



T.C.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİŞSEL BOZUKLUĞU OLAN DİYABETLİ YAŞLILARDA
SOSYAL DESTEĞİN DİYABET YÖNETİMİNE ETKİSİ**

Hemş. Yasemin ÖZKAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ**

Ağustos, 2019

BOLU





T.C.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİŞSEL BOZUKLUĞU OLAN DİYABETLİ YAŞLILARDA
SOSYAL DESTEĞİN DİYABET YÖNETİMİNE ETKİSİ**

Hemş. Yasemin ÖZKAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK**

Ağustos, 2019

BOLU

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK *

(İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe TÜRTEK KAYMAZ

(İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Düzce Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÇİNGÖL

(Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)

Tarih: 05.08.2019

Bu tez ile BAİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Yasemin ÖZKAN' ın Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYAZ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

*Jüri Başkanı ve Tez Danışmanı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezde yer alan bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Yasemin ÖZKAN



ÖZET

BİLİŞSEL BOZUKLUĞU OLAN DİYABETLİ YAŞLILARDA SOSYAL DESTEĞİN DİYABET YÖNETİMİNE ETKİSİ

Bu çalışma bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini 05.10.2018-15.05.2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Geriatri Kliniği'nde yatarak tedavi alan diyabetli yaşlılar, örneklemini ise çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan 113 diyabetli yaşlı oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında güç analizi kullanılmış olup örneklem gücü %80, standart sapma 6 ve tip I hata (α) düzeyi 0.05 alınarak örneklem sayısı 113 olarak belirlenmiştir. Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Tanıtım Formu, Eğitimli ve Eğitimsizlerde Yaşlılar için Yeniden Düzenlenmiş Mini Mental Test, Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi, Diyabet Bakım Profili Ölçeğinin “Destek Tutumları” alt boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ANOVA testi, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis testi, Tukey testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Veriler SPSS (ver.23) ile değerlendirilmiş olup, istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyo-demografik değişkenlerle destek tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece herhangi bir işte çalışan katılımcıların sosyal destek puanı çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal destek ile diyabete ilişkin özellikler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Diyabet bakım profili ölçeği destek tutumları alt boyutu ile diyabet öz bakım aktiviteleri toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$). Destek tutumları ile HbA1c değeri arasında negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Alınan sosyal destek arttıkça, HbA1c değeri düşmektedir.

Destek tutumları ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bireyin aldığı sosyal destek arttıkça, bağımsızlık düzeyi azalmaktadır. Destek tutumları ile KATZ'ın alt boyutlarından kontinans ve giyinme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$); beslenme, tuvalet, banyo ve transfer alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$).

Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puanı; eşi ile birlikte yaşayanlarda, diyabet ile ilgili eğitim almış ve insülin+beslenme+oral antidiyabetik ilaç kullanan diyabetli yaşlılarda yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Öz bakım toplam puanı ile HbA1c arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; kan glikozu alt boyutu ile pozitif yönlü, egzersiz alt boyutu ile negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Egzersiz aktivitesi azaldıkça ve kan glikozu arttıkça, HbA1c değeri artmaktadır. Öz bakım ölçeği puanı ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanı arasında negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak, sosyal destek bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda diyabet yönetimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda, glisemik kontrolün sağlanması, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi veya azaltılması, öz bakımın güçlenmesi ve bireyin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını sürdürebilmesi için bakımlarına destek sağlayanların eğitimi oldukça önemlidir. Bu konuda sağlık çalışanlarından hemşirenin rolü büyüktür. Hemşireler tarafından, bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların eğitimleri sırasında aile üyelerinin ya da bakımı konusunda destek olan bireylerin eğitime katılması sağlanmalı ve diyabet yönetiminde sosyal desteğin önemi, etkin rolleri ve en iyi bakım için destekleyici davranışları geliştirme konusunda eğitim programları hazırlanmalı ve gerekli durumlarda psikolojik destek sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Yaşlı, Sosyal Destek, Bilişsel Bozukluk, Öz Bakım Aktiviteleri, Hemşire.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT ON THE MANAGEMENT OF DIABETES IN ELDERLY DIABETIC WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

This study aimed to determine how social support influences the management of diabetes in diabetic elderly patients with cognitive impairment.

The population of the present cross-sectional study was composed of diabetic elderly in-patients receiving treatment in the Geriatrics Clinic of the İbni Sina Hospital of Ankara University Faculty of Medicine, with the study sample involving a total of 113 diabetic elderly patients meeting the inclusion criteria. Power analysis was employed for the calculation of the sample size of 113, with the sample power of 80%, standard deviation of 6, and level of type I error (α) of 0.05.

Data were collected through face-to-face interview method using the measures of the Introduction Form, created by the researcher as a result of the literature review, the Revised Mini Mental State Examination in Educated and Uneducated Elderly, Diabetes Self-Care Activities Questionnaire, the “Support Attitudes” subscale of Diabetes Care Profile Questionnaire, and KATZ Daily Life Activities Scale, and were analyzed by means of numerical, percentile, standard deviation, ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Tukey, and Pearson correlation analysis methodology on SPSS (ver. 23) package software according to the significance value of $p < 0.05$.

The findings of the analyses showed that, in terms of the correlation between socio-demographic variables and support attitudes in diabetic elderly patients with cognitive impairment, it was only the participants that were employed that had higher scores of social support than those who were unemployed ($p < 0.05$). On the other hand, there were no statistically significant differences between social support and diabetics-related characteristics ($p > 0.05$), nor did the support attitudes subscale of diabetics care profile scale scores correlate significantly with the total scores of diabetics self-care activities or its subscales ($p > 0.05$). Support attitudes were found to have significant negative linear correlation with the HbA1c value ($p < 0.05$), suggesting that the HbA1c value tended to decrease with increased social support.

Support attitudes and KATZ daily life activities scale total scores showed a significant negative linear correlation ($p < 0.05$), indicating that the level of independence of the individual decreases with increased levels of social support. While support attitudes did not significantly correlate with the continence or dressing activities of KATZ ($p > 0.05$), there were significant negative linear correlations between support attitudes and the activities of feeding, toileting, bathing, and transferring ($p < 0.05$).

Diabetics self-care activities scale total score was found to be higher in diabetic geriatric patients living with their spouses, having received training in diabetes, and taking insulin+diet+oral anti-diabetic drugs ($p < 0.05$). Self-care total scores did not correlate significantly with HbA1c, whereas they had significant positive and negative linear relationships with the sub dimensions of blood glucose and exercise, respectively ($p < 0.05$), which suggests that HbA1c value tends to increase with less exercise and higher blood glucose levels. The scores of the Self-Care Scale and the KATZ Daily Life Activities Scale were found to have a significant negative linear correlation ($p < 0.05$).

Based on the findings stated above, it can be concluded that social support has an important effect on the management of diabetes in elderly patients diabetes with cognitive impairment. Training of the caregivers of such patients is particularly crucial in ensuring glycemic control, preventing or decreasing possible complications, improving self-care, and maintenance of individuals' independence in their daily lives. Nurses play an important part in this matter, as they need to ensure the participation of family members or caregivers of diabetic geriatric patients with cognitive disorders in the training process of such patients, and training programmes aiming to demonstrate the importance and active roles of social support in the management of diabetes and to develop supporting behaviours for best caregiving, in addition to providing psychological support when necessary.

Keywords: Diabetes, Elderly, Social Support, Cognitive Impairment, Self-Care Activities, Nurse.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca tecrübeleri, bilgi birikimi, deneyimleri ve titiz yaklaşımı ile bana ışık tutan; anlayışlı, sabırlı ve hoşgörülü tavırları ile her türlü sorunuma destek ve yardımcı olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca, desteklerini benden esirgemeyen ve hoşgörülü yaklaşan sevgili Geriatri Kliniği meslektaşlarıma,

Çalışmama gönüllü olarak katılıp bana yardım eden tüm katılımcı ve yakınlarına,

Eğitim hayatım boyunca emeklerini esirgemeyen tüm hocalarıma,

Her adımında bana yol gösteren ve destek olan, sevgi ve fedakârlıklarını sonuna kadar hissettiren, varlıkları ile güç bulduğum canım aileme,

Destegini benden hiçbir zaman esirgemeyen, anlayışlı, saygı ve sevgi dolu yaklaşımıyla varlığını her anımda hissettiren, en büyük şansım, eşim Çağlar ÖZKAN'a ve bana en büyük mutluluğu yaşatan biricik oğlum Mehmet Ali ÖZKAN'a

Sonsuz minnet ve sevgi ile teşekkür ederim.

Yasemin ÖZKAN

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	ii
BEYAN.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar.....	xii
SİMGE ve KISALTMALAR.....	xvi
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	6
2.2. Diyabetin Tanı Kriterleri.....	7
2.3. Diyabetin Sınıflandırılması.....	7
2.3.1. Tip 1 diyabet.....	8
2.3.2. Tip 2 diyabet.....	8
2.3.3. Gestasyonel diyabet.....	9
2.4. Diyabetin Komplikasyonları.....	10
2.4.1. Akut komplikasyonlar.....	10
2.4.2. Kronik komplikasyonlar.....	12
2.5. Diyabetin Yönetimi.....	13
2.5.1. Beslenme tedavisi.....	14
2.5.2. Egzersiz.....	15
2.5.3. Bireysel kan glikoz izlemi.....	15
2.5.4. İlaç tedavisi.....	16
2.5.5. Eğitim.....	17
2.6. Yaşlılarda Diyabet.....	18
2.6.1. Yaşlılarda diyabetin epidemiyolojisi.....	18
2.6.2. Yaşlılarda diyabetin fizyopatolojisi.....	18
2.6.3. Yaşlılarda diyabetin tedavi ve bakımı.....	19

2.6.4. Diyabetli yaşlılarda görülen sorunlar.....	20
2.6.5. Diyabetli yaşlı ve bilişsel bozukluk.....	22
2.6.6. Diyabetli yaşlılarda bilişsel bozukluk ve sosyal destek.....	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Çalışmanın Şekli.....	27
3.2. Çalışmanın Hipotezleri.....	27
3.3. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları.....	29
3.6.1. Tanıtım formu.....	30
3.6.2. Standartize mini mental test (SMMT).....	31
3.6.3. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği.....	31
3.6.4. Diyabet bakım profili ölçeği	32
3.6.5. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği.....	33
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	35
3.9. Çalışmanın Akış Şeması.....	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler.....	38
4.2. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler.....	43
4.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması.....	44
4.4. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikler.....	58
4.5. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler.....	66

4.6.Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu İle KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırması.....	67
4.7.Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	68
4.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	69
5. TARTIŞMA	70
5.1.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	71
5.2.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışması.....	74
5.3.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması.....	75
5.4.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışması.....	79
5.5.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	81
5.6.Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırma Bulgularının Tartışması.....	82
5.7.Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırma Bulgularının Tartışması.....	83
5.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Tartışması.....	84

6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	85
7. KAYNAKLAR.....	87
8. EKLER.....	95
EK-I:Standartize Mini Mental Test (SMMT).....	95
EK-II: Tanıtım Formu.....	99
EK-III: Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA).....	102
EK-IV: Diyabet Bakım Profili Ölçeği.....	103
EK-V: KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	106
EK-VI: Etik Kurul İzin Yazısı.....	107
EK-VII: Kurum İzin Yazısı.....	108
EK-VIII: Onam Formu.....	109
EK-IX: Ölçek Kullanım İzni.....	111
9. ÖZGEÇMİŞ.....	112
10. ORJİNALLİK RAPORU.....	113

TABLULAR

Tablo 2.1. Diyabetin Tanı Kriterleri.....	7
Tablo 3.1. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Normal Dağılıma Uygunluk Durumları.....	34
Tablo 3.1. Güvenilirlik Analizi Sonucu.....	35
Tablo 4.1.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Mini Mental Test Puanı ve Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	38
Tablo 4.1.2. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Kronik Hastalık Türlerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Tanımlayıcı Özellikleri.....	43
Tablo 4.3.1. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Diyet Alt Boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.3.2. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Diyet Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.3.3. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Egzersiz Alt Boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.3.4. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Egzersiz Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.3.5. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Kan Glikozu Alt boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.3.6. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Kan Glikozu Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.3.7. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Ayak Bakımı Alt Boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.3.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Ayak Bakımı Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.3.9. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Genel Ölçeği ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.3.10. Diyabet öz bakım aktiviteleri genel ölçeği ile diyabete ilişkin özelliklerin karşılaştırılması.....	56

Tablo 4.3.11. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile HbA1C Değeri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.4.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	58
Tablo 4.4.2. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Aile ve Arkadaşlarından Beklenen Yardım ve Destek Dağılımı.....	59
Tablo 4.4.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Aile ve Arkadaşlarından Alınan Yardım ve Destek Dağılımı.....	60
Tablo 4.4.4. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Aile ve Arkadaşlarından Algılanan Yardım ve Destek Dağılımı.....	61
Tablo 4.4.5. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Diyabet Bakımını Sürdürmede En Fazla Destek Alınan Kişi Dağılımı.....	62
Tablo 4.4.6. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.4.7. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.4.8. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile HbA1C Değerleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.5.1. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler.....	66
Tablo 4.6.1. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.7.1. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ve Alt Boyutları Karşılaştırması.....	68

Tablo 4.8.1. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	69
---	----



SİMGE ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADA	: American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Derneği)
AER	: Albumin Excretion Rate (Albümin Atılım Hızı)
AGI	: Alfa Glukozidaz İnhibitörleri
APG	: Açlık Plazma Glikozu
ASKVH	: Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık
AÜTF	: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
BGT	: Bozulmuş Glikoz Toleransı
DBP	: Diyabet Bakım Profili
DKA	: Diyabetik Ketoasidoz
DM	: Diabetes Mellitus (Diyabet)
DÖBA	: Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HbA1c	: Glikozillenmiş Hemoglobin
HHNK	: Hiperosmolar Nonketotik Koma
IDF	: International Diabetes Federation (Uluslar arası Diyabet Federasyonu)
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
OAD	: Oral Antidiabetic Drug (Oral Antidiyabetik İlaç)
OGTT	: Oral Glikoz Tolerans Testi
PAD	: Periferik Damar Hastalığı
SVO	: Serebrovasküler Olay
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEMĐ	: Türkiye Endokrin Metabolizma Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
SMMT	: Standartize Mini Mental Test

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı

Biyolojik bir olay olan yaşlanma, dölleme ile başlayan ve hayat boyu devam eden, bireyin biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarında gerilemelerin, yetersizliklerin ve değişikliklerin yaşandığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (1). Son yüzyılda bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, yaşam standartlarının yükseltilmesi, önlenebilir hastalık ve ölümlerin azaltılması, tıbbi bakım, beslenme, eğitim, barınma gibi koşulların iyileştirilmesi ile birlikte toplumdaki yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır (2). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı son beş yılda %17 artmış olup Dünya nüfusunun %8.9'unu oluşturmaktadır. Dünya'daki bu artışa paralel olarak Türkiye'de de yaşlı nüfus hızla artarak 2013 yılında %7.7 olan toplam nüfus içindeki oranı, 2017 yılında %8.5'e yükselmiştir (3).

Dünya'da yaşlı nüfusun artmasıyla, özellikle gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde, kronik hastalıklarda artış gözlenmektedir (4). 65 yaş ve üstü bireylerin %80'inde bir, %68.4'ünde iki veya daha fazla, %36.4'ünde ise dört ve daha fazla kronik hastalık görülmektedir. Yaygın görülen kronik hastalıklar ise genellikle diyabet, artrit ve hipertansiyon gibi hastanın bağımsız yaşam sürdürmesini tehdit eden ve yaşam kalitesini düşüren sorunlardır (5). Kronik hastalıklar arasında sık görülen diyabet, her yaş grubundaki bireyleri ilgilendirmesi, görülme sıklığının giderek artması ve ciddi komplikasyonlara yol açması sebebiyle önemli bir sağlık problemi olarak görülmektedir (6) . Diyabet vücudun insülin hormonunu yeterince üretememesi veya insülini etkili kullanamaması sonucu olarak, kanda glikoz seviyesinin yükselmesi ile ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (7). Toplumda yaşlı nüfus oranı giderek artış göstermektedir. Yaşlanmayla beraber tanı süresinin uzamasına, insülin metabolizmasında meydana gelen değişimlere ve yaşlanmanın beraberinde getirdiği sorunlara bağlı olarak yaşlı nüfusta diyabet gelişme oranı da artış göstermektedir (8).

2017 yılı itibari ile Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF)' nun verilerine göre Dünya'da 425 milyon diyabetli yaşamakta ve bu kişilerin 98 milyonunu 65-79 yaş arası diyabetliler oluşturmaktadır. 2045 yılında bu sayının 629 milyona, 65-79 yaş arası diyabetli birey sayısının ise 191 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (7). Ülkemizde diyabet prevalansı dünyadaki artışa paralel olarak artmakta olup; 1997-1998 yılları arasında 20 yaş üzeri nüfusta yapılan 'Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması' (TURDEP-I) sonuçlarına göre tip 2 diyabet prevalansı %7.2, bozulmuş glikoz tolerans prevalansı (BGT) %6.7 bulunmuştur. 2010 yılında yapılan TURDEP-II'de ise diyabet prevalansı %13.7 olup 12 yılda %90 artış göstermiştir. Yaşa göre dağılım yapıldığında 65-69 yaş aralığındaki bireylerde diyabet görülme sıklığı %34.8 olarak bulunmuştur (9, 10). Tüm bu verilerin de gösterdiği gibi yaşla birlikte diyabetin insidans ve prevalansı giderek artış göstermektedir (8).

Yaşlılarda diyabet; genetik yapı, yaşlanmayla insülin salgısında azalma, insülin direnci gelişimi, yağ dokusunun artması, fiziksel aktivitenin azalması, ilaçlar gibi birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Modern yaşam biçimine karakterize olarak yeme bozuklukları ve fiziksel aktivite eksikliği diyabetin gelişmesinde en önemli faktörleri oluşturmaktadır. Artan yaşam beklentisi, artan obezite oranı ve değişen yaşam biçimiyle bağlantılı olarak diyabet, yaşlı kişiler arasında daha yüksek oranda görülmektedir (8, 11). Diyabetli yaşlılarda, tanı süresinin uzun olması, etnik köken, cinsiyet ve tedaviye uyumsuzluk gibi sebeplere bağlı olarak diyabete bağlı komplikasyonlar yaygın olarak görülmektedir (12, 13). Diyabetli yaşlılarda, kardiyovasküler risk faktörleri, diyabet ile ilişkili morbidite ve mortalite, kronik böbrek hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, bilişsel bozukluklar, depresyon, fiziksel yetersizlik ve zayıflık gibi komplikasyonlar giderek artmaktadır (14). Bu komplikasyonlar içinde yaygın görülen bilişsel bozukluğun; yaşlanma ile beraber tanı süresinin uzaması, glisemik kontrolün zayıflaması, mikrovasküler komplikasyonların eşlik etmesi, vasküler hastalıkların görülme riskinin olması, insülin direnci görülmesi gibi sebeplere bağlı olarak diyabetli yaşlılarda görülme prevalansı artmaktadır (15). Diyabetin komplikasyonları ve tedavisi, kan glikozu homeostazının akut ve kronik rahatsızlıklarından kaynaklanan geçici veya kalıcı bilişsel bozuklukları tetikleyebilmektedir (16).

Ebady ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetin bilişsel yetenekler üzerindeki olumsuz etkileri belirtilmekte olup bilişsel sorunların gelişimi için diyabetli kişilerin sağlıklı kişilere göre daha fazla risk taşıdığı görülmüştür (17). Bilişsel bozukluk diyabetin, günlük gerekli öz-yönetim davranışlarını yeterli düzeyde yerine getirme yeteneğini etkileyebilecek yaygın ve az tanınmış bir komplikasyonunu oluşturmaktadır (18). Yapılan bir sistematik derleme incelemesi; diyabetli yaşlıların, yaşlanma sürecinden kaynaklanan kortikal ve subkortikal yapılarında meydana gelen yapısal ve fonksiyonel değişiklikler nedeniyle, diyabet ile ilişkili bilişsel bozukluğa sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (19). Tip 2 diyabetli yaşlı erişkinlerde, 60-85 yaş arası kişilerin yer aldığı kesitsel çalışmada, bilişsel bozukluğun, uzun hastalık süresi ve zayıf metabolik kontrol ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (16). Yapılan bir çalışmada, diyabetli yaşlılarda hafif düzeyde bilişsel bozukluk saptanmış ve hipergliseminin bilişsel bozukluk için bir risk olabileceği düşünülmüştür (20).

Diyabetli yaşlılarda bilişsel bozukluk; detaylara dikkat, planlama, akıl yürütme yeteneği, karar verme ve bilgi işlem hızı, ilaç tedavisi, diyet ve egzersiz önerilerine yetersiz uyum, uygun bakımın sağlanamaması ve kötü glisemik kontrol de dahil olmak üzere diyabet yönetiminde kendi kendine bakım davranışlarındaki yetersizliklerle ilişkilidir (18, 21). Diyabet yönetimi; diğer kronik hastalıklardan farklı olarak uygun öz bakım koordinasyonu ve planlaması yapmak için çeşitli derecelerde bilişsel esneklik ve iç görü gerektirmektedir (21). Aynı zamanda yüksek derecede hasta katılımını ve birçok kişisel bakım görevlerinin günlük olarak gerçekleştirilmesini içerir. Bilişsel bozukluktan etkilenen günlük öz bakım görevleri; glisemik izlem, beslenme, fiziksel aktivite, ilaç kullanım yönetimi, kişisel hijyen, ayak bakımı, sağlık hizmetleri ve randevu koordinasyonudur (18). Ek olarak yaşlı birey için kritik olan hipogliseminin tanınması, tedavisi ve önlenmesinde büyük ölçüde bozulmamış bilişsel duruma sahip olmak oldukça önemlidir (21). Bilişsel bozukluğu ve diyabeti olan yaşlı kişiler için öz bakım görevleri zorlayıcı bir durum haline gelebilmektedir (18).

Diyabetli yaşlılarda yapılan çalışmalarda, bilişsel bozukluk arttıkça bireylerin kendi kendine bakım görevlerine katılımın da azalma olduğu ve bilişsel bozukluğu olanlarda diyabet yönetimi için yüksek düzeyde bir sosyal desteğin daha kötü glisemik kontrol riskini önemli ölçüde iyileştirdiği bulunmuştur (22, 23).

Sosyal destek; kişinin, belirli bireylerden veya belirli bir gruptan yardım alması, yardım etmesi ve başka birinden alınan gerçek desteğin gerçekleştirilmesi algısı olarak ifade edilmektedir (24). Diyabetli bireyler algılanan sosyal desteğin artmasıyla birlikte daha iyi bilişsel işlev göstermektedir (25). Nitekim bir çalışmada sosyal desteğe sahip yaşlıların daha iyi bilişsel işlevlere sahip olduğu bulunmuştur (26). Yapılan başka bir çalışmada sosyal destek kullanımının diyabetli bireyler üzerindeki etkisi değerlendirilmiş ve özellikle bilgilendirme desteğinin eğitim düzeyi düşük olan gruplarda daha etkili olduğu görülmüştür (27). Bununla birlikte sosyal desteğin özellikle yaşlılarda diyabetle başa çıkmada ve dolaylı olarak, verilen tedaviye uyum sağlamalarına yardımcı olmada önemi vurgulanmaktadır (28). Sosyal destek algısının hem öz bakım hem de öz yeterlilikle ilişkili olduğu varsayılmış ve kısmen de doğrulanmıştır (29). Diyabetli yaşlılarda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre; aile desteğinin glikoz izlemi, diyabet öz yönetimi ve diyabetin kendi kendine bakımını geliştirmede etkisi gösterilmiştir (30, 31).

Sosyal desteğin diyabetli bireylerde bilişsel bozukluğa etkisinin incelendiği bir çalışmada; sosyal desteğin varlığı ve bu desteğin etkili bir şekilde kullanımı diyabetli bireylerde bilişsel işlevlerin korunmasında önemli bir konu olarak görülmüştür (25). Diyabetli yaşlılarda glisemik kontrol, bilişsel bozukluk ve aile desteğinin ilişkisine bakılan başka bir çalışmada ise; aile desteğinin az olduğu bireyler arasında bilişsel işlevler azaldığı için kontrol edilemeyen diyabet olasılığının arttığı belirlenmiştir (32). Bilişsel bozukluğu olan erişkinlerde diyabet yönetimi; hastalar, bakım verenler ve tıbbi hizmet sağlayıcıları için birçok zorluğu beraberinde getirmektedir. Diyabetli bireylerin ihtiyaç duydukları günlük öz bakım görevlerinin karmaşıklığından haberdar olmak ve bilişsel bozukluğun bu görevlere nasıl müdahale edebileceğini anlamak önemlidir (18).

Sağlık alışanları, diyabetli yaşlı bireyler için kendi kendine bakım faaliyetlerine uyumu teşvik etmelidir. Sağlık eğitimi oturumlarına yakın aile bireylerinin katılımı, diyabetli yaşlılar için sosyal destek sağlamak ve öz bakım etkinlikleri ile ilgili daha fazla bilgiyi güçlendirmek açısından önemlidir (28). Hemşireler, yaşlı bireylere diyabet bakımını sağlamada bilişsel işlev bozukluğunun önündeki engelleri ele almalı ve ilerledikçe bilişsel bozukluğu telafi etmek için ne tür ek diyabet bakım desteğinin gerekli olabileceğini belirlemelidir (33). Diyabetin yönetimi önemli derecede hasta katılımını ve günlük öz bakım görevlerinin yerine getirilmesini içermektedir. Diyabetli yaşlılarda sık görülen ve tanılanmamış yaygın bir komplikasyon olan bilişsel bozukluk ise diyabetli bireylerin günlük öz bakım davranışlarını yerine getirme yeteneğini engelleyebilmektedir (18). Özellikle bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda diyabet yönetiminde sosyal desteğin önemi belirtilmekte olup literatürde konuya ilişkin sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır (25, 32, 33). Ülkemizde ise yapılan incelemelerde konuya ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmada bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2. 1.Diyabetin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Diyabet, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler sebebiyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik, geniş spektrumlu bir metabolizma bozukluğudur (34). İnsülin kan glükozunu düzenleyen bir hormondur. Yüksek kan glükozu (hiperglisemi), kontrolsüz diyabetin yaygın bir etkisi olup, uzun süre kontrolsüz bırakılırsa, çeşitli vücut organlarında hasara neden olabilir. Bu da, kardiyovasküler hastalık, nöropati, nefropati, retinopati ve yaşamı tehdit eden sağlık komplikasyonlarının gelişmesine neden olmaktadır (7).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF) tarafından 2017 yılında yayımlanan ‘Sekizinci Diyabet Atlası’ diyabetin mevcut durumu ve geleceği ile ilgili önemli veriler içermektedir. 2017 yılı itibari ile Dünya’da 425 milyon diyabetli yaşamaktadır ve 2045 yılında bu sayının 629 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu verilere göre Dünya nüfusunun %8.8’inde diyabet, %7.3’ünde bozulmuş glükoz toleransı (BGT) mevcuttur. 2045 yılında ise bu nüfusun %9.9’unda diyabet, %8.3’ünde BGT olacağı öngörülmektedir (7).

2015 yılı itibariyle, ABD’de 30.3 milyon insanın diyabet hastası olduğu, her 4 kişiden 1’inin hastalıklarının farkında olmadığı ve yetişkinlerde vakaların yaklaşık yüzde 90-95’ini tip 2 diyabetli bireyin oluşturduğu bilinmektedir (35).

Diyabet, bireylere ve topluma önemli bir yük getirmektedir. American Diabetes Association (ADA) verilerine göre; 2017 yılında teşhis edilen diyabetin yıllık maliyetinin, 327 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca, diyabetin ekonomik maliyetlerinin 2012’den 2017’ye kadar %26 oranında artmış olduğu görülmektedir (36).

2.2. Diyabet Tanı Kriterleri

Diyabet tanısı, bireyin HbA1c değeri, oral glikoz tolerans testi (OGTT), açlık plazma glikozu değeri (APG) ve diyabet belirtilerinin görüldüğü bir günde rastgele ölçülen glikoz değeri yöntemlerinden herhangi biri kullanılarak konulabilir (34). Tanılamada HbA1c değeri ölçümünün kullanılması; APG ve OGTT ile karşılaştırıldığında, açlık gerektirmemesi, gün içerisinde stres ve hastalık sırasında değişim göstermemesi sebebiyle daha fazla rahatlık ve avantaj sağlamaktadır (37).

Tablo 2.1. Diyabetin Tanı Kriterleri (34)

- HbA1c \geq % 6.5 (\geq 48 mmol/mol)
- Açlık Plazma Glikozu (APG) \geq 126 mg/dL (7.0 mmol/L) (\geq 8 st açlıkta)
- Oral Glikoz Tolerans Test (OGTT) 2. st PG \geq 200 mg / dl (Su içerisinde çözünmüş 75 gr. glikoz yükü kullanılarak test yapılmalıdır.)
- Diyabet semptomlarının görüldüğü bir günde rastgele plazma glikoz düzeyinin \geq 200 mg / dL (11.1 mmol) olması

2.3. Diyabetin Sınıflandırılması

Diyabet sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Tip 1 Diyabet, Tip 2 Diyabet ve Gestasyonel Diyabet (GDM) primer olarak, Gençlerde Görülen Erişkin Tip Diyabet, Kistik Fibröz İle İlişkili Diyabet, Transplantasyonla İlişkili Diyabet gibi spesifik diyabet tipleri ise, sekonder diyabet formları olarak bilinmektedir (34). Uluslararası Diyabet Federasyonu ise diyabeti Tip 1 Diyabet, Tip 2 Diyabet ve Gestasyonel Diyabet olmak üzere üç ana tip olarak ayırmıştır; ancak diğer spesifik tiplerini de kabul etmiştir (7).

2.3.1. Tip 1 diyabet

Eskiden insüline bağımlı diyabet olarak bilinen Tip 1 diyabet, mutlak insülin eksikliğine bağlı sekonder hiperglisemi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Tip 1 diyabet, Langerhans'ın pankreas adacıklarındaki insülin üreten hücrelerin otoimmün yıkımından kaynaklanmaktadır. Bu da kilo kaybı, poliüri ve polidipsiden, ketoasidoza kadar değişen metabolik sonuçlara neden olmaktadır (38).

Tip 1 diyabet, genç yaş gruplarında daha yaygın olmasına rağmen, beta hücresi yıkımı oranına bağlı olarak her yaşta teşhis edilebilir. Tip 1 diyabet, dünya çapında 20 milyon kişiyi etkilemektedir. Tüm diabetes mellitus vakalarının %5 ile 10'unu oluşturmaktadır (38). Çocukluk döneminde tip 1 diyabet görülme sıklığı ülkelere göre değişim göstermekte ve her yıl 15 yaşından küçük 100.000 çocuktan 1/42' sinde diyabet gelişmektedir (39).

2.3.2. Tip 2 diyabet

Tip 2 diyabet, pankreas β -hücre fonksiyon bozukluğu ve hedef organlardaki insülin direncinin neden olduğu insülin eksikliği ile karakterizedir (40). Tip 2 diyabette hiperglisemi, yetersiz bir insülin üretiminin ya da vücudun insüline direnç olarak tanımlanan insüline yanıt verememesinin bir sonucudur. Tip 2 diyabetin nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır, ancak aşırı kilo veya obezite, artan yaş ile birlikte, etnik köken ve aile öyküsü ile güçlü bir ilişkisi vardır. Obezite, yetersiz beslenme, fiziksel hareketsizlik, prediyabet veya BGT, gestasyonel diyabet, artan yaş ve sigara kullanımı gibi faktörlerin tip 2 diyabetin gelişmesi için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (7). Tip 2 diyabet, diyabetli bireylerin %90'ından fazlasını kapsamaktadır. Hastalar ve bakım verenlerde fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmakta, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara neden olmakta ve sağlık bakım sistemi üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır (40).

Tip 2 diyabet yaşlı yetişkinlerde yaygın olarak görülür, ancak artan obezite, fiziksel hareketsizlik ve zayıf diyet nedeniyle çocuklarda, ergenlerde ve genç erişkinlerde daha fazla görülmektedir. Küresel olarak, tip 2 diyabet prevalansı yükselmekte olup tüm dünya bölgelerinde artmaktadır. Bu yükselişe, yaşlanan nüfus, ekonomik gelişmelerle birlikte artan kentleşme, hareketsiz yaşam tarzı ve sağlıklı yiyecek tüketimi ile bağlantılı obezitenin artması neden olmaktadır (7).

Gelişmiş ülkelerde diyabetli kişilerin yaklaşık %87-91'inin tip 2 diyabet olduğu tahmin edilmektedir (7). Ülkemizde ise 12 yıl arayla yapılan TURDEP çalışmaları sonuçlarına göre diyabet prevalansı %90 artış göstererek %7.2'den %13.7'e yükselmiştir (9, 10).

Tip 2 diyabet için risk faktörleri ve başarılı önleme programları için kanıtlar konusunda artan bilgiye rağmen, hastalığın insidansı ve prevalansı küresel olarak artmaya devam etmektedir. Tarama programları ile erken teşhis, güvenli ve etkili tedavilerin mevcudiyeti, komplikasyonları önleyerek veya geciktirerek morbidite ve mortalite oranını düşürmektedir (40).

2.3.3. Gestasyonel diyabet

Gestasyonel diyabet (GDM), gebelik döneminde ortaya çıkan ya da ilk tanısı gebelik sırasında konulan çeşitli derecelerdeki karbonhidrat intoleransıdır. Gestasyonel diyabet, maternal obezite, maternal beyaz yağ dokusundaki artış ve plasentada inflamasyon artışı ile ilişkilidir. Ortalama anne yaşı ve ağırlığının artış göstermesiyle birlikte gestasyonel diyabet prevalansı da artış eğilimi göstermektedir. Gebelikte hipergliseminin global prevalansının %17 olduğu düşünülmektedir (41).

2. 4. Diyabetin Komplikasyonları

Kontrol edilemeyen kan glikoz seviyeleri kısa süreli (akut) ve uzun süreli (kronik) metabolik komplikasyonlara, bazen de ölüme neden olabilmektedir. Akut komplikasyonlar; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz (DKA), hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma (HHNK) laktik asidozdur (42).

Kronik komplikasyonlar, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Diyabet, makrovasküler komplikasyonlardan olan koroner kalp hastalığı (KAH), periferik damar hastalığı (PAD) ve inme dahil olmak üzere hastalık riskini artırır. Ayrıca diyabet; retinopati, nefropati ve nöropati gibi spesifik mikrovasküler komplikasyonlara neden olur ve körlüğün, son dönem böbrek hastalığının, alt ekstremitte amputasyonunun önde gelen bir nedeni olmaktadır. Diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları, yaşam kalitesinin düşmesine, hastanede yatışa, engellilik ve ölüm riskinin artmasına, özellikle de düşük ve orta gelirli ülkeler olmak üzere tüm ülkelerin ekonomileri üzerinde bir yüke neden olmaktadır (43).

2.4.1. Akut komplikasyonlar

Hipoglisemi: Hipoglisemi, glikozun plazmada 60 mg/dl, kapiller tam kan örneğinde 50 mg/dl' nin altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır (42). Hipoglisemi, diyabet tedavisinde insülin ve sülfonilürelerin en sık görülen yan etkisidir ve istenilen glisemik kontrolün sürdürülmesinde önemli bir engeli oluşturmaktadır. Hastalar ve çevreleri tarafından en çok korkulan diyabet komplikasyonu olmaya devam etmektedir. Diyabetli bireyde hipoglisemi, kontrol kaybına ve aynı zamanda bununla ilişkili olarak ciddi sağlık problemlerine ve ölüm riskine neden olmaktadır (44). Fazla miktarda insülin yapılması veya oral antidiyabetik ilaçların fazla alınması, yetersiz beslenme, ara öğün atlanması, fiziksel aktivitenin artması, ilaç değişikliği, alkol kullanılması, kadınlarda menstruasyon başlaması, sindirim güçlüğü ve mide boşaltımının gecikmesi gibi durumlarda hipoglisemi gelişebilmektedir (42).

Diyabetik ketoasidoz: Diyabetik ketoasidoz, uzun süreli diyabetik komaya ve ölüme neden olabilecek ciddi bir durumdur (45). DKA en sık tip 1 diyabet hastalarında görülür, ancak tip 2 diyabet hastaları da travma, enfeksiyonlar ve bazı ilaçların kullanımı gibi stresli koşullar altında DKA'ya duyarlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde genel yatan hasta popülasyonunda DKA mortalitesi <1%'dir, ancak hayatı tehdit eden hastalıkları olan yaşlı hastalarda daha yüksek bir oranda görüldüğü bildirilmektedir (46). Diyabetik ketoasidoz, glikoz yağ ve protein metabolizmasının bir bozukluğu olup bulgular primer olarak yağ ve karbonhidrat metabolizması bozukluğuna bağlıdır (42).

Hücreler enerji için ihtiyaç duydukları glikozu almadığında, vücut enerji kaynağı olarak yağ yakmaya başlar ve bunun sonucunda ketonlar üretilmektedir. Ketonlar, yağın parçalanması sonucu ortaya çıkan ve enerji için kullanılan kimyasal maddelerdir. Vücut keton üretimini, normal enerji kaynağı olan glikozu kullanmak için yeterli insülin olmadığı zaman yapmaktadır (45).

Diyabetik ketoasidoz bireylerde genellikle 24-48 saat arasında hızlı bir şekilde gelişebilmektedir. Ketoasidozun gelişmesinden birkaç gün önce poliüri, polidipsi ve kilo kaybı mevcut olabilirken, kusma, karın ağrısı ve genel zayıflık sıklıkla ortaya çıkan semptomlardır (46).

Hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma: Diyabetin ketoasidoz olmadan hiperglisemi, plazma hiperosmolalitesi, dehidratasyon ve mental durum değişikliği ile karakterize; plazma glikoz seviyesinin 600 mg/dl'nin üzerinde ve ozmolaritesinin ≥ 320 mOsm/kg olduğu komplikasyondur (42).

2.4.2. Kronik komplikasyonlar

Mikrovasküler komplikasyonlar

Diyabetik retinopati: Diyabetik retinopati, göz küresinin arkasındaki ve retinadaki damarların zarar görmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır (42). Retinopati, başlangıcı ve seyri plazma glikozu ile yakından ilgili olan diyabetin sık görülen bir komplikasyonudur. HbA1c değerinde ki %1'lik bir artış, retinopati riskinde %30'dan, ilerlemesinde %20'den fazla bir artış ve körlüğe neden olma da %15'lik artış ile ilişkili olmaktadır (47). Diyabetin süresi uzadıkça retinopati derecesi ve sıklığı artar. Diyabetik retinopati, dünyadaki en önemli körlük nedenlerinden biridir (48).

Diyabetik nefropati: Diyabetik nefropati, diyabetli hastalarda görülen önemli bir mortalite nedenidir (48). Diyabetli bireyde idrar yolu enfeksiyonu yokluğunda, 5 yıldan fazla süren retinopati enfeksiyonu, diğer böbrek hastalıkları veya kalp yetmezliği ile eşlik eden kronik albuminüri (albumin atılım hızı (AER)> 300 mg / 24 saat) olarak tanımlanmıştır.

Bu genellikle artan kan basıncı ile ilişkilidir. Günümüzde idrar albümini çok daha düşük konsantrasyonlarda tespit edilebilmekte, böylelikle mikroalbuminüri olarak bilinen daha erken bir böbrek hasarı aşamasını tespit edilebilmektedir (49).

Diyabetik nöropati: Diyabetik nöropati, diyabet seyrinde klinik veya subklinik olarak ortaya çıkabilen, özellikle alt ekstremiteleri etkileyen, periferik, simetrik, sensorinöral polinöropatidir. En sık görülen semptomlar; uyuşma, karıncalanma, elektrik çarpması ve özellikle geceleri artan yanma hissidir. Nöropatinin prevalansında ve gelişiminde; diyabet süresi, HbA1c düzeyi, sigara ve cinsiyetin erkek olması etkilidir (48).

Diyabetik ayak: Alt ekstremitelerde sinirlerin hasarı ve periferik damar tıkanıklığı sonucu oluşan enfeksiyon, ülser veya derin doku hasarlarıdır (50). Hastalar tarafından diyabetik ayak sorunu, diğer uzun vadeli komplikasyonlara kıyasla daha fazla hastaneye yatış sebebi olarak görülmektedir. Bu sorunların nedenlerini anlamak, yüksek risk altındaki hastaların erken tanınmasını sağlamaya yardımcı olmaktadır (42).

Diyabetteki amputasyonların ve ayak ülserlerinin %50'sine kadar etkili tanımlama ve eğitim ile önlenebileceği gösterilmiştir (51). Diyabetik ayak hastanın yaşam kalitesini azaltırken, yaşamını da tehdit eden, sosyoekonomik maliyeti arttıran bir halk sağlığı sorunudur (42).

Makrovasküler komplikasyonlar

Plazmada aşırı miktarda biriken glikoz çoğunlukla kan dolaşımı sistemi içinde kaldığından küçük ve büyük damarları etkilemektedir. Büyük kan damarlarının hasara uğraması sonucu makrovasküler bozukluklar görülmektedir. Bu durumda damarlarda ateroskleroz, hipertansiyon, kalbi besleyen damarlarda koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü, iskemik kalp hastalığı, periferik arterlerdeki etkilenmeye bağlı; periferik arter hastalığı, beyindeki damarlarındaki kanama ve tıkanmaya bağlı olarak görülen; inme, felç gibi serebrovasküler olaylar görülmektedir (42).

Kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabetin ana makrovasküler komplikasyonu olup, kardiyovasküler hastalığı bulunmayan insanlara kıyasla, 3-4 kat daha fazla ölüm riskini arttırmaktadır (40). Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH), diyabetli hastalarda en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Ayrıca diyabetin maliyetini hem doğrudan hem de dolaylı olarak arttırmaktadır. Diyabetli hastalarda kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrolü ASKVH'yi önleme ya da geciktirmede son derece önemlidir (34).

2.5. Diyabet yönetimi

Diyabet tedavisinde başlıca hedef; bireyin öz yönetimini sağlayarak normal glisemi ayarına ulaşmak, hastalığa özgü belirtileri ortadan kaldırmak, akut ve kronik komplikasyonları önlemek, pankreasın beta hücresi fonksiyonlarını korumayı sağlamak ve diyabetli bireyin yaşam kalitesini arttırmaktır. Hastanın yaşamını farklı yönlerden etkileyen diyabet ve tedavisi mutlak olarak hasta ile birlikte aile katılımını da gerektirmektedir. Etkili bir diyabet yönetimi temel olarak; beslenme tedavisi, düzenli egzersiz, hastanın bireysel kan glikoz takibi, ilaç tedavisi ve eğitim öğelerinden oluşmaktadır (42).

2.5.1. Beslenme tedavisi

Obezite, genellikle ilerleyici ve tedavisi zor olan kronik bir sağlık sorunudur. Tip 2 diyabetli kişilerin yaklaşık %80 ile %90'ında aşırı kilo veya obezite görülmektedir. Diyabetli ve aşırı kilolu kişiler için tedavinin amaçları, optimum glisemik ve metabolik kontrolü sağlayarak bireylerin yaşam kalitesini, morbidite ve mortalitesini iyileştirmektir. Sağlıklı bir vücut ağırlığına ulaşmak ve korumak, kilo almayı önlemek, diyabet hastalarında glisemik kontrolün optimize edilmesinde kilit faktörlerdir (50). Başarılı bir diyabet tedavisinin en önemli parçası beslenme tedavisidir. ADA, yayınladığı diyabette beslenme prensipleri ve önerilerinde, beslenme tedavisinin terminolojisini değiştirmiş ve diyet tedavisi yerine Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT) terimini kullanmaya başlamıştır (42). Tıbbi beslenme tedavisi eğitimi 3-6 ay içinde tamamlanan, her biri 45-90 dakika süren 3-4 görüşmeyi kapsamaktadır. Yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülmesi ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için yıllık en az bir görüşme ile devam edilmektedir (34).

Tıbbi Beslenme Tedavisinin amaçları;

- Kişiye özđu sağlıklı beslenme programının oluşmasını sağlayıp ve uygulamaları destekleyerek; plazma glisemi düzeyinin, serum lipid ve kan basıncı seviyesinin normal sınırlarda olmasını sağlamak
- Diyabete bağlı gelişebilecek her türlü komplikasyonun oluşmasını engellemek veya görülmelerini azaltmak
- Diyabetli bireyin hayatı süresince devam ettirebileceği özel bir beslenme programı düzenleyerek yaşam kalitesini yükseltmek
- Besin seçiminde, bilimsel açıdan belirtilmiş sınırlamaları uygularken yemek yemenin zevkini sağlamak
- Yetişkinler için uygun kiloya ulaştıracak, çocuklarda yeterli seviyede büyüme ve gelişme hızını sağlayacak, gebelerde ve emziren annelerde artan metabolik gereksinimleri karşılayacak düzeydeki enerjiyi sağlamak için gerekli olan vitamin, mineraller ve esansiyel besin bileşenlerinin vücuda alınmasını sağlamaktır (34, 42).

-

2.5.2. Egzersiz

Diyabet tedavisinde uygulanması öngörülen aktivite ve egzersizler tedavi planının önemli bir parçasını oluşturup; insülinin etkinliğinde, glikoz kontrolünde ve diyabete bağlı görülebilecek metabolik anormalliklerin oluşmasını önlemede fayda sağladığı düşünülmektedir (42, 52).

Egzersizin diyabetli kişilerin fizyolojik ve psikolojik koşullarını iyileştirdiği bulunmuştur. Tip 2 diyabeti olanlarda yetersiz olan insülin reseptörleri ve glikoz taşıyıcıları, uzun süreli egzersizle (>6 hafta) artış göstererek Tip 2 diyabetle ilişkili insülin direncinin azalmasında etkili olmaktadır (53). Egzersiz programının yararlı olabilmesi için haftada en az üç gün 20-30 dk yapılması önerilmektedir. Egzersiz yapmaya ısınma hareketleri ile başlanmalı ve yoğunluğu yavaş yavaş arttırılmalıdır. Hipoglisemiye önlemek için egzersiz öncesi alınması gereken oral antidiyabetikler ve insülin düzenlenmelidir (53).

2.5.3. Bireysel kan glikoz izlemi

Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte 1970'li yıllardan sonra diyabetlilerin kendi kendilerine kan ve idrardaki glikoz düzeylerini kolay ve güvenilir olarak kısa sürede ölçebilmeleri sağlanıp “diyabetlinin kendi kendini izlemesi (self-monitoring, home-monitoring)” diyabet tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (54). Diyabet kontrolünde beklenen hedef; diyabetlinin kişisel yönetimini sağlayabilmesi ve plazma glikoz değerlerini normal sınırdan tutarak oluşabilecek akut ve kronik komplikasyonlarının önlenmesi ile birlikte kaliteli bir yaşam sürdürebilmesidir (42). İnsülin kullanan diyabetlilerde, kan glikoz düzeylerine göre insülin dozu, besin alımı ve fiziksel aktivitenin doğru uygulanma biçiminin düzenlenebilmesi için bireyin kan glikozunu kendi kendine izlemesi önerilmektedir (52).

Evde doğru uygulanan bir glisemik izlemi diyabetli bireyin kendi kan glikozunu ölçerken aynı zamanda hastalığını tanımasına ve yön vermesine olanak sağlar. Diyabetli birey düzenli olarak insülin kullanıyorsa, enjeksiyondan 3-4 saat sonra test yapması, dozun ne derecede etkin olduğunu ortaya çıkarabilir. Hemşire evde kendi kendine diyabet izleminin önemi ve nelerin izlenmesi gerektiği konusunda diyabetli birey ve ailesine eğitim vermelidir (54).

2.5.4. İlaç tedavisi

Diyabetin tedavisinde, hastanın eğitimi, diyet ve egzersiz tedavinin değişmez öğeleridir. Bu tedavi yöntemlerine hastanın tanı aldığından itibaren başlanmalıdır. Medikal tedaviler ise ön görülen glisemik hedeflere ulaşmak üzere hastanın kan glikoz seviyesi, ek hastalıkları ve yaşam tarzı alışkanlıkları göz önünde alınarak düzenlenir (55). Medikal tedavi; oral antidiyabetik (OAD), insülinomimetik ilaçlar ve insülin tedavisi gruplanmaktadır (56).

Oral Antidiyabetik tedavisi: İnsülin salgılama yeteneğini henüz yitirmemiş tip 2 diyabetli bireylerde tıbbi beslenme tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği yöntemleri ile plazma glukozu ön görülen seviyede ayarlanamazsa tedaviye oral antidiyabetikler de eklenir (42, 55). Plazma glikoz seviyesini kontrol altında tutmada etkili olan OAD ajanlar; insülin sekresyonunu ve insüline duyarlılığını artırma veya karbonhidrat emilimini azaltma yoluyla etki göstermektedir.

İdeal bir antidiyabetik ajan kan şekeri değerlerini normal seviyede tutarken, kontrendikasyonları en az olup, mikro-makrovasküler komplikasyon gelişme riskinde önlemelidir (55). Ülkemizde temel olarak, insülin salgılatıcı (sekretogog), insülin duyarlılaştırıcı (sensitizer) ve insülin direncini azaltmaya yönelik insülinomimetik (inkretin-bazlı) ilaçlar, alfa glukozidaz inhibitörleri (AGİ) ve sodyum glukoz ko-transporter 2 inhibitörleri (SGLT2-İ; glukoretikler; gliflozinler) olmak üzere beş grup anti-hiperglisemik ilaç bulunmaktadır (34).

İnsülin Tedavisi: Glikozun hücre içine taşınmasında görevli olan insülin pankreasın langerhans adacıklarında beta hücrelerinden salgılanan bir hormondur (42). Diyabet yönetiminde insülin tedavisi, diyet ve oral antidiyabetik ilaç tedavisiyle hedeflenen glisemik kontrolün sağlanamadığı, çeşitli stresler sebebiyle glisemik kontrolün bozulduğu, akut ve kronik komplikasyonların görüldüğü, gebelik, cerrahi ve şiddetli hiperglisemi gibi durumlarda ve tüm Tip 1 diyabetli hastalarda uygulanmaktadır. İnsülinler etki sürelerine göre kısa-hızlı etkili, orta etkili, uzun etkili ve kısa- orta etkili insülin karışımından oluşan karışım insülin olma üzere dört gruba ayrılmıştır (34).

İnsülin tedavisi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar içinde en sık görüleni ve en önemlisi hipoglisemidir. Bu durumun önüne geçilebilmesi için hastaların aldıkları öğünün miktarı, saati, egzersizin zamanı ve yoğunluğu konusunda bilgilendirilmelidir (57).

2.5.5 Eğitim

Diyabetli bireylerin, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve glisemik kontrolün sağlanması için etkili bir bakım ve izlem programına gereksinimleri vardır. Bu izlem programında diyabet eğitiminin önemli bir yeri vardır. Eğitim, diyabetli birey ve ailesi için hastalığın bakım ve izlemi kolaylaştıracak, devamlılığını sağlayacak bilgi, tutum ve becerilerin tümünü kapsamalıdır (42).

Diyabet eğitimi, diyet, egzersiz, ilaç ve insülin tedavisinin yanı sıra tedavi sürecinin önemli bir bileşenidir. Tedavi hedefleri, yararları ve yan etkileri gibi konuları kapsayan hasta eğitimi, uyumu artırmanın bir yolunu oluşturmaktadır. Diyabet eğitimi, hastanın öz bakımında ve diyabetin metabolik kontrolünün sağlanmasında önem teşkil etmektedir. Bununla birlikte, tip 2 diyabet hastalarında eksik olan eğitim, ilaç uyumu, tatmin edici tedavi ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır (58).

Diyabet eğitimi, hem hastalar hem de sağlık çalışanları için yarar sağlamaktadır. Bunların en başında sağlık çalışanlarının işleri daha kolay hale getirmesi gelmektedir. Çünkü diyabetli birey eğitim sonrası daha bilinçli hale gelir, sorunun ne olduğunu kolayca anlayabilir ve bireyin kendi kendine sorun çözme kabiliyeti artmaktadır. Diyabet eğitimi bireylerin yaşam kalitesini arttırmaktadır. Diyabetli bireylerin kendi kendine izlem yapmaları; tedaviyi iyileştirir, metabolik kontrolü sağlar, akut ve kronik komplikasyonların erken tanısını ve önlenmesini sağlar ve diyabet için yapılan masrafı azaltmaktadır (59).

2.6. Yaşlılarda Diyabet

2.6.1. Yaşlılarda diyabetin epidemiyolojisi

Diyabet dünya genelinde sosyal ve ekonomik bir yük oluşturmasıyla birlikte prevalansı giderek artan endemik bir problem haline gelmektedir. Ancak diyabetin prevalansı, komorbiditeleri ve mortalitesi yaşlılarda gençlere göre daha yüksektir (11). IDF verilerine göre 2017 yılı itibariyle Dünya’da yaşamakta olan 425 milyon diyabetli bireylerin 98 milyonunun 65-79 yaş arası diyabetlilerden oluştuğu bildirilmekte ve 2045 yılında ise 65-79 yaş arası diyabetli bireylerin sayısının 191 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2017 yılında 65-99 yaş arası diyabetli bireylerin sayısının en çok görüldüğü ülkelerden ilk üç sırada Çin, Amerika ve Hindistan yer alırken, 2045 yılında Türkiye’nin bu sıralamada sekizinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir (7).

Ülkemizde yapılan TURDEP-II çalışmasının verilerine göre,65-69 yaş aralığındaki bireylerde diyabet görülme sıklığı %34.8 olarak bulunmuştur (10). Yaş ile birlikte diyabetin insidans ve prevalansı giderek artış göstermektedir. Altmış beş yaş üstü diyabetli bireyler tüm diyabetli bireylerin yaklaşık %40’ını oluşturmaktadır. Ayrıca yaşlı nüfusun %10’unda tanı konmamış diyabet, %20’sinde ise bozulmuş glukoz toleransı vardır (8).

2.6.2. Yaşlılarda diyabetin fizyopatolojisi

Yaşlanma ile birlikte vücutta yağ oranında artış, zayıflık ve kemiklerde ki mineral yoğunluğunda azalma gibi değişiklikler görülmektedir. Vücut yağ kütlesindeki değişiklik diyabet gelişme riskinin daha yüksek olması ile ilişkilidir (60). Yaşlanma ile birlikte diyabet gelişiminde etkili olan faktörler arasında; genetik yapı, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan insülin salınımında azalma, insülin direnci gelişimi, yağ dokusunun artış göstermesi, fiziksel aktivitenin azalması, ilaçlar, yeme bozuklukları yer almaktadır. Yaşam beklentisinin ve obezite oranının artması ile birlikte değişen yaşam şekliyle ilişkili olarak diyabet, yaşlı bireyler arasında daha yüksek oranda görülmektedir (8, 11).

Yaşlanma ile birlikte glikoz toleransında bozulma meydana gelmektedir. Özellikle obez yaşlılarda insülin salgısında azalmaya ve insülin direncine bağlı olarak glikoz intoleransı daha yaygın görülmektedir. Yaşlılarda insülin direnci en çok post reseptör defektleri nedeniyle gelişmektedir. Vücut yağlanmasında artma ve kas kütlelerinde azalma, fiziksel aktivitenin azalması, çevresel etmenler ve genetik yatkınlık insülin direnci oluşumunda etkili faktörlerdir. Yaşlı bireylerde glikoz intoleransının oluşmasında birincil etkenin insülin direncinin artış göstermesinin olması bilinmesine rağmen, sekonder etkenin yaş mı yoksa yaşa bağlı olarak meydana gelen vücut kompozisyonunda ve fiziksel aktivitede değişiklikler mi olduğu hala tartışma konusudur (8).

2.6.3. Yaşlılarda diyabetin tedavi ve bakımı

Yaşlılarda diyabet tedavisi farklı özellikler göstermektedir. Yaşlı bireyler kişisel olarak değerlendirilerek yaşam tarzı, alışkanlıkları, çevre şartları ve sosyal destek sistemleri dikkate alınarak tedavi kişiselleştirilmelidir. Tedavide öncelik hastanın mevcut sağlık durumunu ve yaşam beklentisini dikkatle değerlendirmektir (61).

Yaşlılarda diyabet tedavisinin amaçları; hiperglisemi belirti ve bulgularının ortadan kaldırılması, akut hiperglisemik komplikasyonların ve hipogliseminin önlenmesi, kardiyovasküler risk faktörlerinin tedavisi ve kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesi, sağlıklı yaşlıda normal yaşam beklentisinin sağlanması, kırılğan yaşlıda akut metabolik komplikasyonların önlenmesi olmalıdır (8). Diyabet tedavisi ilk olarak, yaşlı hastalarda uygun beslenme ve yeterli egzersizi teşvik eden aktif bir eğitime dayanır. Ardından, hasta tercihlerine ve ihtiyaçlarına odaklanarak, glisemik hedeflerin belirlenmesi, glikoz düşürücü tedavilerin tanımlanması ve oluşabilecek kardiyovasküler komplikasyon riskinin azaltılması göz önünde bulundurulmalıdır (60). Sağlıklı beslenme, artmış fiziksel aktivite ve kilo kontrolü, sadece HbA1c'nin yönetiminde değil, kardiyovasküler risk profillerinin iyileştirilmesinde de önemli faktörleri oluşturmaktadır (62). Beslenme tedavisinin yanında düzenli egzersiz, insüline duyarlılığı arttırarak glisemi kontrolünü olumlu yönde etkilemektedir.

Yürüyüş yaşlı hastalar için en ideal egzersiz çeşidi olmaktadır ve haftada 3 kez 30-45 dakikaya ulaşıncaya kadar yavaş yavaş arttırılmalıdır. Egzersizin glisemik kontrol, kilo, kan basıncı ve lipid profiline olumlu etkileri olmasının yanı sıra; yaşlı hastalar için ani kardiyak ölüm, ayak ve eklem yaralanmaları, hipoglisemi gibi bazı riskleri de göz önünde bulundurulmalıdır (61).

Yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet tedavinin temel taşı oluşturursa da, hastalık ilerledikçe kişiselleştirilmiş hasta glisemik hedeflerine bağlı olarak farmakolojik tedavi gerekli olabilir. Bu popülasyon için insülin veya oral ajan rejimleri yazarken, olası yan etkilere ve ilaç etkileşimlerine özellikle dikkat edilmelidir (63). Genel amaç, hastayı hipoglisemi riskine ve sonuçlarına maruz bırakmadan en iyi glisemik kontrolü sağlamak olmalıdır (62).

Herhangi bir uzun süreli diyabet tedavisi planlanmadan önce yapılan tam bir geriatrik değerlendirme, belirli bir tedavinin başarısını önemli ölçüde bozabilecek olası sorunların belirlenmesine yardımcı olabilir. Genellikle yaşlı hastalarda bilişsel bozukluklar, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalar, tanı konmamış depresyon ve ele alınması gereken zor sosyal sorunlar var olduğundan değerlendirme bu konular dikkate alınmalıdır (63). Hastanın takibinde hekim, diyabet eğitim hemşiresi, diyetisyen gibi diyabet konusunda uzman sağlık ekibi hasta ve hastaya bakım veren kişi arasında sıkı iletişim olmalıdır (8).

2.6.4. Diyabetli yaşlılarda görülen sorunlar

Yaşlılarda diyabet, vasküler komplikasyonlar ve eşlik eden morbiditeleri, bilişsel ve fiziksel işlev bozukluğu dahil geriatrik sendromların prevalansının artması nedeniyle bireyin yaşamını zorlayıcı bir hastalıktır (64). Diyabetli bireylerde fiziksel komplikasyonlar diğer sorun alanlarına göre daha fazla görülmektedir. Yaşlı diyabet hastalarında sağlık kuruluşlarına ilk başvuru genellikle diyabetin komplikasyonlarından dolayı olmaktadır (65). Diyabetli yaşlılarda yaygın görülen akut komplikasyonlar; hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma, diyabetik ketoasidoz ve hipoglisemidir. Kronik komplikasyonlar ise kardiyovasküler hastalıklar, nefropati, nöropati ve retinopatidir (8).

Fiziksel ve zihinsel engeli kapsayan geriatric sendromlar, diyabetli yaşlı bireylerde mikro ve makrovasküler komplikasyonlara ek olarak üçüncü bir komplikasyon kategorisi olarak ortaya çıkmaktadır (64). Yaşlı diyabetli hastalarda, fonksiyonel zayıflık, depresyon, düşme, yetersiz beslenme ve bilişsel bozukluk gibi geriatric sendromların görülme riski sürekli artış göstermektedir (66). Diyabetli bireylerde sıklıkla görülen geriatric sendrom, kırılabilirliğe bağlı bir bilişsel bozukluktur. Özellikle, orta yaşta bireylerde erken başlangıçlı diyabet ve hipertansiyon, ilerleyen yaşlarda beyin atrofi ve bilişsel bozulma görülmesinde etkindir (60). Yapılan bir çalışmada 65 yaş üstü diyabetli yaşlılarda bilişsel bozukluğun yaygın olarak görüldüğü belirtilmiştir (67) ve diyabetin bilişsel bozukluk için risk faktörü olduğu görülmüştür (68).

Yeni bir tanıya uyum sağlama, psikolojik insülin direnci ve hipoglisemi korkusu gibi çeşitli zorluklar diyabetli bireyin öz yönetimini bozmaktadır. Ek olarak, değerlendirme ve tedavide daha fazla karmaşıklığa katkıda bulunan bir dizi psikiyatrik bozukluk ortaya çıkabilir. Örneğin, diyabet sıkıntısı, majör depresif bozukluk ve depresif belirtilerin varlığı arasında ayrım yapmak önemlidir. Her ne kadar bu yapılar bazı ortak semptomlara sahip olsalar da, diyabet sıkıntısının olumsuz diyabet yönetimine neden olmada en güçlü etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (69).

İnsanlar üzerinde komplikasyonları, erken ölüm riski ve daha düşük yaşam kalitesi gibi etkileriyle yük olan diyabet, aynı zamanda ülkeler, sağlık sistemleri ve hepsinden önemlisi diyabet hastaları ve aileleri için önemli bir ekonomik etki yaratmaktadır. 2017 yılında diyabet üzerindeki toplam sağlık harcamalarının 727 milyar ABD Doları olacağını ve 2015 yılı tahminine göre %8'lik bir artış göstereceğini ileri sürmüştür. Ayrıca, diyabetin ekonomik yükünün büyümeye devam etmesi beklenip 2045 yılına kadar 776 milyar ABD dolarına ulaşacağı ve bunun da %7'lik bir büyüme göstereceği öngörülmektedir (7).

2.6.5. Diyabetli yaşı ve bilişsel bozukluk

Diyabetli yaşlılarda, yaşlanma sürecinden kaynaklanan kortikal ve subkortikal yapılarının, metabolizma değişikliklerine bağlı olarak, merkezi sinir sisteminde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler nedeniyle diyabet ile ilişkili bilişsel bozukluğun görülme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (19). Hiperglisemi, tekrarlayan şiddetli hipoglisemi, semptomatik ve asemptomatik serebrovasküler hastalıklar, polinöropati, insülin tedavisi, hiperinsülinemi veya insülin direnci, depresyon ve düşük serum albümini, diyabetli yaşlılarda bilişsel bozulma ile ilişkili bulunmuştur (66). Diyabetle ilişki bilişsel bozukluk görülmesinde özellikle diyabet süresinin etkili olduğu belirtilmiştir (70). Tip 2 diyabetli yaşı erişkinlerde yapılan, 60-85 yaş arası kişilerin yer aldığı kesitsel çalışmada, bilişsel bozukluğun, uzun hastalık süresi ve zayıf metabolik kontrol ile güçlü şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (16). Başka bir çalışmada da, diyabetli yaşlılarda hafif düzeyde bilişsel bozukluk saptanmış ve hipergliseminin bilişsel bozukluk için bir risk olabileceği düşünülmüştür (20).

Bilişsel bozukluk, ilerleyen yaşlarda diyabetin diğer komplikasyonlarına ek olarak, hastaların günlük aktivitelerini tehlikeye atan ve diyabetli hastalarda öz bakım davranışları için potansiyel engeller oluşturan sık görülen bir komplikasyondur (71). Yapılan bir çalışmada diyabetli kişilerin sağlıklı kişilere oranla daha fazla risk taşıdığı ve diyabetin bilişsel yetenekler üzerindeki olumsuz etkileri belirtilmiştir (17). Bilişsel bozukluğun varlığı, diyabetli bireylerde hem hipoglisemi hem de hiperglisemi riski üzerinde etkilidir (21). Diyabetli yaşlılarda da bilişsel işlev bozukluğu şiddetli hipoglisemi gelişimi için belirgin bir risk faktörü olmaktadır (72).

Diyabet öz yönetimi görevlerinde düşük performans içeren bozulmuş biliş, uzun süreli tip 1 diyabetli yaşı erişkinlerde daha yüksek şiddetli hipoglisemi riski ile ilişkilendirilmiştir. Tam tersi olarak yoğun glisemik tedavi ile daha sık görülen hipoglisemi de, uzun süreli bilişsel bozulmaya neden olabilmektedir (18).

Hipoglisemi ve hiperglisemiye ek olarak yaşlanma ve diyabetle ilişkili diğer komorbiditeler de bilişsel bozulma yükünü ve bunun kişisel bakım yetenekleri üzerindeki etkisini arttırmaktadır. Örneğin, depresyon, tip 2 diyabetli bireylerde bilişsel işlevde daha büyük bir gerilemeye sebep olmaktadır. Depresyon ayrıca, kişisel bakımın bağımsız olarak uygulanmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Prospektif olarak yapılan bir çalışmada 7 yıl boyunca Meksikalı Amerikalılarda bilişsel gerileme ile ilişkili sosyal, demografik ve sağlıkla ilişkili faktörler incelenmiş ve gözlem süresince diyabetik komplikasyonlara (özellikle dolaşım ve böbrek problemleri) sahip olmak ve depresyon, diyabetli yaşlı Meksikalı Amerikalılarda bilişsel gerileme ile ilişkili ana faktörler olarak bulunmuştur (73). Ek olarak görme bozukluğu, işitme kaybı, fiziksel sakatlıklar ve kronik ağrı gibi durumlar hafif bir formda bile olsa, bilişsel işlev bozukluğu varlığında öz bakımı gerçekleştirmede güçlük oluşturabilmektedir (21).

Diyabetli yaşlılarda bilişsel bozukluk; detaylara dikkat, planlama, akıl yürütme yeteneği, karar verme ve bilgi işlem hızı, ilaç tedavisi, diyet ve egzersiz önerilerine yetersiz uyum, uygun bakımın sağlanamaması ve kötü glisemik kontrol dahil olmak üzere diyabet yönetiminde kendi kendine bakım davranışlarındaki yetersizliklerle ilişkilidir (18, 21).

Diyabetin optimal yönetimi, hastanın kendi kendini kan glikozu izlemine aktif katılımını ve hipoglisemiden kaçınmak için ilaç ve diyet programını ayarlamasını gerektirir. İyi bilişsel işlev, diyabetin yönetilmesi için çok önemlidir. Yaşlı diyabetli hastalardaki bilişsel bozulma günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonel özerklik ve ilaç kullanma becerisi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle uzun süre diyabet öyküsü olanlarda veya 70 yaş üzerindeki diyabetik hastalarda erken bilişsel eksikliklerin saptanması özellikle diyabetin komplikasyonların önlenmesi ve glisemik kontrolün sağlanmasında önemlidir (71).

Bilişsel bozukluğu olan yaşlılarda diyabet yönetimi hastalar, bakım vericiler ve tıbbi sağlayıcılar için birçok zorluğu ortaya çıkarmaktadır. Diyabetli yaşlıların ihtiyaç duyduğu günlük öz bakım görevlerinin karmaşıklığının bilincinde olmak ve bilişsel bozulmanın bu görevlere nasıl etki edebileceğini bilmek önemlidir (18).

Sağlık hizmeti sağlayıcılarından hemşireler, tedaviyi bütünsel bir yaklaşım ile benimsemeli ve bilişsel bozulma için kapsamlı değiştirilebilir risk faktörleri aralığında değerlendirmelidir. Herhangi bir bilişsel değerlendirmeden önce ve sonra diyabetli hastalara danışmanlık hizmeti vermelidir. Ayrıca, diyabet ile ilişkili bilişsel işlev bozukluğunu azaltmak veya önlemek için belirli bir tedavi bulunmamasına rağmen, hemşirelerin algılanan veya gerçek bilişsel sorunların farkında olması, hastaların ilaç hatalarını azaltmalarına, hipoglisemiyi önlemeye ve kendi kendine yönetim faaliyetleri için gerekli olan desteği koordine etmelerine yardımcı olabilir (74).

2.6.6. Diyabetli yaşlılarda bilişsel bozukluk ve sosyal destek

Sosyal destek; kişinin, belirli bireylerden veya belirli bir gruptan yardım alması, yardım etmesi ve başka birinden alınan gerçek desteğin gerçekleştirilmesi algısı olarak ifade edilmektedir (24). Diyabetin kronik bir hastalık olması, zorunlu olarak yaşam biçimi değişikliklerine yol açması ve beraberinde komplikasyonları getirmesi nedeniyle, diyabet sosyal desteğe en fazla ihtiyaç duyulan hastalıklardan biri haline gelmiştir (75).

Diyabette sosyal desteğin uluslararası bir incelemesinde üç sosyal destek tanımı belirlenmiştir. Birincisi sosyal destek, alıcının refahını artıran en az iki kişi arasında serbest bir kaynak değişimidir. İkincisi bir bireye değer verildiğinin ve karşılıklı iletişim ve yükümlülük ağının bir parçası olduğunun kanıtıdır. Üçüncüsü sosyal destek, bir bireyin sosyal gereksinimlerinin çeşitli etkileşimler yoluyla karşılanma derecesidir (24). Sosyal destek algısının hem öz bakım hem de öz yeterlilikle ilişkili olduğu varsayılmış ve kısmen de doğrulanmıştır (29). Randomize kontrollü bir çalışma sonucuna göre; tip 2 diyabetli hastalarda 6 ay boyunca uygulanan sosyal destek müdahalesinin, 6 ayın sonunda diyabetin öz yönetiminde, hastanın yaşam kalitesi üzerinde ve HbA1c değerinde olumlu sonuçlar geliştirebildiğini göstermektedir (76). 60 yaş üstü ve çoğunluk olarak kadın katılımcıların oluşturduğu bir çalışmada da, uzun süreli diyabet hastalarında sosyal desteğin metabolik değişkenler üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmüştür (77).

Sosyal destek kullanımının diyabetli bireyler üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada özellikle bilgilendirme desteğinin eğitim düzeyi düşük olan gruplarda daha etkili olduğu görülmüştür (27). Ek olarak sosyal desteğin özellikle yaşlılarda diyabetle başa çıkmada ve dolaylı olarak verilen tedaviye uyum sağlamalarına yardımcı olmada önemi vurgulanmaktadır (28). Diyabetli yaşlılarda yapılan bir çalışmada da; aile desteğinin glikoz izlemi, diyabet öz yönetimi ve diyabetin kendi kendine bakımını geliştirmede etkisi gösterilmiştir (30, 31).

Bilişsel bozukluğu ve diyabeti olan yaşlı kişiler için öz bakım görevleri zorlayıcı bir durum haline gelebilmektedir (18). Diyabetli yaşlılarda yapılan bir çalışmada, bilişsel bozukluk arttıkça diyabetin kendi kendine bakım görevlerine katılımında azaldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada bilişsel bozukluğu olanlarda diyabet yönetimi için yüksek düzeyde bir sosyal desteğin daha kötü glisemik kontrol riskini önemli ölçüde düzelttiği bulunmuştur (22, 23). Sosyal desteğe sahip yaşlılar daha iyi bilişsel işlevlere sahip olmaktadır (26). Yetişkin gruptaki diyabetli bireylerde sosyal desteğin; dikkat, algı, psikomotor hız, bilişsel esneklik ve görsel algı alanlarını sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha fazla etkilediği bulunmuştur (25).

Diyabetli yaşlılarda glisemik kontrol, bilişsel bozukluk ve aile desteğinin ilişkisine bakılan bir çalışmada; aile desteğinin düşük olduğu bireyler arasında bilişsel işlevler azaldığı için kontrol edilemeyen diyabet olasılığının arttığı belirlenmiştir. Özellikle zayıf bilişsel fonksiyon ve glisemik kontrol arasındaki ilişki sadece aile desteği düşük olan grupta bulunmuştur. Aynı çalışmada aile desteğinin bilişsel bozukluğu olan yaşlı diyabet hastalarında diyabet kontrolünü artırdığını, İspanyol/Latin yaşlı diyabet hastalarında aile desteğinin sağlık davranışlarını olumlu yönde geliştirme ve sürdürmede büyük bir öneminin olduğunu vurgulamıştır (32).

Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyabetli yaşlıların sosyal desteği etkin kullanmada güçlük çektiği görülmüştür. Bunun sonucunda sağlık profesyonellerinin hem hastanın hem de ailelerin hastalık yönetimi konusundaki farkındalıklarını arttırmaları gerektiği ve sağlık ekibiyle işbirliğine teşvik edilerek tedavi sürecine dahil edilmesi gerektiği önerilmiştir (25). Diyabetli bireylerin gereksinim duydukları günlük öz bakım davranışlarının karmaşıklığının farkında olmak ve bilişsel bozukluğun bu davranışlara nasıl etki edebileceğini anlamak önemlidir (18). Sağlık hizmeti sağlayıcılarından hemşireler, diyabetli yaşlı bireyleri öz bakım davranışlarına uyum sağlamaya teşvik etmelidir. Sağlık eğitimi sürecine yakın aile bireylerinin katılım göstermesi, diyabetli yaşlılar için sosyal destek sağlamak ve öz bakım davranışları ile ilgili daha fazla bilgiyi kuvvetlendirmek açısından önemlidir (28).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Şekli

Bu çalışma bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Çalışmanın Hipotezleri

H₀₋₁: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet öz bakım aktivitelerine etkisi yoktur.

H₀₋₂: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin HbA1c düzeyine etkisi yoktur.

H₀₋₃: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin günlük yaşam aktivitelerine etkisi yoktur.

H₁₋₁: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet öz bakım aktivitelerine etkisi vardır.

H₁₋₂: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin HbA1c düzeyine etkisi vardır.

H₁₋₃: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin günlük yaşam aktivitelerine etkisi vardır.

3.3. Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi (AÜTF) Geriatri Servisi'nde 05.10.2018- 15.05.2019 tarihleri arasında toplam 8 ayda tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 05.10.2018- 15.05.2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Geriatri Kliniği'nde yatarak tedavi alan diyabetli yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise belirtilen tarihler arasında çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bilişsel bozukluğu olan 113 diyabetli yaşlı oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemede araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturan diyabet yönetimi; Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi puanı ve HbA1c değeri ile belirleneceğinden dolayı literatür taraması yapılarak bağımlı değişken puanlarının standart sapmaları belirlenmiştir. Buna göre; Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi puanı standart sapması; 1.16 (78), 1.29 (75), 4.92 (28) ve 5.51 (79) olarak bulunmuştur. Bu standart sapmalardan en yüksek değer 5.51 olduğundan dolayı standart sapma yaklaşık 6 olarak kabul edilmiştir. HbA1c değeri standart sapmaları ise; 1.75 (29) ve 2.00 (28) olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklem sayısı, bağımlı değişkenlerden standart sapması yüksek olan Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi puanı standart sapması dikkate alınarak güç analizi ile belirlenmiştir. Güç analizi sonucuna göre örneklem gücü %80, standart sapma 6 ve tip I hata 0.05 olarak alınarak örneklem sayısı 113 olarak bulunmuştur (80-83).

Dahil Edilme Kriterleri:

- Mini mental test puanlamasından eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı almış olma
- 65 yaş ve üzeri olma
- En az bir yıldır diyabet tanısı almış olma
- Türkçe anlıyor ve konuşabiliyor olma
- Sözel iletişimde sorun olmaması
- İşitme kaybının olmaması
- Son 3 ay içerisinde bakılmış HbA1c değerinin olması ve
- Araştırmaya katılmayı kabul etmedir.

Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Mini mental test puanlamasından eğitilmiş bireyler için 23 puan ve üstü, eğitimsiz bireyler için 19 puan ve üstü almış olma
- 65 yaş altında olma,
- Bir yıldan daha az süredir diyabet tanısı almış olma
- Türkçe anlıyor ve konuşabiliyor olmama
- Sözel iletişimde sorun olması
- İşitme kaybının olması
- Son 3 ay içerisinde bakılmış HbA1c değerinin olmaması ve
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemedir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri HbA1c, diyabet öz bakım aktiviteleri puanından oluşmaktadır.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kimlerle yaşadığı, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi, gelir durumu, sigara / alkol kullanma durumu, diyabet dışındaki kronik hastalık varlığı, egzersiz yapma sıklığı-süresi, beden kitle indeksi), diyabete ilişkin özellikler (diyabet tanı süresi, diyabet tedavi şekli, diyabete bağlı gelişen komplikasyon varlığı ve neler olduğu, diyabet nedeniyle son bir yılda hastaneye başvurma durumu, diyabet tedavisi için düzenli sağlık kuruluşuna gitme durumu, diyabet ile ilgili eğitim alma durumu), günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanı ve sosyal destek puanından oluşmaktadır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak diyabetli yaşlı hastalardan ve onlara bakım veren kişilerden toplanmıştır. Verilerin toplanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi, tanıtım formu ve Diyabet Bakım Profili Ölçeği'nin alt boyutu olan destek tutumları soruları diyabetli yaşlı birey ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Geriatri Kliniği'nde yatarak tedavi alan yaşlıların mini mental test ile bilişsel işlevleri kontrol edilmekte, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık derecesi belirlenmekte ve diyabet tanısı alanların HbA1c ölçümleri rutin olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle Mini Mental Test ile bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi ile bağımlılık derecesinin değerlendirilmesi hastane kayıtlarından elde edilmiş olup, bilişsel işlev ve günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmesi olmayan diyabetli yaşlıların değerlendirilmesi araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. HbA1c değerleri için çalışma kapsamında herhangi bir invaziv işlem yapılmamış olup bireylerin son 3 ay içerisindeki mevcut HbA1c değerleri kullanılmıştır. Ayrıca bireylerin diyabet dışındaki diğer kronik hastalıkları ve diyabete bağlı gelişen komplikasyonlar hastane kayıtlarından elde edilmiştir.

Araştırma verilerinin toplamasında; araştırmaya dahil edilme kriterlerinden biri olan “Mini Mental Test puanlamasından eğitilmiş bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı almış olma” kriterini değerlendirmek için “Eğitilmiş ve Eğitimsizlerde Yaşlılar için Yeniden Düzenlenmiş Mini Mental Test” (EK-I), tanıtıcı bilgileri elde etmek için, “Tanıtım Formu” (EK-II), “Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi (EK-III), “Diyabet Bakım Profili” ölçeğinin “Destek Tutumları” alt boyutu (IV) ve “KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (V)” kullanılmıştır.

3.6.1. Standartize Mini Mental Test (SMMT)

Folstein ve arkadaşları tarafından ilk kez 1975 yılında yayınlanmıştır. Test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık olarak toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir (84). Türk toplumunda eğitilmiş ve eğitimsiz yaşlılara göre yeniden düzenlenmiş standartize mini mental testin geçerlik güvenirlik çalışmasını 2009 yılında Keskinoglu ve arkadaşları yapmıştır (85).

Cronbach Alpha katsayısı eğitilmiş ve eğitimsiz yaşlılar için değerleri 0.70'den yüksek bulunmuştur. Eğitilmiş yaşlılar için 22 puan ve altı bilişsel bozukluğu, 23 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini göstermektedir. Eğitimsiz yaşlılar için 18 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu, 19 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini göstermektedir (85).

3.6.2. Tanıtım Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan sosyo-demografik özellikler (*yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, kim/lerle yaşadığı, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, boy, kilo, beden kitle indeksi*) ve diyabete ilişkin özellikler (*diyabet tanı süresi, tedavi şekli, diyabete bağlı komplikasyon varlığı, diyabete yönelik eğitim alma durumu, HbA1c düzeyi*) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

3.6.3. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi (DÖBA)

Toobert ve Glasgow tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir (86). 2000 yılında Toobert ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiş ve daha önce bu kapsamda değerlendirilmeyen ayak bakımı ve sigara ile ilgili maddeler de eklenerek içeriği genişletilmiştir. Bu anket ile hastaya; diyet, egzersiz, kan glikoz testi, ayak bakımı ve sigara başlıkları altında yer alan öz bakım aktivitelerini son yedi gün içinde kaç gün gerçekleştirdiği sorulmaktadır. Cevaplar bir sayı doğrusu üzerinde gün olarak (0-7 arasında) işaretlenmekte, yalnızca sigara kullanımı sorgulayan 11. madde 0- içmiyorum, 1- içiyorum (içilen sigara miktarı/ adet) şeklinde belirtilmektedir (87).

Ölçeğin tüm alt boyutları bağımsız olarak kullanılabilen ve ayrı ayrı puanlanabilmektedir. İlk dört madde diyabetli bireylerin beslenme durumunu belirlemek için kullanılmaktadır. 1. ve 2. maddenin toplam ortalaması genel diyet puanını oluşturmakta olup 4. madde ters puanlanarak 3. ve 4. maddenin toplam ortalaması önerilen özel diyet puanını oluşturmaktadır. Bu 4 maddenin toplam ortalaması diyet puanını oluşturmaktadır. 5. ve 6. maddelerin toplam puan ortalaması egzersiz puanını, 7. ve 8. maddelerin toplam puan ortalaması kan glikozu puanını, 9. ve 10. maddelerin toplam puan ortalaması ise ayak bakımı puanını oluşturmaktadır.

11. madde;0= Hayır, 1= Evet (günlük ortalama içilen sigara sayısı) olarak sigara kullanım durumunu göstermektedir. 11. maddede yer alan sigara kullanma durumu dışındaki diğer tüm maddelerde puanların yüksek olması beklenmektedir. Puanın yüksek bulunması diyabetli bireylerin öz bakım aktivitelerini daha çok yaptığını göstermektedir (87). Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışması 2009 yılında Coşansu ve Erdoğan tarafından yapılmıştır. Anketin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları; diyet alt boyutu için 0.724; egzersiz alt boyutu için 0.583; kan glikozu izlemi alt boyutu için 0.471 ve ayak bakımı alt boyutu için 0.884 olarak bulunmuştur (29). Çalışmamızda genel ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.724 bulunmuştur.

3.6.4. Diyabet Bakım Profili (DBP)

Diyabet Bakım Profili anketi, diyabet ve tedavisinin sosyal ve psikolojik yönlerini değerlendiren bir formdur. “Diyabet Eğitim Profili (Diabetes Educational Profile)” ismi ile ilk kez 1987 yılında Devis ve arkadaşları tarafından diyabetli bireylerin ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (88). Diyabet Eğitim Profili, 1996 yılında Fitzgerald ve arkadaşları tarafından Diyabet Bakım Profili (Diabetes care profile) ismi ile yeni versiyon olarak düzenlenmesi yapılmıştır. Geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanıma sunulan Diyabet Bakım Profili, diyabetli bireylerde hastalıkları ve bakımlarıyla ilgili psikososyal yönleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır (89). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özcan tarafından 1999’ da yapılmıştır. Diyabet Bakım Profili 104 maddeden ve 14 alt boyuttan oluşmaktadır. Diyabet Bakım Profili’nde kontrol problemleri, sosyal ve kişisel faktörler, negatif tutum, tıbbi engeller, izleme engelleri ve egzersiz engelleri olmak üzere diyabet kontrolünü zorlaştıran faktörleri kapsayan 6 alt boyut ile pozitif tutum, öz bakım yeterliliği, bakımın önemi, öz bakıma uyum, diyetle uyum, diyabet bilgisi, uzun dönem bakımın yararları, destek tutumları olmak üzere diyabet kontrolünü iyileştiren faktörleri kapsayan 8 alt boyut bulunmaktadır. Ölçek maddeleri 5’li likert tipi puanlama ile değerlendirilmiştir. Her alt boyut içindeki madde puanlarının toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmesi ile 1’den 5’e kadar değişebilen alt boyut toplam puanları üzerinden değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.54-0.98 arasında bulunmuştur ve destek tutumları Cronbach Alpha katsayısı 0.58'dir. Özcan diyabet bakım profili ölçeğinin alt gruplarının bağımsız olarak kullanılabilceğini belirtmiştir (90). Bu nedenle çalışmamızda sosyal desteği ölçmek için diyabet bakım profili ölçeğinin destek tutumları alt boyutunu kullanılmıştır. Çalışmamızda Cronbach Alpha katsayısı 0.614 bulunmuştur.

3.6.5. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Bireyin günlük yaşam aktivitelerinden olan banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktivitelerindeki bağımlılık düzeyini belirlemeye yönelik olan ölçek 6 sorudan oluşmaktadır. Özellikle kronik hastalıklarda ve yaşlılarda öz bakım fonksiyonlarını değerlendirmek için düzenlenen ölçek 1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (91). Değerlendirme; birey her bir aktiviteyi bağımsız olarak yapıyorsa 1 puan, yardım alarak kısmen yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 3 puan verilerek yapılmaktadır. Ölçekten toplam 0-6 arası puan alanlar "bağımsız", 7-12 arası puan alanlar "yarı bağımlı", 13-18 arası puan alanlar ise "bağımlı" olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Pehlivanoğlu ve ark. tarafından yapılmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (92). Çalışmamızda Cronbach Alpha katsayısı 0.93 bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi SPSS 23 istatistik paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, çapraz tablolar) kullanılmıştır. Verilerin dağılımının normal dağılıma uygunluğu için literatürde kabul gören tekniklerden Kolmogorov-Smirnov testi ($p < 0.05$ olmalı) çarpıklık basıklık katsayıları (± 1 olmalı) (93) ve $\bar{X}/SS < 4$ (94) eşitsizliğinin üçüne aynı anda bakılmış ve ağırlık hangi grupta ise o tercih edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olduğu durumlarda bağımsız örneklem t testine ANOVA testi kullanılmış olup normal dağılıma uygun olmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde farklılıkların analizi için Tukey testi kullanılmıştır.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ve Spearman's Rho ile incelenmiştir. Pearson korelasyon katsayısı parametrik testlerden olup, nonparametrik karşılığı ise Spearman's Rho istatistiğidir. (94). Korelasyon katsayısı $r=0$ ise X ve Y arasında “korelasyon yok”, 0.00-0.25 arasında ise “çok zayıf korelasyon”, 0.26-0.49 ise “zayıf korelasyon” 0.50-0.69 arasında ise “orta dereceli korelasyon”, 0.70-0.89 arasında ise “yüksek korelasyon”, 0.90-1 arasında ise çok yüksek korelasyon ve $r=1$ ise tam korelasyon olduğunu ifade etmektedir (95). Bütün analizlerde $p<0.05$ olduğu durumlarda istatistiksel olarak anlamlılık kabul edilmiştir. Çalışmada kullanılan veri setlerine ilişkin ölçeklerin normal dağılıma uygunluk durumlarını gösteren istatistikler Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Normal Dağılıma Uygunluk Durumları

		Kolmogorov- Smirnov ($p.>0.05$)	Skewness (Çarpıklık) (± 1)	Kurtosis (Basıklık) (± 1)	(\bar{X})/ SS < 4
HbA1c		0.001	1.001	0.507	4.6
Diyabet Bakım Profili Ölçeği		0.001	1.419	2.983	8.8
Diyabet Öz Bakım Aktivite leri Ölçeği	Diyet alt boyutu	0.001	-0.694	0.800	3.7
	Egzersiz alt boyutu	0.001	0.898	0.372	1.1
	Kan şekeri alt boyutu	0.001	0.038	-0.335	2.1
	Ayak bakımı alt boyutu	0.001	-0.766	-0.821	2.0
	Ölçek Toplam Puanı	0.200	0.124	-0.541	3.1
KATZ Günlük Yaşam Aktivite leri Ölçeği	Beslenme Alt Boyutu	0.001	3.109	9.435	2.7
	Transfer Alt Boyutu	0.001	0.883	-0.310	2.3
	Tuvalet İhtiyacı Alt Boyutu	0.001	1.524	0.930	2.1
	Banyo Yapma Alt Boyutu	0.001	0.941	-0.605	1.9
	Giyinme Alt Boyutu	0.001	1.544	1.057	.9
	Kontinas Alt Boyutu	0.001	1.913	2.310	2.1
	Ölçek Toplam Puanı	0.001	1.493	1.356	2.5

Tablo 3.1.’ de açıklandığı üzere HbA1c veri seti, destek tutumları ölçeği normal dağılım göstermezken; diyabet öz bakım aktiviteleri genel ölçeği ve ölçeğin tüm alt boyutları normal dağılım göstermektedir. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği toplam puanı normal dağılım göstermezken; alt boyutlar incelendiğinde beslenme alt boyutu, tuvalet ihtiyacı alt boyutu, giyinme alt boyutu ve kontinas alt boyutları da normal dağılım göstermemekte ancak transfer alt boyutu ve banyo yapma alt boyutu normal dağılım göstermektedir.

Çalışmada ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek için literatürde de sıkça kullanılan Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı biçimde ölçme derecesidir. Güvenilir bir test veya ölçek benzeri şartlarda tekrar uygulandığında benzeri sonuçlar verir. Bir test veya ölçek ne derece güvenilir ise ondan elde edilen veriler de o derece güvenilirlerdir (95). Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alpha değerleri Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Güvenilirlik Analizi Sonucu

Güvenilirlik Analizi	
Ölçekler	Cronbach's Alpha
Öz Bakım Aktivitesi Ölçeği	0.724
Diyet Alt Boyutu	0.724
Egzersiz Alt Boyutu	0.583
Kan Glikozu Testi Alt Boyutu	0.471
Ayak Bakımı Alt Boyutu	0.884
DBP Destek Tutumları Ölçeği	0.614
KATZ GYA Ölçeği	0.930

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için “Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan” 09.08.2018 tarih ve 2018/149 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek VI). Çalışmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi’nden yazılı kurum izni alınmıştır (Ek VII). Ayrıca araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun olan kişilere uygulamaya başlamadan önce araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanarak, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam (Ek VIII) ve ölçeklerin kullanımına ilişkin izin yazıları alınmıştır (Ek IX).

3.9. Çalışmanın Akış Şeması

Başlama Tarihi	01.10.2018
Verilerin Toplanması	05.10.2018- 15.05.2019
Verilerin Değerlendirilmesi	10.07.2019-14.07.2019
Araştırma Raporunun Yazılması	14.07.2019-27.07.2019

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina gerçekleştirildiğinden dolayı örneklem sınırlılığı içermektedir. Bu nedenlerle çalışma sonuçları genellenememekte, ancak genellemeye katkı sağlayabilmektedir.

4. BULGULAR

Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen bulgular 8 bölümde incelenerek sunulmuştur:

- 4.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler
- 4.2. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler
- 4.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması
- 4.4. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikler
- 4.5. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler
- 4.6. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu İle KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırması
- 4.7. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- 4.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

4.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılara İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik ve diyabete ilişkin özelliklerine yönelik tanıtıcı bilgileri değerlendirilmiş olup tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Mini Mental Test Puanı ve Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=113)

Sosyo-demografik Özellikler		n	$\bar{x} \pm SS$	min-max
Yaş Ortalaması			74.32 \pm 7.28	65-100
Eğitilmişler için mmt puanı		67	19.19 \pm 1.97	15-22
Eğitimsizler için mmt puanı		46	16.80 \pm 1.16	14-18
		n	%	
Cinsiyet	Kadın	64	56.6	
	Erkek	49	43.4	
Medeni durum	Evli	81	71.7	
	Evli değil	32	28.3	
Öğrenim durumu	Okuryazar	18	15.9	
	İlkokul	45	39.8	
	Ortaokul	11	9.7	
	Lise	13	11.5	
	Üniversite	6	5.3	
	Okuryazar değil	20	17.7	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	7.1	
	Eşyle birlikte	48	43.4	
	Aile birlikte	51	45.1	
	Aile dışında birileri	6	4.4	
Yaşadığı yer	İl merkezi	85	75.2	
	İlçe merkezi	25	22.1	
	Köy	3	2.7	
Nerede yaşadığı	Kendi evimde	81	71.7	
	Çocuklarımla	27	23.9	
	Bakım kurumunda	5	4.4	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	98.2	
	Çalışıyor	2	1.8	
Meslek	Emekli	58	51.3	
	Ev hanımı	52	46	
	Esnaf	2	1.8	
	Çiftçi	1	0.9	
Sosyal güvence	Yok	6	5.3	
	Var	107	94.7	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	20	17.7	
	Gelir gidere eşit	70	61.9	
	Geliri giderinden fazla	23	20.4	

Tablo 4.1.1. Devamı...

Sigara kullanımı	Evet	6	5.3
	Hayır	84	74.3
	Bırakmış	23	20.4
Alkol kullanımı	Evet	2	1.8
	Hayır	111	98.2
	Bırakmış	0	0
Kronik hastalık	Evet	101	89.4
	Hayır	12	10.6
Toplam		113	100

Çalışma kapsamına alınan diyabetli yaşlıların Mini Mental Test puan ortalamaları ve sosyo-demografik özellikleri için Tablo 4.1.1. incelendiğinde; mini mental test puan ortalaması eğitilmiş bireyler için 19.19 ± 1.97 , eğitimsiz bireyler için 16.80 ± 1.16 olup, eğitilmiş bireyler için en düşük puan 15, en yüksek puan 22 iken eğitimsiz bireylerde en düşük puan 14, en yüksek puan 18 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan diyabetli bireylerin yaş ortalaması 74.3 ± 7.3 yıl olup en küçük değer 65, en büyük değer ise 100'dür. Katılımcıların %56.6'sı kadın, %71.7'si evli, %39.8'i ilkokul mezunu, %45.1'i ailesiyle birlikte yaşamakta, %75.2'si il merkezinde, %71.7'sinin kendi evinde yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %98.2'si herhangi bir işte çalışmamakta, %51.3'ü emekli, %94.7'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Diyabetli yaşlıların %61.9' u gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu, %74.3'ü sigara kullanmadığını, %98.2'si alkol kullanmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %89.4'ü diyabet dışında hekim tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Kronik hastalığı olduğunu belirten diyabetli yaşlıların hastalık türlerine göre dağılımı ve bazı tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.1.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Kronik Hastalık Türlerine Göre Dağılımı (n=101)

Kronik Hastalıklar*	n	%	Kronik Hastalık Tanı Süresi			İlaç Kullanımı	
			$\bar{X} \pm SS$	Min.(yıl)	Mak. (yıl)	Var	%
Hipertansiyon	81	71.7	19.27±10.05	3	52	79	97.5
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	16	14.2	7.25±3.25	3	15	16	100
Kronik kalp yetmezliği	10	8.8	9.90±6.29	4	20	10	100
Hipotroidi	8	7.1	19.75±9.79	10	40	8	100
Hipertroidi	6	5.3	24.50±9.73	12	36	6	100
Koroner arter hastalığı	32	27.4	13.25±8.92	2	40	32	100
Astım	5	4.4	12.60±4.87	8	20	4	80.0
Hiperlipidemi	8	7.1	17.12±12.48	3	40	7	87.5
Kronik böbrek yetmezliği	8	7.1	4.75±2.71	1	10	7	87.5

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Veriler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1.2. incelendiğinde diyabet dışında hekim tarafından tanı konulmuş kronik hastalığı olan diyabetli yaşlılarda en sık görülen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%71.7), koroner arter hastalığı (%27.4), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%14.2) ve kronik kalp yetmezliğidir (%8.8). Bu kronik hastalıklara sahip diyabetli yaşlıların tamamının ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığa sahip olan diyabetli yaşlıların ilaç kullanım oranı %85'den fazladır.

Tablo 4.1.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=113)

Diyabete İlişkin Özellikler		$\bar{x} \pm SS$	Min-max	
Diyabet tanı süresi(yıl)		18.72±9.48	3-45	
HbA1C		9.1±2.0	6.60-15.60	
Hastaneye yatma sıklığı		1.33±0.73	1-4	
Eğitim alma sıklığı		1.76±0.93	1-4	
		n	%	$\bar{x} \pm SS$
Diyabet tedavi şekli	Beslenme	0	-	-
	Oral antidiyabetik	34	30.1	3.40±1.03
	İnsülin	14	12.4	3.52±0.78
	Beslenme +OAD	11	9.7	4.54±0.91
	Beslenme +İnsülin	4	3.6	4.87±0.97
	İnsülin+ OAD	38	33.6	3.86±1.01
	Beslenme+OAD+insülin	12	10.6	4.54±0.85
Toplam				3.86±1.05
Diyabete Bağlı Gelişen Kronik Komplikasyon Varlığı	Yok	30	26.5	
	Bilmiyorum	29	25.7	
	Var	54	47.8	
	Retinopati	36	66.7	
	Nöropati	14	25.99	
	Nefropati	12	22.22	
	Hipertansiyon	24	44.44	
	Svo	3	5.6	
	Periferik damar hastalığı	19	35.2	
İskemik kalp hastalığı	8	14.8		
Diyabet nedeniyle son 1 yılda hastaneye yatma durumu, sıklığı ve nedenleri	Hayır	92	81.4	
	Evet	21	18.6	
	1 kez	16	76.2	
	2 kez	4	19.0	
	4kez	1	4.8	
	Şeker yüksekliği	11	52.4	
	Şeker regülasyonu	6	28.6	
Tedavi değişikliği	4	19.0		
Düzenli sağlık kuruluşuna gitme durumu ve sıklığı	Hayır	61	54	
	Evet	52	46	
	3 ayda 1	16	30.8	
	6 ayda 1	31	59.6	
	12 ayda 1	5	9.6	
	Hastane	51	98.1	
Aile sağlığı merkezi	1	1.9		
Eğitim alma durumu	Hayır	42	37.1	
	Evet	71	62.8	
Alınan eğitim sayısı	1 kez	37	52.1	
	2kez	18	25.4	
	3 kez	12	16.9	
	4 kez	4	5.6	
Eğitim alınan kişi	Hemşire	56	78.9	
	Hekim	15	21.1	

Tablo 4.1.3. Devamı...

Eğitimi yeterli buldunuz mu?	Hayır	9	12.7
	Evet	62	87.3
Eğitim alınan konular*	Beslenme eğitimi	65	91.5
	Egzersiz eğitimi	27	38
	İnsülin kullanım eğitimi	53	74.6
	Ayakkbakım eğitimi	31	43.7
	Kendi kendine şeker izlemi eğitimi	64	90.1

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Veriler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1.3. incelendiğinde; katılımcıların diyabet tanı süreleri ortalaması 18.72 yıl olup standart sapması 9.48'dir. Tanı süresinde minimum değer 3 yıl, maksimum değer ise 45 yıldır. Katılımcıların HbA1C değerleri ortalaması 9.1 olup standart sapması 2.0'dir. HbA1C minimum değeri 6.60 iken maksimum değer ise 15.60'tır. Katılımcıların %30.1'i sadece oral antidiyabetik ilaç tedavisini aldığını ifade etmiştir. İnsülin ve oral antidiyabetik kullananlar ise %33.6, tedavi yöntemlerinin üçünü bir arada kullanan katılımcılar ise % 10.6 olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların %26.5'i diyabete bağlı gelişen kronik komplikasyon olmadığını ifade ederken %25.7'si kronik komplikasyon varlığını bilmediği ve %47.82'i de komplikasyon olduğunu belirtmiştir. Diyabete bağlı olarak gelişen kronik komplikasyonu olan bireylerde sırasıyla en fazla %66.7 retinopati, %44.44 hipertansiyon, %35.2 periferik damar hastalığı görülmüştür. Bireylerin %81.4'ünün son bir yılda diyabet nedeniyle hastaneye yatmadığı, hastaneye yatan bireylerin %52.4'ünün şeker yüksekliği, %28.6'sının şeker regülasyonu, %19'unun tedavi değişikliği nedeni ile hastaneye yatış yaptığı saptanmıştır. Son bir yılda hastaneye yatış yapan bireylerin %76.2'sinin bir kez, %19'unun iki kez, % 4.8'inin ise dört kez hastaneye yattığı tespit edilmiştir.

Diyabetli yaşlıların %46'sının diyabet tedavisi için düzenli olarak 6 ayda bir (%59.6) sağlık kuruluşuna gittiği görülmüştür. Diyabet tedavi ve yöntemi hakkında katılımcıların % 62.8'i eğitim almıştır. Eğitim alan bireylerin %52.1'i bir kez olmak üzere % 78.9'u hemşirelerden eğitim almış, bu bireylerin %87.3'ü aldıkları eğitimi yeterli bulmuştur. Katılımcıların aldıkları eğitim konuları sırasıyla %91.5 beslenme eğitimi, %90.1 kendi kendine şeker izleme eğitimi, %74.6 insülin eğitimi, %43.7 ayak bakımı eğitimi ve %38 egzersiz eğitimidir.

4.2.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Tanımlayıcı Özellikleri(n=113)

Öz bakım aktiviteleri		$\bar{x} \pm SS$
Diyet	1.Son 7 günün kaç gününde sağlıklı bir beslenme planı izlediniz?	3.87±1.97
	2.Geçen ay içinde ortalama olarak haftada kaç gün beslenme planınıza uydunuz?	4.12±4.12
	3. Son 7 günün kaç gününde beş porsiyon ya da daha fazla meyve ve sebze yediniz?	4.77±4.77
	4. Son 7 günün kaç gününde kırmızı et veya tam yağlı süt ürünleri gibi yüksek yağ içeren besinler tükettiniz?	2.67±1.74
	Diyet alt boyutu toplam puanı	3.86±1.05
Egzersiz	5. Son 7 günün kaç gününde en az 30 dakikalık fiziksel bir aktivitede bulundunuz? (yürüme dahil olmak üzere ara vermeksizin, sürekli ve düzenli yapılan aktivitelerin dakika olarak toplamı)	2.78±2.42
	6. Son 7 günün kaç gününde evde veya işinizde yaptıklarınızın dışında ayrıca yüzme, bisiklete binme ve yürüme gibi egzersizler yaptınız?	0.85±1.64
	Egzersiz alt boyutu toplam puanı	1.81±1.74
Kan Glikozu	7.Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi ölçtünüz?	4.78±2.13
	8. Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi sağlık ekibinizin önerdiği sıklıkta ölçtünüz?	2.77±2.44
	Kan glikozu testi alt boyutu genel istatistikler	3.77±1.85
Ayak Bakımı	9. Son 7 günün kaç gününde ayaklarınızı kontrol ettiniz?	5.05±2.42
	10. Son 7 günün kaç gününde ayakkabılarınızın içini gözden geçirdiniz?	4.80±2.67
	Ayak bakımı alt boyutu toplam puanı	4.93±2.41
Ölçek toplam puanı		14.43±4.66
Sigara	Hayır: 107 (% 94.7)	
	Evet: 6 (% 5.3)	
	İçilen sigara sayısı	
	10 tane: 2 (%33.3)	
15 tane: 1 (%16.67)		
20 tane: 3 (% 50)		

Tablo 4.2.1 incelendiğinde öz bakım aktiviteleri ölçeğinde diyet alt boyutu ortalaması 3.86±1.05; egzersiz alt boyutu ortalaması 1.81±1.74; kan glikozu alt boyutu ortalaması 3.77±1.85 ve ayak bakımı alt boyutu ortalaması 4.93±2.41'dir. Ölçeğin genel ortalaması ise 14.43±4.66 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %94.7'si sigara kullanmadığını ifade etmiştir. Sigara kullananların %50'si günde 20 tane içtiğini belirtmiştir.

4.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

4.3.1. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği diyet alt boyutu ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması (n=113)

Tablo 4.3.1. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Diyet Alt Boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Sosyodemografik özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri diyet alt boyut puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	64	3.91	1.04	0.565
	Erkek	49	3.80	1.07	
Medeni durum	Evli	81	3.91	1.11	0.358
	Evli değil	32	3.71	0.88	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	20	3.41	1.00	0.057
	Okuryazar	18	3.64	1.00	
	İlkokul	45	4.08	0.91	
	Ortaokul	11	3.45	1.31	
	Lise	13	4.15	0.92	
	Üniversite	6	4.37	1.56	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	3.81	0.74	0.579
	Eşyle birlikte	48	3.85	1.20	
	Aile ile birlikte	51	3.81	0.97	
	Aile dışında birileri	5	4.50	0.43	
Yaşadığı yer	İl merkezi	85	3.85	1.11	0.263
	İlçe merkezi	25	3.97	0.78	
	Köy	3	2.92	1.04	
Nerede yaşadığı	Kendi evimde	81	3.86	1.10	0.307
	Çocuklarımla	27	3.71	0.96	
	Bakım kurumunda	5	4.50	0.47	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	3.84	1.04	0.299
	Çalışıyor	2	4.62	1.24	
Meslek	Emekli	58	3.89	1.07	0.730
	Ev hanımı	52	3.79	1.05	
	Esnaf	2	4.62	1.24	
	Çiftçi	1	3.75	-	
Sosyal güvence	Yok	6	3.96	0.56	0.808
	Var	107	3.85	1.07	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	20	3.64	0.99	0.354
	Gelir gidere eşit	70	3.84	1.11	
	Geliri giderinden fazla	23	4.10	0.92	
Sigara kullanımı	Evet	6	3.37	2.04	0.518
	Hayır	84	3.89	0.93	
	Bırakmış	23	3.87	1.16	
Alkol kullanımı	Evet	2	2.50	1.41	0.065
	Hayır	111	3.88	1.04	
	Bırakmış	-	-	1.05	
Kronik hastalık	Evet	101	3.86	1.04	0.880
	Hayır	12	3.81	1.15	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Tablo 4.3.1. incelendiğinde cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, yaşadığı kişi, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve kronik hastalık değişkenleri için $p > 0.05$ olmasından dolayı diyet alt boyutunun bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediğine karar verilir.

Tablo 4.3.2. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Diyet Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Diyabete ilişkin özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri diyet alt boyut puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Diyabet tedavi şekli	Beslenme tedavisi	0	-	-	0.001
	Oral antidiyabetik ilaç	34	3.40	1.03	
	İnsülin	14	3.52	0.78	
	Beslenme+oral antidiyabetik	11	4.54	0.91	
	Beslenme + İnsülin	4	4.87	0.97	
	İnsülin + oral antidiyabetik	38	3.86	1.01	
	Hepsi	12	5.54	0.85	
Komplikasyon varlığı	Yok	30	59.32	1.15	0.891
	Bilmiyorum	29	56.95	0.51	
	Var	54	55.74	1.21	
Hastaneye yatma	Hayır	93	3.79	1.02	0.136
	Evet	20	4.17	1.14	
Düzenli sağlık kuruluşu ziyareti	Hayır	61	3.65	1.07	0.028
	Evet	52	4.09	0.98	
Eğitim alma durumu	Hayır	42	3.37	1.06	0.001
	Evet	71	4.14	0.94	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Komplikasyon varlığı ve hastaneye yatma değişkenleri için $p > 0.05$ olmasından dolayı diyet alt boyutunun bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediğine karar verilir. Ancak diyabet tedavi şekli, düzenli sağlık kuruluşu ziyareti ve eğitim alma değişkenleri için $p < 0.05$ olmasından dolayı diyet alt boyutu için anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Düzenli sağlık kuruluşunu ziyaret edenlerin ve diyabetle ilgili eğitim alan katılımcıların diyet puanları düzenli olarak sağlık kuruluşuna gitmeyen ve eğitim almamış katılımcılara göre daha yüksektir.

Diyabet tedavi şekli için Tukey testi (varyanslar homojen olduğu için) incelendiğinde; “Beslenme+oral antidiyabetik” tedavisi alanların diyet alt grubu puanları sadece oral antidiyabetik tedavisi alanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Üç tedavi şeklini aynı anda alanların diyet alt grubu puanları sadece oral antidiyabetik tedavisi alanlardan anlamlı olarak daha yüksektir.



4.3.2. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği egzersiz alt boyutu ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması (n=113)

Tablo 4.3.3. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Egzersiz Alt Boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Sosyo-demografik özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri egzersiz alt boyut puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	64	1.58	1.62	0.111
	Erkek	49	2.11	1.86	
Medeni durum	Evli	81	2.03	1.77	0.034
	Evli değil	32	1.26	1.55	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	20	1.25	1.41	0.105
	Okuryazar	18	1.47	1.70	
	İlkokul	45	1.73	1.66	
	Ortaokul	11	2.82	1.40	
	Lise	13	2.11	2.32	
	Üniversite	6	2.83	1.91	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	1.50	1.36	0.004
	Eşiyle birlikte	48	2.47	1.84	
	Aile ile birlikte	51	1.33	1.55	
	Aile dışında birileri	5	0.80	0.84	
Yaşadığı yer	İl merkezi	85	1.79	1.81	0.925
	İlçe merkezi	25	1.86	1.28	
	Köy	3	2.17	3.33	
Nerede yaşadığı	Kendi evimde	81	2.07	1.75	0.045
	Çocuklarımla	27	1.20	1.64	
	Bakım kurumunda	5	1.00	1.00	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	1.81	1.74	0.722
	Çalışıyor	2	2.25	1.77	
Meslek	Emekli	58	2.17	1.85	0.004
	Ev hanımı	52	1.32	1.41	
	Esnaf	2	2.25	1.77	
	Çiftçi	1	6.00	-	
Sosyal güvence	Yok	6	2.08	2.31	0.699
	Var	107	1.80	1.71	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	20	1.77	1.82	0.860
	Gelir gidere eşit	70	1.88	1.73	
	Geliri giderinden fazla	23	1.65	1.77	
Sigara kullanımı	Evet	6	3.67	1.86	0.005
	Hayır	84	1.55	1.51	
	Bırakmış	23	2.28	2.14	
Alkol kullanımı	Evet	2	3.00	4.24	0.333
	Hayır	111	1.79	1.70	
	Bırakmış	-	-	1.74	
Kronik hastalık	Evet	101	1.67	1.65	0.012
	Hayır	12	3.00	2.06	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Tablo 4.3.3. incelendiğinde cinsiyet, öğrenim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi ve alkol kullanımı değişkenleri için $p>0.05$ olmasından dolayı egzersiz alt boyutu bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak medeni durum, birlikte yaşadığı kişi, nerede yaşadığı, meslek, sigara kullanımı ve kronik hastalık değişkenleri için $p<0.05$ olmasından dolayı egzersiz alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Evli olanların ve diyabet dışında hekim tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığı olmadığını ifade edenlerin egzersiz alt boyutu puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşadığı kişi değişkeni için Tukey (varyanslar homojen olduğu için) test sonuçları incelendiğinde; eşiyile birlikte yaşayanların egzersiz puanı en yüksek bulunmuş olup, aile ile birlikte yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Kendi evinde yaşadığını ifade edenlerin egzersiz puanı en yüksek iken bakım kurumunda yaşayan katılımcıların puanı en düşük bulunmuştur. Emeklilerin ve sigara kullananların egzersiz bakım puanları ev hanımı olan ve sigara kullanmayan bireylere göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Diğer gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4.3.4. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Egzersiz Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Diyabete ilişkin özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri egzersiz alt boyut puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Diyabet tedavi şekli	Beslenme tedavisi	0	-	-	0.028
	Oral antidiyabetik ilaç	34	2.13	1.90	
	İnsülin	14	0.96	1.05	
	Beslenme+oral antidiyabetik	11	3.14	1.95	
	Beslenme + İnsülin	4	2.00	1.41	
	İnsülin +oral antidiyabetik	38	1.50	1.64	
	Hepsi	12	1.62	1.48	
Komplikasyon varlığı	Yok	30	63.13	1.79	0.224
	Bilmiyorum	29	60.74	1.95	
	Var	54	51.58	1.56	
Hastaneye yatma	Hayır	93	1.91	1.73	0.215
	Evet	20	1.37	1.78	
Düzenli sağlık kuruluşu ziyareti	Hayır	61	1.67	1.69	0.349
	Evet	52	1.98	1.79	
Eğitim alma durumu	Hayır	42	1.56	1.66	0.233
	Evet	71	1.96	1.78	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Egzersiz alt boyutu yalnızca diyabet tedavi şekli değişkeni için anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < \alpha = 0.05$). “Beslenme+oral antidiyabetik” tedavisi alanların egzersiz alt boyutu puanları “insülin” tedavisi alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olup, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Komplikasyon varlığı, hastaneye yatma, düzenli sağlık kuruluşu ziyareti ve eğitim alma değişkenleri için $p > 0.05$ olmasından dolayı egzersiz alt boyutu bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Yalnızca diyabet tedavi şekli değişkeni için anlamlı bir farklılık göstermektedir.

4.3.3. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği kan glikozu alt boyutu ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması (n=113)

Tablo 4.3.5. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Kan Glikozu Alt boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Sosyo-demografik özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri kan glikozu alt boyut puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	64	4.02	1.72	0.103
	Erkek	49	3.45	1.98	
Medeni durum	Evli	81	3.67	1.90	0.328
	Evli değil	32	4.05	1.72	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	20	3.30	1.17	0.162
	Okuryazar	18	3.75	1.54	
	İlkokul	45	3.85	1.85	
	Ortaokul	11	4.59	2.26	
	Lise	13	3.04	2.58	
	Üniversite	6	4.92	1.36	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	4.94	1.15	0.154
	Eşiyle birlikte	48	3.95	1.83	
	Aile ile birlikte	51	3.45	1.90	
	Aile dışında birileri	5	3.50	2.06	
Yaşadığı yer	İl merkezi	85	3.82	1.85	0.871
	İlçe merkezi	25	3.68	1.97	
	Köy	3	3.33	1.26	
Nerede yaşadığı	Kendi evimde	81	3.59	1.86	0.239
	Çocuklarımla	27	4.18	1.84	
	Bakım kurumunda	5	4.50	1.58	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	3.81	1.83	0.119
	Çalışıyor	2	1.75	2.47	
Meslek	Emekli	58	3.86	2.01	0.447
	Ev hanımı	52	3.74	1.65	
	Esnaf	2	1.75	2.47	
	Çiftçi	1	4.50	-	
Sosyal güvence	Yok	6	3.33	1.12	0.551
	Var	107	3.80	1.88	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	20	4.10	1.98	0.688
	Gelir gidere eşit	70	3.71	1.87	
	Geliri giderinden fazla	23	3.67	1.73	
Sigara kullanımı	Evet	6	4.33	2.14	0.752
	Hayır	84	3.74	1.85	
	Bırakmış	23	3.76	1.83	
Alkol kullanımı	Evet	2	5.25	0.35	0.258
	Hayır	111	3.75	1.86	
	Bırakmış	-	-	1.85	
Kronik hastalık	Evet	101	3.74	1.90	0.544
	Hayır	12	4.08	1.46	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Tablo 4.3.5 incelendiğinde sosyo-demografik değişkenler için $p > 0.05$ olmasından dolayı kan glikozu alt boyutunun bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediğine karar verilir.

Tablo 4.3.6. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Kan Glikozu Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Diyabete ilişkin özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri kan glikozu alt boyutu puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Diyabet tedavi şekli	Beslenme tedavisi	0	-	-	0.009
	Oral antidiyabetik ilaç	34	3.13	3.13	
	İnsülin	14	2.92	2.93	
	Beslenme+oral antidiyabetik	11	4.18	4.18	
	Beslenme + İnsülin	4	5.12	5.13	
	İnsülin +oral antidiyabetik	38	4.05	4.05	
	Hepsi	12	4.87	4.88	
Komplikasyon varlığı	Yok	30	51.08	1.82	0.388
	Bilmiyorum	29	55.55	1.88	
	Var	54	61.06	1.86	
Hastaneye yatma	Hayır	93	3.61	1.81	0.038
	Evet	20	4.55	1.89	
Düzenli sağlık kuruluşu ziyareti	Hayır	61	3.61	1.76	0.324
	Evet	52	3.96	1.96	
Eğitim alma durumu	Hayır	42	3.08	1.99	0.002
	Evet	71	4.18	1.64	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Katılımcılara dair komplikasyon varlığı ve düzenli sağlık kuruluşu ziyareti değişkenleri için $p > 0.05$ olmasından dolayı kan glikozu alt boyutunun bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediğine karar verilir. Diyabet tedavi şekli, hastaneye yatma ve eğitim alma durumu değişkenleri için kan glikozu alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.05$).

Hastaneye yatan hastaların ve diyabetle ilgili eğitim alan hastaların kan glikozu alt boyutu puan ortalamaları yüksektir. Üç tedavi şeklini de aynı anda alanların kan glikozu alt boyutu puanı “oral antidiyabetik” alanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

4.3.4. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ayak bakımı alt boyutu ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması (n=113)

Tablo 4.3.7. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Ayak Bakımı Alt Boyutu ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Sosyo-demografik özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri ayak bakımı alt boyut puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	64	5.36	2.18	0.034
	Erkek	49	4.37	2.59	
Medeni durum	Evli	81	5.09	2.37	0.253
	Evli değil	32	4.51	2.51	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	20	4.62	2.39	0.631
	Okuryazar	18	4.53	2.58	
	İlkokul	45	5.07	2.37	
	Ortaokul	11	4.50	2.66	
	Lise	13	5.19	2.65	
	Üniversite	6	6.33	1.03	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	3.56	3.27	0.100
	Eşiyle birlikte	48	5.50	2.14	
	Aile ile birlikte	51	4.62	2.35	
	Aile dışında birileri	5	4.70	3.27	
Yaşadığı yer	İl merkezi	85	5.10	2.43	0.362
	İlçe merkezi	25	4.32	2.38	
	Köy	3	5.17	1.75	
Nerede yaşadığı	Kendi evimde	81	4.83	2.48	0.713
	Çocuklarımla	27	5.11	2.12	
	Bakım kurumunda	5	5.60	3.13	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	4.93	2.41	0.916
	Çalışıyor	2	4.75	3.18	
Meslek	Emekli	58	4.67	2.60	0.582
	Ev hanımı	52	5.18	2.19	
	Esnaf	2	4.75	3.18	
	Çiftçi	1	7.00	-	
Sosyal güvence	Yok	6	6.08	1.80	0.230
	Var	107	4.86	2.43	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	20	4.90	2.49	0.979
	Gelir gidere eşit	70	4.91	2.25	
	Geliri giderinden fazla	23	5.02	2.87	
Sigara kullanımı	Evet	6	5.67	1.50	0.528
	Hayır	84	4.78	2.46	
	Bırakmış	23	5.26	2.41	
Alkol kullanımı	Evet	2	6.00	1.41	0.529
	Hayır	111	4.91	2.42	
	Bırakmış	-	-	2.41	
Kronik hastalık	Evet	101	4.83	2.43	0.238
	Hayır	12	5.71	2.16	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Tablo 4.3.7 incelendiğinde “cinsiyet” değişkeni için $p < 0.05$ olmasından dolayı ayak bakımı alt boyutu anlamlı bir farklılık göstermektedir. Buna göre; kadınların ayak bakım puanları erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.3.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Ayak Bakımı Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Diyabete ilişkin özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri ayak bakımı alt boyutu puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Diyabet tedavi şekli	Beslenme tedavisi	0	-	-	0.262
	Oral antidiyabetik ilaç	34	5.07	2.28	
	İnsülin	14	4.68	1.99	
	Beslenme+oral antidiyabetik	11	4.95	2.54	
	Beslenme + İnsülin	4	6.00	2.00	
	İnsülin +oral antidiyabetik	38	4.37	2.72	
	Hepsi	12	6.21	1.90	
Komplikasyon varlığı	Yok	30	54.33	2.36	0.855
	Bilmiyorum	29	58.43	2.28	
	Var	54	57.71	2.54	
Hastaneye yatma	Hayır	93	5.11	2.27	0.144
	Evet	20	4.07	2.88	
Düzenli sağlık kuruluşu ziyareti	Hayır	61	5.00	2.33	0.737
	Evet	52	4.85	2.52	
Eğitim alma durumu	Hayır	42	4.99	2.29	0.843
	Evet	71	4.89	2.49	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Katılımcıların diyabet tedavi şekli, komplikasyon varlığı, hastaneye yatma, düzenli sağlık kuruluşu ziyareti ve eğitim alma değişkenleri için $p > 0.05$ olmasından dolayı ayak bakımı alt boyutunun bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur.

4.3.5. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması (n=113)

Tablo 4.3.9. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Toplam Puanı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Sosyo-demografik özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Cinsiyet	Kadın	64	14.91	4.61	0.213
	Erkek	49	13.80	4.69	
Medeni durum	Evli	81	14.78	4.57	0.204
	Evli değil	32	13.54	4.83	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	20	12.59	3.83	0.090
	Okuryazar	18	13.39	4.87	
	İlkokul	45	14.85	4.54	
	Ortaokul	11	15.45	4.60	
	Lise	13	14.50	5.45	
	Üniversite	6	18.46	3.74	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	13.81	5.20	0.036
	Eşiyle birlikte	48	15.87	4.29	
	Aile ile birlikte	51	13.23	4.60	
	Aile dışında birileri	5	13.50	5.45	
Yaşadığı yer	İl merkezi	85	14.63	4.76	0.718
	İlçe merkezi	25	13.83	4.18	
	Köy	3	13.58	6.71	
Kiminle yaşadığı	Kendi evimde	81	14.42	4.65	0.832
	Çocuklarımla	27	14.21	4.81	
	Bakım kurumunda	5	15.60	4.75	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	14.44	4.69	0.749
	Çalışıyor	2	13.37	2.30	
Meslek	Emekli	58	14.68	5.06	0.436
	Ev hanımı	52	14.05	4.21	
	Esnaf	2	13.37	2.30	
	Çiftçi	1	21.25	-	
Sosyal güvence	Yok	6	15.46	4.52	0.580
	Var	107	14.37	4.68	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	20	14.41	5.67	1.000
	Gelir gidere eşit	70	14.42	4.33	
	Geliri giderinden fazla	23	14.44	4.90	
Sigara kullanımı	Evet	6	18.04	5.12	0.080
	Hayır	84	13.96	4.36	
	Bırakmış	23	15.17	5.28	
Alkol kullanımı	Evet	2	16.75	6.72	0.479
	Hayır	111	14.38	4.65	
	Bırakmış	-	-	4.66	
Kronik hastalık	Evet	101	14.15	4.51	0.075
	Hayır	12	16.69	5.46	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Tablo 4.3.9 incelendiğinde sadece “yaşadığı kişi” değişkeni için $p < 0.05$ diyabet özbakım aktivitesi genel ölçeği anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tukey (varyanslar homojen olduğu için) test sonuçları incelendiğinde; “Eşyle birlikte” yaşadığını ifade edenlerin diyabet özbakım aktivitesi ölçeği toplam puanı “aile ile birlikte” yaşadığını ifade edenlerden anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.



Tablo 4.3.10. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Toplam Puanı ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Diyabete ilişkin özellikler		Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puanı			
		n	\bar{x}	SS	p
Diyabet tedavi şekli	Beslenme tedavisi	0	-	-	0.010
	Oral antidiyabetik ilaç	34	13.83	4.30	
	İnsülin	14	12.09	2.74	
	Beslenme+oral antidiyabetik	11	16.91	5.39	
	Beslenme + İnsülin	4	18.00	5.88	
	İnsülin +oral antidiyabetik	38	13.83	4.68	
	Hepsi	12	17.25	4.30	
Komplikasyon varlığı	Yok	30	14.34	4.81	0.887
	Bilmiyorum	29	14.79	4.25	
	Var	54	14.28	4.86	
Hastaneye yatma	Hayır	93	14.47	4.50	0.832
	Evet	20	14.22	5.46	
Düzenli sağlık kuruluşu ziyareti	Hayır	61	14.01	4.29	0.310
	Evet	52	14.92	5.06	
Eğitim alma durumu	Hayır	42	13.08	4.12	0.017
	Evet	71	15.22	4.80	

Anova, bağımsız örneklem t testi, Tukey testi

Katılımcılara dair diyabet tedavi şekli ve eğitim alma değişkenleri $p<0.05$ olduğu için diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği anlamlı bir farklılık göstermektedir. Diyabet hakkında eğitim alanların ve üç tedaviyi aynı anda alan diyabetli yaşlıların diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

4.3.6. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ile HbA1C değeri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (n=113)

Tablo 4.3.11. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile HbA1C Değeri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (n=113)

HbA1c	Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği				
	Diyet	Egzersiz	Kan glikozu	Ayak Bakımı	Ölçek ortalaması
<i>r</i>	0.107	-0.206*	0.257**	0.062	0.061
<i>p</i>	0.259	0.028	0.006	0.512	0.518
<i>n</i>	113	113	113	113	113

HbA1C değeri ile öz bakım aktiviteleri alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; diyet ($p=0.259 > \alpha=0.05$) ve ayak bakımı ($p=0.512 > \alpha=0.05$) alt boyutları arasında pozitif (aynı) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur, fakat korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için bulunan ilişkinin varlığı önemsizdir. Egzersiz alt boyutu ile arasında negatif (ters) yönlü, kan glikozu alt boyutu ile ise pozitif (aynı) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Korelasyon katsayısı (r) incelendiğinde ise HbA1c değeri ile egzersiz ve kan glikozu alt boyutları arasında düşük bir korelasyon olduğu görülmektedir.

HbA1C değeri ile diyabet genel ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde ise; pozitif (aynı) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuş olup, korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için ($p=0.518 > \alpha=0.05$) bulunan ilişkinin varlığı önemsizdir.

4.4.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Özellikler

Tablo 4.4.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n=113)

Diyabetin bilinme durumu		n	%
Ailenin kaç üyesinin diyabetli olduğunuzu bilme durumu	Hiçbiri	2	1.8
	Birkaçı	4	3.5
	Hepsi	107	94.7
Yaklaşık olarak kaç arkadaşının diyabetli olduğunu bilme durumu	Hiçbiri	5	4.4
	Birkaçı	42	37.2
	Hepsi	66	58.4
Toplam		113	100

Tablo 4.4.1 incelendiğinde hastaların %1.8'inin hiçbir aile üyesinin diyabetli olduğunu bilmediğini ifade ederken, %3.5'i aile üyelerinden birkaçının diyabetli olduğunu bildiklerini ve %94.7'si de aile üyelerinin hepsinin bildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %4.4'ünün hiçbir arkadaşının diyabetli olduğunu bilmediğini belirtmiş olup %37.2'si arkadaşlarında birkaçının diyabetli olduğunu bildiklerini ve %58.4'ünün ise arkadaşlarının hepsinin bildiğini belirtmiştir.

Tablo 4.4.2. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Aile ve Arkadaşlarından Beklenen Yardım ve Destek Dağılımı (n=113)

Beklenen yardım ve destek konuları	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	İhtiyacım Olmuyor	\bar{x}	SS
Öğün planımı uygulama	-	2.7	4.4	29.2	37.2	26.5	4.80	0.97
İlaçlarımı almada	-	3.5	0.9	24.8	28.3	42.5	5.05	1.02
Ayak bakımımı sürdürmede	-	4.4	7.1	21.2	28.3	38.9	4.90	1.13
Yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmede	-	8.8	4.4	23.9	28.3	34.5	4.75	1.23
Şekerimi kontrol etmede	-	3.5	5.3	23.9	33.6	33.6	4.88	1.05
Diyabetle ilgili duygularımı kontrol etmede	-	4.4	15.9	23.9	26.5	29.2	4.60	1.19
Toplam							4.83	0.92

Tablo 4.4.2. incelendiğinde, diyabetli yaşlı bireyler en çok ilaç alımında (5.05 ± 1.02) destek beklerken an az duygu kontrolünde (4.60 ± 1.19) destek beklemektedir. Beklenen sosyal destek toplam puanı 4.83 ± 0.92 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Aile ve Arkadaşlarından Alınan Yardım ve Destek Dağılımı (n=113)

Alınan yardım ve destek konuları	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	İhtiyacım olmuyor	\bar{x}	SS
Öğün planımı uygulama	0.9	0.9	2.7	47.8	27.4	20.4	4.61	0.93
İlaçlarımı almada	0.9	2.7	2.7	40.7	23.0	30.1	4.72	1.06
Ayak bakımımı sürdürmede	1.8	10.6	7.1	29.2	20.4	31.0	4.49	1.37
Yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmede	0.9	19.5	8.8	23.0	22.1	25.7	4.23	1.47
Şekerimi kontrol etmede	0.9	8.0	5.3	36.3	25.7	23.9	4.49	1.2
Diyabetle ilgili duygularımı kontrol etmede	2.7	9.7	15.0	25.7	23.0	23.9	4.28	1.38
Toplam							4.47	1.08

Tablo incelendiğinde bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların, en çok ilaç alımında destek aldığı (4.72 ± 1.06), en az ise yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürme (4.23 ± 1.47) konusunda destek aldığı belirlenmiştir. Alınan sosyal destek toplam puanı 4.47 ± 1.08 ' dir.

Tablo 4.4.4. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Aile ve Arkadaşlarından Algılanan Yardım ve Destek Dağılımı (n=113)

Algılanan yardım ve destek konuları	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	\bar{x}	SS
Beni ve diyabetimi kabul ederler	0.9	3.5	5.3	59.3	31.0	4.16	0.75
Diyabetim hakkında beni cesaretlendirir veya güven verir	2.7	7.1	30.1	36.3	23.9	3.72	0.99
Diyabetim hakkında cesaretimi kırar veya üzer	36.3	48.7	13.3	1.8	-	1.80	0.73
Diyabetim hakkında konuşmak istediğimde beni dinler	4.4	8.8	52.2	18.6	15.9	3.33	0.99
Diyabetimden dolayı benim için rahatsızlık duyarlar	14.2	32.7	34.5	10.6	8.0	2.65	1.10
Diyabetle ilgili olarak beni eleştirir	12.4	13.3	46.9	17.7	9.7	2.99	1.10
Toplam						3.11	0.35

Tablo 4.4.4 incelendiğinde diyabetli yaşlıların algıladıkları sosyal destek ortalaması 3.11 ± 0.35 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sosyal destek algısı puanı ‘beni ve diyabetimi kabul ederler’ maddesi (4.16 ± 0.75) için en yüksekken, ‘Diyabetim hakkında cesaretimi kırar veya üzer’ maddesi (1.80 ± 0.73) için en düşük bulunmuştur.

Tablo 4.4.5. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Diyabet Bakımını Sürdürmede En Fazla Destek Alınan Kişi Dağılımı (n=113)

Diyabet bakımını sürdürmede yardım edenler	n	%
Eş	53	46.9
Aile üyeleri	50	44.2
Ücretli yardımcı	8	7.1
Yardım eden yok	2	1.8
Toplam	113	100

Tablo 4.4.5 incelendiğinde katılımcılar diyabet bakımında %46.9'lık oranla en çok eşlerinden yardım aldığını ifade ederken %44.2'lik bir oranla aile üyelerinde yardım almakta ve en az %7.1'lik bir oranla ücretli yardımcıdan yardım almakta olduğunu ifade etmişlerdir. %1.8'lik bir dilim ise bakımlarına yardım eden birinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.4.6. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Sosyo-demografik özellikler		Diyabet bakımprofili ölçeği destek tutumları alt boyutu puanı		
		n	Sıra ortalaması (Mean-rank)	p
Cinsiyet	Kadın	64	58.16	0.655
	Erkek	49	55.48	
Medeni durum	Evli	81	59.78	0.137
	Evli değil	32	49.95	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	20	51.78	0.490
	Okuryazar	18	45.72	
	İlkokul	45	61.41	
	Ortaokul	11	64.59	
	Lise	13	59.42	
	Üniversite	6	56.00	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	8	53.63	0.540
	Eşiyle birlikte	48	60.66	
	Aile ile birlikte	51	55.60	
	Aile dışında birileri	5	40.80	
Yaşadığı yer	İl merkezi	85	54.91	0.444
	İlçe merkezi	25	64.08	
	Köy	3	57.17	
Nerede yaşadığı	Kendi evimde	81	60.41	0.179
	Çocuklarımla	27	49.15	
	Bakım kurumunda	5	44.10	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	111	56.18	0.040
	Çalışıyor	2	102.50	
Meslek	Emekli	58	56.56	0.191
	Ev hanımı	52	55.33	
	Esnaf	2	102.50	
	Çiftçi	1	78.50	
Sosyal güvence	Yok	6	47.08	0.430
	Var	107	57.56	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	20	58.08	0.203
	Gelir gidere eşit	70	60.11	
	Geliri giderinden fazla	23	46.59	
Sigara kullanımı	Evet	6	57.17	0.825
	Hayır	84	57.98	
	Bırakmış	23	53.37	
Alkol kullanımı	Evet	2	12.75	0.046
	Hayır	111	57.80	
	Bırakmış	-	-	
Kronik hastalık	Evet	101	56.15	0.409
	Hayır	12	64.13	

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, Mean Rank

Tablo 4.4.6. incelendiğinde “çalışma durumu” ve “alkol kullanımı” değişkenleri için $p < 0.05$ olmasından dolayı destek tutumları ölçeğinin farklılık gösterdiğine karar verilir. Sıra ortalamaları incelendiğinde gelir getiren bir işte çalışanların ve alkol kullanmadığını ifade edelerin destek tutumları puanı daha yüksektir.

Tablo 4.4.7. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabete İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=113)

Diyabete ilişkin özellikler		Diyabet bakım profili destek tutumları alt boyutu puanı		
		n	Sıra ort. (Mean-rank)	p
Diyabet tedavi şekli	Beslenme tedavisi	0	-	0.067
	Oral antidiyabetik ilaç	34	62.69	
	İnsülin	14	42.86	
	Beslenme+oral antidiyabetik	11	71.18	
	Beslenme + İnsülin	4	43.50	
	İnsülin+oral antidiyabetik	38	50.45	
	Hepsi	12	69.50	
Komplikasyon varlığı	Yok	30	67.93	0.087
	Bilmiyorum	29	53.45	
	Var	54	52.83	
Hastaneye yatma	Hayır	93	55.60	0.311
	Evet	20	63.50	
Düzenli sağlık kuruluşu ziyareti	Hayır	61	52.33	0.089
	Evet	52	62.48	
Eğitim alma durumu	Hayır	42	56.69	0.936
	Evet	71	57.18	

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, MeanRank

Tablo incelendiğinde diyabet tedavi şekli, komplikasyon varlığı, hastaneye yatma, düzenli sağlık kuruluşu ziyareti ve eğitim alma durumu değişkenleri için $p > 0.05$ olduğu için destek tutumları ölçeğinin bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediğine karar verilir.

Tablo 4.4.8. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile HbA1C Değerleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (n=113)

Destek Tutumları Ölçeği	Hba1c
<i>r</i>	-0.262**
<i>p</i>	0.005
n	113

Destek tutumları ile HbA1c değerleri arasında negatif (ters) yönlü ve anlamlı doğrusalbir ilişki vardır. Buna göre bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların sosyal destek düzeyleri arttıkça HbA1c değeri düşmektedir. Korelasyon katsayısı (*r*) incelendiğinde ise bu iki değişken arasında zayıf bir korelasyon olduğu görülmektedir.

4.5.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Tablo 4.5.1. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler (n=113)

KATZ GYA ölçeği	n	%	$\bar{x} \pm SS$
Beslenme Alt Boyutu			
Bağımlı	3	2.7	
Kısmen bağımlı	10	8.8	1.14±0.42
Bağımsız	100	88.5	
Transfer Alt Boyutu			
Bağımlı	10	8.8	
Kısmen bağımlı	39	34.5	1.52±0.65
Bağımsız	64	56.6	
Tuvalet İhtiyacı Alt Boyutu			
Bağımlı	12	10.6	
Kısmen bağımlı	19	16.8	1.38±0.67
Bağımsız	82	72.6	
Banyo Yapma Alt Boyutu			
Bağımlı	18	15.9	
Kısmen bağımlı	27	23.9	1.56±0.75
Bağımsız	68	60.2	
Giyinme Alt Boyutu			
Bağımlı	11	9.7	
Kısmen bağımlı	20	17.7	1.37±0.66
Bağımsız	82	72.6	
Kontinas Alt Boyutu			
Bağımlı	10	8.8	
Kısmen bağımlı	14	12.4	1.30±0.62
Bağımsız	89	78.8	
Ölçek Genel Toplamı			
Bağımlı	11	9.7	
Kısmen bağımlı	41	36.3	8.27±3.31
Bağımsız	61	54	

Tablo 4.5.1’de KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde beslenme alt boyutu ortalaması 1.14±0.42; transfer alt boyutu ortalaması 1,52±0,65; tuvalet ihtiyacı alt boyut ortalaması 1.38±0.67; banyo yapma alt boyutu ortalaması 1.56±0.75; giyinme alt boyutu ortalaması 1.37±0.66 ve kontinans alt boyutu ortalaması 1.30±0.62’dir. Ölçeğin genel ortalaması ise 8.27±3.31 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutları için günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık grubu yüzdelерinin en yüksek olduğu görülmekte olup, genel ölçek bazında hastaların bağımsızlık oranı %54’ tür.

4.6. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırılması

Tablo 4.6.1. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırılması (n=113)

Diyabet Bakım Profili Destek Tutumları Alt Boyutu		
KATZ Beslenme	<i>r</i>	-0.185*
	<i>p</i>	0.050
KATZ Transfer	<i>r</i>	-0.237*
	<i>p</i>	0.012
KATZ Tuvalet	<i>r</i>	-0.206*
	<i>p</i>	0.028
KATZ Banyo	<i>r</i>	-0.205*
	<i>p</i>	0.030
KATZ Giyinme	<i>r</i>	-0.028
	<i>p</i>	0.769
KATZ Kontinans	<i>r</i>	-0.080
	<i>p</i>	0.401
KATZ Ölçeği Toplam Puanı	<i>r</i>	-0.204*
	<i>p</i>	0.030

Destek tutumları ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği alt boyutlarından beslenme, transfer, tuvalet ve banyo alt boyutları ile arasında negatif (ters) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki vardır. Fakat giyinme ($p=0.769 > \alpha=0.05$) ve kontinans ($p=0.401 > \alpha=0.05$) alt boyutları ile arasında negatif (ters) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuş olsa da, korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için bulunan ilişkinin varlığı önemsizdir.

Diyabet bakım profili ölçeği destek tutumları alt boyutu toplam puanı ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği arasında negatif (ters) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki vardır. Korelasyon katsayısı (*r*) incelendiğinde ise; destek tutumları ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve beslenme, transfer, tuvalet, banyo alt boyutları arasında zayıf bir korelasyon olduğu görülmektedir.

4.7. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ve Alt Boyutları Karşılaştırması

Tablo 4.7.1. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ve Alt Boyutları Karşılaştırması (n=113)

Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu	Diyet	Egzersiz	Kan Glikozu	Ayak Bakımı	DÖBA ölçeği
<i>r</i>	. 0116	0.184	0.081	-0.058	0.064
<i>p</i>	. 0223	0.051	0.393	0.539	0.501
n	113	113	113	113	113
**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.					
*. Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.					

Diyabet bakım profili ölçeği destek tutumları alt boyutu ile diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmamıştır.

4.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Tablo 4.8.1. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (n=113)

		Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği	DBP Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu	KATZ GYA Ölçeği
Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği	<i>r</i>	1.000	0.064	-.295**
	<i>p</i>	-	0.501	0.002
DBP Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu	<i>r</i>	0.064	1.000	-.204*
	<i>p</i>	0.501	-	0.030
KATZ GYA Ölçeği	<i>r</i>	-.295**	-0.204*	1.000
	<i>p</i>	.002	0.030	-
**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.				
*. Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.				

Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ile diyabet bakım profili ölçeği destek tutumları alt boyutu arasında pozitif (aynı) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki vardır; fakat korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için ($p=0.501 > \alpha=0.05$) bulunan ilişkinin varlığı önemsizdir.

Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ile KATZ GYA ölçeği arasında negatif (ters) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Korelasyon katsayısı (r) incelendiğinde ise bu iki değişken arasında zayıf bir korelasyon olduğu görülmektedir.

Diyabet Bakım Profili ölçeği destek tutumları alt boyutu ile KATZ GYA ölçeği arasında negatif (ters) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Korelasyon katsayısı (r) incelendiğinde bu iki değişken arasında çok zayıf bir korelasyon olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Literatürde konumuzla ilişki olan bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılar üzerine sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmasından dolayı karşılaştırmalarda diyabetli yaşlı ve yetişkinlerde göz önüne alınmıştır. Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisinin incelendiği bu çalışmada tartışma 8 başlık altında incelenecektir:

5.1.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

5.2.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışması

5.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

5.4.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışması

5.5.Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

5.6. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu İle KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

5.7.Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

5.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek, Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

5.1. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmaya katılan diyabetli yaşlıların yaş ortalaması 74.3 ± 7.3 olarak bulunmuş olup, bu sonuç literatürde diyabet prevalansının yaşlanma ile birlikte artış göstermesi bilgisiyle paralellik göstermektedir (96, 97, 98, 99, 100). Çalışmaya katılan bireylerin %56.6'sı kadındır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde diyabet prevalansının erkeklere göre kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir (20, 99, 100, 101, 102, 103). Kim Young ve arkadaşlarının 2019 yılında diyabetli yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %59.7'sinin kadın olduğu belirtilmiştir (104).

Çalışmamızda diyabetli yaşlıların %71.7'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Bai ve arkadaşlarının (96) diyabetli yaşlılarda öz bakım davranışları üzerine yaptıkları çalışmada diyabetli yaşlıların %73.9'unu evli kişilerin oluşturması hem literatür hemde çalışma sonucumuzla paralellik göstermiştir (100, 102, 103, 105). Bu çalışma da diyabetli yaşlıların %39.8'inin öğrenim düzeyinin ilkökul düzeyinde olduğu bulunmuş olup, bu sonuç yurt dışındaki çalışmalarla paralellik göstermiştir (103, 105). Katılımcıların %45.1'i ailesi ile birlikte ve yakın oranda %43.4'ü eşiyile birlikte yaşamaktadır. Gomes ve arkadaşlarının (76) diyabetli bireylerde aile desteğinin metabolik değişkenler üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %71.3'ünün eşiyile birlikte yaşadığı belirtilmiştir. Diyabetli bireylerde ileri yaş ile birlikte aile desteği bireyin öz bakımını sağlamada yardımcı olmaktadır. Çalışma sonucuna paralel olarak yurt dışı çalışmalarında da diyabetli yaşlıların % 92.1 (96) ve % 91.6 (100) ailesi ile birlikte yaşadığı belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan diyabetli yaşlıların %75.2'sinin il merkezinde yaşadığı, %94.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu ve %61.9'unun gelir düzeyinin orta olduğu görülmüştür. Bireylerin il merkezinde yaşamaları, sosyal güvencelerinin olması ve gelir durumlarının orta/iyi seviyede olması, diyabetin yönetiminde ve kontrollerin düzenli olarak sağlanmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan diyabetli yaşlıların %89.4'ünde diyabet dışında hekim tarafından tanı konulmuş kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Bu kronik hastalıklardan sırasıyla en çok %71.7 hipertansiyon, %27.4 koroner arter hastalığı, % 14.2 ile kronik obstrüktif akciğer hastalığı görülmektedir.

Bai ve arkadaşlarının (96) diyabetli yaşlılarda yapılan çalışma sonucuna göre katılımcıların %78,8'inde diyabet dışında bir kronik hastalık görülmüş olup, çalışma sonucumuzla paralellik göstermektedir. Yurt dışında yapılan bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda diyabet dışında kronik hastalık olarak %63.1 (22) ve %72.1 (106) ile hipertansiyon görülmüştür.

Çalışmamızda bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların diyabet tanı süresi 18,72 yıl olarak bulunmuştur. Gao ve arkadaşlarının (107) diyabetli yaşlılarda yaptıkları çalışma sonucunda diyabetli yaşlıların %62.2'sinde bilişsel bozukluk olup bu bireylerin diyabet tanı süresi 12.3 yıl olarak belirtilmiştir. Literatürde diyabetli yaşlılarda yapılan çalışmalarda bilişsel bozukluğu olan grupların diyabet tanısı süresi 12.2 yıl (22) ve 14 yıl (106) olarak belirtilip, çalışma sonucumuz literatürle paralellik göstermiş olup, bu sonuçlara göre bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların ortalama tanı sürelerinin 10 yıldan fazla olduğunu söylebiliriz. Katılımcıların HbA1c değeri ortalaması 9.1 bulunmuştur. Literatür incelendiğinde HbA1c değeri 7.05–9.94 arasında değişmektedir (20, 28, 76, 78, 100). Sanke ve arkadaşlarının (106) diyabetli yaşlılarda yaptığı çalışmada bilişsel bozukluğu olan grupta (%24.4) HbA1c değeri 7.1 olarak bulunup, sonucun çalışmamızla farklılık göstermesinde örneklem sayısının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların %90'ında tip 2 diyabet görülmektedir (8). Bu bireylerde kan glikozu seviyesi beslenme tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği ile kontrol altına alınamazsa tedaviye oral antidiyabetikler eklenir (55). Sadece oral antidiyabetik kullanımı ile kan glikozu kontrolü sağlanamıyorsa tedaviye insülin de eklenebilmektedir (57). Katılımcıların diyabet tedavisinde yaygın olarak sırasıyla oral antidiyabetik ve insülin (%33.6), sadece oral antidiyabetik (%30.1) ve sadece insülin (%12.4) kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda katılımcıların hiçbirinin yalnızca beslenme tedavisini uygulamadığı dikkat çekmiştir.

Gomes ve arkadaşlarının (76) çalışma sonucu bilişsel bozukluğu olan diyabetli bireylerin %68.3'ünün oral antidiyabetik ve insülin kullandığını göstermiş olup, çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Bilişsel düzeyin gruplandırıldığı çalışmalarda bilişsel bozukluğu olan gruplarda sadece oral antidiyabetik kullanıldığı görülmüştür (22, 23, 106).

Diyabetli yaşlılarda tanı süresinin uzun olması, yaşlanmaya bağlı olarak yaşam tarzı değişikliği ve fiziksel aktivitenin azalmasıyla beraber komplikasyonlarının görülme olasılığı da artmaktadır (12). Bu çalışma da katılımcıların %47.8'inde diyabete bağlı gelişen komplikasyon tespit edilmiştir. Katılımcılarda bu komplikasyonlardan retinopati (%66.7), hipertansiyon (%44.44), periferik damar hastalığı (%35.2), nöropati (%25.99) ve nefropati (%22.2) yaygın olarak görülmüştür. Gao ve arkadaşlarının (107) çalışmasında bilişsel düzeyin bozuk olduğu grupta sık görülen komplikasyonlar, retinopati (%29.6), nefropati (%24.5) ve nöropati (%13.1) olup, bu sonuç çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Diyabetli yaşlılar, kan glikozunun kontrol altında tutulması konusunda zorluk yaşamaktadır. Ancak düzenli sağlık kontrolleri ile tedavi değişikliği ya da diyabet yönetimi konusunda verilecek eğitimler ile kan glikozu kontrol altında tutulabilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların %18.6'sının son 1 yıl içerisinde şeker yüksekliği nedeniyle (%52.4) hastaneye yattığı tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %46'sının diyabet tedavisi için düzenli olarak 6 ayda bir (%59.6) sağlık kuruluşuna gittiği görülmüştür.

Diyabet tedavisinde bireylere sağlık ekipleri tarafından verilen eğitim diyabetin yönetiminde önemli öğelerden biridir. Diyabet eğitimi ile birlikte bireylerin yaşam kalitesini artmakta, metabolik değerlerin kontrolü sağlanmakta, olası komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olunarak önlenmesi mümkün olmaktadır (58). Bu çalışmada diyabet tedavi ve yönetimi hakkında katılımcıların %62.8'inin eğitim aldığı bulunmuştur ve çalışma sonucumuz literatürle uyumludur (28, 108, 109). Katılımcıların aldıkları eğitim konuları sırasıyla %91.5 beslenme eğitimi, %90.1 kendi kendine şeker izleme eğitimi, %74.6 insülin eğitimi, %43.7 ayak bakımı eğitimi ve %38 egzersiz eğitimidir.

5.2. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktivitelerine İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışması

Diyabet yönetiminin sağlanmasında; diyet, egzersiz, ayak bakımı, düzenli ilaç kullanımı ve kendi kendine kan glikozu izlemine gibi öz bakım aktivitelerinin etkisi büyüktür (29). Diyabet komplikasyonlarının önlenmesi veya azaltılmasında etkili bir diyabet tedavisinin yanısıra öz bakım aktivitelerinin başarılı bir şekilde sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma da öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puan ortalaması 14.43 ± 4.66 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından ayak bakımı puan ortalaması 4.29 ile en yüksek puanı alırken, egzersiz 1.81 puan ortalaması ile en düşük puanı almıştır.

Sharoni ve arkadaşlarının diyabetli yaşlılarda yaptığı çalışmada (28) öz bakım aktiviteleri ölçeği puan ortalaması 14.83 olup, çalışmamızla paralellik göstermiştir. Aynı çalışmada 5.66 puan ortalaması ile ilaç uyumu en yüksek puanı almışken, kan glikoz testi 1.18 puan ortalaması ile en düşük puanı almıştır. Aynı çalışmada alt boyut puan ortalamalarının, bulgularımızla farklılık göstermesinin sebebi örneklem grubumuzun bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılardan oluşmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Thabit ve arkadaşlarının çalışmasında (110), bilişsel fonksiyonlardaki bozukluğun öz bakım davranışlarını etkilediği görülmüş ve diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puan ortalaması 22.4 ± 5.3 olarak bulunmuştur. Aynı çalışma sonucunda, kan glikoz testi puan ortalaması 6.0 ± 1.6 ile en yüksek puanı almışken, 3.3 ± 2.4 ile egzersiz puan ortalaması en düşük puanı aldığı görülmüştür.

5.3. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlıların Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği ile Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların öz bakım davranışlarını yerine getirme yeteneğinin düşük olduğu görülmüştür (22). Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların diyabet öz bakım aktiviteleri genel ölçeği ile sosyo- demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; yalnızca “Eşiyile birlikte” yaşadığını ifade eden bireylerde diyabet özbakım aktiviteleri genel ölçeği puanı “aile ile birlikte” yaşadığını ifade edenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu çalışmada cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu, meslek, kronik hastalık gibi değişkenlerle diyabet öz bakım davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bohanny ve arkadaşlarının (111) diyabetli bireylerde yaptığı çalışma sonucuna göre ise diyabet öz bakım aktiviteleri genel ölçeği puanı sadece evli olan bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde diyabetli yaşlılarda yapılan çalışma sonuçlarına göre; eğitim durumu yüksek olan bireylerde öz bakım aktiviteleri genel puanı yüksek bulunmuştur (28, 100). Mohebi ve arkadaşlarının (112) diyabetli bireylerde gerçekleştirdikleri çalışmada ise öz bakım aktiviteleri ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, kadınlarda, evli ve aynı zamanda akademik eğitim almış kişilerde öz bakım aktiviteleri yüksek bulunmuştur.

Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği diyet alt boyutu ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, yaşadığı kişi, yaşadığı yer, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık gibi değişkenler için $p>0.05$ olmasından dolayı anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Karkada ve arkadaşlarının (113) diyabetli yetişkinlerde öz bakım davranışlarını inceledikleri çalışmada diyet ile cinsiyet arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda öz bakım aktivitesinin incelendiği çalışmada diyet alt boyutu için anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, diyet öz bakım davranışındaki düşme bilişsel bozukluk düzeyinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada kadınların, erkeklere göre; öğrenim düzeyi lise ve daha yüksek seviyede olan bireylerin düşük öğrenim düzeyi olanlara kıyasla beslenme planına daha fazla uyum sağladıkları belirlenmiştir (22).

Egzersiz alt boyutu için sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; medeni durum, yaşadığı kişi, meslek, sigara kullanımı ve kronik hastalık değişkenleri açısından $p<0.05$ anlamlı farklılık bulunmuştur. Evli, kronik hastalığı olmayan, kendi evinde eşile birlikte yaşayan, emekli ve sigara kullanan bireylerin egzersiz öz bakım aktivite puanları daha yüksek bulunmuştur. Feil ve arkadaşlarının (22) bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılar da yapılan çalışma sonucunda erkeklerin kadınlardan daha aktif egzersiz aktivitelerini yaptığı bulunmuştur. Aynı çalışmada diyabetli yaşlıların bilişsel düzeyin düşük olmasının da etkisiyle diyabet komorbiditelerinin artmasından dolayı bireylerin düzenli egzersiz faaliyetlerinin düştüğü görülmüştür. Ülkemizde Coşansu tarafından yapılan çalışmada (29) eğitim durumu yüksek olan bireylerin düşük seviyede eğitilmiş olan bireylere göre ve erkeklerin kadınlara göre egzersiz puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada kan glikozu alt boyutu ile sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Coşansu' nun çalışmasında ekonomik durumu iyi olan bireylerin kan glikozu puan ortalaması yüksek bulunmuştur (29).

Çalışma da ayak bakımı alt boyutu ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde cinsiyet değişkeni için anlamlı düzeyde ($p<0.05$) bir farklılık bulunmuş olup, kadınların erkeklere göre ayak bakım puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puanı ile diyabete ilişkin değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim alma durumu ve tedavi şekli değişkenleri için anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Diyabet ile ilgili eğitim alan diyabetli yaşlıların diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puanının eğitim almamış katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tedavi şekline göre; oral antidiyabetik, insülin ve beslenme tedavisini birlikte kullanan diyabetli yaşlıların diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği toplam puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Diyabet hakkında az bilgiye sahip olan hastalar, öz bakımda eksiklikler göstermektedir. Diyabet eğitimi öz bakım ve metabolik kontrolün sağlanmasında yararlı etmenlerden biri olmaktadır (58). Çalışma sonucuna paralel olarak Bohanny ve arkadaşlarının (111) diyabetli yetişkinlerde yaptığı çalışmada diyabet eğitimi alanların daha yüksek öz bakım puanına sahip olduğu görülmüştür.

Diyet alt boyutu ve diyabete ilişkin değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; diyabet ile ilgili eğitim alan, düzenli sağlık kuruluşuna giden ve oral antidiyabetik, insülin ve beslenme tedavisini birlikte uygulayan bireylerde öz bakım puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Egzersiz alt boyutu ile diyabete ilişkin değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; beslenme+oral antidiyabetik tedavisi alanların egzersiz öz bakım puanı diğer tedavi şekillerini kullanan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Karkada ve arkadaşlarının (113) çalışmasında egzersiz öz bakım puanı ile diyabet tanı süresi ve diyabet ile ilgili eğitim alma değişkenleri ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Kan glikozu öz bakım puanları hastaneye yatan, diyabet ile ilgili eğitim alan ve oral antidiyabetik, insülin ve beslenme tedavisini birlikte kullanan bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayak bakımı alt boyutu ile diyabete ilişkin değişkenler arasında $p>0.05$ olduğu için anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Karkada ve arkadaşlarının (113) çalışmasında kan glikozunun diyabet tanı süresi ile ayak bakımının ise diyabet tanı süresi ve diyabet ile ilgili alınan eğitim ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğunu bulmuştur. Coşansu'nun çalışmasında (29) ise oral antidiyabetik+insülin ve sadece insülin kullanan bireylerin oral antidiyabetik kullanan bireylere göre daha fazla kan glikozu ölçümü yaptığı bulunmuştur.

Diyabetli bireylerde HbA1c değeri iyi bir metabolik kontrolün göstergesidir. Bireylerin diyabet yönetimindeki etkinliğine bağlı olarak HbA1c değeri de değişmektedir. Diyabet öz bakım aktiviteleri genel ölçeği ile HbA1C değeri arasında pozitif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Fakat korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için ($p=0.518>\alpha=0.05$) bulunan ilişkinin varlığı önemsiz olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının HbA1c değeri ile arasındaki ilişki incelediğinde; kan glikozu ile pozitif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki, egzersiz ile ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Coşansu çalışmasında (29) kan glikozu alt boyutu ile HbA1c arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuş olup, kan glikozu ölçüm sayısı arttıkça HbA1c değeride artacaktır. Bu sonuç çalışma sonucumuzla uyum göstermektedir. Diyet ve ayak bakımı alt boyutları için pozitif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur, fakat korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için bu ilişkinin varlığı önemsiz olarak kabul edilmiştir. Literatür incelendiğinde HbA1C değeri ile öz bakım aktiviteleri ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (28, 105). Öz bakım aktiviteleri arttıkça, HbA1c değeri düşmektedir. Dolayısıyla bireylerin kişisel bakımlarını gerçekleştirmeleri daha iyi bir diyabet yönetiminin göstergesidir. Mohebi ve arkadaşlarının çalışma (112) sonucunda da öz bakımın yüksek olması daha iyi bir glisemik kontrol ile ilişkilendirilmiştir.

5.4 Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutuna İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışması

Sosyal destek diyabetli yaşlılarda diyabet yönetiminde önemli bir role sahiptir (114). Özellikle sosyal destek bilişsel bozukluk üzerine olumlu sonuçlar göstererek diyabetli bireylerin ilaç kullanımına uyumunu arttırabilir (115). Bu çalışmada katılımcıların diyabet hastası olduğunu ailesinde ki bireylerin %94.7'sinin, arkadaş çevresindeki bireylerin ise %58.4'ünün bildiği belirlenmiştir. Katılımcıların diyabet yönetiminde, aile ve arkadaş çevresinden en çok destek ve yardım beledikleri konunun “ilaçlarını almak”, en az destek ve yardım istedikleri konunun “duygularını kontrol etmek” olduğu görülmüştür. Katılımcılar aile ve arkadaş çevresinden diyabet yönetimi için en çok destek ve yardım aldıkları konunun “ilaçlarını almak” an az destek alınan konunun “yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmek” olduğu görülmüştür. Katılımcıların diyabet yönetiminde %46.9'unun eşlerinden yardım aldığı, %44.2'sinin aile üyelerinden yardım aldığı ve %7.1'inin ise ücretli yardımcıdan yardım aldığı tespit edilmiştir. Destek tutumlarına ilişkin toplam puan bu çalışmada 3.11 ± 0.35 olarak bulunmuştur. En yüksek puanı alan tutumun “diyabetlinin ve diyabetin kabulü” ile ilgili tutum (4.15) olduğu belirlenmiştir.

Yurt dışında yapılan bir çalışmada diyabetli yaşlıların en çok “duygularını kontrol etme”, en az ise “yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürme” konusunda destek beledikleri bulunmuştur. Aynı çalışma da destek tutumlarından “diyabetlinin ve diyabetin kabulü” ile ilgili tutum en yüksek puanı almış olup, katılımcıların %49.13'ü bakımlarında eşlerinden yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamız bulgularıyla uyumludur (114).

Özcan'ın çalışmasında (90) katılımcıların en çok destek beledikleri konunun “öğün planını uygulamak” ve en az destek beledikleri konunun “yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmek” olduğu bulunmuştur. Destek tutumlarına ilişkin en yüksek puanın “diyabetlinin ve diyabetin kabulü” ile ilgili tutum (4.76) olduğu belirlenmiş ve bu sonuç çalışma bulgumuzla paralellik göstermiştir. Diyabetli bireylerin %49.3'ü en çok eşlerinin, %38.8'i ise diğer aile üyelerinin kendilerine yardım ettiğini belirtmiş olup, çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Diyabet bakım profili destek tutumları alt boyutu ile sosyo demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde; katılımcıların çalışma durumu ve alkol kullanımı durumu ile anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Herhangi bir işte çalışan ve alkol kullanmayan katılımcıların sosyal destek puanı daha yüksek bulunmuştur. Ancak çalışma durumu ile ilgili soruda çalışıyorum kategorisine ve alkol kullanımına evet denilen kategoriye cevap veren katılımcı sayısının az olmasından dolayı bu sonuç çok fazla anlam ifade etmemiştir. Mohebi ve arkadaşlarının çalışmasında (112), erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla sosyal destek algıladıklarını ve evli hastalarda sosyal destek puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca; aynı çalışmada, eş en önemli sosyal destek kaynağı olarak görülmektedir.

Destek tutumları ile diyabete ilişkin özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde; tedavi şekli, komplikasyon varlığı, hastaneye yatma, düzenli sağlık kuruluşu ziyareti ve eğitim alma durumu değişkenleri için $p > 0.05$ olduğu için sosyal destek ölçeğinin bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Strizic ve arkadaşlarının (32) çalışmasında bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda düşük aile desteği alan bireylerin diyabet yönetimini kontrol altında tutmakta daha çok zorluk çektiği bulunmuştur. Okura ve arkadaşlarının (23) çalışma sonucu düşük bilişsel düzeye sahip diyabetlilerde sosyal desteğin glisemik kontrolün sağlanmasında olumlu etkilere sahip olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmada destek tutumları ölçeği ile HbA1c değeri arasında negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Diyabetli yaşların sosyal destek almaları HbA1c değerini düşürecektir, bu da daha iyi bir diyabet yönetimine neden olacaktır. Literatür incelendiğinde sosyal destek alan diyabetli bireylerin HbA1c değerini düşürdüğü görülmüş olup, çalışma sonucumuzla literatür paralellik göstermektedir (76, 77).

5.5. Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Bilişsel bozukluk yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde engel teşkil etmektedir. Diyabetin yönetiminde bireyin bağımsız olarak yaşam aktivitelerini yerine getirmesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi önemlidir. Günlük yaşam aktiviteleri; giyinme, tuvalet, banyo, transfer faaliyetleri içermektedir.

KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; banyo yapma alt boyutu ortalaması (1.56 ± 0.75) en yüksek iken, tuvalet ihtiyacı alt boyut ortalaması (1.38 ± 0.67) en düşük olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel ortalaması ise 8.27 ± 3.31 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan diyabetli yaşlıların ölçeğin geneli ve tüm alt boyutları için günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık grubu yüzdelerinin en yüksek olduğu görülmekte olup genel ölçek bazında hastaların bağımsızlık oranı % 54 olarak belirlenmiştir.

Yurt dışında yapılan bir çalışma sonucunda; bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların günlük yaşam aktivitesi puanı daha düşük bulunmuştur (116). Sanchez ve arkadaşlarının (67) çalışmasında farklı bir günlük yaşam aktiviteleri ölçeği kullanılmış ve diyabetli yaşlıların bağımlılık seviyeleri yüksek bulunmuş olup, bilişsel bozukluğun bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

5.6. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu İle KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Bu çalışmada destek tutumları ölçeği ile KATZ GYA genel ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; diyabetli yaşlıların sosyal destek puanları arttıkça bağımsızlık puanlarında düşme görüldüğünden iki ölçek arasında negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Sharoni ve arkadaşlarının çalışmasında (28) diyabetli yaşlıların ailelerine karşı bağımlılık duymasının sebebi; kültürel olarak yaşlı bireylerin aile/çocukları ile birlikte yaşamını sürdürmeleri ve bunun sonucunda daha güçlü bir sosyal ve tıbbi destek almaları olduğu düşünülmüştür. Yurt dışı kaynaklı bir çalışma sonucunda ise bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin artması ile birlikte bağımlılık puanlarında arttığı ve diyabetli yaşlıların daha kötü bir günlük yaşam aktivitelerine sahip olduğu tespit edilmiştir (33)

Destek tutumları ölçeği ile KATZ GYA ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Yalnızca giyinme ($p.=0.769>\alpha=0.05$) ve kontinans ($p.=0.401>\alpha=0.05$) alt boyutları için bulunan negatif yönlü anlamlı doğrusal ilişki için korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için bulunan ilişkinin varlığı önemsizdir.

Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal destek ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelendiği az sayıda çalışma olmasından dolayı çalışma bulguları karşılaştırılması sınırlı olarak kalmıştır.

5.7. Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ile Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Sosyal destek diyabetli yaşlıların motivasyonunu arttırarak daha iyi bir öz bakım sağlanmasında yardımcı olabilmektedir (28). Çalışmamızda diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ile destek tutumları ölçeği arasında pozitif (aynı) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki vardır ama korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için ($p=0.501 > \alpha=0.05$) bulunan ilişkinin varlığı önemsiz olarak bulunmuştur. Öz bakım ölçeğinde yaşlılara, diyet, egzersiz, ayak bakımı, kan glikozu takibi ile ilgili sorular yöneltilmişken, destek tutumları ölçeğinde diyabetli yaşlılarda, ailelerinin diyabeti kabul etme, bireyi eleştirme, cesaretlendirme, diyabet hakkında dinleme gibi sorular yöneltilmiş olup, ölçeklerin farklı yönleri değerlendirmesi çalışmamız sonucundaki ilişkinin anlamsız bulunmasının nedeni açıklamaktadır.

Sosyal destek, diyabetli yaşlıların daha iyi bir diyabet yönetimi için önerilen sağlık aktivitelerine uyumunu desteklemektedir. Literatür incelendiğinde öz bakım aktiviteleri ile sosyal destek arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür (77, 96, 100). Thojampa ve arkadaşlarının çalışmasında (105) diyabetli bireylerde sosyal desteğin artmasının, öz bakımın artmasında, metabolik kontrollerin sağlanmasında ve psikososyal uyum da etkili olduğu bulunmuştur. Ramkisson ve arkadaşlarının (114) çalışması, aile desteğinin diyabet yönetiminde önemli bir rolü olduğunu vurgulamış ve öz bakım faaliyetlerine yardımcı olduğunu göstermiştir. Ülkemizde Coşansu tarafında yapılan çalışma sonucunda da diyabetli bireylerde algılanan sosyal desteğin artmasıyla öz bakımın artış gösterdiği bulunmuştur (118).

Strizich ve arkadaşlarının (32) çalışmasında, bilişsel bozukluğu ve kötü glisemik kontrol olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin öz bakımı güçlendirdiği bulunmuştur. Sharoni ve arkadaşlarının (28) çalışmasında ise diğer çalışma sonuçlarına zıt olarak sosyal destek ile öz bakım arasında negatif bir ilişki bulunmuş olup, kişisel bakımın sosyal desteğin artmasıyla beraber azaldığı görülmüştür.

5.8. Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Ölçeği, Diyabet Bakım Profili Ölçeği Destek Tutumları Alt Boyutu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırma Bulgularının Tartışması

Bu çalışmada diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ile diyabet bakım profili ölçeği destek tutumları alt boyutu arasında pozitif (aynı) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuş olup; korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için ($p=0.501 > \alpha=0.05$) bulunan ilişkinin varlığı önemsiz kabul edilmiştir. Diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği ile KATZ GYA ölçeği arasında negatif (ters) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Diyabet Bakım Profili ölçeği destek tutumları alt boyutu ile KATZ GYA ölçeği arasında negatif (ters) yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür.

Literatür incelendiğinde sosyal destek ile öz bakım aktiviteleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüş olup, sosyal desteğin artmasıyla beraber öz bakım aktivitelerinde arttığı tespit edilmiştir (28, 32, 76, 77, 96, 100, 105, 112, 118). Diyabetli yetişkinlerde aile desteğinin etkisini belirlemek için yapılan bir çalışma sonucunda öz bakım aktiviteleri ile aile desteği arasında orta derecede bir ilişki bulunmuş olup, sırasıyla beslenme ve kan glikozunun toplam puanları en yüksek bulunmuştur. Aile desteği olmayan katılımcılarda öz bakım aktiviteleri puanının düşük olduğu görülmüştür (117).

İstek' in çalışmasında diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ki bağımsızlık puanı arttıkça öz bakım aktivitelerinde arttığı görülmüştür (108). Bu sonucun bulgularımızla karşıt olmasının sebebi örneklem grubumuzun bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlı bireylerden oluşmasından dolayı olduğu düşünülmüştür.

Çalışma sonucumuzda sosyal desteğin artmasıyla beraber bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların bağımsızlık puanlarının azaldığı görülmüştür. Sinclair ve arkadaşlarının (116) çalışmasında; bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlıların, bakımlarını sürdürme konusunda yardım istemelerinin, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini düşürdüğü görülmüş olup, çalışma bulgumuzla paralellik göstermiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisinin incelendiği bu çalışma sonucuna göre sosyal desteğin diyabet yönetimini etkilediği görülmüştür. Çalışma sonucunda elde edilen verilere göre;

Diyabet bakım profili ölçeği destek tutumları alt boyutu ve diyabet öz bakım aktiviteleri ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde toplam ölçek puanına göre pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmasına karşın, korelasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı olmadığından bu ilişkinin varlığı önemsiz olarak değerlendirilmiştir. “H₀₋₁: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet öz bakım aktivitelerine etkisi yoktur.” hipotezi kabul edilmiş, “H₁₋₁: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet öz bakım aktivitelerine etkisi vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

Diyabet bakım profili ölçeği destek tutumları alt boyutu ile HbA1c değeri arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin aldıkları sosyal destek düzeyi arttıkça, HbA1c değerinde düşme olmuştur. Dolayısıyla bu sonuç; sosyal desteğin metabolik değerlerin kontrol altına tutulmasını sağlayarak diyabet yönetimi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. “H₁₋₂: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin HbA1c düzeyine etkisi vardır.” hipotezi kabul edilmiş olup, “H₀₋₂: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin HbA1c düzeyine etkisi yoktur.” hipotezi reddedilmiştir.

Destek tutumları ölçeği ile KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; banyo, tuvalet, transfer ve beslenme alt boyutları için negatif yönlü anlamlı doğrusal bir ilişki bulunmuş olup, kontinans ve giyinme alt boyutları için pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur, fakat korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için bu ilişki önemsiz olarak değerlendirilmiştir.

“H₁₋₃: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin günlük yaşam aktivitelerine etkisi vardır.” Hipotezi kabul edilmiş olup, “H₀₋₃: Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin günlük yaşam aktivitelerine etkisi yoktur.” Hipotezi reddedilmiştir.

Bilişsel bozukluğu olan yaşlı diyabetli hastalarda diyabet yönetiminin sağlanması ve olası komplikasyonların önlenmesinin de sosyal desteğin rolü önemlidir. Çalışma sonucunda sosyal desteğin HbA_{1c} değerini düşürüp glisemik kontrolün sağlanmasında etkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızın konuyla ilgili bundan sonra yapılacak çalışmalara yol gösterici olabileceği düşünülmekte olup, çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılara diyabet yönetiminde öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerinin başarılı bir şekilde sürdürülmesinin önemi hakkında eğitim programları hazırlanarak, uygulanmalı ve değerlendirilmeli
- Hemşireler diyabet eğitimi sürecine aile üyelerinin de katılımını sağlamalı ve diyabet yönetiminde sosyal desteğin önemi, etkin rolleri ve bakım konusunda destekleyici davranışları geliştirme konusunda eğitim vermeli
- Sosyal destek sağlayıcıları, ideal diyabet kontrolü ve etkili öz bakım aktivitelerinin yerine getirilmesinde diyabetli yaşlılara yardımcı olmalı ve diyabet yönetiminde sağlık kuruluşuna ulaşımında hastalar desteklenmeli
- Diyabete bağlı gelişen komplikasyon varlığı yüksek bulunmuş olup, diyabetli yaşlılar ve bakımına yardımcı olan bireyler olası komplikasyonlar konusunda ve nasıl önlenebileceğine dair bilgilendirilmeli
- Literatürde bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimi üzerine etkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamış olup, daha detaylı sonuçlara ulaşmak için daha büyük örneklem grubu ile çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Arpacı F.** Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları; **2005**.
2. **Kutsal G. Y.** Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. Hacettepe Üniversitesi GEBAM, **2015**
http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf Erişim tarihi : 04.06.2018
3. Türkiye İstatistik Kurumu (2018),
<http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595> Erişim Tarihi :31.05.2018
4. United Nations, New York (**2013**), Department of Economic and Social Affairs, World Population Ageing 2013 United Nations Publication ST/SEA/SERA/348.
5. National Council on Aging, Center for Healthy Aging, Chronic Disease (**2017**).
<https://www.ncoa.org/news/resources-for-reporters/get-the-facts/chronic-disease-facts/> Erişim Tarihi: 04.06.2018
6. **Ünal B, Ergör G.** “Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması”, Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara, **2013**.
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. Erişim Tarihi: 12.06.2019
7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas – 8th Edition (**2017**).
<http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> Erişim Tarihi: 04.06.2018
8. **Beğner T, Erdiñler DS, Çurgunlu A.** Yaşlıda Diabetes Mellitus. *Akademik Geriatri*, **2009**; 1: 20-30.
9. **Satman İ, Yılmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinççağ N, Karsıdag K, Kalaça S, Özcan C, King H.** Population-based study of diabetes and risk characteristics in turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*, **2002**; 25:1551–1556.
10. **Satman İ, Ömer B, Tütüncü Y, Kalaca S, Gedik S, Dinççağ N et. al.** Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, **2013**; 28:169–180.
11. **Chentli F, Azzoug S, Mahgoun S.** Diabetes Mellitus in elderly. *Indian J EndocrinolMetab*, **2015**; 19(6): 744–752.
12. **Chew HB, Ghazali SS, Ismail M, Hanif J, Bujang MA.** Age \geq 60 years was an independent risk factor for diabetes-related complications despite good control of cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Experimental Gerontology*, **2013**; 48: 485–491
13. **Nanayakkara N, Ranasinha S, Gadowski A, Heritier S, Flack JR, Wischer N, Wong J, Zoungas S.** Age, age at diagnosis and diabetes duration are all associated with vascular complications in type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, **2018**; 32: 279–290
14. **Soe K, Sacerdote A, Karam J, Bahtiyar G.** Management of type 2 diabetes mellitus in the elderly. *Maturitas*. **2011**; 70: 151–159
15. **Moheet A, Mangia S, Seaquist ER.** Impact of diabetes on cognitive function and brain structure. *Ann N Y Acad Sci*. **2016**; 1353: 60–71
16. **McCrimmon RJ, Ryan CM, Frier BM.** Diabetes and cognitive dysfunction. *Lancet*. **2012**; 379: 2291–99.

17. **Ebady SA, Arami MA, Shafigh MH.** Investigation on the relationship between diabetes mellitus type 2 and cognitive impairment, *Diabetes Research and Clinical Practice* , **2008**; 82: 305-309.
18. **Hopkins R, Shaver K, Weinstock RS.** Management of Adults With Diabetes and Cognitive Problems. *Spectrum.DiabetesJournal.org*, **2016**; 29(4): 225-237.
19. **Felix M, Enedina P, Ortiz V, Magdalena P, Felix O, Edith R.** Relation of the Glycemic Control, Cognitive Function and Executive Function in the Elderly with Type 2 Diabetes: Systematic Review., *Enfermeria Global*, **2016** ; 481-489.
20. **Mogi N, Umegaki H, Hattori A, Maeda N, Miura H, Kuzuya M, Shimokata H, Ando F, Ito H, Iguchi A.** Cognitive function in Japanese elderly with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, **2004**; 18:42 – 46.
21. **Munshi MN.** Cognitive Dysfunction in Older Adults With Diabetes: What a Clinician Needs to Know. *Diabetes Care*. **2017**; 40: 461–467.
22. **Feil DG, Zhu WC, Sultzer DL.** The relationship between cognitive impairment and diabetes self-management in a population-based community sample of older adults with Type 2 diabetes., *J Behav Med*, **2012**; 35:190–199.
23. **Okura T, Heisler M, Langa KM,** The Association of Cognitive Function and Social Support with Glycemic Control in Adults with Diabetes. *J Am Geriatr Soc*. **2009**; 57(10): 1816–1824.
24. **Strom JL, Egede LE.** The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Curr Diab Rep*, **2012** ; 12(6): 769–781.
25. **Yılmaz FT, Sabancıoğulları S, Aldemir K, Kumsar AK.** Does social support affect development of cognitive dysfunction in individuals with diabetes mellitus? *Saudi Med J* .**2015**; 36 (12): 1425-1431.
26. **Zhu S, Hu J, Efirid J T.** Role of social support in cognitive function among elders in central China. *Journal of Clinical Nursing*, **2012**; 21(15-16): 2118-2125.
27. **Koetsenruijter J, Eikelenboom N, Lieshout J, Vassilev I, Lionis C, Todorova E, Portillo MC, Foss C, Gil MS, Roukova P, Angelaki A, Mujika A, Knutsen IR, Rogers A, Wensing M.** Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling*.**2016**; 99: 638–643.
28. **Sharoni ASK, Shdaifat EA, Mohd Abd Majid HA, Shohor NA, Ahmad F, Zakaria Z.** Social support and self-care activities among the elderly patients with diabetes in Kelantan. *Malays Fam Physician*, **2015**; 10(1): 34-43.
29. **Coşansu G.** Tip 2 Diyabetlilerde Öz Bakım Aktiviteleri ve Diyabete İlişkin Bilişsel- Sosyal Faktörler. Doktora Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2009**.
30. **Rosland AM, Spencer M, Sinco BR, Heisler M, Kieffer E, Israel B, Cofield M.** When Is Social Support Important? The Association of Family Support and Professional Support with Specific Diabetes Self-management Behaviors. *Journal of General Internal Medicine*.**2008**; 23(12):1992-1998.
31. **Wen LK, Parchman ML, Shepherd MD.** Family Support and Diet Barriers Among Older Hispanic Adults With Type 2 Diabetes. *Fam Med* .**2004** ; 36(6): 423-30.
32. **Strizich G, Kaplan RC, Gonzalez HM, Daviglius ML, Giachello AL, Teng Y, Lipton RB , Grober E.** Glycemic control, cognitive function, and family support among middle-aged and older Hispanics with diabetes: The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Diabetes research and clinical practice*, **2016**; 117: 64-73.

33. **Pearman A, Feil DG, Victor T, Harwood D, Weinreb J, Kahle K, Unützer J.** The Role Of Cognitive Impairment And Caregiver Support in Diabetes Management Of Older Outpatients. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine.* **2009**; 39: 199-214.
34. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) **2018.** http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180814161019-2018tbl_kilavuz6c373c6010.pdf Erişim Tarihi: 21.11.2018
35. NIH, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), 2016 <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes> Erişim Tarihi: 23.05.2019
36. American Diabetes Association (ADA). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes- 2019. *Diabetes Care*, **2019**; 42: 7–12.
37. American Diabetes Association (ADA). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care.* **2019**; 42: 13–28.
38. **Chetan MR, Thrower SL, Narendran P.** What Is Type 1 Diabetes?. *Medicine.* **2018**; 47:1
39. Türkiye Diyabet Vakfı, **2016** <https://www.turkdiab.org/bilgiler.asp?lang=TR&id=71> Erişim Tarihi: 05.01.2019
40. **Chatterjee S, Khunti K, Davies M.** Type 2 diabetes. *Lancet.* **2017**; 389: 2239–51.
41. **Öztürk FY, Altuntaş Y.** Gestasyonel Diabetes Mellitus. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.* **2015**;49(1):1-10.
42. **Karadakovan A, Aslan FE.** Diabetes Mellitus. İçinde: Olgun N, Aslan FN, Coşansu G, Çelik S. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 2. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, **2011**: 817-856.
43. **Benjamin CH, Danquah I, Spranger J, Mockenhaupt F, Beune E, Smeeth L et. all.** Microvascular and macrovascular complications in type 2 diabetes Ghanaian residents in Ghana and Europe: The RODAM study. *Journal of Diabetes and Its Complications*, **2019**; (33): 572–578.
44. **Graveling AJ, Frier BM.** Hypoglycaemia: An overview. *Primary Care Diabetes.* **2009**; (3): 131–139.
45. American Diabetes Association (ADA), **2015** <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/ketoacidosis-dka.html> Erişim Tarihi: 20.01.2019
46. **Umpierrez GE.** Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. *Diabetes Complications, Comorbidities and Related Disorders*, **2018**; 1-21.
47. **Avogaro A, Fadini GP.** Microvascular complications in diabetes: A growing concern for cardiologists. *International Journal of Cardiology*, **2019**; 291: 29–35.
48. **Önmez A.** Diabetes Mellitus'ta Mikrovasküler Komplikasyonların Yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* **2017**; 7 (2): 117-119.
49. **Thomas S, Karalliedde J.** Diabetic nephropathy. *Medicine*, **2018**; 47 (2) ; 86-91.
50. **Wharton S, Pedersen SD, Lau DCW, Sharma AM.** Weight Management in Diabetes. *Can J Diabetes.* **2018**; 42:124–129.

51. **Boulton AJM.** The diabetic foot. *Medicine*, **2019**; 47(2); 100-105.
52. World Health Organization (WHO), Global Report on Diabetes. **2016**
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=6F2DFB1023CCBB61B03E04C9AA0A9835?sequence=1 Erişim Tarihi: 06.02.2019
53. **Jenkins DW, Jenks A.** Exercise and Diabetes: A Narrative Review. *The Journal of Foot & Ankle Surgery*. **2017**; 56:968–974.
54. **Olgun N.** Kendi Kendine İzleme. İçinde: Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı. s: 67-79.
http://www.tdhd.org/dhd_kitap/07blm.pdf. Erişim Tarihi: 28.03.2019
55. **Ayvaz G, Kan E.** Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisinde Oral Antidiyabetik İlaçlar Tip 2 Diabetes Mellitus Tedavisi. *Mised.*, **2010**: 23-24.
56. **Dinççağ N.** Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisinde Güncel Durum. *İç Hastalıkları Dergisi*. **2011**; 18: 181-223.
57. **Karakoç MA, Konca C.** Diabetes Mellitus'ta İnsülin Tedavisi. *Mised*. **2010**, Mayıs, sayı: 23-24.
58. **Swiaotoniowska N, Sarzynska K, Chabowska AS, Polanska BJ.** The role of education in type 2 diabetes treatment. *Diabetes Research and Clinical Practice*. **2019**; (151): 237 – 246.
59. **Bayrak G, Çolak R.** Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, **2012**; 29:7-11.
60. **Sesti G, Incalzi RA, Bonora E, Consoli A, Maggi S, Ferrara N et. al.** Management of Diabetes in Older Adults. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* . **2018**; 28: 206-218.
61. **Coşansu G.** Diyabette Genel Sağlık Önerileri. İçinde: Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı. S: 183-192
http://www.tdhd.org/dhd_kitap/16blm.pdf Erişim Tarihi:28.03.2019.
62. **Bigelow A, Freeland B.** Type 2 Diabetes Care in The Elderly. *The Journal for Nurse Practitioners*. **2017**;3:181-186 .
63. **Chau D, Edelman SV.** Clinical Management of Diabetes in the Elderly. *Clinical Diabetes*. **2001**; 19:(4).
64. **Abdelhafiz AH, Sinclair AJ.** Diabetes in The Elderly. *Medicine*.**2019**; 47:2.
65. **Arısoy H.** Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2013**.
66. **Araiki A, Ito H.** Diabetes Mellitus and Geriatric Syndromes. *Geriatr Gerontol Int*, **2009**; 9: 105–114.
67. **Sánchez ER, Simón SM, Alonso MCP, Arechaederra DP, Rodríguez JIR, Marcos MAG, Juan LFV, -Ortiz LG.** Cognitive impairment and dependence of patients with diabetes older than 65 years old in an urban area (DERIVA study). *BMC Geriatrics*, **2016**; 16:33.
68. **Cukierman T, Gerstein HC, Williamson JD.** Cognitive decline and dementia in diabetes—systematic overview of prospective observational studies. *Diabetologia*, **2005**; 48: 2460–2469.
69. **Robinson DJ, Coons M, Haensel H, Vallis M, Yale JF.** Diabetes and Mental Health. *Can J Diabetes*. **2018**;42:130–141.

70. **Tomlin A, Sinclair A.** The influence of cognition on self-management of type 2 diabetes in older people. *Psychology Research and Behavior Management*, **2016**; 9 7–20.
71. **Bordier L, Doucet J, Boudet J, Bauduceau B.** Update on cognitive decline and dementia in elderly patients with diabetes. *Diabetes & Metabolism*. **2014**; 40: 331–337.
72. **Meneilly GS, Knip A, Miller DB, Sherifali D, Tessier D, Zahedi A.** Diabetes in Older People. *Can J Diabetes*. **2018**; 42: 283–295.
73. **Rotkiewicz-Piorun AM, Al Snih S, Raji MA, Kuo YF, Markides, KS.** Cognitive Decline in Older Mexican Americans with Diabetes. *Journal of The National Medical Association*. **2006**; 98: (11).
74. **Cuevas H.** Assessment of Cognitive Function in Type 2 Diabetes. *The Journal for Nurse Practitioners*, **2017**; 7 (13) : 311-315.
75. **Yılmaz F.** Diyabetle İlgili Sorunlu Alanlar (DİSA) Ölçeğinin Türk Diyabetliler İçin Psikometrik Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2011**.
76. **Gomes LC, Coelho ACM, Gomides DS, Foss-Freitas MC, Foss MC, Pace AE.** Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied Nursing Research*. **2017**;36: 68–76.
77. **Peimani M, Monjazebi F, Ghassemabadi RG, Esfahan EN.** A peer support intervention in improving glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*. **2018**; 101: 460–466.
78. **Primožic S, Tavcar R, Avbelj M, Dernovsek MZ, Oblak RM.** Specific cognitive abilities are associated with diabetes self-management behavior among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **2012**; 95: 48-54.
79. **Can S, Can Çiçek S.** Diyabetli bireylerde Hastalığı Kabulün Diyabet Öz Bakım Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Bolu, **2017**.
80. **Blackwelder WC.** Equivalence Trials ; In Encyclopedia of Biostatistics, John Wiley and Sons. *New York*. **1998**; Volume 2, 1367-1372.
81. **Chow SC, Shao J, Wang H.** Sample Size Calculations in Clinical Research. *Marcel Dekker*, New York, **2003**.
82. **Phillips, Kem F.** Power of the Two One-Sided Tests Procedure in Bioequivalence, *Journal of Pharmacokinetics and Biopharmaceutics*, **1990**; 18(2): 137-144.
83. **Schuirman D.** A Comparison of the Two One-Sided Tests Procedure and the Power Approach for Assessing the Equivalence of Average Bioavailability, *Journal of Pharmacokinetics and Biopharmaceutics*, **1987** ; 15(6): 657-680.
84. **Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.** “Mini Mental State” A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal Psychiatric Research*, **1975**; 12: 189-198.
85. **Keskinoğlu P, Uçku R, Yener G, Yaka E.** Reliability and validity of revised Turkish version of Mini Mental State Examination (rMMSE-T) in community dwelling educated and uneducated elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, **2009**; 24: 1242–1250.

86. **Toobert DJ, Glasgow RE.** Assessing diabetes of self- management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. Handbook of Psychology and Diabetes, (Bradley, C. Ed). USA, *Harwood Academic Publishers*, **1994**: pp. 351–375.
87. **Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE.** The summary of diabetes self-care activities: Measure result from 7 studies and revised scale. *Diabetes Care*, **2000**; 23(7): 943-950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
88. **Davis WK, Hess GE, Harrison RV, Hiss RG.** Psychosocial Adjustment to and Control of Diabetes Mellitus; Differences by Disease Type and Treatment. *Health Psychology.*, **1987**; 6: 1-4.
89. **Fitzgerald JT, Davis WK, Connel CM, Hess GE, Funnell MM, Hiss RG.** Development and validation of the diabetes care profile. *Eval Health Prof.*, **1996**; 19(2): 208-30.
90. **Özcan Ş.** Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. , Doktora Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* , İstanbul, **1999**.
91. **Katz, S. Downs, T. D, Cash, H. R. ve C.Grotz, R.** Progress in development of the index of ADL. *Oxford Journal*,**1963**; 10: 20-30.
92. **Pehlivanoglu ÖE, Özkan MU, Bilge U, Balcioglu H, Ünlüoglu İ, Bilge U.** Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Ankara Med J*, **2018**; 2: 219-23.
93. **Büyüköztürk Ş.** Veri Analizi El Kitabı, *Pegem Akademi*, **2015**.
94. **Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E.** Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya Yayıncılık, **2012**.
95. **Karagöz Y.** SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik, Tıp, Eczacılık, Diş Hekimliği ve Sağlık Bilimleri için, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, **2014**.
96. **Bai YL, Chiou CP, Chang YY.** Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, **2009**; 18: 3308–3315.
97. **Munshi M, Capelson R, Grande L, Lin S, Hayes M, Milberg W, Ayres D, Weinger K, Suhl E.** Cognitive Dysfunction Is Associated With Poor Diabetes Control in Older Adults. *Diabetes Care*. **2006** ; 29(8): 1794–1799.
98. **Hewit J, Smeeth L, Chaturvedi N, Bulpitt CJ, Fletcher AE.** Self management and patient understanding of diabetes in the older person. *Diabet. Med.* **2011**; 28: 117–122.
99. **Wessels AM, Lane KA , Gao S , Hall KS, Unverzagt FW, Hendrie HC.** Diabetes and cognitive decline in elderly African Americans: A 15-year follow-up study. *Alzheimer's & Dementia*, **2011**; 7: 418-424.
100. **Ishak NH , Yusoff SSM, Rahman RA, Kadir AA.** Diabetes self-care and its associated factors among elderly diabetes in primary care. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, **2017**; 12: (6), 504-511.
101. **Venegas CD, Schneider DC, Myrskylä M, Mehta NK..** Life expectancy with and without cognitive impairment by diabetes status among older Americans. *Plos One*, **2017**.
102. **Erkoç A.** Tip 2 Diyabet Hastalarında Diyabet Eğitiminin Bilişsel- Sosyal Faktörlere Etkisi. Doktora Tezi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum. **2015**.

103. **Rashid A, Manan AA, Rohana S.** The influence of social support on cognitive impairment in the elderly. *AMJ*, **2016**; 9(8): 262–269.
104. **Kim JY, Ku YS, Kim HJ, Trinh NT, Kim W, Jeong B, Heo TY, Lee MK, Lee LK.** Oral diabetes medication and risk of dementia in elderly patients with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **2019**.
105. **Thojanya S, Mawn B.** The moderating effect of social cognitive factors on self-management activities and HbA1c in Thai adults with type-2 diabetes. *International Journal of Nursing Sciences*, **2017**; 4: 34-37.
106. **Sanke H, Mita T, Yoshii H, Yokota A, Yamashiro K, Ingaki N et. all.** Relationship between olfactory dysfunction and cognitive impairment in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **2014**; 106: 465-473.
107. **Gao Y, Xiao Y, Miao R, Zhao J, Cui M, Huang G, Fei M.** The prevalence of mild cognitive impairment with type 2 diabetes mellitus among elderly people in China: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **2016**; 62: 138–142.
108. **İstek N.** Tip 2 Diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin öz-bakım gücüne etkisi. Yüksek lisans Tezi, *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzincan, **2016**.
109. **Kim Kardaş Ö.** Diyabetli Bireylerin Diyabet Komplikasyonlarına Farkındalığı ve Özbakım Davranışları. Yüksek lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2015**.
110. **Thabit H, Kennelly SM, Bhagarva A, Ogunlewe M, McCormack PME, McDermott JH, Sreenan S.** Utilization of Frontal Assessment Battery and Executive Interview 25 in assessing for dysexecutive syndrome and its association with diabetes self-care in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes research and clinical practice* , **2009**; 86: 208–212.
111. **Bohanny W, Wu V SH, Liu C-Y, Yeh SH, Tsay S-L, Wang TJ.** Health Literacy, Self Efficacy, and Self-care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 25, **2013**: 495–502.
112. **Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Rajati F.** Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *J Edu Health Promot*, **2018**; 7: 48.
113. **Karkada SN, D'Souza MS, Parahoo K, Venkatesaperuma R, Achora S, Cayaban ARR.** Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*, **2017**; 36: 25–32.
114. **Ramkisson S, Pillay BJ, Sibanda W.** Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *Afr J Prm Health Care Fam Med.*, **2017**; 9:1.
115. **Tabasi HK, Madarshahian F, Nikoo MK, Hassanabadi M, Mahmoudirad G.** Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, **2014**; 13:113.
116. **Sinclair AJ, Girling AJ, Bayer AJ.** Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **2000**; 50: 203–212.
117. **Dalton MJ, Matteis M.** The Effect of Family Relationships and Family Support on Diabetes Self-Care Activities of Older Adults: A Pilot Study, *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, **2014**; 21(1): 12-22.

118. **Coşansu G, Erdoğan S.** Influence of Psychosocial Factors on SelfCare Behaviors and Glycemic Control in Turkish Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*, **2014**; 25(1): 51 –59.



8. EKLER

EK-I: Standartize Mini Mental Test (SMMT)

EĞİTİMLİ VE EĞİTİMSİZLER İÇİN YENİDEN DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

A. Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (5 yıl ve üzeri eğitilmişler için)

Yaş:.....

Aktif kullanılan el:.....

Eğitim:yıl

Toplam Puan:

Yönelim (Toplam puan 10)

1. Hangi yıl içindeyiz?
2. Hangi mevsimdeyiz?
3. Hangi aydayız?
4. Bu gün ayın kaçı?
5. Hangi gündeyiz?
6. Hangi ülkede yaşıyoruz?
7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?
8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?
9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir?
10. Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan.....

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

12. 100 den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100, 93, 86, 91, 79, 72)

Hatırlama (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)

Lisan (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. Eğer ve fakat kelimelerini istemiyorum (10 sn tut) (1 puan)

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen.

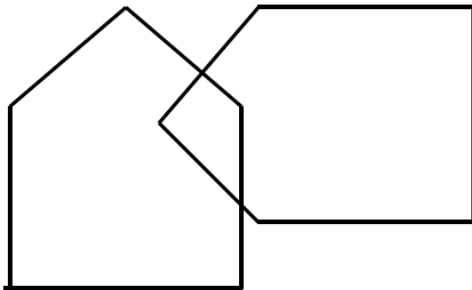
(30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

17. Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

GÖZLERİNİZİ KAPATIN.....

18. Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümle yazın (1 puan)

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)



B. Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (eğitimsizler)

Yaş: Aktif kullanılan el:.....

Eğitim:yıl Toplam Puan:

Yönelim (Toplam puan 10)

1. Hangi yıl içindeyiz?
2. Hangi mevsimdeyiz?
3. Hangi aydayız?
4. Hangi gündeyiz?
5. Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?
6. Yaşadığımız ülkenin adı nedir?
7. Hangi ülkede yaşıyoruz?
8. Şu an bulunduğumuz semt neresidir?
9. Şu an bulunduğumuz bina neresidir?
10. Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan....

(Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

Hatırlama (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin. (Her doğru için 1 puan verilir)

(Masa, Bayrak, Elbise)

Lisan (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tutulur ve doğru her cevap için 1 puan verilir) (2 puan)

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. Eğer ve fakat istemiyorum” (10 sn tutulur ve doğru ve tam cümle için 1 puan)

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi

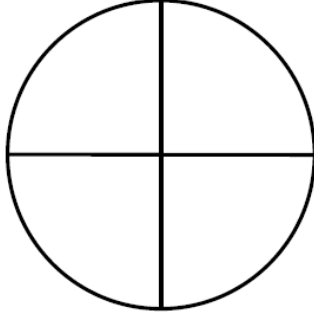
yapın. Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere

bırakın lütfen, (30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

17. Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın) (1 puan)

18. Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin (30 sn tutulur anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)



EK-II: Tanıtım Formu

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz? () Evli () Evli Değil
4. Öğrenim Durumunuz?
() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise
() Üniversite () Lisansüstü () Diğer
5. Kiminle yaşıyorsunuz?
() Yalnız () Eşiyle birlikte () Aile ile birlikte (eş ve/veya çocuk/lar)
() Aile dışında biri/leri ile birlikte (akraba, bakıcı, huzurevi vb.)
6. Nerede yaşıyorsunuz? () İl Merkezi () İlçe Merkezi () Köy
7. Yaşamınızı nerede sürdürüyorsunuz?
() Kendi evimde () Çocuklarımla () Bakım kurumlarında (Huzurevi v.b.)
8. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
() Çalışmıyor
() Çalışıyor (Ne iş yapıyorsunuz?)
9. Mesleğiniz?
10. Sosyal Güvenceniz? () Yok () Var
11. Hanenize ayda toplam ne kadar para giriyor?TL
12. Gelir düzeyiniz nedir?
() Geliri giderinden az () Geliri giderine eşit () Geliri giderinden fazla
13. Sigara kullanıyor musunuz?
() Evet Günde.....adet/.....yıldır
() Hayır
() Bırakmış Günde.....adet/.....yıl içmiş.....yıldır içmiyor
14. Alkol kullanıyor musunuz?
() Evet (Ne sıklıkta, ne kadar süredir, ne miktarda?)
() Hayır
() Bırakmış (Ne sıklıkta, ne kadar süredir, ne miktarda?)

15. Diyabet dışında hekim tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız var mı?

() Evet () Hayır (17. soruya geçiniz)

16. Kronik hastalıklarınızı, süresini ve ilaç kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz.

Kronik hastalıklar	Süresi	Halen ilaç kullanıyor musuz?
		1.Evet 2. Hayır (Kullanılan İlaçlar)

Boy:.....Kilo:.....BKİ:.....

B. Diyabete İlişkin Özellikler

17. Diyabet tanı süreniz?.....

18. Diyabet tedavi şekliniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Beslenme tedavisi (süresi.....)

() Oral antidiyabetik ilaç (süresi.....)

() İnsülin (süresi.....)

19. Diyabete bağlı gelişen kronik komplikasyon varlığı:

() Yok () Bilmiyorum

() Var Retinopati Nöropati Nefropati Hipertansiyon SVO

Periferik damar hastalığı İskemik kalp hastalığı/geçirilmiş MI

20. Diyabet nedeniyle son bir yılda hastaneye yattınız mı?

() Hayır () Evet (kaç kez.....nedeni.....)

21. Diyabet tedaviniz için düzenli olarak sağlık kuruluşuna gidiyor musunuz?

() Hayır

() Evet

Amacı...

Sıklığı (ayda 1 gibi)

Hangi kurum? Hastane /Sağlık Ocağı

22. Diyabet tedavi ve yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

() Hayır

() Evet Kaç kez aldınız?.....

Kim/lerden aldınız? Hemşire/Diyabet Eğitim Hemşiresi Hekim Diyetisyen

Diğer:.....

Eğitimi yeterli buldunuz mu ? () Hayır

() Evet

Aldığınız eğitim konuları nelerdir.....

.....

23. HbA1c:..... *(var olan hasta kayıtlarından yararlanılacaktır. Araştırma için ayrıca bir ölçüm yapılmayacaktır)*

EK- III: Diyabet Öz Bakım Aktiviteleri Anketi

DİYABET ÖZ BAKIM AKTİVİTELERİ ANKETİ

Aşağıda diyabetle ilişkili öz-bakım aktivitelerinizi belirlemek için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak son 7 gün içinde bu aktiviteleri uygulama durumunuzu sorunun altında yer alan rakamların üstünde işaretleyerek belirtiniz. Eğer son 7 günü hasta olarak ya da olağandışı bir durum (seyahat, misafir ağırlama, çok yoğun iş temposu gibi) yasayarak geçirdiyseniz lütfen soruları ondan önceki bir haftayı düşünerek cevaplayınız.

	Öz bakım Aktiviteleri	0	1	2	3	4	5	6	7
Diyet	1.Son 7 günün kaç gününde sağlıklı bir beslenme planı izlediniz?	0	1	2	3	4	5	6	7
	2.Geçen ay içinde ortalama olarak haftada kaç gün beslenme planınıza uydunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7
	3. Son 7 günün kaç gününde beş porsiyon ya da daha fazla meyve ve sebze yediniz?	0	1	2	3	4	5	6	7
	4. Son 7 günün kaç gününde kırmızı et veya tam yağlı süt ürünleri gibi yüksek yağ içeren besinler tükettiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7
Egzersiz	5. Son 7 günün kaç gününde en az 30 dakikalık fiziksel bir aktivitede bulundunuz? (yürüme dahil olmak üzere ara vermeksizin, sürekli ve düzenli yapılan aktivitelerin dakika olarak toplamı)	0	1	2	3	4	5	6	7
	6. Son 7 günün kaç gününde evde veya işinizde yaptıklarınızın dışında ayrıca yüzme, bisiklete binme ve yürüme gibi egzersizler yaptınız?	0	1	2	3	4	5	6	7
Kan Şekeri testi	7.Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi ölçtünüz?	0	1	2	3	4	5	6	7
	8. Son 7 günün kaç gününde kan şekerinizi sağlık ekibinizin önerdiği sıklıkta ölçtünüz?	0	1	2	3	4	5	6	7
Ayak Bakımı	9. Son 7 günün kaç gününde ayaklarınızı kontrol ettiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7
	10. Son 7 günün kaç gününde ayakkabılarınızın içini gözden geçirdiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7
Sigara	11. Son 7 gün içinde sigara içtiniz mi? (bir nefes bile olsa) 0- Hayır 1- Evet (Cevabınız evet ise günde ortalama kaç adet sigara içtiniz?) Günde içilen sigara sayısı:								

EK-IV: Diyabet Bakım Profili Ölçeği

DİYABET BAKIM PROFİLİ

Sosyal Destek

1. Ailenizin kaç üyesi diyabetli olduğunuzu biliyor? Hiçbiri Birkaçı Hepsi
1 2 3 4 5

2. Yaklaşık olarak kaç arkadaşınız diyabetli olduğunuzu biliyor? 1 2 3 4 5

3. Şu konularda ailem ve arkadaşlarımdan çok fazla yardım ve destek beklerim.

	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	Kararsızım	katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	İhtiyacım olmuyor
Öğün planımı uygulama	1	2	3	4	5	6
İlaçlarımı almada	1	2	3	4	5	6
Ayak bakımımı sürdürmede	1	2	3	4	5	6
Yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmede	1	2	3	4	5	6
Şekerimi kontrol etmede	1	2	3	4	5	6
Diyabetle ilgili duygularımı kontrol etmede	1	2	3	4	5	6

4.Şu konularda ailem ve arkadaşlarım şu konularda bana çok yardım eder ve destek olur.

	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	Kararsızım	katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	İhtiyacım olmuyor
Öğün planımı uygulama	1	2	3	4	5	6
İlaçlarımı almada	1	2	3	4	5	6
Ayak bakımımı sürdürmede	1	2	3	4	5	6
Yetersiz fiziksel aktiviteyi sürdürmede	1	2	3	4	5	6
Şekerimi kontrol etmede	1	2	3	4	5	6
Diyabetle ilgili duygularımı kontrol etmede	1	2	3	4	5	6

5. Ailem ve arkadaşlarım kesinlikle;

	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	Kararsızım	katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Beni ve diyabetimi kabul ederler	1	2	3	4	5
Diyabetimden dolayı benim için rahatsızlık duyarlar	1	2	3	4	5
Diyabetim hakkında beni cesaretlendirir veya güven verir	1	2	3	4	5
Diyabetim hakkında cesaretimi kırar veya üzer	1	2	3	4	5
Diyabetim hakkında konuşmak istediğimde beni dinler	1	2	3	4	5
Diyabetle ilgili olarak beni eleştirir	1	2	3	4	5

6.Diyabet bakımınızı sürdürmede size en çok kim yardım eder?
(sadece bir cevap işaretleyiniz)

- 1.eş
- 2.diğer aile üyeleri
- 3.arkadaşlar
- 4.ücretli yardımcı
- 5.doktor
- 6.hemşire
- 7.yardım eden biri yok



EK-V: KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Beslenme Yemeğimi kendi başıma yiyemiyorum Yemeğimi yerken yardım alıyorum Yemeğimi kendi başıma yiyebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Transfer Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapamıyorum Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yaparken yardım alıyorum Yatağa girip çıkmak, sandalyeye oturmak v.b. işlevleri yapabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Tuvalet ihtiyacı Tuvalet ihtiyacımı karşılayamıyorum Tuvalet ihtiyacımı karşılarken yardım alıyorum Tuvalet ihtiyacımı karşılayabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Banyo yapma Kendi başıma yıkanamıyorum Yıkanırken yardım alıyorum Kendi başıma yıkanabiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Giyinme Kendi başıma giyinemiyorum Giyinirken yardım alıyorum Kendi başıma giyinebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()
Kontinas (İdrarını/ dışkısını tutamama) Mesane ve bağırsak boşaltımımı kontrol edemiyorum Mesane ve bağırsak boşaltımımı kontrol edebilmek için araç v.b. yardım alıyorum Mesane ve bağırsak boşaltımımı kontrol edebiliyorum	Bağımlı () Kısmen bağımlı () Bağımsız ()

EK-VI: Etik Kurul İzin Yazısı

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL
 Sayı : 281 27/8/2018
 Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Sosyal Desteğin Diyabet Yönetimine Etkisi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Dr.Öğr.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Yasemin ÖZKAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2018/149	Tarih (Date): 09.08.2018
	Dr.Öğ.Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Nebil YILDIZ (Başkan)	Nöroloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	izinli
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	izinli
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi	izinli
Doç. Dr. Mehmet Hamid BOZTAŞ (Üye)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Erkan KILINÇ (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Biyoistatistik	BAİBÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Hayati ATALA (Üye)	Protektif Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği	izinli
Dr. Öğr. Üyesi Tamer ÇANKAYA (Üye)	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	BAİBÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	
Dr. Öğr. Üyesi Makbule TOKUR KESGİN (Üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Bolu Sağlık Yüksek Okulu	izinli
Dr. Öğr. Üyesi Kutlu AYDIN (Üye)	Antrenörlük	BAİBÜ Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel Eczane (BOLU)	
Av. Hürri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Emal	Serbest Meslek (BOLU)	

EK-VII: Kurum İzin Yazısı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, Yazı İşleri Birimi



Sayı : 96487027-044-E.27117
Konu : Yasemin ÖZKAN

01.10.2018

Sayın Yasemin ÖZKAN
Geriatri Bilim Dalı

İlgi : 11.09.2018 tarihli başvuru.

" Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisi " konulu tez çalışmasının anket uygulamasını, Hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

 e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

EK-VIII: Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Sosyal Desteğin Diyabet Yönetimine Etkisini belirlemektir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi ya da varsa invaziv girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 15-20 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 113'tür. Bu araştırma ile ilgili olarak size sorulan sorulara cevap vermeniz sizin sorumluluklarınızdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir; ancak sizin için beklenen yararlar sosyal desteğin diyabet yönetiminizde ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ne kadar etkili olduğu belirlenerek diyabet yönetiminizi iyileştirilmesini sağlamak ve çözüm önerileri geliştirilmesine yardımcı olması beklenmektedir. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Saadet CAN ÇİÇEK ve hemşire Yasemin ÖZKAN tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0545 440 15 80 no.lu telefondan Yasemin ÖZKAN'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu çalışma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu çalışma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

EK-IX: Ölçek Kullanım İzni



Dr. Öğr. Üyesi Gülhan Coşansu <gulhanc@istanbul.edu.tr>

2 Ağu 2018 Per 11:50 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ↵

Sayın Özkan

Tez çalışmanızda "diyabet özbakım aktiviteleri anketi" ni kullanmanızdan memnuniyet duyanım. Ölçeğin kullanım detayları ile ilgili olarak doktora tezizden yararlanabilirsiniz. Ölçeği ve tezimi ekte gönderiyorum. Çalışmanızın sonuçlarını benimle paylaşılırsanız çok sevinirim. İyi çalışmalar dilerim

1 Ağustos 2018 18:27 tarihinde Yasemin Tuncer <tuugcee87@gmail.com> yazdı:

2 Ek



mini mental test > Gelen Kutusu x



Yasemin Tuncer <tuugcee87@gmail.com>

20 Tem 2018 Cum 20:33 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: reyhan.ucku ↵

Merhaba Reyhan Hanım; Abant İzzet Baysal Üniversitesinde Hemşirelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisi konulu tez çalışmamda sizin ve arkadaşlarınızın geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı SMMT i tezimde ölçek olarak kullanmak istiyorum. Bununla ilgili olarak bana yardımcı olabilir misiniz? Saygılarımla...
YASEMİN ÖZKAN



reyhan.ucku@deu.edu.tr

21 Tem 2018 Cmt 20:39 ★ ↶ ⋮

Alıcı: ben ↵

>
Kullanabilirsiniz Yasemin Hanım, başarılar dilerim.

Prof.Dr.Reyhan Uçku

katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği > Gelen Kutusu x



Yasemin Tuncer <tuugcee87@gmail.com>

30 Tem 2018 Pzt 20:57 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: huseyinbalcioglu ↵

Merhaba Hüseyin Bey,
Abant İzzet Baysal Üniversitesinde Hemşirelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Bilişsel bozukluğu olan diyabetli yaşlılarda sosyal desteğin diyabet yönetimine etkisi konulu tez çalışmamda sizin ve arkadaşlarınızın geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı Katz GYA ölçeğini kullanmak istiyorum. Bu konuda yardımcı olabilir misiniz ? Saygılarımla...
YASEMİN ÖZKAN



huseyin balcioglu <huseyinbalcioglu@hotmail.com>

1 Ağu 2018 Çar 10:03 ★ ↶ ⋮

Alıcı: ben ↵

Merhaba, kullanabilirsiniz, kolay gelsin.

From: Yasemin Tuncer <tuugcee87@gmail.com>
Sent: Monday, July 30, 2018 6:57 PM
To: huseyinbalcioglu@hotmail.com
Subject: katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği

9. ÖZGEÇMİŞ

Yasemin ÖZKAN 06.11.1991 tarihinde Ankara’da doğdu. İlk, orta ve lise öğretimini Ankara’da tamamladı. 2011 yılında girdiği Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden Haziran 2015’te mezun oldu. 2016 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans öğrenimine başladı. 2015 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina çalışmaya başladı. Halen AÜTF İbni Sina Hastanesi Geriatri Kliniği’nde çalışmaktadır.



10. ORJİNALLİK RAPORU



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORJİNALLİK RAPORU

16/08/2019

BAİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: Yasemin ÖZKAN

Numarası: 25262489110

Anabilim Dalı: Hemşirelik ABD

Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans
Doktora

Tez Başlığı: Bilişsel Bozukluğu Olan Diyabetli Yaşlılarda Sosyal Desteğin Diyabet Yönetimine Etkisi

Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 69 sayfalık kısmına ilişkin 16/07/2019 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca **Turnitin** intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında %15, "alıntılar dahil" yapıldığında ise %15 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç,
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

Yasemin ÖZKAN

EK: 1 adet tezin tam başlığını öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bittikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir. **TEZ DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR

16/08/2019

Dr. Öğr. Üyesi Saadet CAN ÇİÇEK