tedaviye Uyma	JÜVENİL		ADULT				TOPLAM	
	Sayı	%	KADIN Sayı	%	ERKEK Sayı	%	Sayı	%
Diyete Uyan	8	80.00	14	33.35	22	64.70	44	51.16
Diyete Uymayan	2	20.00	16	38.09	9	26.47	27	31.39
Arada bir Uyan	-	-	12	28.56	3	8.93	15	17.45
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

$P < 0.05$

Jüvenillerin % 80.00'inin diyetlerine uymakta iken adult erkeklerin % 64.70'i kadınların ise % 33.35'i uyabilmektedirler.

Diyetlerine uymıyan % 20.00 jüvenil, % 38.09 kadın % 26.47 erkek hasta bulunmaktadır.

Tüm hastaların % 17.45'inin arada bir diyeti uyguladıkları saptanmıştır.

Kadınlar ve erkekler arasında diyetle uyma yönünden istatistiksel fark önemli bulunmuştur.

Gerek insülin, gerekse hastaların diyet tedavilerine uymama nedenleri kendilerince farklı niteliktedir. Bu konu ile ilgili bulgular Tablo 12'de gösterilmiştir.

TABLO 12 - HASTALARIN KENDİLERİ İÇİN GEREKLİ OLAN TEDAVİLERE UYAMAMA NEDENLERİ

Tedaviye Uymama Nedenleri	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ekonomik Yetersizlik	8	16.66	3	7.89	11	12.79
İhmal	18	37.50	14	38.84	32	37.20
Gereksiz Bulma	1	2.10	1	2.63	2	2.33
Tedavi Konusunda Bilgisiz	7	14.58	8	21.05	15	17.44
Yanıtlamıyan	14	29.16	12	29.59	26	30.00
TOPLAM	48	100.00	38	100.00	86	100.00

P < 0.05

Hastaların tedaviye uymama özürleri kadınlarda % 16.66 ekonomik yetersizlik, % 2.10 gereksiz bulma, 14.58 kendi bilgilerinin yetersiz bulma ve % 37.50 ihmalkarlıktır.

Erkeklerde ise % 7.89 ekonomik sıkıntı, % 2.63 gereksiz bulma, % 21.05 tedavi konusundaki bilgisizlikten ve % 38.84 gibi büyük bir oranında ihmalkar oluşlarından dolayı tedaviyi yapmamaktadırlar. Tedaviye uymama nedenlerinden olan ihmalkarlık hem kadınlarda hemde erkeklerde istatistiksel bakımdan önemli bulunmuştur.

Tablo 13'te diabetli hastaların, hastalıkları konusundaki bilgileri değerlendirilmiş juvenillerde, adult kadınlarda, adult erkeklerdeki bilgi düzeyleri gösterilmiştir.

TABLO 13 - HASTALARIN DİABET KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Diabet Bilgisi	JÜVENİL		ADULT		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tam Bilgisi Olan	-	-	7	16.66	5	14.70	12	13.96
Yetersiz Bilgisi Olan	-	-	8	19.04	7	20.58	15	17.49
Hiç Bilgisi Olmayan	10	100.00	27	64.30	22	64.72	59	68.65
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

$P < 0.05$

Tabloda da görüldüğü gibi diabetli hastaların % 68.65 gibi büyük bir bölümü diabet konusunda bilgiden yoksundurlar. Diabet konusunda bilgisi olanlarla olmıyanlar arasındaki istatistiksel fark önemli bulunmuştur.

Kadın ve erkek hastalar bilgi düzeyi bakımından farklı değildirler. Adult kadın hastaların % 16.66'sının tam bilgisi olmasına karşın % 19.04'ünün az fakat yetersiz, % 64.30'unun hiç bilgisi yoktur.

Adult erkek hastaların % 14.70'inin tam bilgisi olmasına karşın % 20.58'inin yetersiz ve % 64.72'sinin hiç bilgisi bulunmamaktadır.

Tablo 14'de ailelere göre diabetin oluş nedenleri gösterilmiştir.

TABLO 14 - AILELERE GÖRE DİABETİN OLUS NEDENİNİ

Hastalığın Oluş Nedeni	Genç	K	%	E	%	T	%
Üzüntüyle Olan	-	4	9.52	4	11.76	8	9.30
Şişmanlıktan	-	8	19.04	7	20.58	15	17.44
Kalıtımla Geçen	-	7	16.66	5	14.70	12	13.95
İnsülin Yetersizliği	-	2	4.78	2	5.88	4	4.66
Cevapsız (Bilmiyorum)	10	21	50.00	16	47.08	47	54.65
TOPLAM		42	100.00	34	100.00	86	100.00

P < 0.05

Hasta ailelerinden diabetin oluş nedenleri öğrenilmek istenmiş buna göre verilen yanıtlarda % 54.15 kişi bilmiyorum, % 17.44 şişmanlıktan, % 13.95 kalıtımla şeklinde belirlenmiştir. İnsülin yetersizliği ile ortaya çıkabilir diyen % 4.65, üzüntü ile olur diyen % 9.30 kişi vardır (Tablo 14).

Tablo 15'te hastaların medeni durumları gösterilmektedir.

TABLO 15 - DİABETLİLERİN EVLİ OLUP OLMAMALARINA GÖRE DAĞILIMLARI

Medeni Durum	JÜVENİL		ADULT		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	KADIN Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	-	-	22	52.38	32	94.11	54	71.05
Bekar	10	100.00	-	-	-	-	-	-
Eşi Ölmüş	-	-	18	42.85	2	5.89	20	26.32
Boşanmış	-	-	2	4.77	-	-	2	2.63
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	76	100.00

$P < 0.05$

Jüvenillerin tümü bekadır. Adult kadınlardan % 4.77 sinin boşanmış olduğu % 42.85'nin eşi ölmüş dul, % 52.38'nin halen evli oldukları görülmüştür.

Adult erkeklerde % 94.11 evli, ve % 5.89 eşi ölmüş hasta bulunmaktadır. Adult erkeklerde boşanmış % 0 dir.

Tablo 16'da adult diabetli hastaların anne ve babalarındaki akraba evliliği durumları gösterilmiştir.

TABLO 16 - ADULT DIABETLİLERİN ANA BABALARINDAKİ AKRABA EVLİLİĞİ DURUMLARI

Akrabalık Durumu	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ebeveyninde 1. derece Akrabalık Bulunan	5	11.90	6	15.78	11	13.10
Ebeveyinde Akrabalık Bağı Olmayan	37	88.10	28	84.22	65	86.90
TOPLAM	42	100.00	34	100.00	76	100.00

$P > 0.05$

Tablo 16'da görüldüğü gibi diabetli hastaların ebeveynlerinde akrabalık görülen % 11.90 kadın, % 15.78 erkek hasta bulunmaktadır. Toplam % 13.10 akrabalık oranı görünmesine karşın, % 86.90 bireyin ebeveynlerinde akrabalığa rastlanılmamıştır.

Tablo 17'de ise jüvenil diabetlilerin ana ve babalarındaki akrabalık durumları gösterilmiştir.

TABLO 17 - JÜVENİL DİABETLİNİN ANA VE BABALARINDAKİ AKRABALIK DURUMLARI

Anne ve Babadaki Akrabalık Durumu	Sayı	%
Akraba Olan	2	20.00
Akraba Olmayan	8	80.00
TOPLAM	10	100.00

$P < 0.05$

Jüvenil diabetlilerden % 20'sinin anne ve babasında akrabalık görülmüştür. % 80'inde akrabalık bağı yoktur.

Tablo 18'de adult ve jüvenil diabetlilerin ailelerinde görülen hastalıkların dağılımları belirtilmiştir.

TABLO 18 - ADULT VE JÜVENİL DİABETLİLERİN AİLELERİNDEKİ ÇEŞİTLİ HASTALIK DAĞILIMLARI

	HASTALIK ADI						Toplam
	Diabet	Kalp Hast.	Ülser	Kanser	Böbrek Hast.	Bilinmeyen	
Çocuğu	2	-	-	-	-	-	2
%	4.34	-	-	-	-	-	-
Anne	4	2	-	-	-	-	6
%	8.69	2.32	-	-	-	-	-
Baba	12	4	2	-	-	-	18
%	26.08	4.65	2.32	-	-	-	-
Amca	4	-	-	-	-	-	4
%	8.6	-	-	-	-	-	-
Hala	6	-	-	-	-	-	6
%	13.00	-	-	-	-	-	-
Dayı	2	-	-	-	-	-	2
%	4.34	-	-	-	-	-	-
Teyze	6	-	-	-	-	-	6
%	13.04	-	-	-	-	-	-
Kardeş	10	-	2	-	-	-	12
%	21.73	-	2.32	-	-	-	-
TOPLAM	46	6	4	-	-	30	86
%	43.16	6.97	4.65	-	-	34.92	-

Tablo 18'de diabetlilerin ailelerinde görülen diabet, ülser, kalp hastalığı ve diğer hastalıkların oranları bulunmaktadır.

Buna göre babasında diabet görülen % 26.08, kardeşinde diabet görülen % 21.73 halasında diabet görülen % 13.04 diabetli bulunmaktadır.

Annesinde diabet görülen % 8.69, teyzede % 13.04, dayıda % 4.34 kişi bulunmaktadır.

Çocuğunda diabet görülen % 4.34, amcasında diabet görülen % 8.60 hasta bulunmaktadır.

Diğer hastalıklardan annede kalp hastalığı olan % 2.32, babada % 4.65 diabetli bulunmaktadır.

Babasınđa ülser saptanan % 2.32 hasta, bulunmaktadır. Ayrıca % 2.32 hastanın da kardeşinde ülser bulunmuştur.

Tablo 19'da jüvenil diabetlilerin anne ve babalarındaki diabet durumları belirtilmiştir.

TABLO 19 - JÜVENİL DİABETLİLERİN ANA-BABA VE AKRABALARINDAKİ DİABET SIKLIĞI

Diabet Olan Akraba	Sayı	%
Anne	2	20.00
Baba	3	30.00
Hem Anne Hem Baba	4	40.00
Amca	1	10.00
TOPLAM	10	100.00

Jüvenillerin anne ve babalarında diabet olanı % 40.00 tır. Yalnız annede diabet olan % 20.00, yalnız babada diabet olan % 30.00 hasta vardır. Jüvenil hastaların ancak % 10'nun amcasında diabet saptanmıştır.

Tablo 20'de diabetli olan hastaların sahip oldukları çocuk sayıları ve çocuksuzluk durumları gösterilmiştir.

TABLO 20 - DIABETLİLERİN SAHİP OLDUKLARI ÇOCUK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMLARI

Çocuk Sayısı	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-3	14	29.16	6	15.78	20	23.25
4-6	22	44.05	10	24.34	32	37.20
7-10	4	9.52	4	10.52	8	9.33
Çocuksuz	2	4.77	14	38.84	16	18.60
Bekar (Jüvenil)	6	12.50	4	10.52	10	11.62
TOPLAM	48	100.00	38	100.00	86	100.00

P < 0.05

Tablo 20'de görüldüğü gibi kadın hastaların % 44.66 sı 4-6 çocukludur. Tüm hastaların % 9.33'ünün 7-10 arasında fazlaca çocukları vardır. 1-3 gibi az sayıda çocuğu olan % 29.16 kadın, % 15.78 erkek adult diabetli bulunmaktadır. Jüvenillerin hepsi bekar olup çocuksuzdurlar.

Adult erkeklerden % 33.84'ünün çocuğu olmamıştır.

Tablo 21'de ise diabetli erkeklerdeki empotans durumları incelenmiştir.

TABLO 21 - DİABETLİ EVLİ ERKEKLERDE EMPOTANS DURUMLARI

Empotans Durumu	Adult Erkek Sayı	%
Empotansı var	18	52.95
Empotansı yok	16	47.05
TOPLAM	34	100.00

P < 0.05

Tablodanda anlaşıldığı gibi % 52.95 gibi bir oranda empotans saptanmıştır. Empotans oranı normal popülasyona göre istatistiksel bakımından önemlidir.

Tablo 22'de diabetin komplikasyonlarından hastalarımızda bulunan retinopati, nöropati, anjiopati, nefropati hiper ve hipoglisemi komaları gösterilmiştir.

TABLO 22 - JÜVENİL VE ADULT DIABETLİLERDEKİ GÖRÜLEN
KOMPLİKASYONLAR

Komplikasyonlar	ADULT KADIN		ADULT ERKEK		TOPLAM		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Retinopati	31	63.40	11	30.93	42	48.86	
Nöropati	4	8.33	10	24.34	14	13.94	
Nefropati (Jüvenil)...	3	7.44	4	10.52	8	9.30	
(Adult)	1	2.08	1	2.63	2	2.31	
Koma (Jüvenil)	3	6.95	4	10.52	8	9.30	
			(Adult)	1	2.63	1	1.15
Damar Bozuk- lukları	5	10.42	5	13.15	10	11.62	
Amputasyon	1	2.08	3	7.91	4	4.65	
TOPLAM	48	100.00	38	100.00	86	100.00	

$P < 0.05$

Adult kadınlarda en fazla % 63.40 ile retino patiyeye rastlanmıştır. Nöropati % 8.33, Nefropati ise % 9.52 jüvenil +adult kadın hastada bulunmaktadır. Kadınlarda koma sadece jüvenillerde ve % 6.95 oranında görülmüştür. Damar bozuklukları % 10.42, ekstremitte ameliyatı % 2.08 kadında saptanmıştır.

Adult erkeklerde retinopati % 30.93 iken, nöropati % 24.34 olup kadın hastalardan daha fazladır. Ayrıca damar komplikasyonları (% 13.15), ekstremitte ameliyatı (% 7.91) koma (% 13.15) ve nefropati (% 10.52) olup yine kadın hastalardan daha fazladır.

Tablo 23'de günlük hayattaki streslerin hastalar arasındaki yorumları gösterilmiştir.

TABLO 23 - DIABETLİLERİN GÜNLÜK HAYATTA EN FAZLA SIKINTI YAPTIKLARI KONULAR

Sıkılmalarına Neden Olan Konular	JÜVENİL				ADULT				TOPLAM	
	KADIN		ERKEK		KADIN		ERKEK		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Gürültüler ve Çevredeki Çeşitli Sesler	2	33.33	-	-	5	11.90	1	2.94	8	9.30
Empotansları Oluşuna	-	-	-	-	-	-	8	25.00	8	9.30
Diabetlerinin Düzelememesine	2	33.33	2	50.00	3	7.14	1	2.94	8	9.30
Çocuk Sahibi Olamayışlarına	-	-	-	-	-	-	4	10.46	4	4.65
Geçim Sıkıntısına	-	-	-	-	-	-	4	10.46	4	4.65
Ailenin İlgisizliğine	-	-	-	-	5	11.90	1	2.94	6	6.95
Kendi Sinirli Oluş durumları	-	-	-	-	4	9.52	2	5.26	6	6.95
Arkadaşlarının Bazı Davranışlarına	2	33.34	-	-	-	-	-	-	2	2.32
Yanıtlamayanlar	2	50.00	2	50.00	25	59.54	13	40.00	40	46.58
$P < 0.05$ Toplam	6	100.00	4	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

Gerek kadın adultların gerekse erkeklerin günlük hayatlarındaki sıkıldıkları konular farklıdır. Bu konulardan en fazla erkeklerin diabetin komplikasyonlarından oluşan empotansa üzülükleri saptanmıştır (% 25.00). Yine buna bağlı

olarak % 10.46 erkek hastanında çocukları olmayışına % 5.26
sının da kendi sınırlı durumlarına üzüldükleri görülmüştür.

Diabetli hastalarla ilgilenen aile bireylerinin has-
taya yakınlık dereceleri hastanın annesi, babası, eşi, ço-
cuğu, kardeşi, gelini olarak sınıflandırılmıştır. Hastala-
rıyla ilgilenen bu yakınların dağılımları Tablo 24'te göste-
rilmiştir.

TABLO 24 - HASTALARIYLA İLGİLENEN AİLE BİREYLERİNİN HASTAYA
YAKINLIK DERECELERİ

Aile Bireyinin Yakınlığı	JÜVENİLLER		ADULT				TOPLAM	
	Sayı	%	KADIN Sayı	%	ERKEK Sayı	%	Sayı	%
Eşi	-	-	11	26.19	19	55.88	30	34.92
Annesi	10	100.00	-	-	-	-	10	11.62
Babası	-	-	-	-	4	11.76	4	4.65
Çocuğu	-	-	22	50.08	8	23.52	30	34.92
Kardeşi	-	-	4	9.52	3	8.84	7	8.13
Gelin veya Akraba	-	-	5	15.21	-	-	5	5.76
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

P < 0.05

Tüm jüvenillerle anneleri, ilgilenirken en büyük ço-
ğunluğu kendileri ile eşleri ilgilenen adultlar oluşturmak-
tadır (% 55.88). Çocukları tarafından ilgilenilen % 23.52
adult erkek vardır.

Adult kadın hastalarda ise durum tersinedir. % 50.00
kadın hastaya çocukları % 26.19'unada eşleri bakmaktadır.

Kendilerine daha uzak bir akrabanın baktığı % 5.76 hasta bulunmaktadır.

Tablo 25'te hastaların ailelerinden ilgi beklemele-
rine göre dağılımları incelenmiştir.

TABLO 25 - HASTALARIN AİLELERİNDEN İLGI
BEKLEMELERİ

Aile Bireylerinde İlgi Bekleme	JUVENİL		ADULT		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Daha fazla İlgi Bekliyen	8	80.00	36	83.44	28	82.35	72	83.63
İlgi Beklemiyen	2	20.00	1	2.36	1	2.94	4	4.65
İlgiyi Önemsemiyen	-	-	6	14.20	4	14.71	10	11.71
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

P < 0.05

Hastalara ailelerinden daha fazla ilgi bekleyip bek-
lemedikleri sorulmuş % 83.63 kadın hastanın daha çok ilgi
beklediği saptanılmıştır.

Erkek hastalarda çevresindeki aile bireylerinden kadın
hastalar kadar ilgi beklemektedirler.

Jüvenil hastaların da oldukça fazla ilgiye gereksinim
duydıkları görülmüştür.

İlgi bekleme yönünden kadınlarla erkekler arasında
bir fark olmamakla birlikte, ilgi bekliyenlerle beklemiyen-
ler arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur.

Tablo 26'da diabetli hastaların hastalıkları öğrenildikten sonra çalışma düzenlerinde bir değişiklik olup olmasması ile ilgilidir.

TABLO 26 - AİLELERE GÖRE HASTALARDA ÇALIŞMA DÜZENİNİN DEĞİŞİKLİĞİ

İşine Bağlılığı ve Çalışma Arzusu	JÜVENİL		ADULT		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastalığına Rağmen İşine Bağlı	-	-	10	23.80	6	15.78	16	18.65
Çalışma Arzusu Yok, Moral Bozuk	5	50.00	16	38.10	13	71.06	34	51.11
Farklı Davranış Göstermeyen	5	50.00	16	38.10	5	13.16	26	30.24
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

P < 0.05

Aileler hastalarının hastalıklarının ilerlemesinden sonra çalışma düzenlerinin bozulduğunu vurgulamışlardır. Adult kadın hastaların % 38.10'unda buna karşın adult erkeklerin % 71.06'sında moral bozukluğu ve çalışma isteksizliği olduğunu belirtmişlerdir.

Gerek kadınlarda ve gerekse erkeklerde çalışma isteğinin azalması istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Tüm adult diabetliler incelendiğinde ise % 51.11'inin moral bozukluğu ve çalışma isteksizliğinde olduğu saptanmıştır.

Diabetlinin ev yaşantısında aile ilişkileri tedavilerini uygulama konusunda çıkardıkları davranışlar Tablo 27 de belirtilmiştir.

TABLO 27 - DIABETLİLERİN HASTALIKLARI İLE İLGİLİ KONULARDA AİLELERİYLE TARTIŞMA YAPMALARI

AİLEDE Tartışma ve Gerginlik	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Devamlı Olur	21	43.75	11	23.95	32	37.20
Hiç Olmaz	21	43.75	20	52.63	42	48.83
Arada Bir Gerginlik ve Tartışma Olur	6	12.50	7	18.42	12	13.97
TOPLAM	43	100.00	38	100.00	86	100.00

$P > 0.05$

Tüm diabetlilerin % 37.20'si devamlı aileleri ile çatışma içindedirler. Tartışma çıkaran erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir.

Diabetlilerin alkol almaları ile ilgili Tablo ise aşağıdadır.

TABLO 23 - DIABETLİLERİN ALKOL ALMASI

Alkol Durumu	JÜVENİL		ADULT		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alkol Alan	-	-	1	2.38	11	34.85	12	13.97
Alkol Almayan	10	100.00	41	97.62	23	65.15	74	86.03
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

$P < 0.05$

Tablo 28'de görüldüğü gibi alkol alan erkeklerle kadınlar arasında büyük bir fark bulunmuştur. Adult kadınlardan alkol alan % 2.38 hasta varken adult erkeklerden % 34.85 hasta bulunmaktadır. Bu oranlar istatistiksel olarakta önemli bulunmuştur.

Tablo 29'da diabetlilerin ailede en fazla geçimsizlik gösterdikleri kişiler saptanmıştır.

TABLO 29 - HASTANIN AİLEDE EN FAZLA TARTIŞTIĞI BİREY

En Fazla Çatışılan Birey	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eşi	10	20.83	15	39.47	25	29.06
Çocuğu	8	16.66	7	18.42	15	17.46
Ebeveyini	4	8.32	-	-	4	4.75
Yanıtsız (Jüvenil+Adult)	26	54.19	16	42.11	42	48.93
TOPLAM	48	100.00	38	100.00	86	100.00

P > 0.05

Jüvenillerle birlikte % 54.19 kadın, % 42.11 erkek bu soruyu yanıtlıyamamışlardır.

Adult kadınlardan % 20.83'ü, erkeklerin ise % 39.47 si eşleri ile çatışmaktadırlar. İkinci olarak % 16.66 kadın ve % 18.42 erkek hasta çocukları ile çatışmaktadırlar.

Son olarak ailede hastaların genel görünümleri aile yakınları tarafından belirtilmiştir. Bulgular (Tablo 30) dadır.

TABLO 30 - AİLELERE GÖRE HASTALARIN EVDEKİ GENEL GÖRÜNÜMLERİ

Genel Görünüm	JÜVENİL		ADULT				TOPLAM	
	Sayı	%	KADIN Sayı	%	ERKEK Sayı	%	Sayı	%
Sinirli	2	20.00	33	73.81	26	76.48	59	68.60
Sakin ve Çevre ile İlgisiz	1	10.00	2	4.76	-	-	3	3.48
Aşırı Durgun	-	-	7	16.43	5	14.70	12	13.96
Unutkanlık ve Zihinsel Yetersizlik	-	-	2	5.00	3	8.82	5	5.85
Normal	7	70.00	-	-	-	-	7	8.11
TOPLAM	10	100.00	42	100.00	34	100.00	86	100.00

P > 0.05

Ailelere göre diabetli hastaların günlük hayattaki genel görünümleri % 68.60 oranı ile sinirlidir.

Adult kadın hastalardan % 16.43'nün, erkek hastalardan ise % 14.70'nin aşırı durgun olduğu gözlenmiştir. Ayrıca aileler % 5 adult kadın hastada % 8.82 adult erkek hastada unutkanlık zihinsel yetersizlik saptamışlardır.

Jünillerde ise % 20 sinirli, % 10 sakin ve çevre ile ilgisiz % 70.00'i normal hasta görülmüştür.

T A R T I Ő M A

Diabet kronik multisistemik bir hastalık olup devamlı takip ve tedaviyi gerektirir. Hastalık hasta ile birlikte beraber yaşadığı aile bireylerini de etkilemektedir.

Yurdumuzda diabetin aile sağlığına olan etkilerini inceleyen çalışmalar azdır (2,22). İleride bu konuda yapılabilecek çalışmalara ışık tutmak amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

Diabetin kalıtımı için en çok kabul edilen şekil poligenik kalıttır. Fakat yapılan birçok araştırmalara rağmen kesin bir kalıtım şekli belirlenmemiştir (60,61). Bunun başlıca nedenleride bazı araştırmacıların araştırmalarına kesin diabetli vakaları aldıkları bazılarının ise anormal glikoz tolerans testi ile diabetlileri belirtmelerinden doğmaktadır. Daha da karışık bir durum ise standart glikoz tolerans testinin yapılmasında tam bir fikir birliği olmamasıdır. Ayrıca diabetin klinik şeklinin çeşitliliği de araştırmacıları yanıltmaktadır (55,56,60,61).

Adult diabetin otozomal resesif olarak geçtiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (22,55,56,60,64). Bizim araştırma gurubumuzda kadın erkek oranında farklılık bulunmaması, akraba evliliğinin normal popülasyondan fazla olmaması vakalarımızda otozomal resesif kalıtımı destekler görülmektedir (Tablo 1,16,17). Araştırma gurubumuzda daha çok genelde olduğu gibi multifaktöriyel kalıtım düşünülmektedir.

Adult diabetlilerin otozomal dominant kalıtım ile geçtiğini gösteren çalışmalar da vardır (66,68). Bizim çalışmada adult diabetlilerin ana ve babalarından dominant kalıtımın geçtiğini gösteren bulgular olmamakla birlikte juvenil diabetlilerin ana ve babalarında % 50 oranında diabet bulunması dominant kalıtımı destekler niteliktedir (Tablo 10,18).

Diabetin X'e bağlı olarak ta geçtiğini gösteren çalışmalar yapılmıştır (6,9,70). Bizim gurubumuzda bunu destekleyen bulgu yoktur.

Sosyal çevreleri incelenen hastalarımızın % 60.48'nin kentlerde yaşadıkları diğerlerinin kasaba ve kırsal alanlarda oturdukları saptanmıştır. Hastalarımızın % 48.83 nü hastane giderleri, ilaç ve benzeri yardımları gibi devletçe karşılanan sosyal günceleri vardır (Tablo 5). Buna göre diabet gibi yaşam boyu tedavi ve gereksinimi olan ve toplumumuzda çok sık rastlanan bir hastalıkta % 51.17 diabetlinin sosyal güvencesi olmadığı ortaya çıkmıştır. Sosyal güvencesi olmayan bu diabetlilerin tedavi giderleri dernek, vakıf gibi kuruluşların fonundan desteklenebilmelidir.

Adult diabetlilerin iş dağılımlarında kadınların % 61.90'nın ev kadını olduğu görülmüştür. Kadınlar erken yaşta emekli olduklarından emekli oranları % 20.83 iken erkeklerde bu oran daha düşük olup % 10.53 tür. Buna paralel olarak kadınlarda memur oranı % 9.52 iken, erkeklerde % 21.76 gibi daha yüksek bir orana rastlanmıştır. Aynı şekilde erkeklerde % 5.88 çiftçi bulunmasına rağmen kadınlarda bu oran % 0 olarak görülmüştür. Bu yurdumuz koşullarına ters düşmekle birlikte hastalarımızın % 60.48 gibi büyük bir bölümünün kentlerde yaşamasından kaynaklanmaktadır (Tablo 4).

Diabetli gurubumuzda eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmüştür (Tablo 6). Kadınlarda % 33.33 hiç okuma bilmeyen, % 14.58 okuryazar ama ilkokul bitirmemiş diabetli bulunmaktadır. Erkeklerde % 26.34 hiç okuma bilmeyen, % 28.84 okur yazar fakat ilkokul bitirmemiş hasta bulunmaktadır. 0 halde kadınlarda ilkokul düzeyi altında % 47.91, erkeklerde ilkokul düzeyinin altında % 55.28 hasta bulunmaktadır.

Yurdumuz genelinde yapılan bir başka araştırmada kadınlarda hiç eğitimi olmayan % 64.80 erkeklerde % 37.20 yurttaşımızın olduğu gözlenmiştir (23).

Kadın ve erkek hastalarımız arasındaki eğitim düzeyinin düşüklüğünün bu araştırmaya uymaması hastalarımızın çoğunun kentlerde yaşamasından kaynaklanmaktadır.

Bu düşük eğitim düzeyine paralel olarak ta hastalarımızın diabetle ilgili bilgileri oldukça az ve yetersiz bulunmuştur (Tablo 13). Bilgileri az olduğundan dolayı tedaviye uymaları tam ve başarılı olamamaktadır (Tablo 7). Diabet

komplikasyonlarının hızlanmasında eğitim ve bilgisizliğin ilgisi çeşitli araştırmalarda saptanmıştır (9,12,13). Hastaların tedaviye uymamaları hastalığı tanımamaları ve zamanında diabet tanısının konmaması hastalığın komplikasyonlarını artırmaktadır (16,23).

Diabetin komplikasyonları aile sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanın belirli organlarının defektine neden olan diabet, sadece hastayı psikolojik yönden etkilemekle kalmayıp hastanın ana, baba, eş ve çocuğu gibi yakınlarını da çeşitli bunalımlara sürükler. Çalışmamızda diabetin komplikasyonlarından en fazla 48.86 ile retinopatiye rastlanmıştır. Yalnız kadınlarda retinopati oranı % 63.40 olup erkeklerden fazladır buna da neden kadınların diyetlerini erkeklerden daha fazla bozmalarındandır (Tablo 11, 12). Hatemi ve arkadaşları (74) değişik yaşlardaki diabetli-lerde retinopati oranlarını incelemişler, adult diabet gurubunda % 30.70 oranında retinopati saptamışlardır. Tansi (44) ise diabetin komplikasyonlarından retinopati adultlarda % 23.70 olarak bulmuştur.

Diabetlilerde mikroanjiopati'ler nedeniyle damar bozukluğu ve kangrenlerin oluşması ile ekstremitte ameliyatlari diabetli gurubumuzda görülmüştür (Tablo 10,21). Kadın hastaların % 10.42'si, erkek hastaların % 13,15'inde damar komplikasyonları bulunduğu ve ayrıca % 2.08 adult kadının, % 7.91 erkek adult hastanın da ekstremitte ameliyatı olduğu saptanmıştır. Hatemi ve arkadaşları (74) araştırmalarında periferik anjiopatinin kadınlarda % 14.90, erkeklerde % 20.20 olduğunu görmüştür.

Nöropati ise diabetin en sık görülen komplikasyonlarından birisidir. Bizim çalışmamızda kadınlarda % 8.33, erkeklerde % 24.34 olarak bulunmuştur (Tablo 22). Erkeklerde daha fazla olmasının sebebi onların kadınlardan daha fazla alkol almasından olabilir (Tablo 28). Nöropatinin diabetlilerde % 60'a kadar görülebildiğini belirten çalışmalar vardır. Bizim çalışmalarımızda az oranlarda görülmesinin nedeni bulguların laboratuvara dayanmayıp klinik bulgulara dayanan anketler sonucu ortaya çıkmasıdır.

Diabette komplikasyona uğrayan diğer bir organ da böbreklerdir. Nefropati diabetli hastanın tedavisini oldukça güçleştirmektedir. Çalışma gurubumuzda % 9.52 erkek hastanın nefropatili olduğu saptanmıştır. Yalçın (2) araştırmasında diabetik nefropatinin juvenil diabetlilerde ölüm sebebi olduğunu belirtmiştir. Amerika'da yapılan araştırmalarda diabetlilerin böbrek hastalıklarından dolayı ölüm oranının % 17-36 oranında olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (75,76). Diabetli böbrek hastalarında ölüm diğer böbrek hastalarına oranla 17 kez daha fazladır. Bu konu ile ilgili diğer çalışmalar da hastalığın tehlikeleri belirtilmiştir (1,22,33,44,46).

Koma diabetli hastanın idrarından aşırı glikoz ile keton cisimciklerinin atılması, terleme ve uyuklama hali ile görülen durumdur. Bazen diabet tanısının konması koma ile başlar ve tedaviye bu devreden sonra gidilir (1,2,55,56). Çalışma gurubumuzda juvenillerde sık komaya rastlanmıştır (% 80). Bu da juvenil diabetlilerin ve ailelerin diabet konusundaki eğitimsizliğinden ve bilgisizliğinden doğmuştur.

Tüm diabetlilerden kadınlarda % 6.25, erkeklerde % 13.15 diabetli komaya girmişlerdir. Isenberg ve arkadaşları (42) juvenil diabetlilerin sıklıkla komaya girmelerinin insülin ve diyetlerini düzensiz almalarına yormuştur.

Tomm ve arkadaşları (23) diabetin komplikasyonlara doğru gidişini etkileyen etmenlerden birinin de psikolojik stresler olduğunu belirtmişlerdir. Psikolojik stresler anti insülin faktörlerinin salgılanmasını arttıırırlar. Hastalığın gidişini olumsuz olarak etkileyen akut psikolojik stresler keto asidozu ve ona bağlı komplikasyonları arttırır. Stres kronikleşince o zaman nöroendokrin hiperglisemiye doğrudan etkiler komplikasyonlar hızlanır. Bizim çalışma grubumuzda hastalarımızın değişik konular yüzünden morallerinin bozulduğu ve stres içinde oldukları kendilerinin ve ailelerinin anlatımları ile saptanmıştır (Tablo 23). Adult kadınların % 11.90'nı çevredeki gürültülere, % 11.90 ailenin ilgisizliğine, % 9 kendi sinirli hallerine üzölmektedirler % 59.54. Adult kadın hasta bu soruya yanıt vermemiştir. Adult erkeklerde ise stresler daha değişik problemler üzerinde görölmüştür. % 25 Erkek adult hasta empotanslı oluşlarına, % 16.46'sı çocuklarının olmayışına % 10.46'sı geçim sıkıntısı ve ekonomik yetersizliklerine üzölmektedirler. Erkek hastaların % 40'ı yanıt vermemişlerdir. Buradan da anlaşılacağı gibi erkek hastaların üzüntüleri kadın hastaların problem yaptıkları konulardan daha önemli bulunmuştur.

Aile sağlığını etkileyen önemli konulardan biri diabetli erkeklerdeki empotanstır. Araştırdığımız gurubun erkek hastalarında % 52.95 oranında empotans saptanmıştır. Evli adult erkek diabetlilerin çocuksuzluk oranı % 38.84'tür. Bizim çalışmamızdaki bulgular diğer çalışmalara uymaktadır (Tablo 20,21). Akalin (55) diabetli erkeklerde empotansı bulunanların oranını % 35-50 arasında bulmuştur. Luminet (26) empotansı olan erkeklerin kolaylıkla depresyona girdiklerini saptamıştır. Diabetli eşler evlilik öncesinde hastalığı ve komplikasyonlarını pek problem yapmamakla birlikte daha sonra gerilimler başlamaktadır. Yalnız Tablo 15'te görüldüğü gibi diabetli adult erkeklerde boşanma olayına rastlanmamıştır.

Kadın diabetlilerde sterilite yoktur, çalışma gurubumuzda diabete bağlı olmayan ve % 4.77 oranında çocuksuz evli kadın bulunmuştur. Evli kadınların doğum hikayelerinde % 11 diabetli annenin ölü doğum veya yeni doğan döneminde ölüm olayı olduğu, % 52.30 diabetli annenin iri bebek doğumu yaptığı saptanmıştır.

Tuncer (77) Amerikada yaptığı araştırmasında diabetli anne ve çocuğunu incelediği çalışmasında % 29.92 bebeğin ölü doğduğunu veya yeni doğan döneminde öldüğünü belirtmiştir. Bizim çalışmamızla olan fark, araştırmaların başka ülkelerde yapılmasındandır. Hubell (40) diabetik annelerin % 30'nun ölü bebek doğurduğunu ve zor doğum yaptığını söylemiştir. North (45) diabetik annelerin ölü doğum yapma şanslarının diabetik olmayan annelerden 10.4 defa neonatalmortalite hızının ise 5.5 defa daha hızlı olduğunu saptamıştır. Buradan çıkacak

sonuç şudur her diabetli annenin doğum öncesi bakımının ve laboratuvar bulgularının sağlık kuruluşlarında doktor kontrolünde yapılması çocuğun yaşatılması bakımından önemlidir. Adult hastaların hem erkeklerinin ve hemde kadınlarının çocuk sayıları en fazla 1-4 arasındadır.

Diabetin tanısının konması % 69.76 hastanın polidipsi, polifaji, poliüri şikayetleri ile saptanmıştır. % 11.63 hasta aşırı zayıflama ile, % 11.63'ü komâ sonucu hastahaneye veya doktora başvurmuşlardır. % 6.98'i tesadüfen diabet olduğunu öğrenmiştir. Buradan çıkan sonuç şu olabilir, yurduzdaki bireylerin daima kendilerinde önemli bir şikâyet olmadıkça doktora başvurmamaktadırlar.

Diabetli hastalarımıza verilen diyet, oral anti diabetik ajanlar ve insülin tedavileri Tablo 9'da belirtildiği gibi juvenillerde % 100, adult kadınlarda % 33.34, adult erkeklerde % 52.95 tir. Oral antidiabetiklerle ve diyetle kan şekeri ayarlanması istenen % 61.90 adult kadın, % 35.29 adult erkek vardır. Bütün bu tedavileri kullanmaları gerekmesine rağmen adultların % 52.38 kadın hastası, % 35.29 erkek hastası tedaviyi uyguluyabilmektedirler (Tablo 10). Diyet tedavisinde ise durum tersidir. % 33.34 kadın diyetini uygularken, erkekler % 64.70 ile daha fazla oranda diyetlerini uygulamaktadırlar.

Hastalarımıza tedaviye uymama nedenleri sorulduğunda (Tablo 12) % 12.79'u ekonomik güçsüzlükten dolayı ilaç ve benzeri gereksinimlerini alamadıklarını, % 37.20'si ihtimal yüzünden tedaviye uyamadıklarını, % 17.44'ü bu konuda birşey

bilmediklerini belirtmişlerdir. Oysa (Tablo 13,14) te görüldüğü gibi hastalara ve ailelerine diabet konusundaki bilgileri sorulmuş, gerek juvenillerin ve gerekse adult hastaların büyük bir çoğunluğunun hiç bir bilgisi olmadığı saptanmıştır. Juvenillerde bilgisizlik % 100, adult kadınlarda % 64.30, adult erkeklerde ise % 64.72 dir. Diabet konusunda hastaların bilgi düzeylerinin incelendiği başka araştırmalar da vardır (17,20,37,38). Hassel ve Medved (65) diabet tedavisinde karşılaşılan en büyük güçlüklerden birinin hastanın bilgisizliği olduğunu söylemiştir. Williams ve arkadaşları (66) kliniklerine başvuran diabetlilerin % 75'nin tamamen bilgisiz olduğunu saptamışlardır. Stulb (21) da diabetlilerin bilgi düzeyinde aynı oranda bilgisizlik saptamıştır. Mc Donald (39), Tomm (13), Etwiller (14) diabet tedavisinde eğitimin önemini ayrıca ailenin de hasta ile birlikte eğitilerek diabeti ve komplikasyonlarını öğrenmelerinin yararlarını belirtmişlerdir. Coiler ve Etwiller (6) bir başka araştırmalarında hasta ve ailelerini birlikte eğiterek diabet tedavisinde olumlu sonuçlar almışlardır.

Diabette hasta ve aileye yapılan eğitim ile birlikte hasta ve aile ilişkilerini de düzelterek aile sağlığına katkıda bulunabiliriz (9,12). Araştırma gurubumuzda hasta ve aile ilişkileri incelenerek bir ailede hastalarıyla kimin ilgilendiği saptanılmaya çalışılmıştır. Buna göre % 26.19 adult kadın hastanın, % 55.88 adult erkek hastanın eşleri kendileri ile ilgilenmektedir. % 100 juvenille anneleri,

% 11.76 erkek hasta ile babaları ilgilenmektedir. Çocuğu tarafından ilgilenilen % 50.08 adult kadın, % 23.52 adult erkek vardır. Oysa (Tablo 25) te gerek kadın hastaların gerekse erkek hastaların % 83.63'ü ailelerinden çok daha fazla ilgi beklemektedirler. Ayrıca gösterilen ilgiyi de yeterli bulmaktadırlar. Bunun nedeni hastaların bakımını diet ve ilaç gereksinimini aile bireylerinden yalnız biri üstlenmiştir. Luminet (26) diabetlinin psikolojik problemlerini incelediği çalışmasında diabetli hastaların aşırı ve kalıcı ilgi belediklerini saptamıştır. Alexandre (27), Aimmes (23), Slawson (29), Hincle (30), Marigo (31), Isenberg (32) diabetlilerin psikolojik problemlerinin hasta ailesinin ilgisi ve bilgisi ile olumlu düzelebileceğini araştırmalarında belirtmişlerdir. Wishner, O'Brien'e (12) göre ailenin hastaya aldıkları tavır hastayı olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir.

Araştırma gurubumuzda diabetlilerin çalışma düzeninin bozulduğu ve moral bozukluğunun olduğu % 50 jüvenil, 38.10 kadın, % 71.06 erkek hasta vardır. Diabetiğe yapılabilecek en önemli yardımlardan biride tıbbi tedavinin yanında, psikolojik tedaviyle de hastayı ailesine ve topluma kazandıra bilmektir (36,48).

Evde hastaların hastalıklarıyla ilgili konularda aileleri ile tartışmaya girdikleri görülmüştür, (Tablo 27,29). En çok tartışma yapanlarında % 39.47 ile adult erkek hastalar olduğu, bunların da eşleri ile tartıştıkları görülmüştür.

Bunun sebebi de Tablo 28'de görüldüğü gibi % 34.85 erkek hastanın alkol kullanması olabilir (Tablo 10) da görüldüğü gibi % 52.94 erkek hastanın insülininden kaçtığı saptanmıştır ve hiper faji sırasında insülin kullanmayıp alkol alınmasının sonucunda oluşan alkolizmin komaya sebep olduğu görülmüştür (27,31).

Ailelere göre hastaların genel görünümleri büyük bir çoğunlukla sinirlidir. Diabetin komplikasyonlarında olan neropatinin hastaları olumsuz yönde etkilemesi sinirliliğin sebebi ~~dir~~ (Tablo 30). Diabetlilerde görülen serebrosklerozlar nedeniyle % 5 adult kadın, % 8.82 adult erkekte unutkanlık ve zihinsel yetersizlik saptanmıştır.

S O N U Ç ve Ö N E R İ L E R

Toplumumuzda çok sık (% 2) görülen poligenik kalıtımla geçtiği kabul edilen diabetes melitus (2) geriye dönüşü olmayan kronik, hayat boyu devam eden bir metabolik bir hastalıktır.

Bir ailede diabetin ortaya çıkmasıyla hastayı tedavi etme tüm aile üyelerinin katkısıyla gerçekleşebilir. Hasta ve aile hastalığın ömür boyu sürebileceğini kavramalı ve verilecek tedaviyi kabullenerek hastanın yaşantısını düzene koymalıdır.

Araştırma gurubumuzdaki gerek juvenil hastaların gerekse adult hastaların aileleri ile birlikte kültür ve bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Bu komplikasyonların ilerlemesinin bir nedeni sayılabilir.

Bilgi düzeyi az olunca tedaviye uymama, hastalığı umursamazlık veya tedaviyi anlayamadıklarından komplikasyonların oluşumu hızlanmaktadır.

Ekonomik yönden incelenen hastaların çoğunun memur ailesi olması gelir düzeyinin sabit olduğunu gösterir. Çocuk

sayılarının da fazla olduğu bu ailelerde sabit gelir bir çok dilimlere bölünerek her bireye düşen pay oldukça az olmaktadır. Bunun yanısıra hastaların büyük bir bölümünün sosyal güvencelerinin olmayışı gözönüne alınırsa diabet gibi ömür boyu sürecek hastalığın gerekli ilaçlarına para ayrılamaması komplikasyonları hızlandırmaktadır.

Komplikasyonlar oluştuktan sonra retinopati sonucu hastanın gözlerinin görmemesi, anjiopatiler sonucu organların kangrene uğrayıp ekstremitelerin kesilmesi, nöropatiler sonucu meydana gelen sinirsel bozukluklar hem hastayı hemde birlikte yaşadığı aileyi ruhsal yönden oldukça sarsmaktadır. Hasta evdeki tüm bireylerin ilgisini beklemekte hastalığı bir türlü geçmiyor diye üzüntülere kapılmakta, insülin uygulaması ve diet konusunda aile ile çatışmaktadırlar. Hipergliseminin artması hastanın depresyona girmesi ile de ilgili olduğundan meydana gelen psikolojik problemler sonucu diabetli hasta isyankar, aşırı sinirli olmaktadır. Bu hal bazen komaya yol açmaktadır.

Diabet başlamadan önce ailesinde diabet görülenlerin aşırı şişman olanların, dengesiz ve yetersiz beslenenlerin çok geç olmadan gerekli kan şekeri testlerini yaptırarak diabeti erkenden tanıyarak önlemler almaları gerekir. Önlemler arasında diabete yakalanma şansı olan kişilerin bu işi bilen sağlık elemanlarıyla iyi bir işbirliği yaparak diabet taramasına girmesi ve diabete eğilimi olan kimselerin tedavi ve diyeti öğrenmesi gerekir.

Ö Z E T

Araştırma diabetin ve komplikasyonlarının aile sağlığına etkisini inceleme konusunda yapılmıştır. Ankara Numune Hastanesi metabolizma kliniğinde tedavi olan 10 jüvenil, 76 adult diabetli ile 36 hastaya yakını üzerinde araştırma yapılmıştır.

1980 yılı ocak ay ında başlayan araştırma, 1981 yılı Şubat ayına kadar sürmüş, alınan veriler değerlendirilmiş ve sonuçta şu bulgular elde edilmiştir:

1- Diabetlilerin % 88.40, % 11.60 jüvenildir. Kadın ve erkek oranları arasında istatistiksel bir fark yoktur ($P > 0.05$).

2- Adult erkeklerde yaş ortalaması 46.56, Adult kadınlarda 50.03 tür. Yaşlar arasında da istatistiksel fark bulunamamıştır ($P > 0.05$).

3- Hastaların % 60.48'nin kentlerden, % 27.90'nın kasabalardan, % 11.62'sinin köy ve benzeri yerleşim bölgelerinden geldiği görülmüştür. Aralarındaki istatistiksel fark önemlidir ($P < 0.05$).

4- Meslek değerlendirmelerinde kadınların % 61.90'nin ev kadını, % 9.52'sinin memur, % 20.83'nün emekli memur olduğu, erkeklerin ise % 21.76'sinin memur, % 18.65'nin işçi, % 5.88'nin çiftçi, % 18.65'nin serbest meslek sahibi ve % 10.53'nün emekli memur olduğu görülmüştür. Kadın ve erkekler arasında iş dağılımları arasında istatistiksel fark önemlidir ($P < 0.05$).

5- Hastaların % 51.17'sini sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır. Sosyal güvence bakımından kadın ve erkekler arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($P > 0.05$).

6- Eğitim düzeylerinde kadınların % 79.17'sinin ilkokul ve hiç okumayazma bilmeyenler olduğu, % 20.83'nün ortaokul dereceli eğitim gördüğü anlaşılmıştır. Erkeklerde % 5.26'sinin yüksek okul mezunu, % 10.52'sinin ortaokul mezunu % 84.43'sinin ilkokul ve daha az eğitimi olduğu saptanmıştır. Kadın ve erkekler arasında eğitim düzeyi bakımından istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($P > 0.05$).

7- Hastalara diabet tanısının konması % 69.76 oranı ile diabetin genel şikayetleri olan polidipsi, polifaji ve poliüri belirtileri ile olmuştur.

8- Adult diabetlilerden % 48.83'üne insülin, oral diabetik ajan ve diet kullanılması önerilmiştir. Hastaların % 42.70'ine oral anti diabetikler ve diyet, % 6.97'sine ise yalnız diyet alması söylenmiştir. Ancak oral anti diabetik ve insülin tedavisini % 52.38 kadın, % 35.29 erkek hasta uyguladıklarını belirtmişlerdir. Kadın ve erkek hastaların diğerleri çeşitli nedenlerle bu tedavilerini uygulamamışlardır.

9- Diet tedavisine kadınların % 33.35'i uyarken, % 66.55'i uymadıkları saptanmıştır. Erkeklerde ise % 64.70 gibi büyük bir bölümü dietlerine uymakta, % 35.30 uymamaktadırlar. Jüvenil hastalardan dietine uymayan % 20 kişi saptanmıştır.

10- Adult diabetlilerin tedaviye uymama nedenleri çeşitlidir. % 12.79'u diabet konusunda bir bilgisi olmadığı için uymadığını söylemiş, % 37.20'si tedaviyi önemsemedikleri için uygulamamışlardır.

11- Hastaların diabet konusundaki bilgileri incelenmiş, tüm hastaların % 68.65'nin hiç bir bilgisi olmadığı, % 17.49'nun yetersiz bilgisi bulunduğu görülmüştür. Diabet konusunda bilgisi olan % 13.96 hasta vardır. Jüvenillerin % 100'nün bilgisi yoktur. Bilgisi olanlarla olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($P < 0.05$).

12- Ailelere diabetin oluşumu konusundaki bilgileri sorulduğunda değişik yanıtlar alınmıştır. % 17.44 hasta diabetin şişmanlıktan olduğunu, % 9.40 hasta üzüntüden olduğunu söylemiş, % 13.95'i diabetin soya çektiğini anlatmıştır.

13- Adult diabetlerin ebeveynlerindeki akraba evliliği kadın hastalarında % 11.90 erkek hastalarda % 15.78 dir. Jüvenil diabetlilerin ebeveynlerinin % 20 sinin akraba olduğu saptanmıştır. Adult diabetli hastalardaki akraba evliliği kontrol popülasyona oranla istatistiksel bakımdan önemsiz bulunmuştur ($P > 0.05$).

14- Jüvenillerin ve adultların yakın akrabalarındaki diabet oranları şu şekildedir: Tüm hastaların % 53.16'sı akrabalarında diabet olduğunu söylemişlerdir. Babasında diabet olan % 26.08 kişi, kardeşinde % 21.73 kişi, annesinde % 8.69 kişi, halada % 13 kişi, dayıda % 4.34 kişi vardır.

15- Evli adult diabetlilerin çocuk sayıları da oldukça fazladır. Erkeklerde % 38.84 çocuksuzluk saptandığı halde, % 15.78'nin 1-3, % 24.34'nün 4-6, % 10.52'sinin ise 7-10 çocuğu vardır. Kadın diabetlilerde % 4.77'sinin çocuğu olmamasına karşın, % 29.16'sinin 1-3 çocuğu, % 44.05'nin 4-6 çocuğu, % 9.52'sinin de 7-10 çocuğu olduğu belirtilmiştir.

16- Diabetli erkeklerde empotans % 52.95 hastada vardır. Diabetli kadınların % 52.38'inin çocuk dünyaya getirdiği, % 11.90'nın ölü doğum yaptığı, veya neonatal dönemde çocuğunun öldüğü anlaşılmıştır.

17- Diabetin komplikasyonlarından % 48.86 retinopati, % 13.94 nöropati, % 9.40 nefropati, % 11.62 anjiyopati görülmüştür. Kadınlar ve erkekler arasında komplikasyonların oranları arasında istatistiksel fark önemlidir ($P < 0.05$).

18- Diabetin psikolojik etkileri oldukça fazla bulunmuştur. Hastaların hepsinde aile bireyleri tarafından ilgi gördükleri halde, % 83.63 hasta bu ilgiyi yetersiz bulmaktadırlar.

19- Ailelere göre hastaların % 51.11'inde çalışma gücü azalması ve moral bozukluğu olduğu saptanmıştır.

20- Hastaların özellikle kadın adultların olduğu ailelerde % 43.75 oranında hastalıkları yönünden tartışma olduğu belirtilmiştir.

21- Erkek hastalarda da yasak olduğu halde alkol alan % 34.85 diabetli hasta bulunmuştur.

22- Genel olarak bütün hastalarda sinirli hal görülmektedir. Bu sinirlilik kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel bakımdan farklı değildir ($P > 0.05$).

Sonuç olarak toplumda çok sık görülen diabet hastalığının ilerlemesi, hastanın ve ailenin eğitimsizliği ile doğru orantılıdır. Ailelerinde diabet olanların daha çok karşılaştığı bir sorun olan bu hastalığı tanımak, belirtilerini bilmek meydana geldikten sonra tedavisini başarıyla uygulamak hastaların yaşantılarını düzene koyar.

Hastalık hastayı olduğu kadar aileyi de etkilediğinden yaşantısı düzene konulmuş diabetli, ailesinin mutluluğuna gölge düşürmemiş olur.

Araştırmamıza göre diabetin ailede boşanmaya neden olmadığını saptamamıza rağmen, hastanın tedaviye uymama konusunda aileyle çatışması aile bireylerinin geçimsizliğine yol açmaktadır.

Tedaviye uymama sonucunda ise retinopati, nöropati, nefropati ve mikroanjiopatilerin komplikasyonları hasta ve ailenin sağlığını bozmaktadır.

Diabetli erkekteki empotans eşler arasında streslere neden olurken, bu psikolojik stresler anti insülin faktörlerinin salgılanmasına zemin hazırlarlar. Böylece insülinin az salgılanması depresyona giren hastanın hiperglisemiye girmesine yol açar. Hasta gerek fizyolojik, gerekse ruhsal yönden sarsılır.

Aile sağlığı uzmanı veya bir sağlık elemanı olarak diabetliye ve ailesine rehberlik yaparak hastalığı tanıtmalı ve hastanın komplikasyonlara uğrayıp kendisini ve ailesini mutsuz etmesini önlemeliyiz.

K A Y N A K L A R

- 1- Duncan, G.G.: Diabetes Mellitus. Diseases of Metabolism. Saunders Company Fifth Edition 921, 1964.
- 2- Arslan, P.: Diabet ve Diyet tedavisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 6: 1, 1977.
- 3- Wisner, W.J.: Diabetes and the Family. Med Clin North Am. 62: 849, 1978.
- 4- Stone, B.D.: A Study of the Incidence and Causes of Poor Control in Patients With Diabetes Mellitus. Am. J Med. Sci. 241: 64, 1961.
- 5- Swift, C., Seidman, F.: Adjustment Problem in Juvenile Diabetes. Psychosom Med. 29: 55, 1977.
- 6- Coiler, B.N., Etwiler, D.: Comparative Study of Diabetes Knowledge Among Juvenile Diabetics and Their Parents. Diabetes. 20: 51, 1971.

- 7- Daniel, R.S.: Late Adolescence in a Juvenile Diabetic
a Case Report. J Exp. Psychol 20: 23, 1959.
- 8- Freud, A.: Role of Bodily Illness in the Mental Life of
Children. Psychoanal Study Child. 7: 69. 1953.
- 9- Ludvigson, J.: Socio Psychological Factors and Metabolic
Control in Juvenile Diabetes. Acta Paediatr
Scand. 66: 431, 1977.
- 10- Dobson. H.L., Lipscomb, H.S., Greene, J.A., Engelhard,
H.T.: Socio Economic Status and Diabetes Mel-
litus. Journal of Chronic Disease 7: 413, 1958.
- 11- Tubridge. R, Wetherhill, J.H.: Reliability and Cost of
Diabetic Diets. Br Med. J. 4: 7, 1975.
- 12- Wisher, N.J., O'Brien, M.D.: Diabetes and the Family.
Med Clin North Am. 48: 849, 1978.
- 13- Tomm, K.M.: A Family Approach to Emotional Problems of
Children. Can Fam. Physician 19: 51, 1973.
- 14- Etzwiller, D.D.: What the Juvenile Diabetic Know About
His Disease. Pediatrics 29: 135, 1962.
- 15- Partridge, J.W., Garnen, A.M., Thompson. C.W.: Attitudes
of Adolescents Towards Their Diabetes. Am. J. Dis
Child 124: 226, 1972.
- 16- Robbi, J.R.: Evaluation of Programmed Education Among
Juvenile and Their Families. Diabetes. 21: 967,
1972.

- 17- Karp, M., Manar, M., Laron, Z.: What the Jüvenile Diabetics and The Family Know About Diabetes Habilitation and Rehabilitation of Jüvenile Diabetics in. Z. Laron(ed). H.E. Stanford Kroese N.V. Leiden 83, 1970.
- 18- Straus, M.B.: Diabetic Regimens--Procrustean Beds. N Engl J. Med. 281: 1484, 1969.
- 19- Tietz, W., Vidmar, T.: The Impact of Coping Styks on The Control of Jüvenile Diabetes. Psychol Med. 3: 67, 1972.
- 20- Watkins, J.D., Williams, T.F., Martin, D.A., Hogan, M.D., Anderson, E.: A Study of Diabetic Patients at Home. Am Public Health. 57: 452, 1967.
- 21- Stulb, S.C.: The Diabetes Supplement of The National Health, Survey, J Am Diet Assoc. 52: 119, 1968.
- 22- Korugan, Ü., Yılmaz, M.T., Hatemi, H., Cenani, A., Biyal, F.: Diabetes Mellitus+aa Multifaktöriyel Polijenik Kalıtıma Örnek Bir Soy Ağacının İnce- lenmesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi. 13: 87, 1982.
- 23- Tomm, K.M., Mc Arthur, R.G.: Psychologic Management of Children With Diabetes Mellitus. Clin Pediatr. 16: 1151, 1977.
- 24- Gabbay, K.H.: The Sorbitol Pathway and Complications of Diabetes. N Engl J Med 288: 831, 1973.

- 25- Baker, L., Barcai, A., Kaye, R.: Beta Adrenargic Blockage and Jüvenile Diabetes. J Pediatr, 75: 19, 1969.
- 26- Luminet, D.: Le Aspects Psychoe'motionels du Diabete. Revue Medicale De Leige. 33: 196, 1973.
- 27- Alexandre, F.: Psychosomatic Medicine Norton, Londres. 251, 1950.
- 28- Aimez, P. Ferrari, P., Guy-Grand, P.: Facteurs Psychoe'motionels Dans Le Diabe'et Sucrè Diabète Metabolisme. 2: 73, 1976.
- 29- Slawson, P.F., Flynn, W.R., Kollar, E.J.: Factuers Psychologigues et Diabete Sucrè J Am Med Assos. 135: 166, 1963.
- 30- Hinckle, L.E.: The Doctor Patient Relation ship in the Menagement of Diabetic Patient and Their Emoti-onal Problems. J Med. 53: 1943, 1953.
- 31- Manigo.S., Zan vettor. R., Biagini, G., Manno, R., Del Neve G., Canova, G.: Problemi Psicgici dell Adulte Diabetico. G Clin Med. 58: 217, 1977.
- 32- Isenberg, D.L., Barnett, D.M.: Psychologic Problems in Diabetes Mellitus. Med Clin North Am. 49: 1125, 1965.
- 33- Knibbs, S., Jackson, J.G.: Social and Emotional Comp-lications of Diabetes. Chicago Year Book Medicales Publishers Inc. 135, 1972.

- 34- Koch, M., Molnar, G.: Psychiatric Aspects of Patients With Instable Diabetes Mellitus. Psychosom Med. 36: 57. 1974.
- 35- Dejours, C.: Diabète et Psychiatric Encyclopedia Médecine Chir (Paris). Psychiatrie. 10: 37667, 1977.
- 36- Muldon, J.F.: Diabetic's Guide to The Health Care System. Journal of Visual Impairment. 72: 348. 1978.
- 37- Baysal, A., Bozkurt, N., Tunalı, G.: Diabetli Hastalarda Şişmanlığın Görülme Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları ile ilişkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 9: 24, 1980.
- 38- Mengilik, G.: Hacettepe Hastanesinde Diabet Tanımı Konarak Yatan 15 Yaşından Büyük Hastaların Beslenme ve Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Durumlarıyla İlgili Konuların Etki Derecelerinin Saptanması. Master Tezi. Hacettepe Üniversitesi Ankara, 1976.
- 39- Mc Donald. G.W.: Diabetes Supplement of the National Dealth Survey. J Am Diet Assoc. 1: 119, 1968.
- 40- Hubbel, J.P.: The Newborn Infant of The Diabetic Mother. Med Clin North Am. 49: 1035, 1965.
- 41- Bloodworth, J.M.B.: Diabetic Retinopathy. Diabetes. 11: 1, 1962.
- 42- Bradley, R.F.: Treatment of Diabetic Ketoacidosis and Coma. Med Clin North Am 49: 962, 1965.

- 43- Garcia, M.J., Namara, P.M., Gordon, T. Kannel, W.B.:
Morbidity and Mortality in Diabetics in the
Framing Ham Population Sixteen Year Follow-Up
Study. Diabetes. 105, 1974.
- 44- Tanşi, H. Şahin, M.: Diabetin Kronik Komplikasyonları.
Diabet Bilimi Gülhane Hastanesi Tıp Akademisi.
76: 1977.
- 45- North, F., Mazumdar, S. Logrillo, M.V.: Infants of
Diabetic Mothers. J Pediatr 3: 444, 1977.
- 46- White, P. Treatment of Diabetes. Med Clin North Am. 46:
1172, 1962.
- 47- Gerich, E.J.: Diabetic Control and The Late Complica-
tions of Diabetes. Am Fam Physician. 16: 85,
1977.
- 48- Phillip, L. I., Donald, M.B.: Psychological Problems in
Diabetes Mellitus. Med Clin North Am. 49: 1125,
1965.
- 49- Pincus, G. White, P.: On The Inheritance of Diabetes
Mellitus. Analises of 675 Family Histories. Am
J Med Sci. 86: 1, 1933.
- 50- Clarke, C.A.: The Genetics of Diabetes Mellitus.
Diabetes. 10: 175, 1961.
- 51- Steinberg, L.A.: The Genetics of Diabetes. A Review.
Annals of The New York Academy of Sciences.
New York. 82: 197, 1969.

- 52- Baysal, A., Köksal, O.: Beslenme ve Sağlık, Gıda Tüketimi Araştırması. Türkiye'nin Beslenme Durumu. Ankara, 120, 1974.
- 53- Stone, D.B.: A Rational Approach to Diet and Diabetes. J Am Diet Assoc. 46: 30, 1965.
- 54- Ekinciler, T.: Diabetli Hastalarda Eğitimin Önemi ve Eğitimin Yöntemleri. Beslenme ve Diyet Dergisi 4: 54, 1975.
- 55- Rimoin, L.D. Schimke, R.N.: Disorders of Carbonhydrate Metabolism. Genetic Disorders of the Endocrine Glands C.V. Mosby Company Saint Louis 808, 1971.
- 56- Gardner, I.: Endocrine Pancreas. Endocrine and Genetic Diseases Child Hood. Saunders Company Philadelphia and London 150, 1969.
- 57- Akalın, Z. Tezer, M.: Diabetide Empotans. Uzmanlık Tezi Ankara Numune Hastanesi. 30, 1982.
- 58- Say, B., Tunçbilek, E., Balcı, S., Muluk, Z., Göğüş, T., Saraçlar, M., Koçal, C.: Incidence of Congenital Malformations in a Sample of The Turkish Population. Am J Hum Genet. 23: 434, 1973.
- 59- Sümbüloğlu, K.: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri Matis Yayınları. 1978.

- 60- Neel, J.V.: The Genetics of Diabetes Mellitus. New York Academic Press Inc. 1970.
- 61- Rimoin, D.L.: Genetics of Diabetes Mellitus. Diabetes, 16: 346, 1967.
- 62- Bartels, E.D.: Endocrine Disorders. Insorsby A., Editor, Clinical Genetics. Saint Lois. (The C.V. Mosby Co.) 1953.
- 63- Pincus, G, White, P.: On the Inheritance of Diabetes Mellitus. Am J Med. Sci. 186: 14, 1933.
- 64- Steinberg, A.G.: Heredity in Diabetes Mellitus. Diabetes. 19: 269, 1961.
- 65- Hassel, C. Medved, E.: Group Audiovisual Instruction for Patients with Diabetes. J Am Diet Assoc. 66: 465, 1975.
- 66- Kobberling, J.: Unter Suchungen Zur Genetik Des Diabetes Mellitus. Eine Geeignete Methode Zur Durchfuhrung Von Alteskorrekturen. Diabetologia. 5: 392, 1966.
- 67- Burnstein, N. Patterson, M.: Heredity in Diabetes, Report of Five Generations of a Diabetic Family. South Med. 42: 119, 1949.
- 68- Vallance, G.J.: Synalbumin in Insulin Antagonism. Diabetes. 13: 241, 1963.

- 69- Gronberg, A. Larsson, T. Jung, J.: Diabetes in Sweden. A Clinicostatistical Epidemia Logical and Genetic Study of Hospital Patients and death Certificates, Acta Med Scand, 477: 126, 1966.
- 70- Penrose, L.S., Watson, E.: A Sexlinked Tendency in Familial Diabetics. Am Diabetes Assoc. 5: 165, 1945.
- 71- Falconer, D.S.: The Inheritance of Liability to Diseases With Variable Age of Onset With Particular Referance to Diabetes Mellitus. Ann Hum Genet. 31: 1, 1967.
- 72- Simpson, N.: Hertabilities of Liability to Diabetes When Sex and Age at Onset are Considered. Ann Hum Genet. 32: 283, 1969.
- 73- Nüfus İstatistiklerinde Eğitim Düzeyinin Türkiye'deki Dağılımı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 1973.
- 74- Hatemi, H. Gündoğdu, S.H.: Türkiye'de Diabet rakamları. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları. İstanbul, 1981.
- 75- Kark, G.: Diabetes, William, New York. Paul B. Hoeber, 563, 1960.
- 76- Gellma, P.S.: Diabetic Nephropathy. Med. 38: 321, 1959.
- 77- Tuncer, M.: Diabetli Anne Çocuğu. Ajans Türk Matbaası, Matbaacılık Sanayii Ankara 1974.

FORM I

	Kolon	Kod
1 - Hastanın Yaşı	- -	-
2 - Hastanın Cinsi		
a) Kadın b) Erkek	- -	-
3 - Yaşanılan Kesim		
a) Köy ve kırsal alanlar		
b) Kasaba		
c) Kent ve kentsel özellikli kesimler	- -	-
4 - Diabetlilerin meslekleri		
a) Devlet memuru		
b) İşçi		
c) Çiftçi		
d) Esnaf		
e) Emekli memur		
f) Öğrenci		
g) Ev kadını		
h) İşsiz	- -	-
5 - Sosyal bir güvenceniz var mı		
a) Evet		
b) Hayır		
6 - Sosyal güvence kaynağı		
a) Emekli sandığı		
b) Sosyal sigortalar kurumu		
c) Diğer		
d) Hiç biri	- -	-
7 - Eğitim düzeyiniz hangisidir?		
a) Okur yazar değil		
b) Okur yazar		
c) ilkokul mezunu		
d) Orta ve lise veya dengi okul mezunu		
e) Yüksek okul mezunu		

- 8 - Diabet hastalığı nasıl saptandı
- a) Çok susama, ağız kuruluğu
açıkma, çok yemek yeme
 - b) Zayıflama
 - c) Koma
 - d) Başka hastalık esnasında
- 9 - Nasıl bir tedavi uygun görüldü
- a) İnsülin
 - b) Oral anti diabetik
 - c) Diyet
 - d) Diğer
- 10 - İnsülin tedavisini uyguladınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Arasına
- 11 - Diyet tedavisini uyguladınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Arada
- 12 - Tedavileri geciktirmenizin nedeni
- a) Ekonomik yetersizlik
 - b) ihmal
 - c) Tedaviye inanmama
 - d) Hastalığı ve tedaviyi tanımama
 - e) Diğer
- 13 - Diabet konusunda neler biliyorsunuz?
-
-
- a) Bilgisi tam olan
 - b) Bilgisi yetersiz olan
 - c) Hiç bilgisi olmayan

Kolon Kod

14 - Evlilik durumunuz

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Dul (eşi ölmüş)
- d) Boşanmış

- -

15 - Ana ve babanızda akrabalık var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

- -

16 - Soyunuzda hangi hastalıklar görülmekte

- a) Diabet
- b) Kalp hastalığı
- c) Mide hastalıkları (Ülser)
- d) Böbrek hastalıkları
- e) Diğer hastalıklar
- f) Bilmiyen

- -

17 - Kaç çocuğunuz var

- a) 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- b) Hiç

- -

18 - Erkeklere sorulacak, Cinsel yönden sıkıntınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

- -

19 - Diabetin neden olduğu komplikasyon

- a) Retinopati
- b) Nöropati
- c) Nefropati
- d) Anjiopati
- e) Diğer

- -

20 - En büyük sıkıntınız nedir?

.....
.....

- -

Kolon

Kod

21 - Evli kadınlara sorulacak

- a) Doğularınız nasıldı
- b) Ölü veya ilk biray içinde ölen bebeğiniz oldu mu?
- c) Şişman bebek (4 kgr. ve üzerinde) doğurdunuz mu?

FORM II

	Kolon	Kod
1 - Hasta yakınının yakınlık derecesi	-	-
a) Eşi b) Annesi c) Babası		
d) Çocuğu e) Kardeşi f) Diğer	-	-
2 - Hasta yakınının diabet konusundaki bilgisi		
.....		
.....		
3 - İnsülin ve diyeti ile ilgileneiyor musunuz?		
a) Evet b) Hayır		
4 - Hasta ilginizi yeterli buluyor mu?		
5 - Evinizde tartışma oluyor mu?		
a) Evet b) Hayır c) Arasına	-	-
6 - Hastanız yasaklanmasına rağmen alkol alıyor mu?		
a) Evet b) Hayır		
7 - Evde en çok tartıştığı aile bireyi kimdir?		
a) Eşi b) Çocuğu c) Ana babası		
d) Diğer		
8 - Diabetli olan hastanızın evdeki genel görünümü nasıl?		
.....		
.....	-	-