

**TIP 2 DİYABETLİ HASTALARIN PROBLEM  
ALANLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ**

**Sebahat ATALIKOĞLU**

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Mehtap TAN**

**Yüksek Lisans Tezi -2012**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN PROBLEM ALANLARI  
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Sebahat ATALIKOĞLU**

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM  
2012**

TC  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DALI

**TİP 2 DİYABETLİ HASTALARIN PROBLEM ALANLARI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Sebahat ATALIKOĞLU**

**Tez Savunma Tarihi** : 27.06.2012

**Tez Danışmanı** : Doç.Dr. Mehtap TAN



**Jüri Üyesi** : Doç.Dr. Mehtap TAN



**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Mağfired KAŞIKÇI



**Jüri Üyesi** : Yrd. Doç.Dr. Elanur Y.KARABULUTLU



**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

  
**Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM**  
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi**  
**ERZURUM – 2012**

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>III</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>V</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VI</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Diabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	3
2.2. Tanı ve Sınıflama .....	3
2.3. Tip 2 Diyabet Hastalarının Problem Alanları .....	5
2.3.1. Fiziksel Problemler .....	6
2.3.2. Psikolojik Problemler .....	7
2.3.3. Sosyoekonomik Problemler .....	8
2.3.4. Psikoseksüel Problemler .....	9
2.4. Problem Alanlarını Etkileyen Faktörler .....	9
2.5. Diyabet Yönetimde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	10
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>15</b>
3.1. Araştırmanın Türü .....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	15
3.4. Verilerin Toplanması .....	15
3.5. Veri Toplama Araçları .....	16
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	16
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	17

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	17
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>18</b>
4.1. Hastaların DPAÖ'ye Ait Puan Ortalaması .....	18
4.2. Diyabetli Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	18
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>22</b>
5.1. Hastaların DPAÖ'ye Ait Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	22
5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle DPAÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması .....	22
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>26</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>27</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>36</b>
<b>EK-I. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>36</b>
<b>Ek- II: Anket Soru Formu .....</b>	<b>37</b>
<b>Ek- III: Diyabette Problem Alanları Ölçeğinin Türkçe Formu.....</b>	<b>38</b>
<b>Ek- IV: Resmi Kurum İzin Belgeleri.....</b>	<b>39</b>
<b>Ek- V: Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>42</b>

## TEŞEKKÜR

Öncelikle, tez çalışmamın her aşamasında bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gsteren danışman hocam Doç.Dr. Sayın Mehtap TAN' a,

Beni yetiştiren, hayatım boyunca attığım her adımda bana destek olan, sevgilerini ve emeklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen canım annem ve babam'a, sevgisinden g aldđım canım abim'e,

Manevi desteğiyle beni cesaretlendiren, sevgisini ve ilgisini benden hiçbir zaman esirgemeyen Cengiz BAŞKAN'a,

alışmalar sırasında yařadđım sıkıntılarını paylaşan ve her zaman yanımda olan arkadaşım Arş. Grv. Fatma YILMAZ'a

sonsuz teşekkür ediyorum...

Sebahat ATALIKOĞLU

## ÖZET

### **Tip 2 Diyabetli Hastaların Problem Alanları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**

**Amaç.** Araştırma, tip 2 diyabet hastalarının problem alanlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metot.** Araştırmanın evrenini Ağustos-Ekim 2011 tarihleri arasında, Adıyaman Devlet Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran, en az bir yıl önce tanı almış hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 188 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren anket formu ve diyabette problem alanları ölçeği (DPAÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, t testi, anova, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

**Bulgular.** Araştırma kapsamına alınan hastaların diyabette ciddi problem yaşadıkları ve diyabette problem alanları ölçek puan ortalamasının  $68,17 \pm 16,16$  olduğu saptanmıştır. Hastaların beden kitle indeksleri ile diyabette problem alanları ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, mesleği, eğitimi, aile tipi, ailede diyabet öyküsü olma durumu, hastalık süresi ile diyabette problem alanları ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç.** Araştırma kapsamına alınan hastaların diyabette ciddi düzeyde problem yaşadıkları saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Etkileyen faktörler, hemşirelik, problem alanları, tip 2 diyabet

## ABSTRACT

### **Research Of Type 2 Diabetes Patients' Problem Areas And Affecting Factors.**

**Aim.** Research was done as a descriptive study in order to determine type 2 diabetes patients' problem areas and affecting factors.

**Material and Method.** Patients who apply to Adıyaman state hospital endocrinology polyclinic between august-october 2011, took diagnosis minimum one year ago create research's universe. 188 patients involved in this research were chosen by the way of simple sample method randomly create research's sample. When collecting data, a form that includes patients' socio-demographic features and diabetes problem scale were used. T- test, anova, mean and standart deviation were used when evaluating data.

**Results.** It was established that the patients included in the study experienced a serious diabetes problems and the problem areas in diabetes scale score mean was found  $68.17_{\pm} 16.16$ . According to patients' body mass index scale, a statistically significant difference was found among problem areas scale score mean in diabetes. ( $p < 0,05$ ). According to patients' gender, age, marital status, education, family type, family history of diabetes status, duration of illness a significant difference wasn't found among problem areas scale score mean in diabetes ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion.** It was established that the patients included in the study experienced a serious diabetes problems.

**Key words:** Affecting factors, nursing, problem areas, type 2 diabetes,



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DM</b>	: Diabetes Mellitüs
<b>ADA</b>	: American Diabetes Association
<b>OGTT</b>	: Oral Glikoz Tolerans Testi
<b>HHNK</b>	: Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotik Koma
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>AKŞ</b>	: Açlık Kan Şekeri
<b>TBT</b>	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
<b>SVD</b>	: Saint Vincent Deklerasyonu
<b>OAD</b>	: Oral Anti Diyabetikler
<b>DPAÖ</b>	: Diyabette Problem Alanları Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package For Social Science
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b> Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler .....	17
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların DPAÖ'ye Ait Puan Ortalaması .....	18
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre DPAÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	19

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diabetes mellitus (DM-şeker hastalığı), karbonhidrat, yağ ve protein metabolizma anormalliklerin ve çeşitli komplikasyonların eşlik ettiği dolaşan kan glukoz konsantrasyonlarında artışı ile karakterizedir. Bu komplikasyonlara bağlı olarak gelişen organ ve işlev kayıplarına yol açan, yaşam süresi ve kalitesini olumsuz etkileyen, sosyo-ekonomik yük getiren kronik bir hastalıktır. Diyabet gibi kronik hastalıklarda kişilerin hastalıkla ilgili problem alanların saptanması ve kontrol altına alınması, problem alanlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi hastalığın yönetiminde en etkili yöntemlerdir.<sup>1-2</sup> Diyabetli, yaşamı boyunca planlanmış bir bakımı sürdürmek zorundadır. Bu bakımın ve tedavinin sürdürülmesinde uzman yardımı almak kaçınılmazdır. Diyabet yönetiminde en etkili bakımı vermede bütüncül bakım çok önemli yaklaşımdır. Bu yaklaşımda hemşire diyabetli bireyi fiziksel ve psikososyal bir bütün olarak ele alır. Hemşire, diyabetlinin diyabet bakımını ve eğitim gereksinimini değerlendirmek, hemşirelik tanıları geliştirmek, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulamak ve değerlendirmek için diyabetli bireyler, aileleri ve toplum ile çalışır.<sup>3</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, özellikle gelişmekte olan ülkelerde Tip 2 diyabet giderek artmakta, hastalık ve komplikasyonları toplum sağlığında önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.<sup>4</sup> Uluslararası Diyabet Federasyonu verilerine göre dünyada 2011 yılı itibariyle 346 milyon diyabet hastasının olduğu bilinmektedir ve bu oranın 2030 yılında 552 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye 'de ise 6 milyon diyabet hastasının olduğu bildirilmektedir.<sup>5-6</sup>

Diyabet ekonomik olarak giderek artan bir yük oluşturmaktadır. Bunun sebepleri arasında diyabet prevalansındaki artış, diyabetli hastaların yaşam süresinin uzamasıyla eklenen komplikasyonların maliyeti, psikososyal (acı, stres, tedirginlikgibi)

maliyetlerde bulunmaktadır. Hogan ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada diyabetli hastaların sağlık harcamaları diyabetli olmayanlardan 2.4 kat daha fazladır.<sup>7</sup>

Diyabet hastaların bakımında primer uzun vadeli hedefler; komplikasyonları minimuma indirmek ve hastaların kendini iyi hissetmesini sağlamaktır. Bu hedeflere erken tanı ve tedavi ve hatta formal diagnostik değerlere ulaşmadan riskli hastaları belirlemek ve önlem almakla ulaşılabilir. Diyabette pek çok problemin birlikteliği nedeniyle hastanın bakımında yalnızca glisemik kontrol değil tüm problemlere yönelik daha geniş bir yaklaşım gerekmektedir. Bu nedenle hastaların bireysel problem alanlarının da saptanması önemlidir.<sup>8</sup> Diyabet hastalarında problem alanlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, yaşam kalitesinin artırılmasına, probleme yönelik kaliteli hemşirelik bakımı verilmesine olanak sağlayacaktır.<sup>9</sup>

Bu çalışma diyabet hastalarının problem alanlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Diyabetes Mellitusun Tanımı ve Epidemiyolojisi

Diabetes mellitus (DM), beta hücrelerinden sekrete edilen insülin miktarında eksiklik (veya insülin yokluğu), ya da periferik dokuda insüline duyarsızlık nedeni ile ortaya çıkan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Bir yandan yüksek morbidite ve mortalite hızı diğer yandan yüksek tedavi harcamaları ve iş gücü kaybı nedeni ile hem hastaya hem de topluma büyük yük getirmesinden ötürü önemli bir kronik hastalıktır.<sup>10</sup>

Diabetes mellitus insidansı, toplumumuzda hızla artmakta olup, prevalansı da benzer şekilde yükselmektedir.<sup>11</sup> Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, özellikle gelişmekte olan ülkelerde Tip 2 diyabet giderek artmakta, hastalık ve komplikasyonları toplum sağlığında önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.<sup>4</sup> Uluslararası Diyabet Federasyonu verilerine göre dünyada 2011 yılı itibariyle 346 milyon diyabetlinin olduğu bilinmektedir ve bu oranın 2030 yılında 552 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye 'de ise 6 milyon diyabet hastasının olduğu bildirilmektedir.<sup>5-6</sup>

### 2.2. Tanı ve Sınıflama

Diabetes Mellitus tanı kriterleri 1997 yılında American Diabetes Association (ADA) tarafından belirlenmiş 2003 yılında tekrar revize edilmiştir. Poliüri, polidipsi, glukozüri, ketonüri ve açıklanamayan kilo kaybı gibi semptomlarla birlikte;

- Rastgele bir plazma glukoz düzeyinin 200 mg/dl veya üzerinde,
- Açlık plazma glukozunun 126 mg/dl veya üzerinde olması,
- Oral glukoz tolerans testi esnasında 2.saat değerinin 200 mg/dl veya üzerinde

olması diabetes mellitus olarak tanılanmaktadır.<sup>9,12,13</sup>

Açlık plazma glukozu <100 mg/dl ise normal, 110-126 mg/dl arasında ise bozulmuş açlık glikozu (IFG=Impaired Fasting Glukose) olarak tanımlanmaktadır. IFG belirlendiğinde kesin tanı için Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) yapılması gerekmektedir.<sup>13</sup>

Diabetes Mellitüs homojen bir hastalık değildir. Bunun nedeni, hastalığın klinik seyri bakımından farklılıklar göstermesidir. DM önceleri tedavi gereksinimi ve patogeneze göre sınıflandırılırken günümüzde etiyolojiye dayandırılarak sınıflandırılmaktadır. ADA tarafından 2004 yılında önerilen yeni sınıflamaya göre diyabet 4 grupta sınıflanır.<sup>13-17</sup>

- Tip 1 diyabet (insüline bağımlı diyabetes mellitüs)
- Tip 2 diyabet (insüline bağımlı olmayan diyabetes mellitüs)
- Başka sendrom ve durumlarla ilgili diyabetes mellitüs tipleri
- Gestasyonel diyabet

**Tip 1 diyabet**, pankreasın langerhans adacıklarında insülin sekrete eden beta hücrelerinin otoimmün harabiyeti sonucunda gelişen insülin yetersizliği ile karakterizedir. Tip 1 diyabet herhangi bir yaşta olabilir, fakat çocuklar ve gençlerde daha sık görülür. Ketoasidoz koması, hipoglisemi gibi akut komplikasyonların çok yaşandığı diyabet tipidir. Tip 1 diyabetliler tüm diyabetlilerin %10'unu oluşturmaktadırlar.<sup>15,17,18</sup>

**Tip 2 diyabet**, tüm dünya ülkelerinde çok sık rastlanılan hastalıklar arasında yer almaktadır. Tüm diyabetiklerin %90' ını tip 2 diyabetliler oluşturmaktadır.<sup>19</sup> Görülme sıklığı artışı kadar hastalığın başlama yaşının daha genç yaşlara hatta çocukluk çağında görülmeye başlaması problemin büyümesine neden olmuştur.<sup>20</sup>

Tip 2 diyabet obezite, dokularda insülin kullanılamaması (insülin direnci) ve insülin sekresyonu bozukluğu ile karakterize, diyabet belirtilerinin hafif olduğu bazen

hiç olmadığı, kronik komplikasyonların çok görüldüğü metabolik bir hastalıktır. Yeni tanı konulan tip 2 diyabetiklerin %20'sinde retinopati, %8'inde nefropati, %9'unda nöropati saptanmaktadır.<sup>17,21</sup>

**Gestasyonel diyabet**, hamilelik sırasında gelişen ve doğum sonrasında normale dönen glukoz tolerans bozukluğu ile karakterizedir. Tüm hamileliklerin %2-5'inde gelişir. Bu durum tanınmaz ya da tedavi edilmez ise anne ve fetüs için çok ciddi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle gebeliğin 24-28 haftasından itibaren gebelikte diyabet taraması yapılmalıdır.<sup>22</sup>

**Diğer spesifik tipler**, beta hücre fonksiyonundaki bozukluklar, insülin fonksiyonundaki genetik bozukluklar, pankreas ve endokrin hastalıkları, ilaç ve kimyasal madde kullanımı, infeksiyon gibi nedenlerle pankreasının etkilenmesi sonucu kan şekeri yüksekliğinin ortaya çıktığı durumdur.

### **2.3. Tip 2 Diyabet Hastalarının Problem Alanları**

Diyabetes Mellitus, iyi tedavi edilmediğinde komplikasyon riski yüksek ve maliyeti artan bir hastalıktır. Tedavi ilaçların yanı sıra yaşam tarzında değişikliği de zorunlu kılmaktadır. Bu durum kişinin alışlagelmiş davranışlarını değiştirmesi gerektiğinden ruhsal, duygusal, sosyal ve psikoseksüel sorunlara neden olmaktadır.<sup>23</sup> Bütüncül diyabet bakımı hastayı merkez alan çok disiplinli ekip yaklaşımını gerektirir.<sup>24</sup> Diabetli hastanın bütüncül olarak ele alınması, fiziksel sağaltımın yanında hastalığa eşlik eden organik, mental, ruhsal, psikofizyolojik ve psikososyal tabloların da sağaltımını gerektirir.<sup>25</sup>

#### **2.3.1. Fiziksel Problemler**

**Diyabetin komplikasyonları:** Ülkemizde diyabet teşhisinde gecikilmekte, birey hastalığından habersiz dolaşmakta ve diyabet konusundaki bilgisizliği nedeniyle

komplikasyonlara erken yakalanmaktadırlar. Diyabetin komplikasyonları tedavisi için yapılan sağlık harcamaları, hastalığın erken tanı ve tedavisi için yapılan harcamaların çok üstündedir.<sup>26</sup>

Diyabette görülen komplikasyonlar akut ve kronik olarak 2 'ye ayrılmaktadır. Bu komplikasyonlar yaşam süresini ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.<sup>27</sup>

**Akut komplikasyonlar:** Kan glukoz seviyelerinin kontrolsüz olarak olması gereken değerlerinin dışına çıkması sonucu diyabetin akut komplikasyonları ortaya çıkar. Bu komplikasyonlar;

- Hipoglisemi koması
- Diyabetik ketoasidoz
- Nonketotik koma (HHNK)
- Hiperglisemi ve hiperglisemik hiperozmalar

**Kronik komplikasyonlar:** Kronik komplikasyonlar diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan ve ciddi problemlere neden olabilen ikincil durumlardır. Diyabete bağlı kronik komplikasyonlar iyi bir diyabet kontrolü ile önlenilmekte veya geciktirilebilmektedir. DM, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları nedeni ile önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir.

Mikrovasküler komplikasyonlar

- Diyabetik retinopati
- Diyabetik nefropati

Makrovasküler komplikasyonlar

- Ateroskleroz
- Hipertansiyon
- Miyokard infarktüsü ve iskemik kalp hastalığı
- Serebrovasküler atak(inme, iskemik felç)



## **Diyabetik nöropati**

**Diyabetik ayak:** Tip 2 diyabetin ön aşaması olan bozulmuş glukoz toleransı döneminde diyabetin ortaya çıkmadan önce belirlenmesi ve ortaya çıktıktan sonra uygun tedavi edilmesi komplikasyonlara bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.<sup>28,29</sup>

### **2.3.2. Psikolojik Problemler**

DM, süregelen ve sistemik özellikler taşıması, tedavisinin süreklilik gerektirmesi ve zahmetli oluşu, diyet ve egzersizler gibi günlük hayatın akışını engelleyen kısıtlama ve zorlanmalar getirmesi, zaman ilerledikçe kaçınılmaz ve geri dönülmez komplikasyonlara ve organ kayıplarına yol açması nedeniyle psikiyatrik yardıma en fazla gerek duyulan tıbbi hastalıklardan biridir.<sup>27,30</sup>

Gelecek konusunda belirsizlik ve alışkanlıklardan herhangi bir nedenle vazgeçip yeni bir davranış biçimini hayata geçirmeye çalışmak birçok kişi tarafından önemli bir stres kaynağı olarak algılanır.<sup>31</sup>

Tip2 diyabetli hastalarda tedavi gerektirecek şiddette psikiyatrik bozuklukların %20 oranında görüldüğü bildirilmiştir.<sup>32</sup> Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık süreci uzadıkça ve diyabetin kronik komplikasyonları ortaya çıktıkça depresyon prevalansında artış olmaktadır.<sup>33</sup> Anderson ve arkadaşlarının meta analizinde depresyonun diyabetli hastalarda genel popülasyona göre iki kat fazla görüldüğü bildirilmiştir.<sup>34</sup> Bu depressif durum tip 2 diyabetli hastaların öz bakım gücünü, günlük yaşam aktivitelerini, bireylerle olan iletişimini olumsuz bir şekilde etkileyerek yaşam kalitesini bozar.

Diyabetli hastalarda anksiyete bozuklukları da genel popülasyona oranla sık görülmektedir. Anksiyete kişinin diyabete uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, diyabetin seyrini olumsuz yönde etkiler.<sup>35</sup> Metabolik kontroldeki düzensizlikler ise diyabetli bireyin ruhsal ve duygusal durumunu etkilemektedir.<sup>36</sup> Gülseren ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada diyabetin yol açtığı kısıtlamalar, kayıplar ya da

kan şekeri düzeyindeki dalgalanmalar nedeniyle ilk yıllarda anksiyete bozukluğunun ilerleyen yıllarda ise depresyonun ortaya çıktığı saptanmıştır.<sup>35</sup>

### **2.3.3. Sosyoekonomik Problemler**

Hastalığın kronik doğası, komplikasyonların ciddiyeti ve bunları kontrol altına almak için gerekli olan araçlar nedeni ile diyabet yalnızca hasta ve ailesi için değil, aynı zamanda sağlık personeli için de maddi kayıplara neden olmaktadır. Hogan ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada diyabetli hastaların sağlık harcamaları diyabetli olmayanlardan 2.4 kat daha fazladır.<sup>37</sup> Bu durum daha sık doktor kontrolleri, çeşitli cihazlar, ilaç alımı ve daha yüksek oranda hastaneye yatma ihtiyacı nedeniyle olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yıllık sağlık bütçesinin %15'inin diyabete ilişkin harcamalardan oluştuğunu tahmin etmektedir.<sup>38</sup> Her yıl tüm dünyada 166 milyar Avro'nun diyabete harcandığı, 2025 yılında ise bu rakamın en az 216 milyar Avro'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde diyabetin maliyeti ile ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte Malhan'ın (2009) yaptığı bir araştırmada diyabetin ülkemize yıllık maliyetinin 13 milyar TL. olduğu hesaplanmıştır.

Doğrudan sağlık giderlerin yanı sıra diyabetin dolaylı giderleri de ülkeler üzerinde ciddi bir yükür. Bu giderlerin içinde diyabete bağlı işe devamsızlıklar, sakatlık nedeniyle işsizlik ve erken ölümler nedeniyle üretim kaybının getirdiği dolaylı maliyetler de bulunmaktadır.<sup>39</sup>

### **2.3.4. Psikoseksüel Problemler**

Cinsel yaşamı etkileyen en önemli unsurlardan biri de bazı hastalıklardır. Diabetes mellitus da cinsel fonksiyonlar üzerinde etkili olan endokrin hastalıklardan biridir. DM erkek ve kadında cinsel fonksiyonları etkileyebilir.

Erkeklerde en önemli cinsel fonksiyon bozukluğu ereksiyon ve ejakülasyon güçlüğüdür. Diyabetli erkeklerin %40-60'ında ereksiyon bozukluğu görülür. Bunun nedeni nöropati ile otonom sinir sisteminin zarar görmesi ve kan damarlarındaki değişikliklerdir.

Diyabetik kadınlarda en önemli cinsel işlev bozukluğu vaginal enfeksiyondur. Bunun nedeni ise yüksek kan şekeri vajinada bu organizmaların yaşamasına uygun ortam oluşturarak enfeksiyona neden olur.

Diabetes mellitus'den kaynaklanan cinsel işlev bozukluğunda tedavinin başarılı olması eşlerin birlikte danışmanlık eğitimine alınması, aralarında iyi bir ilişkinin oluşturulması ile olasıdır. Psikolojik destek ve grup terapileri yararlı olabilir.<sup>40</sup>

#### **2.4. Problem Alanlarını Etkileyen Faktörler**

**Eğitim durumu:** Tedaviye uyumda hastanın eğitim düzeyi çok önemlidir. Göç yaptığı bir çalışmada, okur-yazar olmayan hastaların açlık kan şekeri (AKŞ) düzeyleri, diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek bulmuştur.<sup>41</sup> Eğitim seviyesi düşük olan diyabetli hastalar, diyabetin komplikasyonları baş edebilme, metabolik kontrol, tıbbi ve beslenme tedavisine uyumda zorluklar yaşamaktadırlar.

**Psikososyal problemler:** Kronik tıbbi hastalıklar kayıplara sebep olmakta, gerek hastayı gerekse ailesini olumsuz yönde etkileyip ruhsal bozukluklara neden olmaktadır.<sup>42</sup> Gelecek konusunda belirsizlik ve alışkanlıklardan herhangi bir nedenle vazgeçip yeni davranış biçimini hayata geçirmeye çalışmak önemli bir stres kaynağıdır.<sup>43</sup>

Tip 2 diyabetli hastalarda davranış biçimi değişikliğine bağlı olarak depresyon prevalansında artış olmaktadır.<sup>33</sup> Depresyon kişinin diyabete uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, diyabetin seyrini, morbidite ve mortaliteyi olumsuz etkiler.<sup>44</sup> Bu durumda diyabet hastalarının takip ve tedavilerinde hekim ve hemşirelerin

beslenme alışkanlıklarına, fiziksel aktivitelerine, ilaç tedavisine dikkat ettikleri ölçüde, psikososyal faktörleri de göz önünde bulundurmaları ve bir düzensizlik ya da zorlanma saptadıklarında uygun müdahale ve desteği sağlayabilmeleri son derece önemlidir.

**Tıbbi beslenme tedavisi:** Tıbbi beslenme tedavisi (TBT) diyabetik hastaların tedavisinin temel yapı taşlarından birisidir ve hastalığın seyri boyunca tedavinin bir parçası olmalıdır.<sup>45</sup> TBT, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanmalıdır.

Diyabetlinin beslenme programının düzenlenmesi ve bu konuda eğitilmesi öncelikle diyetisyenin görevidir. Ekip içinde diyetisyenin bulunmadığı durumlarda hekim ve hemşire bu sorumluluğu üstlenir. Diyabetli hastanın periyodik değerlendirilmesinde hemşire, diyabetlinin diyetle uyumunu, beslenme alışkanlıklarını ve beslenme davranışlarının değerlendirmeye almalıdır.<sup>24</sup>

**Fiziksel aktivite:** Düzenli ve uygun fiziksel aktivitelerin vücudumuzda birçok sistemde olumlu etkileri vardır. Kronik hastalıkların tedavisinde de fiziksel aktivitelerden faydalanılmaktadır.<sup>46</sup> İnsülin duyarlılığını artırmak ve glisemik kontrolü sağlamak için haftada 3-5 gün egzersiz programları yapılmalıdır. Egzersiz, insülin duyarlılığını artırır ve ortalama glukoz konsantrasyonlarını düşürür.<sup>47</sup>

Yapılan çalışmalarda tip 2 diyabet hastalarının fiziksel aktivitelerini arttırılarak, hastalık bakım maliyetlerinde azalmalar ve hastalıkta göze çarpıcı gelişmeler kaydedilmiştir.<sup>48</sup> Diyabette egzersiz uygulayacak hastalara, düzenli egzersiz yapmaları, egzersiz programının kişisel ihtiyaçlara, sağlık durumlarına ve beden yapılarına göre hazırlanması, egzersizden sonra ayakların kontrolünün yapılması, metabolik kontrolün iyi olmadığı durumlarda egzersizden kaçınılması gerektiğinin eğitimi verilmelidir.<sup>49</sup>

**Diyabet eğitimi:** DSÖ' ye göre eğitim, diyabet tedavisinin temel taşıdır ve diyabetlinin toplum ile etkileşmesinde yaşamsal önemi vardır.<sup>50</sup> Diyabetik hasta eğitimi, diyabetli hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlamak, tedavi giderlerini azaltmak,

tedavi hatalarını önlemek, oluşabilecek komplikasyonlardan korumak, hastanın yeni teknoloji kullanmasını sağlamak için bilgi ve deneyimini artırmak, verilen bilginin hastalığın yönetimini gerçekleştirmede uygun öz-bakım aktivitelerine dönüşmesini amaçlayan çabaların tümünü içerir.<sup>51,52</sup>

Diyabet eğitimi DM kontrolünde önemli bir bileşendir. Diyabetik hastanın hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenmesini ve bunları uygulamasını sağlamak hemşirenin temel görevlerindedir.<sup>53</sup> 1989 yılında diyabet bakımında ekip yaklaşımının önemini vurgulayan Saint Vincent Deklerasyonunda (SVD) diyabetli eğitiminde hemşirenin rollerine yer verilmiştir. Bu kapsamda hemşirenin rolü;

- Eğitim programının içeriğini hazırlar ve eğitim materyalini geliştirir.
- Grup eğitim ve bireysel eğitim için programları organize eder, uygular ve değerlendirir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişki içinde hastaları evlerinde ziyaret ederek eğitim ve bakım programlarını toplum sağlığı hizmetlerine entegre eder.
- Diyabetlilerle ilişkisi olan bireylere (öğretmen, polis vb.) eğitim programları geliştirir.
- Hastanelerde ve toplumda diyabetli bireyler için hizmetleri koordine eder.
- Bölgesel diyabet merkezlerindeki sağlık bakım elemanlarına kaynak ve danışman olur.
- Araştırmaya dayanan klinik uygulamalarda (kanıta dayalı bakımda) aktif olur.
- Ekibin yürüttüğü çalışmalara katılabildiği gibi bağımsız hemşirelik araştırmaları da yapar.
- Diyabet ile ilgili her düzeyde eğitim programının geliştirilmesinde rol alır.<sup>54</sup>

**Tıbbi ilaç tedavisi:** Diyabet tedavisinin temel amaçları, semptomların ortadan kaldırılması, akut ve kronik hastalıkların önlenmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve

mortalitenin azaltılmasıdır.<sup>55</sup> Diyabetlilerde tıbbi ilaç tedavisi oral antidiyabetikler (OAD) ve insülinde oluşur.

Oral antidiyabetikler, pankreasın insülin salgılayma yeteneği henüz tükenmemiş diyabetlilerde kullanılan, hiperglisemiye önlemek, diyabet oluşumuna katkıda bulunan olayları düzeltmek için kullanılan ilaçlardır.<sup>56,57</sup> Oral antidiyabetik ilaç kullanan hastalara, ilaçla ilgili bilgilerin, ilacın yan etkilerinin, yan etkiler oluşursa hastanın ne yapması gerektiğinin, oral ajan kullanırken yemeklerin düzenli öğünler şeklinde (3 ara, 3 ana öğün olarak) yemesinin önemli olduğunun, hipoglisemi riskine karşı doz unutulduğunda çift doz ilaç almaması ve tedavi saatine özen gösterilmesinin önemi anlatılmalıdır.<sup>58</sup>

Tip 2 diyabetli hastalarda egzersiz, diyet ve oral antidiyabetik ilaçlar ile açlık plazma şekeri %120 mg'ın, tokluk plazma şekeri %140 mg'ın altına indirilememiş ise insülin tedavisine geçilir.<sup>55</sup> Tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan insülin, etkin bir ajan olarak görülmektedir. İnsülin tedavisinin uygulanmasındaki primer amaç, hiperglisemi klinik belirtilerin giderilmesi, oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.<sup>59</sup> Diyet ve günlük aktivitelerdeki değişikliklere göre insülin dozunda değişikliklerin yapılması hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır.<sup>60</sup> Diyabet hemşiresi insülin tedavisine başlamadan önce hastayı değerlendirmeli, insülin tedavisine yönelik tutumları saptamalı, yanlış inanç ve uygulamaları belirleyerek düzeltilmesini sağlamalı, bu bilgileri hekim ile paylaşmalı ve tedavide hastaya özel düzenlemelerin yapılmasını sağlamalıdır. Diyabetli bireye insülin uygulama tekniği, insülin tipleri, insülinin egzersiz ve diyetle ilişkisi konusunda eğitim verilmeli, bilgi ve beceri kazandırılmalıdır.<sup>61</sup>

**Bireysel yönetim:** Günümüzde kronik hastalıkların kontrolü ve tedavisinde başarının koşulu olarak görülün bireysel yönetim (self-management) kavramı, hastayı

merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren, diyabetlilerin glisemi ve glikozüri düzeylerini görsel yöntemler veya şeker ölçme cihazları kullanarak kendi kendine takip etmesidir.<sup>62,63</sup>

Bireysel izlemde kan ve idrar testlerinin hatalı sonuçlarından kaçınmak için; hastanın iyi eğitilmesi gereklidir.<sup>24</sup> Diyabetli bireyin eğitilmesi, bilgi ve becerisini arttırarak bakımı konusunda aktif hale gelmesini, bağımsız karar verme yeteneğini kazanmasını ve problemlerle baş etme gücünün artmasını sağlar.<sup>64</sup> Metabolik kontrolde kullanılan ölçütlerden olan glisemi ve glikozüri ölçümünde hemşire, diyabetli birey ve ailesini evde diyabet takibinin önemi ve evde nelerin izlenmesi gerektiği konusunda eğitmelidir. Hemşire, kan glikoz seviyelerinin önemi, ölçülmesi, izlenmesi konularında bilgi sahibi olmalı, kendi kendine izlemede kan ve idrar testlerinin uygulanması, ölçüm cihazların kullanımı, sonuçları kayıt etme ve değerlendirilmesi konusunda diyabetli birey ve ailesine uygun eğitimi vermelidir.<sup>65,66</sup>

**Yaş:** Diyabet gibi kronik hastalıklarda, bireyin tedavi kurallarına uymak için normal yaşam tarzında değişiklikler yapmak zorunda olması, kişinin hastalığa ve tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır.<sup>67</sup>

Özellikle yaşlı diyabetiklerde diyabetin komplikasyonları ile baş edebilme, tedaviye ve yaşam değişikliklerine uyum zorlaşmaktadır.<sup>68</sup> Yapılan bir çalışmada özellikle yaşlı hastaların, birine muhtaç olma, bağımsızlığını ve kontrolünü kaybetme korkusu yaşayarak, geri çekilme ve üzüntü yaşadıkları görülmüştür.<sup>69</sup>

**Cinsiyet:** Cinsiyet ile diyabette problem alanları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, erkek hastaların puan ortalaması kadın hastaların puan ortalamasından daha düşük bulunmuştur.<sup>70</sup>

**Medeni durum:** Hastaların medeni durumlarına göre diyabette problem alanları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, bekar olan hastaların puan ortalamaları evli veya dul olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>9</sup>

## 2.5. Diyabet Yönetimde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Diyabet bakımı her bireyde farklı özellikler gösteren ve her bireyde yeni planlamalarla farklı bireysel yaklaşımları gerektiren dinamik bir süreçtir. Diyabetli hastaların bakımında bütüncül ve hasta merkezli yaklaşım, hastanın bakımına birebir katılması ve bakım konusunda sorumluluk almasını sağlar.<sup>27</sup> Bu bakımın ve tedavinin sürdürülmesinde uzman yardımı almak kaçınılmazdır. Bütüncül bakım süreci hastayı fiziksel, psikolojik, sosyokültürel bir bütün olarak ele alır ve eğitim, danışmanlık ve tedavi birlikteliği ile hastalık yönetimini gerçekleştirir. Amaç, diyabetli bireyin gereksinim duyduğu bakımı tüm yönleri ile karşılamaktır. Diyabet bakımında optimal sonuçlara ulaşabilmek için ekip yaklaşımı önerilmektedir.<sup>24</sup> Bu ekibin bir üyesi olan hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Saint Vincent Deklerasyonunda (SVD) diyabet hemşiresinin ekip içindeki rol ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmiştir.

- Ekibin hedef ve stratejilerinin belirlenmesinde görev alma,
- Hastaları ve aileleri eğitme,
- Diyabetli bireylerin yönetiminde; ekip ile birlikte görev alan diğer merkezler ve sağlık görevlileri arasında işbirliğini sağlamaktır.

Diyabet hemşiresinin rolü çalışma merkezinin ve bölgenin özelliklerine göre esneklik gösterir. En önemli rolleri ise, diyabetli bireyler için eğitimi koordine etme, planlama, uygulama ve değerlendirmedir.<sup>71</sup>



### **3. MATERYAL ve METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma, Adıyaman Devlet Hastanesi Endokrinoloji Poliklinik’inde Ağustos-Ekim 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında Endokrinoloji polikliniğine başvuran, en az bir yıl önce tanı almış Tip 2 diyabetli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş ve örnekleme alınma kriterlerine uyan 188 hasta oluşturmuştur. Örnekleme alınma kriterleri;

- Tanı süresi en az bir yıl olmak,
- İşitme, anlama ve konuşma bozukluğu olmamak,
- Ciddi boyutta komplikasyonu olmamak, (körlük, böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları)
- Araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırma verilerin toplanmasında hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren *Kişisel Bilgi Formu* ve *DPAÖ* kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından endokrinoloji polikliniğinde pazartesi, salı, çarşamba ve perşembe günleri bire bir görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Adıyaman Devlet Hastanesi Endokrinoloji Poliklinik’ine cuma günü hasta kabulü olmadığından dolayı araştırmanın verileri cuma günü toplanamamıştır.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

**Kişisel bilgi formu:** Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, aile tipi, hastalık süresi, ailede diyabet öyküsü ve beden kitle indeksine (BKİ) ilişkin sorular bulunmaktadır.

**BKİ:** Obezite, tip 2 diyabet oluşumunda önemli çevresel etkenlerden biridir ve obezitenin saptanmasında en çok kullanılan yöntem BKİ' dir. BKİ bireyin vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile elde edilen bir değerdir. (  $BKİ = \frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{Boy (m}^2\text{)}} \text{.}$  ) BKİ, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığını değerlendiren bir gösterge olup, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. DSÖ, obeziteyi BKİ' ye göre aşağıdaki belirtildiği gibi sınıflandırmıştır. <sup>72</sup>

<b><u>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</u></b>	<b><u>SINIFLAMA</u></b>
< 18.5	Zayıf
≥ 18.5 - < 24. 9	Normal
≥ 25.0 - < 29. 9	Hafif şişman
≥ 30.0 - < 39. 9	Şişman

**Diyabette problem alanları ölçeği (DPAÖ) :** DPAÖ, Polonsky ve arkadaşları<sup>8</sup> tarafından Boston'da 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçek İngilizce olarak geliştirilmiş daha sonra farklı dillere çevrilerek de kullanılmıştır. Ölçek diyabetli hastaların problem alanlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Likert tipi ölçekte diyabette emosyonel distres ile ilgili 20 ifade bulunmaktadır. Ölçeği oluşturan 20 ifadeden 'problem değil=0', 'biraz problem=1', 'orta derece problem=2', 'az ciddi problem=3', 'ciddi problem=4' seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır ve ham puan 1.25 ile çarpılarak gerçek puan elde edilmektedir. Bu durumda ölçekten en az 0, en fazla 100 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hastanın yaşadığı problemlerin ciddiyetini

göstermektedir. DPAÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach's  $\alpha$  güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak belirlenmiştir (Polonsky 1995). Türkiye'de ise DPAÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliği Elkoca<sup>8</sup> tarafından yapılmış ve Cronbach's  $\alpha$  katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır. Araştırmada, DPAÖ'nin iç tutarlılığı ve homojenliğin bir göstergesi olarak Cronbach's  $\alpha$  katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Araştırmanın bağımlı değişkeni DPAÖ puanıdır.

**Bağımsız değişkenler:** Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hastaların kişisel bilgi (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, aile tipi vb.) özellikleri oluşturmaktadır.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) 17 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.1'de sunulmuştur.

**Tablo 3.1.** Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen özellik	Kullanılan İstatistik Yöntem
Hastaların demografik özellikleri ile	* t testi
DPAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi	* Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) * Ortalama, standart sapma istatistikleri
İç tutarlılık	* Cronbach's $\alpha$

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırma kapsamına alınacak bireylere araştırmanın amacı anlatılarak hastaların gönüllü olarak katılımlarını sağlamak için sözel onamları alınmıştır.

DPAÖ' nin Türkçe'ye uyarlanmasını sağlayan Elkoca' dan izin alınmıştır.

Verilerin toplanması için Adıyaman Devlet Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır.

Tez önerisi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul'una sunulmuş ve araştırma için Etik Kurul onayı alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Araştırmanın bulgularında, tip 2 diyabetli hastaların DPAÖ'ye ait puan ortalamaları ve araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre DPAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel sonuçları verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların DPAÖ'ye ait puan ortalaması

Ölçek	N	Ölçeğin alt ve Üst değerleri	İşaretlenen alt Ve üst değerler	X±SS
DPAÖ	188	0-100	16.2 – 92.5	68,17±16,16

Tablo 4.1'de hastaların DPAÖ puan ortalaması ( $\bar{X}=68,17$ ) olarak bulunmuş ve bu ortalamaya göre problem alanlarına ilişkin genel görüşün “ ciddi problem” düzeyinde olduğu bulunmuştur. Ölçek maddelerine ait puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek “Diyabetin komplikasyonlarıyla baş edebilme” maddesine ait olduğu; en düşük ortalamanın ise “Diyabetinizle ilgili hislerinizi ve ruh halinizi başkalarının bilmemesi” maddesine ait olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.2.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre DPAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=188)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	X±SS	Test ve P değerleri
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	124	67.62±16.71	t: -0.649
Erkek	64	69.24±15.12	Sd: 186 p: 0.517
<b>Yaş</b>			
45 yaş ve altı	24	64.90±19.54	
46-55 yaş	64	67.29±15.28	F: 1.860
56-65 yaş	68	71.64±15.11	p: 0.138
66 yaş ve üzeri	32	65.04±16.69	
<b>Yaş (X±SS)</b>		56.71±10.06	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	159	67.50±16.71	t: 1.32
Bekar	29	71.81±12.36	p: 0.188
<b>Eğitim durumları</b>			
İlköğretim	75	70.18±16.89	
Lise	22	69.66 ±13.48	F: 1.234
Yüksekokul	12	61.98±17.66	p: 0.299
Okur-yazar değil	79	66.79±15.83	
<b>Meslek</b>			
Memur	9	64.30±12.82	
Serbest	32	69.72±17.64	F: 0.503
Emekli	34	66.02±15.64	p: 0.681
Ev hanımı	113	68.68±16.20	
<b>Aile tipi</b>			
Çekirdek aile	159	67.62±16.59	F: 1.226
Geniş aile	29	71.16±13.44	p: 0.270
<b>Hastalık süresi</b>			
1-3 yıl	37	64.36±18.56	
4-6 yıl	44	66.68±17.98	F: 2.072
7-9 yıl	21	65.48±14.86	p: 0.106
10 yıl ve üzeri	86	71.24±13.95	
<b>Ailede diyabet öyküsü olma durumu</b>			
Yok	81	68.23±15.73	F: 3.063
1.derece akrabada var	107	68.13±16.56	p: 0.968
<b>BKİ</b>			
Zayıf	2	59.38±18.56	
Normal	33	67.31±18.50	F: 2.760
Hafif şişman	103	70.93±14.40	p: 0.044
Şişman	50	63.40±17.08	

Hastaların cinsiyetlerine göre DPAÖ puan ortalamalarına bakıldığında erkek hastaların DPAÖ puanları ( $\bar{X}=69,24$ ), kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Ancak kadın ve erkek hastaların DPAÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Yaşı 56-65 aralığında olan hastaların DPAÖ puan ortalamaları ( $\bar{X}=71.24$ ), diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak hastaların yaşlarına göre DPAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $56.71\pm 10.06$ 'dır.

Hastaların medeni durumlarına göre DPAÖ puan ortalamalarına bakıldığında, bekar olan hastaların DPAÖ puan ortalamaları ( $\bar{X}=71,81$ ), evli olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak hastaların medeni durumlarına göre DPAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların eğitim durumlarına göre DPAÖ puan ortalamaları incelendiğinde, eğitimi ilköğretim olan hastaların DPAÖ puan ortalamaları ( $\bar{X}=70,18$ ), eğitim durumu lise, yüksekokul ve okuma yazması olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak hastaların eğitim durumlarına göre DPAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların mesleklerine göre DPAÖ puan ortalamaları incelendiğinde, serbest meslek sahibi hastaların DPAÖ puan ortalamaları ( $\bar{X}=69,72$ ), farklı mesleklere sahip hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların mesleklerine göre DPAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların aile tipine göre DPAÖ puan ortalamalarına bakıldığında, geniş aile tipine sahip hastaların DPAÖ puanları ( $\bar{X}=71.16$ ), çekirdek aile tipine sahip hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak hastaların sahip oldukları aile tiplerine göre DPAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

10 yıl ve üzerinde diyabet hastası olan hastaların DPAÖ puan ortalamaları ( $\bar{X}=71.24$ ), farklı sürelerde diyabet hastalığı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların hastalık süresine göre DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Ailede diyabet öyküsü olma durumlarına göre DPAÖ puan ortalamalarına bakıldığında diyabet geçmişi olmayan hastaların DPAÖ puanları ( $\bar{X}=68,23$ ), 1.derece akrabasında diyabet görülen hastaların DPAÖ puanlarından ( $\bar{X}=68,13$ ) yüksek bulunmuştur. Hastaların ailelerindeki diyabet geçmişine göre DPAÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

BKİ'ne göre hafif şişman grubunda olan hastaların DPAÖ puanları ( $\bar{X}=70.93$ ), zayıf, normal ve şişman grubunda olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların BKİ değerlerine göre DPAÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Hastaların DPAÖ'ye Ait Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda hastaların DPAÖ puan ortalamaları  $68.17 \pm 16.16$  olarak bulunmuş, problem alanına ilişkin genel görüşün " ciddi problem" düzeyinde olduğu saptanmıştır. Delehanty ve arkadaşlarının<sup>70</sup> yaptığı bir çalışmada ise problem alanına yönelik genel görüşün " ciddi problem" olduğu saptanmıştır. Nozaki ve arkadaşları<sup>73</sup> yaptığı bir çalışmada DPAÖ puan ortalamasını 33.0 olarak bulmuş, problem alanına yönelik genel görüşün " orta derece problem" olarak saptamıştır. Eom ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, DPAÖ puan ortalaması  $47.5 \pm 17.5$  olarak bulunmuş ve hastaların diyabeti " az ciddi problem" olarak algıladıkları saptanmıştır.<sup>74</sup> Fonda ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada<sup>75</sup>, DPAÖ puan ortalamasını 25.1 olarak bulmuş ve diyabete yönelik genel görüşü " biraz ciddi problem" olarak saptamıştır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda DPAÖ puan ortalamaları bu çalışma bulgusundan daha düşük bulunmuştur. Bu farklılığın örnekleme alınan bireylerin problemlerle baş etme yöntemini etkin bir şekilde kullanma durumlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

### 5.2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle DPAÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Çalışma sonunda erkek hastaların DPAÖ puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Welch ve arkadaşları<sup>76</sup> yaptığı bir çalışmada ise hastaların cinsiyeti ile DPAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Araştırma sonuçları Welch ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Daha önce Snoek<sup>77</sup> ve Koca'nın<sup>8</sup> yaptığı çalışma sonuçlarında kadınların erkeklere göre DPAÖ puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu bulunmuştur. Ghanbari ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkeklerin, kadınlara göre diyabet hastalığından daha az etkilendiği ortaya çıkmıştır. Araştırmadaki bu sonuç erkek hastaların kadın hastalara göre diyabeti daha az ciddi problem olarak algıladıklarını düşündürmektedir.<sup>78</sup> Huis In 'T Veld ve arkadaşları yaptığı çalışmada, kadınların erkeklere göre DPAÖ puan ortalamaları önemli derecede yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur.<sup>79</sup> Bu farklılığın nedeninin örnekleme alınan kadın ve erkek sayılarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların yaşlarına göre DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Yaşı 56-65 aralığında olan hastaların DPAÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Miller ve Elasy<sup>80</sup> yaptığı bir çalışmada hastaların yaşları ile DPAÖ puan ortalamaları arasında negatif yönde korelasyon bulmuştur ( $p<0.05$ ). Fonda ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların yaşları ile DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.<sup>75</sup>

Hastaların eğitim durumlarına göre DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Eğitimi yüksek olan hastaların diğer eğitim durumlarına göre daha az problem yaşadıkları saptanmıştır. Huis In 'T Veld ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan hastaların DPAÖ puanları daha düşük olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur.<sup>79</sup> Eğitim seviyesi yüksek olan hastalar diyabetin kontrolü, diyabet bakımı ve HbA1c konusunda daha fazla bilgi sahibi olabileceği düşünülebilir.

Hastaların meslekleri ile DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Serbest meslek sahibi olan

hastaların diğer meslek gruplarına göre daha ciddi problem yaşadıkları belirlenmiştir. Elkoca<sup>9</sup> yaptığı bir tez çalışmasında hastaların meslekleri ile DPAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulmuştur ve işsizlerin diğer meslek gruplarına göre daha ciddi problem yaşadıklarını tespit etmiştir.

Hastaların hastalık süreleri ile DPAÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır( $P>0.05$ ). Welch ve ark.<sup>81</sup>, Snoek ve ark.<sup>82</sup>, yaptığı bir çalışmada ise hastalık süresi ile DPAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır( $p>0.05$ ). Araştırma sonuçları Welch ve ark., Snoek ve ark. yaptığı araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Eom ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise hastalık süresi uzun olan hastaların DPAÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.<sup>74</sup>

Araştırmada hastaların BKİ değerlerine göre DPAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). TURDEP çalışmasının sonuçlarına göre glikoz intoleransının obezite ile arttığı gösterilmiştir.<sup>83,84</sup> Obez bireylerde kilo kaybının diyabetin problem alanları ile etkin baş edebilmek için önemli bir yere sahip olduğunu gösteren bilimsel çalışmalar ve literatür bilgisi mevcut olup araştırmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir.<sup>85,86</sup>

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Tip 2 diyabet hastalarının problem alanlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

- Çalışma kapsamına alınan hastaların diyabette problem alanlarına ilişkin genel görüşünün ” ciddi problem” düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetine, yaşına, eğitimine, medeni durumuna, mesleklerine, aile tipine, hastalık süresine, diyabet öyküsüne göre DPAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir.

- BKİ ile DPAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hafif şişman olan hastaların DPAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Diyabette bireysel problem alanları ve etkileyecek faktörlerinin ilişkisinin farklı bölgelere göre incelenmesi,

- Aynı konu ile yapılacak çalışmaların daha geniş bir zamana yayılarak ve daha geniş bir örneklem grubunu kapsayacak şekilde yapılması,

- Toplumsal eğitim faaliyetleriyle obezite ve neden olduğu sağlık sorunlarına yönelik bilinçlendirmenin sağlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- 1- Yılmaz C, Yılmaz MT, İmamoğlu Ş. *Diyabet 2000*. İstanbul, Gri Tasarım Baskısı, 2000:43-44
- 2- Silvio E. Diabetes Mellitüsün Sınıflandırılması ve Tanımı. In: Demiriz I, Demiriz B(eds). *Diabetes Mellitus El Kitabı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2009:15-18
- 3-Türk Diyabet Hemşirelik Derneği. Diyabet Hemşireliği.  
[http://www.tdhd.org/pdf/diyabet\\_hemsireligi\\_nedir.pdf](http://www.tdhd.org/pdf/diyabet_hemsireligi_nedir.pdf) . 30.06.2012.
- 4- Kara B. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında anksiyete ile metabolik kontrol arasındaki ilişki. *Sağlık ve Toplum*, 2006, 16:36-40.
- 5- World Health Organization(WHO).Diabetes Fact Sheet NO.312, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>. 02.12.2011.
- 6- International Diabetes Federation. Diabetes Mellitus. <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>. 03.12.2011
- 7- Hogan P, Dall T, Nikolav P. Economic costs of diyabetes in the us in 2002. *Diabetes Care*, 2003, 26:917-932
- 8- Sherwin R. Diabetes Mellitus. In: Ünal S (ed). *Cecil Textbook Of Medicine*, İstanbul, Güneş Kitapevi, 2004:1424-1451
- 9- Elkoca A. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalığa Karşı Tutumları ve Problem Alanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010
- 10- Yılmaz T. Diabetes mellitüs'un tanı kriterleri ve sınıflandırılması. In: Bahçeci TY, Büyükmeşe M ( eds). *Diabetes Mellitusun Modern Tedavisi*. İstanbul, 2003:1-10

- 11- Onat A, Hergenç G, Uyarel H, Can G, Özhan H. Prevalance, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2006, 6:314-321
- 12- Orhan Y. Diabetes Mellitüs. İçinde: Sencer E (editör). *Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları*. İstanbul,Tayf ofset Ltd.Şti., 2001:246-286
- 13- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitüs. *Diabetes Care*, 2006, 29:43-48
- 14- Acemoğlu H. Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2004.
- 15- Demirtaş A. Tip 2 Diyabetli Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Uyum Kriterlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2005.
- 16- Erem Ö. Diyabet Eğitim Yaklaşımlarının Hasta Bilgi Düzeyine Etkisi ve Psikososyal Sorunlarla Etkileşimi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2005
- 17- Durna Z. Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriteri. İçinde: Erdoğan S (editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul, 2002:11-13.
- 18- Tuğrul A. Diyabetes Mellitüs ve Komplikasyonları. İçinde: Ünal S, Demir M (editörler). *Netter İç hastalıkları*. İstanbul, 2009:184-186
- 19- Sermez Y. Tip 2 diyabet patogeneğinde yeni görüşler ve klinik özellikler. *Galenos Aylık Tıp Dergisi*, 2004,7:31-36
- 20- Dinççağ N. Diyabet önlenbilir mi?. *Galenos Tıp Dergisi*, 2004,7: 37-43

- 21- Gündoğdu S, Abay . Tip 2 diyabetin evreleri ve takip kriterleri. *Aktüel Tıp Diyabet Formu*, 2003, 8:10-13
- 22- Kaptan G, Dedeli . Gebelik ve Endokrin Sistem Hastalıkları. İçinde: Kaptan G (editör). *Gebelikte İç Hastalıkları*. İstanbul, 2012:131-133
- 23- Demir H. Diyabet eğitiminde koçluk yaklaşımları. *Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyabet Kliniği*, 2010, 2:73
- 24- Özcan Ő. Diyabetes Mellitus'lu Hastanın Yönetimi ve Hemşirelik. İçinde: Yenigün M (editör). *Her Yönüyle Diyabetes Mellitüs*, 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2001:969-996
- 25- Güven T. Diabetes Mellitüs'lü Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin AraŐtırılması. T.C.Sağlık Bakanlığı, Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul: ŐiŐli Eftal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.
- 26- Arslan P. Diyabetin kronik komplikasyonlarında ve önlenmesinde tıbbi beslenme tedavisi. *Türk Diyabet Yıllığı*. İstanbul, 2003:89-87
- 27- Dinççağ N. Diyabetes Mellitüs'lü Hastanın Eğitimini. İçinde: Yenigün M, AltuntaŐ Y (editörler). *Her Yönüyle Diabetes Mellitüs*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi Ltd.Şti., 2001: 997-1002
- 28- Damcı T. Tip 2 diyabette primer ve sekonder koruma. *Türk Diyabet Yıllığı*. İstanbul, 2000:171-174
- 29- Özcan Ő. Kronik komplikasyonlar. İçinde: Erdoğan S (editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul, Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ő., 2002:141-154
- 30- Ebrin S, Önde M, Semiz U, et al. Tip 1 ve tip 2 diyabetes mellituslu hastaların biyopsikososyal etkenler yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2001, 43:159-164

- 31- Arıkan N, Çorapçioğlu D, Erdoğan G. Diyabetüs mellitüslü hastalarda verilen diyabet eğitimi öncesi ve sonrası beden kitle indeksi, kan glukozu, hba1c ve kan lipid seviyelerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2002, 4:39-48
- 32- Parıldar Ş, Mete H. Diyabet ile depresyon ilişkisi ve değerlendirilmesi. *Galenos Tıp Dergisi*, 2004,7:111-115
- 33- Pouwer F, Beekman F, Nijpels G. Rates and risk for comorbid depression in patients with type 2 diabetes mellitus: Result From A Community-Based Study. *Diabetologia*, 2003, 46:892-898
- 34- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalance of comorbid depression in adults with diabetes: A Metaanalysis. *Diabetes Care*, 2001,24:1069-1078
- 35- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, et al. Diyabetes mellitüslü hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001,12:89-98
- 36- Gönen MS, Güngör K, Çilli AS, et al. Comprehensive analysis of health related quality of life in patients with diabetes: A study from Konya Turkey. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2007, 11: 81–88.
- 37- Hogan P, Dall T, Nikolav P. Economic costs of diyabetes in the us in 2002. *Diabetes Care*, 2003, 26:917-932
- 38- Türk Diyabet Cemiyeti. Diyabetin Maliyeti. <http://www.diabetcemiyeti.org/> diyabetin maliyeti. 05.12.2011.
- 39- Yılmaz MT. Diyabette Yeni Vizyon, Yeni Hedefler. [http://www.teb.org.tr/images/upld2/eczaakademi/makale/diyabette\\_yeni\\_vizyon](http://www.teb.org.tr/images/upld2/eczaakademi/makale/diyabette_yeni_vizyon). 06.12.2011.



- 40- Arslan H. Diyabet ve Cinsel Sağlık. İçinde: Erdoğan S (editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul, Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş., 2002:156-162
- 41- Göç M. Diyabetes mellitus'lu hastalarda, hastalığın süresi, hastaların öğrenim düzeyi, diyabetik ayakla ilgili eğitim alma durumu, metabolik değerlerin, diyabetik ayak gelişim riski ve diyabetik ayaktan koruyucu davranış modelleri geliştirmeye etkileri. Sağlık Bakanlığı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,2008.
- 42- Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet. *Diyabet forumu*, 2005:54-60
- 43- Arıkan N, Çorapçıoğlu D, Erdoğan G. Diyabetes mellitus'lu hastalarda verilen diyabet öncesi ve sonrası beden kitle indeksi, kan glikozu, hbA1c ve kan lipid seviyelerindeki değişikliklerin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002,4:39-48
- 44- Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet. 2002-2003 diyabet konferansları, panelleri ve faaliyet raporu. Dr. Bedi Beler Diyabet Merkezi Yayını, 2004, 6:33-45
- 45- Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner and suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 2000: 977-1023
- 46- Özgürbüz C. Diyabet ve fiziksel aktivitelerin özellikleri. *Galenos Tıp Dergisi*, 2004,7:55-57
- 47- Steppel J, Horton E. Exercise İn Patients With Type 2 Diabetes. In LeRoith D, OlefskyJ, Taylor S (Eds). *Diabetes Mellitus: A Fundamental and Clinical Text*. Philadelphia, Lippincott-Raven 2003: 1099-1105
- 48- Hill JO. Walking and type diabetes. *Diabetes Care*, 2005, 28:1524-1525
- 49- Yılmaz T, Gürsoy N. Tip 1 ve tip 2 diyabetes mellitus'ta tanı algoritması ve tip 1 diyabet tedavi ilkeleri. *Türk Diyabet Yıllığı 1999-2000*; 307-313

- 50- Dinçağ N. Diyabetes Mellitus'lu Hastanın Eğitimi. İçinde: Yenigün M (editör). *Her Yöniyle Diyabetes Mellitus*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001:997-1002
- 51- Akalın S, Aslan M, Başkal N. Diyabetes mellitus tedavisinde hasta eğitiminin önemi. İçinde: Yılmaz C (editör). *Diabetes Mellitus 2000*. İstanbul, Gri Tasarım, 2000: 47-52
- 52- Durmaz Akyol A. Diyabet eğitimi. İçinde: Fadıoğlu Ç (editör). *3.Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği*. İzmir, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 2004:201-207
- 53- Adolfsson E, Smide B, Gregeby E, et al. Implementing empowerment group education in diyabetes. *Patient Education and Counseling*, 2002,53:319-324
- 54- Türk Diyabet Hemşirelik Derneği. Diyabet Hemşireliği.  
[http://www.tdhd.org/pdf/diyabet\\_hemsireligi\\_nedir.pdf](http://www.tdhd.org/pdf/diyabet_hemsireligi_nedir.pdf) . 16.03.2012.
- 55- Çetinalp Ş, Yılmaz C. Diyabetes mellitüs için genel güncel bilgiler. İçinde: Yılmaz C (editör). *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, İzmir, Asya Tıp Yayıncılık, 2002:13-43
- 56- Yılmaz C. Oral antidiyabetiklerin gelişimi ve günümüzdeki yeri. *Aktüel Tıp Diyabet Forumu*, 2002, 7: 6-15
- 57- Kitiş Y, Karakum F. Diyabetlilerin oral hipoglisemik ilaç/ insülin kullanma ve beslenmeye ilişkin riskli davranışları. *Hemşirelik Forumu*, 2003,6:48-55
- 58- Ersoy F, Yılmaz M, Edirne T. Diyabetes mellitus'ta hasta eğitimi ve izlemi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2001,20:1-8
- 59- Hsueh WA, Moore L. Contemporary diagnosis and management of type 2 diabetes. Çeviri: Karpuz H, Karpuz V. *Tip 2 Diyabet Güncel Tanı ve Tedavi*. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.,2004:30
- 60- Sermez Y. Tip 2 diyabette insülin uygulama kriterleri ve protokolleri. *Türk Diyabet Yıllığı 2001-2002*, 2002:39-45

- 61- Özcan Ş. İnsülin Tedavisinin Yönetimi. İçinde. Erdoğan S (editör). *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*. İstanbul, Tavaslı Matbaacılık, 2002:41-54
- 62- Funnell Mm, Anderson Rm. Empowerment and self management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 2004, 22:123-127
- 63- Çetinkalp Ş, Yılmaz C. Diabetes Mellitus İçin Genel Güncel Bilgiler. İçinde: Yılmaz C (editör). *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*. İzmir, Asya Tıp Yayıncılık, 2002: 13-42
- 64- Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weigger K, Mulcahy K, Barta P. National standarts for diabetes self management education. *Diabetes Care* ,2003,25: 140-147
- 65- Gedik S. Tip 2 Diyabetli Hastaların Bakıma ve Tedaviye Yönelik Tutumlarının Ve İyilik Hallerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2002.
- 66- Javanshir M. Tip I ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2006.
- 67- Lacroix A. Assal J.P. Hastaların terapotik eğitimi.Çeviri: Piyal B, Tabak RS. Palme Yayıncılık, Ankara, 2003.
- 68- Bahçecik N. Diyabet ve Akut Durumlar. İçinde: Yenigün M (editör). *Her Yönüyle Diabetes Mellitüs*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi Ltd.Şti., 2001:117-125
- 69- Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 diyabetes mellitus'lu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal Clinical Investigation*, 2009, 3:10-18

- 70- Delehanty LM, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Wexler DJ, Cagliero E, Meigs JB. Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 2006,24:48-54
- 71- Fadiloğlu Ç. Diyabetin Yönetimi ve Hemşirelik. İçinde: Yılmaz C (editör). Diyabet Hemşiresi El Kitabı. İzmir: Asya Tıp Yayıncılık, 2002:74-120
- 72- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri. Türkiye Obezite İle Mücadele ve Kontrol Programı. 1. Baskı, 2010: 17-18
- 73- Nozaki T, Morita C. Relation between psychosocial variables and the glycemic control of patients with type 2 diabetes. *Biopsychosocial Medicine*, 2009,3:4
- 74- Eom Y, Park H, Kim S, et all. Evaluation of stress in korean patients with diabetes mellitus using the problem areas in diabetes-korea questionnaire. *Diabetes Metabolism Journal*, 2011,35:182-187
- 75- Fonda S, McMahon G, Gomes H, Conlin P. Changes in diabetes distress related to participation in an internet-based diabetes care management program and glycemic control. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 2009, 3:117-124
- 76- Welch G, Weinger K, Anderson B, Polonsky H. Responsiveness of the problem areas in diabetes (PAID) questionnaire. *Diabetic Medicine*, 2003,20:69-72
- 77- Snoek FJ. Breaking the barriers to optimal glycaemic control –what physicians need to know from patients ‘ perspectives. *International Journal of Clinical Practice*, 2002, 129:80-84
- 78- Ghanbari A, Yekta ZP, Roushan ZA, Lakch NM. Assesment of factors affecting quality of life in diabetic patients in Iran. *Public Health Nursing*, 2005, 22:311-322
- 79- Huis In ‘T Veld E, Makine C, Nouwen A, Karşıdağ Ç, Kadioğlu P, Karşıdağ K, Pouwer F. Validation of the Turkish version of the problem areas in diabetes scale. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*, 2011,2011: 315068

- 80- Miller S.,Elasy T. Psychometric evaluation of the problem areas in diabetes (PAID) survey in Southern, rural African American women with Type 2 diabetes. *Biomed Central Public Health*, 2008, 8:70
- 81- Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH. The Problem areas in diabetes scale. An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, 1997,20: 760–766.
- 82- Snoek FJ, Pouwer F, Welch GW, Polonsky WH. Diabetes-related emotional distress in Dutch and US diabetic patients. *Diabetes Care*, 2000, 23: 1305–1309.
- 83- Yıldız E. Obezite ve Tip 2 Diyabet. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008: 6-7
- 84- Satman I. Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II. *Diabetologia*, 2000, 43:433
- 85- Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççag N, Karsidağ K, Kalaça S, Ozcan C, King H. Population-Based Study Of Diabetes And Risk Characteristics İn Turkey: Results Of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 2002, 25: 1551-1556
- 86- Kalan I, Yeşil Y. Obezite İle İlişkili Kronik Hastalıklar. *Mised*•sayı 23-24• Mayıs 2010: 78-81

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	: Sebahat ATALIKOĞLU
Doğum tarihi	: 1986
Doğum yeri	: Niğde
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Başpınar mah. Pınar apt. Kat:5 Bor/Niğde
Tel	: 05308228324
Faks	: -
E-mail	: atalikoglu_sebahat@hotmail.com
<b>EĞİTİM</b>	
Lise	: Bor Akın Gönen Anadolu Lisesi (2003)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksekokulu (2005-2009)
Yüksek lisans	: Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D (Devam ediyor)
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	: Orta seviye

**Ek- II: Anket Soru Formu**

**SORU FORMU**

**Anket no:**

**1) Cinsiyetiniz :** 1) Kadın 2) Erkek

**2) Yaşınız :.....**

**3) Medeni Durumunuz :** 1) Evli 2) Bekar 3) Dul

**4) Eğitim Durumunuz :** 1) İlköğretim 2) Lise 3) Yüksekokul

**5) Mesleğiniz :**

1) Memur 2) İşçi 3) Serbest 4) Emekli 5) Ev Hanımı 6) İşsiz

**6) Aile Tipiniz :** 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile 3) Parçalanmış Aile

**7) Ailedeki Birey Sayısı:.....**

**8) Sağlık Güvenceniz :**

1) Emekli Sandığı 2) SSK 3) Yeşil Kart 4) Bağkur 5) Diğer.....

**9) Kaç yıldır Diyabet Hastasıdır :.....**

**10) Ailede Diyabet Öyküsü :**

1) Hayır, yok 2) 1. Derece Akrabalarımda Var 3) 2. Derece Akrabalarımda Var

**11) BKİ :**

Boy :

Kilo :

**Ek- III: Diyabette Problem Alanları Ölçeğinin Türkçe Formu**

**DİYABETTE PROBLEM ALANLARI ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki soruları okuyarak sizin için en doğru cevabı veren sayıyı daire içine alın.  
Lütfen her soruya cevap verin.

	Problem değil	Biraz problem	Orta derece problem	Az ciddi problem	Ciddi problem
1. Diyabet tedaviniz için açık ve net hedeflere sahip olmanız sizin için hangi düzeyde problem?					
2. Diyabet tedavinizin planı ile cesaretinizin kırılma hissi sizin için hangi düzeyde problem					
3. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman korku hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
4. Diyabet bakımıyla ilgili rahatsız edici sosyal durumlar (diğerlerinin beslenmenizle ilgili söylediği şeyler vb.) Sizin için hangi düzeyde problem?					
5. Yiyeceklerin yoksunluğunu hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
6. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman depresyonda hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
7. Diyabetinizle ilgili hislerinizi ve ruh halinizi başkalarının bilmemesi sizin için hangi düzeyde problem?					
8. Diyabetinizden dolayı bunalmanız sizin için hangi düzeyde problem?					
9. Düşük kan şekeri bulgularınızla ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?					
10. Diyabetle yaşadığınızı düşündüğünüz zaman sinirlenmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
11. Yemekler ve yiyeceklerle ilgili yoğun endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
12. Olası ciddi komplikasyonlar ve geleceğinizle ilgili endişeleriniz sizin için hangi düzeyde problem?					
13. Diyabetin tedavi bakımında uymanız gereken kuralları ve yapmanız gerekenleri bıraktığınız zaman suçluluk ve endişe hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
14. Hastalığınızın kabul görmemesi sizin için hangi düzeyde problem?					
15. Hekiminizden memnuniyetsizlik düşünceniz sizin için hangi düzeyde problem?					
16. Her gün fiziksel ve zihinsel olarak diyabetin enerjinizin büyük bir kısmını tüketmesi düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?					
17. Diyabetinizden dolayı yalnız hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					
18. Diyabet bakımınız ve tedavinizle ilgili çabalarınızda aileniz ve arkadaşlarınızdan destek görmeme düşüncesi sizin için hangi düzeyde problem?					
19. Diyabetin komplikasyonlarıyla baş edebilme sizin için hangi düzeyde problem?					
20. Diyabetin tedavi ve bakımının sürekli yoğun çaba gerektirmesi nedeniyle tükenmişlik hissetmeniz sizin için hangi düzeyde problem?					



**Ek- IV: Resmi Kurum İzin Belgeleri**

**T.C.  
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Personel Daire Başkanlığı**

**Sayı** : B.30.2.ADY.0.71.00.02/  
**Konu** : Çalışma İzni.

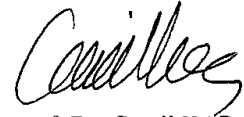
**SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

**İlgi** : a)08.07.2011 tarih ve 305 sayılı yazınız.  
b)Adıyaman Valiliği'nin 22.07.2011 tarih ve 14057 sayılı yazısı.

Adıyaman Valiliği'nden alınan ilgi (b) yazı ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla.

  
Prof. Dr. Cemil KARA  
Rektör Yardımcısı

*ilgiye bilgilendirilmiştir.*  
*J. Annunzio*

**EKİ:**  
İlgi (b) yazı (2 sayfa)

28.07.2011  
200/409



T.C  
ADİYAMAN VALİLİĞİ  
Sağlık Müdürlüğü



Şube : B.10.4.ISM.04.02.00.09.170.01/ **13582**  
Konu : Çalışma İzni

18/07/2011

VALİLİK MAKAMINA

ADİYAMAN

İLGİ: Adiyaman Üniversitesi Rektörlüğünün 14 Temmuz 2011 tarih ve 1864 – 1691 sayılı yazısı

Adiyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde araştırma görevlisi olarak görev yapan Sebahat ATALIKOĞLU'nun Adiyaman Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Dahiliye polikliniğinde **“Tıp 2 Diyabeti Hastaların Bireysel Problem Alanlarının ve Etkileyen Faktörlerin incelenmesi”** isimli yüksek lisans tezi ile ilgili çalışma yapılması için gerekli izinin verilmesi hususunda;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. H. Mustafa KUTLU  
İl Sağlık Müdürü V.

OYUN  
10/09/2010  
Huriye KÜPELİKAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EKİ :  
5. Adet

Sağlık Müdürlüğü Eğitim Sağlık Ocağı Eğitim Şubesi  
Kat: 4 02100/Adiyaman  
Tel: 0 416 216 11 37

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: Eğitim Şube Müdürlüğü



T.C  
ADİYAMAN VALİLİĞİ  
Sağlık Müdürlüğü



Şube : B.10.4.ISM.04.02.00.09.170.01/ 14057  
Konu : Çalışma İzni

22/07/2011

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

ADİYAMAN

Adiyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde araştırma görevlisi olarak görev yapan Sebahat ATALIKOĞLU'nun Adiyaman Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Dahiliye polikliniğinde "Tıp 2 Diyabeti Hastaların Bireysel Problem Alanlarının ve Etkileyen Faktörlerin incelenmesi" isimli yüksek lisans tezi yapması ile ilgili Adiyaman Valiliğinden alınan 18.07.2011 tarih ve 13582 sayılı onayı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim...

Dr. İ. Mustafa KUTLU  
İl Sağlık Müdürü V.

EKİ :  
1. Adet Valilik Onayı

**DAĞITIM**

Gereği İçin

Adiyaman Üniversitesi Rektörlüğüne  
Devlet Hastanesi Baştabipliğine

GELEN EVRAK		
Kayıt No	Kayıt Tarihi	Sevk Birimi
4920	25 TEM 2011	




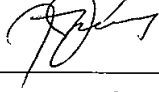
Sağlık Müdürlüğü Eğitim Sağlık Ocağı Eğitim Şubesi  
Kat: 4 02100/Adiyaman  
Tel: 0 416 216 11 37

Ayrıntılı Bilgi İçin irtibat: Eğitim Şube Müdürlüğü

**Ek- V: Etik Kurul Onayı**

**“2011. 3.1/ 5 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 30.06.2011**

3.1/5- Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sebahat ATALIKOĞLU’ nun “ **Tip 2 Diyabetli Hastaların Bireysel Problem Alanlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi** ” tez konusu görüşüldü;  
İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof.Dr.Türkan PASİNLİOĞLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	<b><u>Katılmadı</u></b>
Prof. Dr. İsmail CEYLAN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. Mustafa ATASEVER	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	<b><u>Katılmadı</u></b>
Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	<b><u>Katılmadı</u></b>
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	<b><u>Katılmadı</u></b>
Doç. Dr. Hakan USLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr. Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Raportör	