

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

**İNSÜLİN VE ORAL ANTİDİYABETİK KULLANAN DİYABETLİ
YAŞLILARDA HASTALIĞA İLİŞKİN TUTUM VE PROBLEM
ALANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Hemş. Merve KAYALIOĞLU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEMMUZ 2019

BOLU



T.C.

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNSÜLİN VE ORAL ANTİDİYABETİK KULLANAN DİYABETLİ
YAŞLILARDA HASTALIĞA İLİŞKİN TUTUM VE PROBLEM
ALANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Hemş. Merve KAYALIOĞLU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA

TEMMUZ 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.

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA **

(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Dr. Öğr. Üy. Saadet CAN ÇİÇEK

(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Dr. Öğr. Üy. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN*

(Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Düzce Üniversitesi)



Tarih: 16/07/2019

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, Merve KAYALIOĞLU'nun Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYAZ

.....

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

* Jüri Başkanı

**Tez Danışmanı

ÖZET

İNSÜLİN VE ORAL ANTİDİYABETİK KULLANAN DİYABETLİ YAŞLILARDA HASTALIĞA İLİŞKİN TUTUM ve PROBLEM ALANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmada oral antidiyabetik ve insülin kullanan diyabetli yaşlı hastaların hastalığa karşı tutumları ile problem alanlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Endokrinoloji polikliniğine başvuran ve İç Hastalıkları servisinde yatarak tedavi görmekte olan, eğitimliler için olan Mini Mental Durum Testinden 24 ve üzeri puan alan 65 yaş ve üstü, en az bir yıl önce Tip 2 diyabet tanısı konmuş, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini 110 kişilik çalışma evreninden dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 oral antidiyabetik ve 50 insülin kullanan olmak üzere toplam 100 hastaya ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında Eğitimliler için olan Mini Mental Test, Kişisel Bilgi Formu, Diyabette Problem Alanları Ölçeği ve Diyabet Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, frekans, Student t test, Mann Whitney U test, Pearson korelasyon, Ki Kare testi, Fisher's Exact test, Fisher Freeman Halton test kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin diyabete yönelik pozitif tutuma sahip oldukları belirlenmiş, diyabet tutum ölçeği toplam puan ortalaması 76.11 ± 5.6 olarak saptanmıştır. Oral antidiyabetik kullanan hastalarda en güçlü pozitif tutum gösteren alt boyut "Hasta Uyumuna Karşı Tutum" alt grubuyken insülin kullanan hastalarda ise "Özel Eğitim Gereksinimi" alt grubu olarak saptanmıştır. Her iki grupta da en düşük puana sahip alt boyut ise "Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti" alt grubudur.

Oral antidiyabetik ve insülin kullanan her iki gruptaki hastaların diyabette ciddi problem yaşamadıkları tespit edilmiştir. Oral antidiyabetik kullanan hastaların DPAÖ puanı 29.6 ± 10.69 , insülin kullanan hastaların DPAÖ puanı ise 33.73 ± 10.47 olarak belirlenmiştir. Hastaların diyabete yönelik pozitif tutuma sahip olmalarının sonucu bu yönde etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür.

Özellikle yaşlılarda olmak üzere diyabette hasta otonomisi önemli bir faktördür. Bundan dolayı öz bakımlarının planlanmasında tutumlarının pozitif çevrilmesi çok önemlidir. Hemşireler diyabetli yaşlı bireylere verecekleri dinamik eğitim desteği ile hastalık yönetimini daha iyi seviyelere çıkarabilirler.

Anahtar kelimeler: Tip 2 Diyabet, Diyabetli Yaşlı Birey, Diyabette Tutum, Diyabette Problem Alanları, Hemşirelik

ABSTRACT

COMPARISON OF DISEASE-RELATED ATTITUDES AND PROBLEM AREAS IN ELDERLY WITH DIABETES USING INSULIN AND ORAL ANTIDIABETICS

In this study, it was aimed to compare the attitudes of older diabetic patients using oral antidiabetics and insulin against the disease and the problem areas.

The patients who applied to the Bolu Abant İzzet Baysal education and Research Hospital Internal Diseases Department Endocrinology Polyclinic and inpatient treatment in the Internal Medicine Department with diabetes type 2 diagnosis at least a year ago, who was 65 years or older, had no psychiatric disorder, the score obtained from the Mini Mental Status test is 24 and above and admitted the research composed the horizon of this study.

A total of 100 elderly individuals with diabetes, including 2 groups using 50 oral antidiabetic drugs and 50 using insulin, were selected casually by an improbable sampling method. The data collected were used as Personal Information Form, problem areas scale in diabetes, Diabetes attitude scale and Mini Mental test. The student t test, Mann Whitney U test, Pearson correlation, Chi Square test, Fisher's exact test, Fisher Freeman Halton test were used in the evaluation of the data.

It was ascertained that the patients who were taken in the research had positive attitude about diabetes it was determined that the average total score of the scala of the attitude in diapedes was 76.11 ± 5.6 . In patients with Oral antidiabetics, the subgroup with the strongest positive attitude was “attitude towards patient harmony”, while in patients with insulin use it was identified as the “Special Education Requirement” subgroup. The lower size with the lowest score in both groups is the “severity of Type 2 diabetes” subgroup.

Patients in both groups who used Oral antidiabetics and insulin were found to have no serious problems with diabetes. The DPAÖ score of the patients using oral antidiabetics was 29.6 ± 10.69 and the DPAÖ score of the patients using insulin was 33.73 ± 10.47 . It was thought that patients may have been affected in this direction as a result of having a positive attitude towards diabetes.

Diabetes, especially in the elderly, is an important factor in patient autonomy. Therefore, it is very important to turn attitudes towards positives in planning self-care. Nurses can improve disease management to better levels with the dynamic training support they will provide to elderly individuals with diabetes.

Key words: Type 2 Diapetes, Elderly Person With Diabetes, Diabetic attitude, The Area of Problem in diabet, Nursing.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana her konuda destek olan ve yol gösteren; bilgilerini ve deneyimlerini esirgemeyerek, sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile rehberlik eden Değerli Hocam Sayın Tez Danışmanım Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA' ya,

Araştırmanın uygulanmasında, desteklerini esirgemeyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden diyabetli yaşlı bireylere,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum başta sorumlu hemşiremiz Semra AYTOP olmak üzere tüm ekip arkadaşlarıma,

Araştırmanın her aşamasında maddi manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili babam, annem, kardeşim ve arkadaşlarım Nuray İKİZ, Dilek YILMAZ' a,

Her zaman sabır ve özveriyle desteğini esirgemeyen sevgili eşim Ersin Arif KAYALIOĞLU' na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve KAYALIOĞLU

İÇİNDEKİLER

• ONAY SAYFASI	ii
• ÖZET	iii
• ABSTARCT.....	v
• TEŞEKKÜR.....	vii
• İÇİNDEKİLER	viii
• TABLOLAR LİSTESİ	xi
• SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
1.1.GİRİŞ	1
1.2. Problemin Tanımı	1
1.3. Araştırmanın Amacı	3
1.4. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlı Nüfusu	4
2.2. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar	6
2.3. Yaşlılarda Diyabet Hastalığı	6
2.3.1. Yaşlılarda Diyabet Prevalansı	6
2.3.2. Yaşlılarda Diyabetin Fizyopatolojisi	7
2.3.3. Yaşlılarda Diyabet Belirtileri ve Tanısı	8
2.3.4. Yaşlılarda Diyabetin Yönetimi	8
2.3.4.1. Diyabette İlaç Tedavisi	9
2.3.4.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi	10
2.3.4.3. Diyabet ve Egzersiz	11
2.3.4.4. Diyabet Eğitimi	11
2.3.4.5. Bireysel İzlem ve Öz Bakım	12
2.3.5. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Tedavisi	12
2.3.6. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Problem Alanları	13
2.3.6.1. Fiziksel Problemler	13
2.3.6.1.1. Diyabetin Komplikasyonları	13
2.3.6.1.1.1. Akut Komplikasyonlar	13
2.3.6.1.1.1.1. Hipoglisemi	13

2.3.6.1.1.1.2. Hiperglisemi	14
2.3.6.1.1.2. Kronik Komplikasyonlar	14
2.3.6.1.1.2.1. Diyabetik Retinopati	14
2.3.6.1.1.2.2. Diyabetik Nefropati	15
2.3.6.1.1.2.3. Diyabetik Nöropati	15
2.3.6.1.1.2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar	15
2.3.6.1.1.2.5. Diyabetik Ayak ve Amputasyon	15
2.3.6.2. Psikolojik Problemler	16
2.3.6.3. Sosyoekonomik Problemler	16
2.3.6.4. Psikoseksüel Problemler	17
2.4. Tutum Kavramı ve Tutumun Davranışa Etkileri	17
2.5. Yaşlı Diyabetli Bireylerin Hastalığa Karşı Tutumlarının Bakıma Etkileri	18
2.6. Diyabet ve Evde Bakım Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Gerçekleştiği Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.3.1. Araştırmanın Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.5. Ön Uygulama	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR	28
4.1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	28
4.2. Gruplara Özgü Parametrelerin Dağılımı	31
4.3. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği Puanlarının Minimum, Maksimum, Standart Sapma ve Cronbach Alpha Değerleri	32

4.4. Gruplar Arasında Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	33
4.5. Gruplarda ve Toplamda Diyabet Problem Alanları Puanı ile Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi.....	35
4.6. Gruplar Arasında Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile Diyabet Tutum ve Problem Alanları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	36
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER	72
9. ÖZGEÇMİŞ	92
10. ORJİNALLİK RAPORU	93

TABLÖLAR

Tablo 4.1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı	28
Tablo 4.2. Gruplara Özgü Parametrelerin Dağılımı	31
Tablo 4.3. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği Puanlarının Minimum, Maksimum, Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach's Alpha Değerleri	32
Tablo 4.4. Gruplar Arasında Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	33
Tablo 4.5. Gruplarda ve Toplamda Diyabet Problem Alanları Puanları ile Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi	35
Tablo 4.6.1. İnsülin Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 4.6.2. Oral Antidiyabetik Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 4.6.3. İnsülin Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 4.6.4. Oral Antidiyabetik Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 4.6.5. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 4.6.6. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6.7. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	43

Tablo 4.6.8. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 4.6.9. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 4.6.10. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 4.6.11. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Tedaviye Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 4.6.12. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Tedaviye Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 4.6.13. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Diyabet Problem Alanları Puanlarının Diyete Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 4.6.14. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Diyete Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması	52

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BM	Birleşmiş Milletler
IDF	International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)
ADA	American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birliği)
EASD	European Association for the Study of Diabetes (Avrupa Diyabet Araştırmaları Birliği)
OAD	Oral Antidiyabetik Tedavi
TBT	Tıbbi Beslenme Tedavisi
ED	Eretil Disfonksiyon
DTÖ	Diyabet Tutum Ölçeği
DPAÖ	Diyabette Problem Alanları Ölçeği
NIDDM	Non-İnsulin Dependent Diabetes Mellitus (İnsüline Bağlı Olmayan Diyabet)
MMT	Mini Mental Test

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Son yüzyılda dünyada gelir ve eğitim düzeyindeki artış, bulaşıcı hastalıkların denetimi ve beslenme alışkanlıklarının farklılaşması gibi faktörler beklenen yaşam süresinin artmasına sebep olmuştur (1). Yaşam süresinin artması, son zamanların en önemli gelişmelerden birisi olarak görülmektedir. Dünya, beklenen yaşam sürelerindeki artma ve doğurganlık oranındaki azalma sebebiyle yaşlanmaktadır (2). Örgütlere göre yaşlılık dönemlerine baktığımızda; Birleşmiş Milletler (BM) 60 yaşı yaşlılık sınırı kabul ederken Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bu sınırı ise altmış beş yaş ve yukarıdır (3, 4).

Dünyada 1980 yılında 60 yaş ve üstü, tüm popülasyonun %8.6'sı iken 2014'de % 12' ye yükseldiği görülmüştür. 2050 yılında ise bu değer %21 'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (5). Türkiye'de de 2014 yılında 65 yaş ve yukarı nüfus 6.192.962 kişi olup 5 senede bu sayı %16 oranında yükselerek 2018 yılında 7.186.204 kişi olmuştur. Ülkemizdeki yaşlıların tüm nüfustaki yüzdesi 2014 yılında %8 iken, bu oran 2018 yılında %8,8 olarak belirlenmiştir (2, 6). Bu sonuçlardan da görüldüğü gibi ülkemiz de giderek diğer ülkeler gibi yaşlanmaktadır.

Bu verilerle kanıtlandığı gibi yaşam süresinin artması istenen bir durum olmasına rağmen, bulaşıcı olmayan hastalıklarda da artış görülmüştür (1). Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar dünya genelinde son yüzyılın en önemli halk sağlığı problemi haline gelmiştir (7). DSÖ' nün raporlarına göre gelişmekte olan ülkelerde de kronik hastalıklar, yaşlı nüfustaki artış ile önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (8). Ülkemizde 2013 yılında yapılan "Ulusal Hastalık Yüğü" raporuna göre de bulaşıcı olmayan hastalıkların yüğü giderek artmakta olup ölümlerin yüzde seksen sekizine ve tümünün de yüzde seksen birine neden olur. Kronik akciğer obstruktif hastalık, kalp hastalıkları, kas iskelet ağrıları, , diyabet ve doğuşta meydana gelen anomaliler en büyük yüğü sebep olan hastalıklardır (9). Yaşlı nüfusun artmasının etkili olduğu bu durumlar doğal olarak yaşlının yaşam kalitesini etkilemektedir (10).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanan bulaşıcı olmayan kronik bir hastalıklardan birisi de diyabet hastalığıdır. Ciddi ve maaliyeti yüksek komplikasyonlara sebep olan, kontrol altına alınabilen bir hastalıktır (11). Hastalığın %90-97'sini tip 2 diyabet oluşturur. Yaş ilerledikçe görülme sıklığının artması, belirtilerinin hafif olması ve komplikasyonlarının sık olmasıyla karakterizedir (12). Yaşlanma ile birlikte diyabet insidansı ve prevalansı giderek arttığı bir çok çalışmada belirtilmiştir (2, 13, 14). Avrupa ve Amerika'da popülasyonun %8'i ve 65 yaş üstü nüfusun %20'si diyabetlidir (2). Aynı şekilde Dünya'da 18 yaş üstü diyabetli bireyin olduğu ülkeler arasında Türkiye'nin 6 buçuk milyondan fazla kişiyle ilk üçte olduğu görülmüştür (15).

Diyabetli bireylerin hastalığı yönetmeyi başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için; diyabetle ilgili bilgiye ve aldıkları bilgileri davranışa dönüştürebilmek için pozitif tutuma sahip olmaları gereklidir. Hastaların sağlık ile ilgili tutum ve davranışları, hastalıkta bireysel yönetimin temelini oluşturmaktadır (16, 17). Bireysel yönetim, diyabetlilerin hastalığın tedavi ve bakımına olan uyumunu sağlayıp öz-bakımını en üst düzeyde tutup devamlılığını sağlamaktadır (18).

Skinner ve arkadaşlarının çalışmasında pozitif tutuma sahip bireylerin öz bakım becerileri ve kan glikoz kontrollerinin çok daha iyi olduğu tespit edilmiştir (19). Kartal ve arkadaşlarının araştırmasında da, tedaviye uyum düzeyleri iyi olanların diyabet hastalığına karşı tutumları tedaviye uyum düzeyleri kötü olanlara göre daha pozitif olduğu görülmüştür (20).

Bireylerin tutumları uzun süreli inanç, duygu ve davranış eğilimleri olduğu için bu tutumların oluşmasını etkileyen faktörlerin de belirlenmesi gerekir. Bu faktörlerin biri de bireylerin yaşadıkları problemlerdir. Bu nedenle hastaların tutumlarının belirlenmesi yanında bireysel problem alanlarının da saptanması önemlidir (16).

Yapılan çalışmaların bir çoğunun 65 yaş altını kapsamaması ile birlikte, yaşlı diyabet hastalarıyla yapılan çalışmalarda ise hastalık ve sağlığa karşı tutumları, beslenme tedavisine karşı uyumları ve problem alanları sınırlı sayıda ele alınmıştır

(11, 21, 22). Buna karşın diyabetli yaşlı bireylerin tedavi türlerinin hastalığa karşı tutumlarına ve problem alanlarına etkisine değinen çalışmalara rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, oral antidiyabetik ve insülin kullanan diyabetli yaşlı bireylerin hastalığa karşı tutumları ile problem alanlarının karşılaştırmaktır.

Araştırmanın bu özel amacı doğrultusunda hedeflenen genel amacı ise; demografik dönüşüm içerisinde olan toplumumuzda insülin ve oral antidiyabetik kullanan diyabetli yaşlı bireylerde hastalığa ilişkin tutum ve problem alanlarındaki farklılıkların bakım ve tedavilerinin oluşturulmasında önemli bir yere sahip olduğu düşünülüp, konunun bu alandaki eksikliğini giderebilmek, hemşirelik literatürüne ve diyabetli yaşlı bireylerin yaşam kalitesine katkı sağlamaktır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Oral antidiyabetik ve insülin kullanan diyabetli yaşlı bireylerin hastalığa karşı tutumları ile problem alanları arasında fark var mıdır?

Oral antidiyabetik kullanan diyabetli yaşlı bireylerin problem alanları ile hastalığa karşı tutumları arasında ilişki var mıdır?

İnsülin kullanan diyabetli yaşlı bireylerin problem alanları ile hastalığa karşı tutumları arasında ilişki var mıdır?

Oral antidiyabetik kullanan hastaların demografik özellikleri ile hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

İnsülin kullanan hastaların demografik özellikleri ile hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı ve Yaşlı Nüfusu

Sağlıktaki bilimsel gelişmeler ile hastalıkların önlenmesi, etkili tedavi seçenekleri ile hastalıklara erken dönemde müdahalenin sağlanması dünya genelinde mortalite oranını azaltmıştır (23). Ölümün azalması, doğumda beklenen hayat yılının artışı ve doğum oranının azalması ile toplam nüfus içindeki altmış beş yaş ve üstündeki nüfus yüzdesini yükseltmiştir (2).

Yaşlanma, biyolojik anlamda döllenme ile başlayıp tüm hayat boyunca süregelen; olgunlaşma ve büyüme dönemlerinden sonraki gerileme ve biyolojik olarak son bulmasına kadar geçen zamandaki yavaşlamanın yaşandığı bir dönemdir (24).

Hayatın önemli bir parçası olan kavramlardan biri de yaşlılık kavramıdır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte doku ve organların yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri oluşmaya başlar. İnsandan insana farklılık gösteren bu değişimler yaşam tarzı, beslenme, mevcut hastalıkların varlığı, sosyal yaşam gibi birçok nedenlerle yaşlılık sürecinde şekillenir. Yaşlanma sürecini; stres, uzun süre uykusuz kalmak, sağlıksız beslenme, hareketsizlik, uzun süre alkol kullanma, kronik hastalıklar, kişisel farklılıklar, genetik, yaşam biçimi gibi faktörler etkiler (25). Yaşlılık daha çok, yapısal ve işlevsel olarak bozulmaya başlama şeklinde tanımlanmaktadır. Gerontologlara göre bir takım yaşlanma tanımları bulunmaktadır (26).

Biyolojik Yaşlılık: Zamana dolayısıyla yaşa bağlı olarak vücudun her türlü fonksiyonunu geri dönüşsüz kaybettiği değişimlerdir. Yumurtanın döllenmesiyle başlayan zamanla kişinin geçirdiği morfolojik, anatomik ve fizyolojik değişimler olarak tanımlanır (26, 27).

Kronolojik Yaşlanma: Doğumla birlikte başlayıp devam eden yaş olarak tanımlar. Dolayısıyla sayısal olarak yaşı büyük olanlar daha büyük sayılır. Fakat her zaman kişilerin mental seviyeleri, sosyal statüleri ve fiziksel sağlık durumlarını belirlemede kullanılamaz (27). 65 yaş ve üstünde olan bireyler yaşlı olarak kabul edilir. Altmış beş ve yetmiş beş yaş arası ilk dönem yaşlılık, yetmiş beş ve seksen beş

arası orta dönem yaşlılık ve seksen beş ve üzeri ileri dönem yaşlılık olmak üzere yaşlılığın 3 dönemi vardır (25).

Patolojik Yaşlanma: Mevcut hastalıklar sebebiyle oluşan yaşlanmadır (26).

Psikolojik Yaşlanma: Kişilerin yaşlanma evrelerinde yaşadıkları uyum, davranış ve mental fonksiyonlarındaki değişimler psikolojik yaşlanmaya işaret eder (26-8).

Sosyal Yaşlanma: Kişinin, iş hayatında ve sosyal yaşantısındaki yeteneğinin giderek azalıp kaybolması, rol ve beklentilerinin değişmesi sosyal yaşlanma olarak tanımlanır. Kişi bu durumda grup içerisinde yeterince uyum sağlayamaz duruma gelir (25-7).

Ekonomik Yaşlanma: Emeklilikle birlikte mevcut gelir seviyesinde farklılıklar meydana gelir. Bu durum da kişinin yaşantısında sıkıntılı süreçler yaratabilir (27). Çalışma gücünün ve üretkenliğinin azaldığı ve zamanla sona erdiği dönemdir (2).

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık sınırının 65 yaş olarak ele alırken Birleşmiş Milletler ise 60 yaş sınır olarak belirlemektedir (29). DSÖ' ne göre altmış beş yetmiş dört yaş aralığı "genç yaşlılık", yetmiş beş seksen dört yaş aralığı "ileri yaşlılık", seksen beş yaş ve üstü ise "çok ileri yaşlılık" olarak gruplandırılmıştır (30).

Dünyada 1980 yılında 60 yaş ve üstü, tüm nüfusun %8.6'sı iken 2014'de %12' ye yükseldiği görülmüştür. 2050 yılında ise bu değer %21 'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (5). Ülkemizde ise 2014 yılında 65 yaş ve yukarısı nüfus altı milyondan fazla olup 5 yılda bu sayı %16 oranında artarak 2018 yılında yedi milyonu geçmiştir. 2014 yılında Türkiye'deki yaşlıların toplam nüfustaki yüzdesi %8 iken, bu oran 2018 yılında %8,8 olarak belirlenmiştir (2, 6). Araştırmalar, iki bin yirmi üç yılında %10'lara kadar ulaşacağını göstermektedir (31). Bu bulgular önümüzdeki yirmi yıl içerisinde yaşlı bir topluma sahip olacağımızı göstermektedir.

2.2. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıkların görülme sıklığı nüfusun yaşlanmasıyla arttığı görülmüştür (32, 33). Bu hastalıklar; genellikle yavaş yavaş ilerleyen, tam bir iyileşme görülmeyen, birçok kez kronik sakatlıklar bırakan ve meydana gelmesinde kişisel, genetik ve sosyo-ekonomik faktörlerin rol aldığı bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (34).

Genellikle dünyada yaşlıları etkileyen kronik sorunlara baktığımızda; hipertansiyon, diyabet, demans, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, depresyon, kronik akciğer hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, gibi bozuklukların yer aldığı gözlemlenmiştir (34).

Beklenen yaşam süresinin ve kronik hastalıkların artması toplumumuzda birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı nüfusunda artmasına yol açmaktadır (2). Literatürde yaşlıların yaklaşık yüzde yetmiş doksanın en az bir kronik hastalıkla baş ettiği gözlemlenmiştir (35, 36). Arslan ve arkadaşının araştırmasına göre de; Türkiye’de altmış beş ve üzeri yaş grubun yüzde doksanın genellikle bir, yüzde otuz beşinin iki, yüzde yirmi üçünün üç, yüzde on beşinin dört veya daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır (37).

2.3. Yaşlılarda Diyabet Hastalığı

2.3.1. Yaşlılarda Diyabet Prevelansı

Hayatın süresini de kalitesini de negatif yönde etkileyen metabolik hastalıklardan bir tanesi diyabettir. Özellikle şeker yüksekliğiyle sonuçlanan karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler ile birlikte yağ-protein metabolizmasında da değişiklikler meydana gelir. Avrupa ülkeleri ile birlikte birçok gelişmekte olan ülkeleri de ciddi düzeyde etkilemektedir (38).

Uluslararası Diyabet Federasyonun (IDF) 2017 yılında sekizincisini çıkardığı “Diyabet Atlası” ‘ na göre toplam diyabetli bireylerin nüfusu “425 milyon” şeklinde ifade edilirken rakamın 2045’ te 629 milyona yükseleceği ön görülmektedir. Aynı zamanda 65-79 yaş aralığındaki 98 milyon diyabetli yaşlı birey sayısının 191 milyona ulaşacağı da atlasta belirtilmiştir (39).

Türkiye’ de gerçekleştirilen “Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-II)” çalışmasında yirmi yaş ve üstü bireylerde diyabet hastalığının görülme yüzdesi %13.7 olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada uzun süredir diyabet hastası olan ve yeni tanı alan bireylerin oranlarının oldukça benzer olduğu (%55 ve %45) ve erkeklerde kadınlara oranla daha düşük düzeyde diyabet hastalığı olduğu saptanmıştır (40).

Diyabet prevalansı 65 yaş üstü bireylerde daha yüksektir. TURDEP II bulgularına göre bu prevalans %34.8’dir (41). Bu nedenle diyabetin yaşlı nüfustaki önemi gittikçe artmaktadır.

2.3.2. Yaşlılarda Diyabetin Fizyopatolojisi

Diyabet hastalığı, pankreas tarafından insülin üretiminde kalıtsal veya sonradan kazanılmış eksikliklerin ya da üretilen insülinin etkisizliğinden kaynaklanan özellikle şeker yükselmesiyle karakterize, protein, yağ ve karbonhidrat metabolizmasındaki bozukluklar ve artmış aterosklerozla birlikte küçük veya büyük damarsal komplikasyonlarla seyreden kronik metabolik bir hastalıktır (11, 42).

Yaşlılarda yeni başlangıçlı tip 1 diyabet nadir görülse de, mekanizması gençlerdekiyle benzerlik gösterir. Çoğunlukla tip bir diyabetli bireylerde pankreas beta hücrelerinin immün harabiyeti hakimdir. Diyabetli yaşlı bireylerin yüzde doksanlık bir kısmı tip iki diyabet tanısı almıştır ve harabiyet gözlenmez. Tüm beta hücrelerinin kütlelerinde az bir miktarda azalma görülmektedir. Yaşlanmayla birlikte insülin salımında azalma, direnç oluşumu, yağ tabakasının artması, hareketliliğin azalması, glukokortikoid ve tiyazid vb. ilaçlar gibi birçok risk faktörü yaşlıda diyabet görülme sıklığını artırır (43).

2.3.3. Yaşlılarda Diyabet Belirtileri ve Tanısı

Yaşlılarda diyabet semptomları atipiktir. Konfüzyon, halsizlik ve sık idrara çıkma gibi semptomlarda diyabetten şüphelenmek gerekir. Yaşlılık döneminde böbrek glikoz eşliğindeki artma ve susama mekanizmasındaki bozulma ile sık sık idrara çıkma ve çok su içme ihtiyacı gibi diyabet hastalığının en temel belirtileri çok net gözlenmeyebilir (44). Yaşlılarda diyabet tanısı alması uzun yıllar sürebilir ve

bireyler hastaneye diyabetin komplikasyonları ile başvurabilirler (45). En önemlisi ise hastalık belirti göstermez. Belirti gözlenmediği zaman bile her yaşlı potansiyel diyabet hastası olarak kabul edilip değerlendirilmelidir. Sık belirti vermeden kilo kaybı ya da geri dönüşümsüz enfeksiyonlar gibi belirtiler şeklinde oluşabilir. Yaşlı diyabetli bireylerde bilişsel fonksiyonlarda gerileme belirgindir ve kan glikoz düzeyi kontrolü ile bağlantılıdır (46).

Yaşa göre farklı farklı ayarlanmış tanı kriterleri yoktur. Erişkin dönemle benzerlik gösterir (46). Amerikan Diyabet Birliği'nin iki bin üç yılında yenilenen tanı kriterlerine göre;

- Diyabet hastalığı belirtilerinden herhangi biri ve rastgele ölçülmüş olan glikoz değeri ≥ 200 mg/dl,
- 2 ayrı zaman diliminde açlık kan glikoz değeri ≥ 126 mg/dl veya daha fazla olması ya da,
- 2 saatlik oral glikoz tolerans testi ≥ 200 mg/dl ile hastalık tanısı verilmektedir (11).

2.3.4. Yaşlılarda Diyabetin Yönetimi

Diyabet yönetiminde hedef kan şekerini normal değerlerde tutarak hastalığın organlar üzerinde yapacağı hasarın önlenmesi ve yaşam kalitesini yükseltmektir (47). Başarılı bir diyabet yönetimi hastanın kendisi tarafından düzenlenip, eğitimi ve kendi kendine bakım sonuçlarını tarınca değerlendirebilmesiyle karakterizedir. Düzenli egzersiz, dengeli beslenme tedavisi, hastanın kendi kan şekeri kontrolünü yapması, ilaç tedavisi ve diyabet eğitimi başarılı bir diyabet yönetimi için olmazsa olmazdır (48).

Diyabet tedavisi için planlanan uygulamalar bireysel olmalıdır. Yani uygulamalar hastanın amaçlarına, yaşına, yaşam biçimine, beslenme gereksinimlerine, aktivite düzeyine, işine, diyabet tipine, yapabileceği bağımsız yeteneklerine göre dayandırılmalıdır. Tüm plan içinde psikososyal yönleri de göz önünde bulundurulması gereklidir (49).

2.3.4.1. Diyabette İlaç Tedavisi

Oral Anti diyabetik Tedavi (OAD)

Oral anti diyabetik ilaçlar (OAD), tek başına egzersiz ve diyetle düzelmeyen diyabet hastalarının tedavisinde spesifiktir (50). OAD ilaçlar insülin salgılama yeteneği henüz tükenmemiş, hastalıkla baş etme döneminin ilk zamanlarında uygulanır (48).

Tedavide kullanılan OAD'ler şunlardır:

Sülfonilüreler: Tedavi de primer ilaçlardandır. İnsülin salgılanmasını yükseltip organizmanın duyarlılığını artırır. Yan etkilerine baktığımızda kilo alımı ve hipoglisemi ilk sırada yer alır. Hastaların 2/3'si tedaviye cevap verir (51).

Biguanidler (Metformin): Bağırsaklardan glikoz absorpsiyonunu azaltarak insülin etkisini artırarak düzenleme yapar (52). Obez hastalarda daha sık tercih edilir. Glifor, Glucophage ve Glukofen bu gruptaki ilaçlar içerisinde yer alır (37). Hipoglisemi riski yoktur (53).

Alfa Glikozidaz İnhibitörleri: Bağırsaklardaki karbonhidrat emilimini intestinal kanalın fırçamsı kenarında bulunan alfa glikozidaz enzimi inhibe ederek geciktirir ve yemeklerden sonra kan şekeri yükselmesini engeller. Obez ve beslenme programına uyumu zayıf olan, hiperglisemisi hafif seyreden tip 2 diyabetlilerde tercih edilmelidir. Yan etkisi gastrointestinal problemlerdir (48).

Thiazolidinedionlar: Rosiglitazon ve pioglitazon bu grupta yer alır (54). İnsülin direnci üzerine etkilidirler. Hepatotoksisite, periferik ödem, kilo artışı, anemi, LDL kolesterol düzeylerinde yükselme görülebilir. Konjestif kalp yetersizliği ve karaciğer fonksiyon bozukluklarında kullanılmamalıdır (48).

Glinidler: Repaglinid ve nateglinid bu grup içerisinde yer almaktadır (54). İnsülin salınımını arttırmaları. Sülfonilüreler'den farkı etki sürelerinin çok kısa olmasıdır. Bir saatte doruk değere ulaşır ve süratle atılırlar, post prandiyal hipreglisemiyi önlerler (48).

İnsülin Tedavisi

İnsülinin bulunması ve tedavide uygulamaya geçmesi diyabet tedavisinde önemli bir dönüm noktası olmuştur. 1921 yılında Best ve Banting tarafından bulunmuştur. Bulunduktan sonra 1922'de bir diyabetlide denenerek, 1923'de ise ticari üretimine başlanmıştır. Böylelikle modern diyabet tedavisine adım atılmıştır. Keşiften hemen sonra domuz ve sığır pankreasından elde edilmiş, ilerleyen yıllarda ise biyosentetik insan insülinleri üretilmiştir. Çağımızda diyabetin tedavisinde allerjik etkilerinin daha az oluşu ve otoantikör oluşma sebebiyle saflaştırılmış insan insülinleri tercih edilmektedir (55).

İnsülinin etki düzeylerine baktığımızda; kısa, orta, uzun ve hızlı etkili gibi 4 gruba ayrılmaktadır (56). Tip 1 diyabetli bireylerde insülin üretme yeteneği tamamen kaybolmuştur. Bu sebeple dışarıdan uzun süreli insülin tedariki elzemdir. Tip 2'de ise, doğal yollarla kontrol sağlanamadığında insülin verilebilir (57). Akut ve kronik komplikasyonların varlığı, hiperglisemi ile birlikte glikozüri, ameliyatlar, ciddi enfeksiyonlar, travma, stres ve pankreası cerrahi girişimle alınmış bütün hastalarda da kullanılır (48).

2.3.4.2. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Amerikan Diyabet Cemiyetinin geçmişte yayınladığı diyabetteki beslenme prensip ve önerileri, diyabet diyeti, beslenme tedavisindeki anlayış ve terminolojiyi değiştirmiştir. Terminoloji için tıbbi beslenme tedavisi deyimi, diyet kelimesinin yerini almıştır (58).

Tedavinin hedeflerine baktığımızda:

- 1) En normal metabolik değerleri yakalayıp devamlılığını sağlamak
 - * Büyük damarsal komplikasyon olasılığı azalacak yap ve yap-protein profili meydana getirmek,
 - * Kan şekeri değerini optimal düzeyde tutmak,
 - * Vasküler hastalık olasılığını azaltacak kan basıncı düzeyini sağlamak, korumak,

2) Doğru beslenme ve hareketle sağlığın iyiliği ve pozitif davranış değişikliği meydana getirmek.

3) Hastalığın geri dönüşsüz komplikasyonlarını önlemek ve tedavi etmek.

4) Tıbbi Beslenme Tedavisi, hastalığın önlenmesinde, tedavide, komplikasyonların önlenmesinde önemlidir (59).

2.3.4.3. Diyabet ve Egzersiz

Diyabetlilerin günlük yaptıkları fiziksel egzersizler, tedavilerinin temel aşamalarından biridir. Yapılan araştırmalar hareketin, hastalığın kontrolünde pozitif etkisi olduğunu göstermektedir (60). Hareketle birlikte insan vücudunda kan glikoz kontrolü, yüksek yağ düzeyi düşüklüğü, özellikle dokuların insüline duyarlılığının artması gibi uzun vadede ciddi yararları olduğu görülmüştür (61, 62).

2.3.4.4. Diyabet Eğitimi

Diyabet eğitimi, tedavinin esaslarından biridir. Diyabette etkili öz bakım yaşam boyu devam eden bir süreçtir (57). Kişinin hastalığında otokontrolünü sağlamak, hastalığın kalıcı etkilerini önlemek ve iyileştirebilmek için tüm bilgi ve beceriyi sağlamak, tedavi için gerekli maaliyeti indirmek, yaşam standardını artırmak eğitimin amaçları arasındadır (56).

Dünya Sağlık Örgütü, bin dokuz yüz doksan bir yılında, DM gibi hayat boyu devam eden hastalıklar için hasta eğitiminin önemli olduğunu vurgulamıştır (63).

2.3.4.5. Bireysel İzlem ve Öz Bakım

Günümüzde kronik hastalıkların kontrolünü ve tedavisinde başarıyı sağlayabilmek için bireysel yönetim kavramı hakim olmuştur. Bu kavram hastayı merkeze alarak hastanın bakımda otokontrolünü sağlamasının önemli olduğunu ifade eder. Otokontrol diyabetli kişinin TBT, ilaç tedavisi ve egzersiz programlarına uyumunun sağlanarak öz bakımını en üst seviyeye çıkarıp ve bunu sürdürmesini gerektirir (44).

2.3.5. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Tedavisi

Diyabetli yaşlı bireylerin optimal kan şekeri düzeyine ulaşip devamlılığını sağlamak komplikasyonların oluşumunu engelleyecektir. Bu optimal düzeyi sağlamak yaşlılarda daha zordur. Optimal bu düzeye getirerek sık idrara çıkma, kilo kaybı, halsizlik gibi semptomların oluşmasını engellemek mümkündür (21).

Tedavinin hedefleri; hastanın aktif hareketliliği, sosyo-ekonomik durumu ve destek faktörleri ve kişinin hayattan beklentileri ile isteklerinin ayrıntılı olarak incelenmesini içermelidir (64).

Tedavi planı hastaların davranış rutinleri, çevre faktörü, yaşama biçimi ve destek sistemleri göz önüne alınarak kişiye özgü olmalıdır.

Mental durumda hipoglisemiyi algılamada sorun yaratacak değişiklikler, düzensiz ve az beslenme, hipoglisemi semptomları, çoklu ilaç kullanımı ve düzensiz kullanma, karaciğer veya böbrek metabolizmasının bozulması, yalnızlık sebebiyle hipogliseminin hemen tedavi edilememesi gibi birçok faktör diyabetli yaşlı bireylerin tedavisini, bakımını etkilerler (11).

Diyabetli yaşlı bireylerin birden fazla tedavi almaları sebebiyle tedavileri zordur. Çoklu hastalıkları vardır ve sıklıkla sosyal durumları karışıktır. Bu sebeplerden dolayı bu kişilere multidisipliner bir yaklaşım çok önemlidir. Genellikle yaşlılar oluşabilecek sonuçlardan çok haberdar olmadıkları için eğitim programlarına dahil olmazlar. Fakat birçok branşın müdahalesiyle hastalığa uyumu kolaylaşır, kan şekeri kontrolü iyileşir. Tedavide aile üyelerinin katkısı çok önemlidir (21).

Yaşam biçimi değişiklikleri glisemik kontrol sağlanmadığında, insülin veya oral anti diyabetik kullanımı tercih edilmektedir. Sağlıklı beslenmede asıl hedef, dengeli kilo alımını sağlamaktır. Sadece sağlıklı beslenerek hastaların yaklaşık yüzde on ile yirmisi kontrol altına edilebilmektedir. Doğru diyet diyabetin komplikasyon riskini azaltıp ve sağlığı geliştirmektedir. Egzersiz kan glikozunun düşmesine katkı sağlar. Yaşlılara böyle bir egzersiz planı hazırlayabilmek için kan şekeri ayarının durumu iyi ayarlanmalı, iyi bir sistemik muayeneye alınmalı, komplikasyonlar

açısından araştırılmalar yapılmalıdır. Bunlarla birlikte hazırlanan bu programlar kişinin sosyo-ekonomik düzeyine de uygun olmalıdır (18).

2.3.6. Diyabetli Yaşlı Bireylerin Problem Alanları

Diyabet hastalığı, geri dönüşsüz fiziksel hayat boyu devam eden bir hastalık olmasıyla birlikte hasta açısından psikolojik, sosyoekonomik, psikoseksüel birçok problem oluşmasına sebep olan bir durumdur (11).

2.3.6.1. Fiziksel Problemler

2.3.6.1.1. Diyabetin Komplikasyonları

Kronik ve akut olmak üzere iki komplikasyonu vardır diyabet hastalığının. Bu komplikasyonlar bir yandan yaşam süresini kısaltıp, diğer yandan da yaşam kalitesini azaltmaktadır (69).

2.3.6.1.1.1. Akut Komplikasyonlar

Hemen müdahale gerektiren kısa dönemli komplikasyonlardır. Bunların; hiperslisemi, hipoglisemi ve kanda aşırı düzeyde asit görülmesi (35).

2.3.6.1.1.1.1. Hipoglisemi

En çok görülen komplikasyonlardandır (70). Hipoglisemi yaşlı hastalarda daha çok tedavi esnasında görülür. Öyle ki ideal kan şekeri düzeyine ulaşırken bu durumu yaşamamak diyabetli yaşlı bireylerin tedavisinde birinci kuraldır. Yaşlılarda görülen önemli düzeydeki kan şekeri düşüklüğü tablosu özellikle akut dönemde hastanede yatma ile sonuçlanmaktadır (21).

Yetersiz besin alımı, artmış fiziksel egzersiz, ilaç etkileşimleri diyabetli hastalarda genellikle hipoglisemiyle sonuçlanır. Gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, tip 2 diyabetli bireylerde, ciddi kan glikoz düşüklüğüne neden olan faktörler arasında yetmişli yaşların üzerinde olma, böbrek yetmezliği ve birçok ilaç kullanma olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (71). Böbrek fonksiyon bozukluğu, düzensiz beslenme, alkol kullanma, sedatif ilaç kullanma yaşlılarda kan şekeri düşüklüğü tablosunu yaşatır (72).

2.3.6.1.1.1.2. Hiperglisemi

Akut hiperglisemik ataklar yaşlı hastalar için çok risklidir. Hiperglisemik akut metabolik bozukluklar; diyabetik ketoasidoz ve hiperglisemik hiperosmolar nonketotik komadır. Her iki durumda da mortalite yaş ile artar ve %50'ye kadar yükselebilir. Stres hormonlarının ve katekolaminlerin sekresyonunu uyaran pek çok hastalık ve yaşlılarda sıklıkla kullanılan çeşitli ilaçlar hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma oluşmasına neden olur. Stres hormonlarının salınımının artması, insülin sekresyonunu azalması ve sıvı alımının kısıtlanması, hiperglisemiye ve dehidratasyonu ağırlaştırır. Osmolarite artar ve koma gelişir. Hastalarda ciddi dehidratasyon, belirgin hipotansiyon ve şok mevcuttur (2).

2.3.6.1.1.2. Kronik Komplikasyonlar

2.3.6.1.1.2.1. Diyabetik Retinopati

Çok sık rastlanan ve tedavisi olan kronik komplikasyonudur. Diyabetik retinopati, gözün arkasındaki ışığa duyarlı dokunun kan damarlarının zarar görmesinden kaynaklanır. Yaşlılarda gençlere oranla daha fazla rastlanır. Yetmiş beş yaşın üzerinde bu oran %25'tir. Bu yüzden her yıl tarama çok önemlidir (73). ADA'nın tavsiyesine göre eğer kişi otuz yaşının altında ve en az beş yıl tanı almışsa ya da otuz yaşından yukarıda ise tanı süresine bakılmaksızın her yıl bir kez göz muayenesi yapılmalıdır (74).

2.3.6.1.1.2.2. Diyabetik Nefropati

Kronik ve son dönem böbrek yetmezliği en önemli nedenlerinden biridir (75). Diyabetik Nefropatide, mevcut böbrek rahatsızlığı olmaksızın hastanın idrar albümin değeri sürekli yüksek gelmektedir (76). Bu durumun önlenmesi ve varsa artmasını durdurmak için protein kısıtlamasıyla birlikte kan glikoz düzeyini ve kan basıncını kontrol etmek esastır (50).

2.3.6.1.1.2.3. Diyabetik Nöropati

Diyabetin uzun vadeli komplikasyonlarından biridir. Bütün sinir tiplerini (Periferik, spinal ve otonomik sinirler) etkiler (77).

Diyabetli yaşlı bireylerde çok sık rastlanır. Diyabetik ayağın risk faktörleri arasında yer alır. Dolayısıyla hastanın ve çevresinin ayak bakımı konusunda eğitilmesi çok önemlidir. Nöropatiye bağlı komplikasyonlar (düşmeler) diyabetli yaşlı bireylerde sık rastlanır. Düşmeler çoğunlukla ani tansiyon düşüklüğüyle meydana gelir. Sinirsel düzeyde olduğunda ağrılı da olabilir. Tedavide kullanılan bazı ilaçlar (trisiklik antidepresanlar) yaşlı bireylerde ciddi yan etkiler yaratır. Tedavide optimal kan glikoz seviyesi çok önemlidir (21).

2.3.6.1.1.2.4. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kalp damar hastalıklarının oluşma riskini arttıran hastalıklardan biri de diyabettir. Bunlar kalp krizi, göğüs ağrısı (anjina), felç, kötü kan dolaşımı, buna bağlı olarak bacaklara ve beyine giden atardamarlarda daralma, yüksek kan basıncı şeklinde sıralanabilir. Diyabet, vücuttaki büyük atardamarlara hasar verebilir. Böylece plaklar daha kolay oluşur, hipertansiyon ve dolaşım yetmezliği görülür. Diyabetik hastalarda kalp hastalığı her yıl yetmiş yedi binden fazla kişinin ölümüne sebep olur (56).

2.3.6.1.1.2.5. Diyabetik Ayak ve Amputasyon

Vasküler faktörler, nöropati ve enfeksiyonların sebebiyle diyabetik ayak, küçük bir yaradan kesilmelere kadar gidebilen çok ciddi bir problemdir (78).

Dünyada her 30 saniyede bir ayak kaybı, diyabetin ayak komplikasyonu sebebiyle yaşanmaktadır. Bu sağlık sorunu diyabetik hastalarda önemli ve tedavisi güçtür. Ayrıca diyabetin en çok hastanede maliyetine sebep olan komplikasyonudur. İş gücü kaybına, sakatlıklara, psikososyal ve travmaya yol açar.

Ülkemiz Sağlık Bakanlığı'na göre yılda on iki bin dolaylarında amputasyon yapılmaktadır. Bunların büyük bir kısmı diyabet hastalığı sebebiyle gerçekleşmektedir (79).

2.3.6.2. Psikolojik Problemler

Diyabet hastalığında psikolojik problemler; kişi açısından duygusal, ruhsal, sosyal, psikoseksüel bir sürü sorunun meydana gelmesinde önemli rol oynayan bir bedensel hastalıktır (80).

Sürekli tedavi edilecek olan ve kronik bir hastalık olan diyabetin yüzde doksandan fazlasını Tip 2 diyabet oluşturur (81). Tip 2 diyabetle birlikte çoğunlukla komorbid duygu durum bozukluğu da görülmektedir (82). Yapılan çalışmalarda, bu hastalıkla birlikte yüzde on ila otuz arasında düşük seviyeye başlayıp ağır duruma kadar gidebilen ruhsal bozukluklar görüldüğü saptanmıştır (83). Yapılan meta analizler de bir bireyde diyabet varlığının %24 oranında depresyon geliştirme riskinin olduğunu göstermiştir (84).

Tip 2 diyabette anksiyete ve depresyon görülmesi; hastanın uyumunu, tedaviye cevabını, hastalığın gidişatını olumsuz etkilemektedir (85). Ayrıca komplikasyon gelişme riskine, morbiditeye, mortaliteye, öz bakım ve yaşam kalitesinde bozulmaya ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır (86). Diyabetik hastalarda depresyon ve anksiyete tedavi edildiğinde psikolojik problemlerin azalmasıyla glisemik kontrol de sağlanmaktadır (76).

2.3.6.3. Sosyoekonomik Problemler

Prevalansı hem yaşlılarda hem de gençlerde giderek artan bir hastalık olan tip 2 diyabet ve diyabetle-ilişkili hastalıklar ekonomiye giderek artan bir hastalık yükü getirmektedir (76).

Obezite ve tip 2 diyabetin önümüzdeki on yıllarda dünya çapındaki en büyük iki halk sağlığı problemi olacağı tahmin edilmektedir (87, 88).

Bir tahmine göre yüksek bir klinik ve ekonomik yükü olan Tip 2 diyabetin, 2030'lu yıllarda dünyada 330 milyon civarı insanı etkileyeceği tahmin edilmektedir (89). Ayrıca, bazı çalışmalarda Tip 2 diyabetin ABD'deki yetişkin popülasyonun %7'sinden daha fazlasının etkilediği ve bu durumun hem kişilere hem de ekonomiye büyük bir yük olduğu da belirtilmektedir (90). Üstelik maliyeti de oldukça yüksek bir hastalık olarak bilinen diyabetin, Amerikan Diyabet Derneği'ne (ADA) göre, ABD

bütçesine 2007 yılı maliyeti 174 milyar dolar olup; bunun 116 milyar doları doğrudan sağlık harcamaları olarak hesap edilirken, 58 milyar dolarlık kısmının 'üretkenlik kaybından' kaynaklandığı tahmin edilmektedir (91).

2.3.6.4. Psikoseksüel Problemler

Tip 2 Diyabetik erkeklerin 1/3'ünde belirli bir düzeyde erektil disfonksiyon (ED) vardır. Ülkemizde sosyokültürel düzeyi yetersiz olan erkek hastalarda ED ciddi düzeyde psikolojik sorunlar oluşturmaktadır. Çoğunlukla sorun belirti gösterdiğinde doktora başvurulmamakta ya da semptomlar ilerlediğinde başvurulmaktadır. Bununla birlikte doktora erektil disfonksiyon şikayetinin belirtilmesi de ayrıca psikolojik bir yüküdür (92).

2.4. Tutum Kavramı ve Tutumun Davranışa Etkileri

Kişinin bir takım değer inançlarıyla ortaya çıkan tanıma süreçlerine tutum denir. Değer yargıları ve inanç devam ettikçe tutum da devamlılığını sürdürür (93, 94). Kişinin hastalığa dair yönetim faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi için gerekli beceriye, eğitime ve pozitif tutumlara ihtiyaç vardır. Hastaların otokontrollerine ilişkin davranışları, sağlığa dair inançları ve tutumları tedavinin temel taşlarıdır (95).

İnançlar ve tutumlar birbirleri ile adeta neden-sonuç ilişkisi içerisindedir. İnançlar, kişilerin kendi iç dünyalarındaki sağlık ile ilgili sürekli duygulardır. Kanaat, bilgi ve dini duyguları kapsayan psikolojik olaylar bütününe inanç denir. Aynı zamanda bireysel ilkelerin de kaynağıdır. Tutumlar ise, belli inanç ve değer yargılarının içerisinde gizlidir (94).

Tutumlar bireyseldir, gözlenemezler. Sadece tutumlar davranışa yansıdığı anda gözlenebilir. Kolay değişmezler. Kişilerin, ailelerin ve toplumun inanç sistemleri ve önyargıları önceden bilinebilirse hareketleri kestirilebilir ve düzeltilebilir. Bundan ötürü, hastaların inançları ve tutumları tespit edilip o şekilde eğitim verilmelidir (16).

2.5. Yaşlı Diyabetli Bireylerin Hastalığa Karşı Tutumlarının Bakıma Etkileri

Sağlık İnanç Modeline göre, kişi sağlığı ve hastalığı nasıl algılıyorsa o şekilde davranışlarına yansıtır. Hastaların tutumları diyabet bakımını ciddi düzeyde etkilemektedir (11).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastalığın tipine ve hastanın cinsiyetine bakılmadan tüm hastaların mevcut sağlıklarını orta düzeyde olduğunu ifade ettikleri, hastalığı çok önemli olarak algıladıkları ve önerilenleri dikkate almalarına rağmen, davranışa daha az döktükleri sonucuna ulaşılmıştır. Yine bu araştırmada genç hastalara oranla yaşlıların hastalığı daha ciddi algıladığı görülmüştür (95). Literatürde, hastalığa karşı pozitif tutumdaki bireylerin glikoz kontrollerinin, bilgi seviyelerinin ve bireysel yönetimlerinin daha iyi olduğu vurgulanmaktadır (19, 20, 22).

Diyabetle başa çıkmak için hastanın, hastalık hakkında bilgi sahibi olmasına, sağlığına, otokontrol becerilerine ve bakımı konusunda pozitif tutuma sahip olması gerekir. İlk önce kişi sağlık durumunun önemli olduğuna, hastalığının yaşam boyu onunla olacağına, onu nasıl kontrol altına alabileceğine, tedavisinin ne olduğunu, uyum sağlayarak neler başarabileceğine, otokontrolle maddi manevi zorlukları minimize edebileceğine, bu hastalığın ekip bakımıyla daha kolay olabileceğine inanmalıdır (96).

2.6. Diyabet ve Evde Bakım Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Hastaların başarılı bir diyabet özyönetimi sağlayabilmeleri için multidisipliner yaklaşım elzemdir. Bu multidisipliner ekip üyelerinin işbirliği içinde olması ve birbirlerini desteklemeleri çok önemlidir (97). Doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog, davranış bilimcisi, fizyoterapist, eczacı ve bakımda destekleyen aile üyelerinden oluşan ekip pratikte diyabet ekibi olarak geçmektedir (11).

Hastanelerde diyabetli bireylerle en fazla irtibatta olanların hemşireler olduğu göz ardı edilemez mutlak bir gerçektir. Diyabet hemşireleri eğitimin, bakımın ve bireysel yönetimin oluşmasında önemli bir diyabet ekip üyesidir (20).

“American Nurses Association (ANA) ve American Association of Diabetes Educator (AADE)” Diyabet hemşiresinin rol ve sorumluluklarının diyabetli bireylerin eğitim ve bakım gereksinimini belirleyip hemşirelik tanımları koyarak ilgili hemşirelik girişimlerini yapıp sonuçlarını değerlendirmek olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle diyabet hemşireleri diyabetli bireyler, aileler, gruplar ve toplum ile birlikte iş birliği içindedirler (98).

Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında değişiklik yapmış olduğu hemşirelik yönetmeliğine göre diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları aşağıdaki gibi tanımlanmıştır;

a) Diyabetli bireye verilen tedavi ve bakımı, eğitim ve gözlemleri ilgili forma kaydeder ve diğer ekip üyelerine bilgi verir.

b) Literatürden yararlanarak geliştirdiği “Diyabet İzlem ve Eğitim Formunu” ile bireylerin eğitim ve bakım ihtiyaçlarını tespit eder. İhtiyaçlar doğrultusunda gerekli organizasyonu yapar.

d) Bakımda birincil şekilde görev alır, bireyi her süreçte destekler ve ihtiyaç dahilinde farklı disiplinlerden danışmanlık alır. Diyabetli bireyin bireysel yönetimine katkı sağlar.

e) Her türlü hasta takibi yapar ve hasta/ hasta yakınlarına ilgili eğitimleri verir.

f) Diyabetli bireye diyabet kimlik kartı vererek yanında taşımasının önemini anlatır.

g) Diyabetli bireye ve destek üyelerine insülin uygulama becerilerini kazanmalarında yardımcı olur.

h) Diyabetli bireyi komplikasyonlar açısından değerlendirir. Bu yönde bakımın önemini vurgular.

ı) İhtiyaçlar doğrultusunda bireysel ya da grup halinde eğitimler düzenler ve kayıt altına alır.

i) Eğitim hemşiresi ile birlikte çalışarak meslektaşlarının diyabet hastalığı hakkında varsa eğitim ihtiyaçlarını belirleyip hizmet içi eğitimlerin planlanmasına yardımcı olur (99).

Diyabetli yaşlı bireylerin bakımı, hastalık yönetimi ve eğitimi yalnızca hastanede değil kendi yaşam alanlarında da aktif bir şekilde devam etmektedir (100). Yaşamdan beklenen sürenin artmasıyla yaşlı nüfusta ve kronik hastalıklardaki yükseliş, kaliteli uzun vadeli evde bakım hizmetlerinin çok önemli olduğunu ortaya koymuştur (101). İki bin beş yılında resmi olarak basılan “25751 sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ’ te “Evde Bakım Hizmeti” doktorların tavsiyeleriyle hasta bireylere; yaşam alanlarında, sağlık ekibi tarafından her türlü tıbbi gereksinimlerini sağlayacak biçimde sağlık ve bakım hizmetlerinin etkili ve kaliteli bir şekilde verilmesi” şeklinde tanımlanmıştır (102). Diyabetli bireyin öz yönetimini sağlama, komplikasyon riskini düşürme ve aile üyelerinin bakıma katkısını artırma, bakım evlerine yönelimi düşürme, ekonomiyi destekleyecek şekilde maliyeti düşürme gibi çok fazla faydası olan evde bakım hizmetleri sağlık bakım hizmetlerinde ciddi bir konuma sahiptir (100). Evde bakım hizmetinde pek çok disiplin hizmet verse de hemşire bu hizmetin odak noktasıdır (103).

Hemşirelik yönetmeliğinde de evde bakım hemşiresinin görev ve sorumluluklarına yer verilmiştir:

a) Bireyin yaşam alanını ihtiyaçları doğrultusunda uygunluk açısından inceler. Işık, ısınma, yüksek ses, havalandırma vb. dış faktörler optimal düzeyde olması sağlanarak bireyin kaliteli uyku sürecini geçirmesini sağlar.

b) Hastaların günlük fiziksel faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi yönünde desteklenmesi, çevresel ve sosyal desteklerin sağlanmasında görevli bakım elemanlarının denetimi ve takibini yapar.

c) Birey ve aile üyelerinin teker teker eğitim ve danışmanlık gereksinimlerinin belirlenip yerine getirilmesini sağlar. Bu eğitim ve bakım faaliyetleri bireyin istek ve önerileri doğrultusunda şekillenir (104).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, oral antidiyabetik ve insülin kullanan yaşlı diyabetli bireylerin hastalığa karşı tutumları ve problem alanları karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştiği Yer ve Zaman

Araştırma, “TC. Sağlık Bakanlığı Bolu Kamu Hastaneler Birliği Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi” dahiliye polikliniği ve dahiliye yatan hasta servisinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri, Nisan- Ağustos 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma grubuna, belirtilen tarihler arasında “TC. Sağlık Bakanlığı Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi” dahiliye polikliniğine başvuran ve dahiliye servisinde yatarak tedavi görmekte olan 110 kişilik çalışma evreninden dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 oral antidiyabetik, 50 insülin kullanan olmak üzere toplam 100 hastaya ulaşılmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri

65 yaş ve üstü, iletişim sorunu olmayan, tanı süresi en az bir yıl olan, psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, okur-yazar olan, Eğitimli İçin Mini Mental Durum Testinden 24 ve üzeri puan alan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onam formunu onaylayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

- a. Mini Mental Test Uygulama Klavuzu (Ek-1)
- b. Mini Mental Test (Ek- 2)
- c. Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)
- d. Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) (Ek-4)
- e. Diyabette Problem Alanları Ölçeği (DPAÖ) (Ek-5)

Mini Mental Test:

Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında oluşturulmuş olan “Mini Mental Test (MMT)” standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir. Özellikle yaşlı hastaların değerlendirilmesinde önemli bir yeri vardır. Bu amaçla kullanılan diğer testler çok fazla soru içermeleri ve uygulamada 30 dakikadan daha fazla zaman almalarından dolayı yaşlıların muayenesinde güçlükler yaşanmaktadır. Mini Mental Test (MMT), uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak geliştirilmiştir. MMT, geliştirildikten kısa bir süre sonra hem klinik uygulamalarda hem de araştırmacılar arasında yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. MMT, dünyada pek çok araştırmacı tarafından geçerlik ve güvenilirliği çalışılmış bir araçtır (105). Türkiye için geçerlik güvenilirliği 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından çalışılmıştır (106). Mini Mental Test, kısa bir eğitim almış hekim, hemşire, psikologlarca 10 dakika gibi bir süre içinde, poliklinik koşullarında ya da yatak başında uygulanabilir bir testtir. Test beş ana başlıktan (kayıt hafıza, yönelim, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan) oluşan toplamda on bir maddeden oluşmaktadır. 30 puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Testin orijinalinde uygulama esnasında uyulması gereken yönerge yer almaktadır. Çalışmanın 23/24 eşik değeri için duyarlılık değeri yüzde doksan bir bulunurken, özgüllük yüzde doksan beş olarak bulunmuştur. Bu bulgular MMT’ in Türkçe standardize versiyonunun bir tarama testi olarak yeterli geçerlik ve güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (106).

Kişisel Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş, bireylerin cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, mesleği, aile tipi, sağlık güvencesi, tanı alma süresi, ailede diyabet öyküsü, diyabet tedavisi ve tedaviye uyumuna ilişkin 24 adet sorudan oluşan bir formdur (11, 16, 18, 20, 107).

Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ):

”Ulusal Diyabet Komisyonu” tarafından geliştirilmiş olan DTÖ’nin türkçeye uyarlanıp, geçerlik ve güvenilirliği Özcan tarafından çalışılmıştır. Özcan ve arkadaşlarının çalışmasında, ”alt faktörlerin test-tekrar korelasyon katsayıları 0.52-0.93, Cronbach’s Alpha değerleri ise 0.61-0.93 sınırları” arasındadır. Alt grupların ölçek toplam puanı ile korelasyonları belirlenmiş ve 0.39-0.94 sınırları arasında olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyonları 0.38-0.80 değerleri arasındadır. Geçerlik-güvenirlik işlemlerinde korelasyon katsayıları 0.30’dan büyük, test-tekrar test ve Cronbach α değerleri genel olarak yüksek bulunmuştur (107).

DTÖ’nin alt boyutları: ” Özel Eğitim Gereksinimi, Hasta Uyumuna Karşı Tutum, İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti, Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ve Ekip Bakımına Karşı Tutum”dan oluşmaktadır. Alt grupların madde sayısı 3 ile 7 arasında değişmektedir. Ölçek maddeleri 1’den 5’e kadar değişen, likert tipi puanlama ile puanlanmıştır. 5,6,12,18,23,24 numaralı sorular olumsuz olarak değerlendirilmiş, diğer sorular olumlu olarak değerlendirilmiştir. Puan > 3 ise pozitif tutumu, puan ≤ 3 ise negatif tutumu ifade etmekte ve puanın artışı veya düşüşü o yöndeki tutumu güçlendirmektedir (107). Çalışmamızda DTÖ’nin Cronbach’s α güvenilirlik katsayısı 0.75 olduğu saptanmıştır.

Diyabette Problem Alanları Ölçeği (DPAÖ):

Diyabette Problem Alanları Ölçeği, ”Polonsky ve arkadaşları” tarafından Boston’da 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, İngilizce olarak geliştirilmiş daha sonra İspanyol, Japon, Alman, Çin, Kore ve Danimarka dillerine çevrilerek kullanılmıştır. Ölçek hastaların Diyabette Problem Alanlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Likert tipi ölçekte diyabette emosyonel distres ile ilgili 20 ifade bulunmaktadır. Ölçeği oluşturan 20 ifadeden “ problem değil=0, biraz problem=1, orta derecede problem=2, az ciddi problem=3 ve ciddi problem= 4” birisinin seçilmesi gereklidir. Her madde için verilen puan 1.25 ile çarpılarak gerçek puan elde edilmektedir. Böylece ölçekten en az 0 en fazla 100 puan alınabilmektedir.

Ölçekten alınan toplam puandaki artış yaşanan problemin ciddiyetinin arttığını gösterir. Polonsky ve arkadaşları tarafından geliştirilen DPAÖ 'nin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach's α güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak belirlenmiştir (108).

Türkiye'de ise DPAÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliği Elkoca tarafından yapılmış ve Cronbach's α katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır. Araştırmada, DPAÖ'nin iç tutarlılığı ve homojenliğin bir göstergesi olarak Cronbach's α katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur (16). Bu çalışmada ise Cronbach's α katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir (Tablo 4. 3).

3.5. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması 2 oral antidiyabetik 2 insülin kullanan hasta olmak üzere toplam 4 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda yeni düzenlemeler yapılarak araştırmada uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, diyabetli yaşlı bireyler dahiliye polikliniğinde muayene sıralarını beklerken ve yatarak tedavi görmekte oldukları kliniklerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla ulaşılmıştır. Araştırmada bireylere araştırmacı tarafından geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu, Diyabette Tutum Ölçeği, Diyabette Problem Alanları Ölçeği ve Mini Mental Test" uygulanmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden diyabetli yaşlı bireylere sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve yine araştırmacı tarafından forma işaretlenmiştir. Hastalarla yapılan görüşme yaklaşık 20-35 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için "IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye/)" programı kullanılmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu "Shapiro Wilks testi" ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası

karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda “t testi”, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında “Mann Whitney U testi”, parametrelerin üç grup arası karşılaştırmalarında “Kruskal-Wallis H testi” kullanıldı. Ayrıca “Kruskal-Wallis H testi” kullanılan analizlerde, gruplar arasında farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testi olarak “Mann Whitney U testi” kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise “Ki Kare testi, Fisher’s Exact test, Fisher Freeman Halton test ve Continuity (Yates) Düzeltmesi” kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde “Pearson korelasyon analizi” kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizi için Cronbach’s α katsayısı hesaplanmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Katılımcıların, likert tipi ölçeklerde beklenen yanıtı tam olarak vermemesi ile ortaya çıkan sınırlılıklar, bu çalışma için de geçerlidir. Araştırma süresinin kısıtlılığı ve örneklem sayısı.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik onayı “Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler” “İnsan Araştırmaları Etik Kurul” ’ undan 29.04.2015 tarihli, 2015/69 sayılı karar ile alınmıştır (Ek- 6) . Araştırmanın uygulanabilmesi için kurumlardan yazılı izinler alınmıştır (Ek- 7, Ek- 8). Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan kişilere araştırma ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilmiş olup ve bu bilgilendirmeden sonra çalışmaya katılmak isteyen hastalardan yazılı onam alınmıştır (Ek- 9).

Diyabette Tutum Ölçeği, Diyabette Problem Alanları Ölçeği ve Mini Mental Testi kullanabilmek için elektronik posta mesajıyla izin alınmıştır (Ek - 10, 11, 12).

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir:

1. Grupların Sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin özelliklerin dağılımı,
2. Gruplara özgü parametrelerin dağılımı,
3. Diyabet Tutum Ölçeği alt boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği puanlarının minimum, maksimum, standart sapma ve Cronbach α Değerleri,
4. Gruplar arasında Diyabet Tutum Ölçeği alt boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi,
5. Gruplarda ve toplamda diyabet problem alanları puanı ile diyabet tutum ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi,
6. Gruplar arasında sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin özellikleri ile diyabet tutum ve problem alanları ölçek puanlarının karşılaştırılması.

4.1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Tablo 4.1. Grupların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Kişisel Bilgiler	Oral anitidiyabetik kullananlar n (%)	İnsülin kullananlar n (%)	Toplam n (%)	p
Cinsiyet				
Kadın	29 (%58)	33 (%66)	62 (%62)	.537
Erkek	21 (%42)	17 (%34)	38 (%38)	
Yaş				
65-70	29 (%58)	27 (%54)	56 (%56)	.687
71 ve üzeri	21 (%42)	23 (%46)	44 (%44)	
Medeni durum				
Evli	38 (%76)	41 (%82)	79 (%79)	.623
Dul	12 (%24)	9 (%18)	21 (%21)	
Eğitim durumu				
İlköğretim	30 (%60)	32 (%64)	62 (%62)	.759
Lise	12 (%24)	9 (%18)	21 (%21)	
Yüksekokul	8 (%16)	9 (%18)	17 (%17)	
Meslek				
İşçi	2 (%4)	0 (%0)	2 (%2)	.524
Serbest	7 (%14)	5 (%10)	12 (%12)	
Emekli	16 (%32)	16 (%32)	32 (%32)	
Ev hanımı	25 (%50)	29 (%58)	54 (%54)	
Sağlık güvencesi				
SGK var	50 (%100)	50 (%100)	100 (%100)	-
Aile tipi				
Çekirdek aile	11 (%22)	10 (%20)	21 (%21)	.967
Geniş aile	15 (%30)	15 (%30)	30 (%30)	
Parçalanmış aile	24 (%48)	25 (%50)	49 (%49)	
Ekonomik durum				
İyi	9 (%18)	8 (%16)	17 (%17)	.069
Orta	38 (%76)	31 (%62)	69 (%69)	
Kötü	3 (%6)	11 (%22)	14 (%14)	
Kaç yıldır diyabet hastası				
1-10 yıl	13 (%26)	4 (%8)	17 (%17)	.024*
11-20 yıl	14 (%28)	24 (%48)	38 (%38)	
21 ve daha üzeri	23 (%46)	22 (%44)	45 (%45)	

Akrabalarda diyabet hastalığı olma durumu				
16 (%32) 17 (%34) 3 (%6) 1 (%2) 3 (%6) 13 (%26)		19 (%38) 16 (%32) 5 (%10) 3 (%6) 7 (%14)	35 (%35) 33 (%33) 8 (%8) 4 (%4) 20 (%20)	.494
Ailede akrabalarda diyabet hastalığı olanların yakınlık derecesi				
1.derece akraba 2.derece akraba	36 (%97.3) 1 (%2.7)	40 (%93) 3 (%7)	76 (%95) 4 (%5)	.620
Diyabetin kontrolü için doktora başvurma sıklığı				
Ayda 1 kez 2-3 ayda 1 kez 6 ayda 1 kez Yılda 1 kez	5 (%10) 7 (%14) 18 (%36) 20 (%40)	2 (%4) 6 (%12) 18 (%36) 24 (%48)	7 (%7) 13 (%13) 36 (%36) 44 (%44)	.662
Sağlık durumu için kontrole gidildiğinde problemleri/sorunları sağlık ekibine rahatça iletebilme durumu				
Evet Hayır	50 (%100) 0 (%0)	49 (%98) 1 (%2)	99 (%99) 1 (%1)	-
Sağlık ekibinden soruları/ problemleri çözebilecek sizi rahatlatacak cevaplar alma durumu				
Evet Hayır	50 (%100) 0 (%0)	48 (%98) 1 (%2)	98 (%99) 1 (%1)	-
Şu anki diyabet tedavisine uyum durumu				
İyi Orta Kötü	23 (%46) 25 (%50) 2 (%4)	27 (%54) 22 (%44) 1 (%2)	50 (%50) 47 (%47) 3 (%3)	.655
Diyete uyum durumu				
İyi Orta Kötü	14 (%28) 30 (%60) 6 (%12)	12 (%24) 33 (%66) 5 (%10)	26 (%26) 63 (%63) 11 (%11)	.824
Egzersiz yapma sıklığı				
Yapmıyorum Her gün Düzensiz	23 (%46) 6 (%12) 21 (%42)	23 (%46) 2 (%4) 25 (%50)	46 (%46) 8 (%8) 46 (%46)	.369

Araştırma kapsamına alınan hastaların iki grup halinde tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.' de görülmektedir. Araştırmaya alınan hastaların %56' sı 65-70 yaş aralığında, %62' si kadın olup, büyük bir çoğunluğunun (%62) ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Oral anti diyabetik kullananlar ve İnsülin kullananlar arasında yaş grupları, cinsiyet ve eğitim durumu dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hastaların medeni durumu bakıldığında; iki grupta da evli olma durumu fazla olup, toplam yüzde %79' dur ve %59' u ev hanımı %32'sinin ise emekli olduğu saptanmıştır. İki grup arasında medeni durum ve mesleki dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Çalışma dahilindeki tüm hastaların sosyal sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

Hastaların aile tipi incelendiğinde %49' nun parçalanmış aileye sahip olduğu ve %69' nun ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. İki grup arasında aile tipi ve ekonomi durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Hastaların hastalık süresi incelendiğinde %45' nin 21 yılı aşkın süredir diyabet hastası olduğu ve bu hastaların %35'nin ailesinde en az 1 kişinin diyabet öyküsü olduğu ve %76' sının 1. derece akrabası olduğu belirlenmiştir. Oral anti diyabetik kullananların 11-20 yıl arasında diyabet hastası olma oranı (%28), İnsülin kullananların oranından (%48) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p= .024$).

Oral anti diyabetik ve İnsülin kullananlar arasında akrabalarda diyabet hastası olma durumları ve ailede/akrabalarda diyabet hastası olanların yakınlık dereceleri dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hastaların diyabetlerinin kontrolü için doktora başvurma sıklığına bakıldığında oldukça düşük olduğu (%44'ü yılda 1 kez) saptanmıştır. Kontrole gittiklerinde hastaların %99' u problemlerini sağlık ekibine rahatça ifade edebildikleri ve %98' nin sorunlarını çözebilecek cevaplar aldığı belirlenmiştir. Hastaların %50' sinin şuan ki diyabet tedavisine uyumunun iyi olduğu belirlenmiş olup, bunun %27' si insülin kullanan hastalar olduğu saptanmıştır. Hastaların %63' ü

diyetlerine orta düzeyde uyduğunu ve %46' sı ya hiç egzersiz yapmadığı ya da düzensiz yaptığını ifade etmiştir.

Oral anti diyabetik kullananlar ve İnsülin kullananlar arasında diyabetin kontrolü için doktora başvurma sıklıkları, şu anki diyabet tedavilerine uyum durumları, diyetlerine uyum durumları ve egzersiz yapma sıklıkları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.2. Gruplara Özgü Parametrelerin Dağılımı

Tablo 4. 2. Gruplara Özgü Parametrelerin Dağılımları

	Hastalığa İlişkin Özellikler	n (%)
İnsülin kullananlar	İnsülin kullanma süresi	
	1-3 yıl	6 (%12)
	4-6 yıl	9 (%18)
	6 ve daha fazla	35 (%70)
	İnsülin kendi kendine yapma durumu	
	Evet	41 (%82)
	Hayır	9 (%18)
Günde yapılan insülin sayısı		
2 kez	15 (%30)	
3 kez	10 (%20)	
4 kez	25 (%50)	
İnsülin uygulaması hakkında eğitim alma durumu		
Evet	50 (%100)	
İnsülin uygulaması hakkında eğitim alınan kişi		
Doktor	34 (%66)	
Hemşire	16 (%32)	
Oral anti diyabetik kullananlar	Ağızdan alınan şeker düşürücü hapa uyum durumu	
	Düzenli kullanım	29 (%58)
	Bazen unutmam	17 (%34)
	Düzenli kullanmam	4 (%8)

Tablo 4. 2' ye göre İnsülin kullanan hastaların %70' i 6 yıl ve üzerinde bir süredir insülin kullanırken, %18' i 4-6 yıl arasında ve %12' si 1-3 yıl arasında kullanmaktadır. %82' si insülini kendisi yaparken, %18' i kendisi yapmamaktadır. %50' si günde 4 kez insülin yaparken, %30' u 2 kez ve %20' si 3 kez yapmaktadır.

Hastaların tamamı insülin eğitimi almıştır. %68' i doktordan insülin hakkında eğitim alırken, %32' si hemşireden almıştır.

Oral anti diyabetik kullanan hastaların ise %58' i ağızdan alınan şeker düşürücü hapi düzenli kullanırken, %34' ü bazen unutmakta ve %8' i düzenli kullanmamaktadır.

4.3. Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği Puanlarının Minimum, Maksimum, Standart Sapma ve Cronbach α Değerleri

Tablo 4. 3. Diyabet tutum ölçeği alt boyutları ve diyabet problem alanları ölçeği puanlarının minimum, maksimum, ortalama, standart sapma ve Cronbach's α değerleri

Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları	Min-Max	Ort \pm SS	Cronbach's α
Özel eğitim gereksinimi	7-16	12.08 \pm 2. 2	0.663
Hasta uyumuna karşı tutum	8-17	12.38 \pm 1.54	0.625
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	3-15	6.62 \pm 2.24	0.791
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	5-11	7.19 \pm 1.05	0.699
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	5-18	11.43 \pm 2.29	0.321
Hasta otonomisine karşı tutum	7-16	10.55 \pm 1.81	0.461
Ekip bakımına karşı tutum	4-9	7.8 \pm 0.79	0.499
Özel eğitim gereksinimi	7-16	12.08 \pm 2. 2	0.663
Diyabet problem alanları ölçeği puanı	6,25-77,5	31.66 \pm 10.73	0.890

Tablo 4. 3' te görüldüğü gibi DTÖ' nin alt boyutlarından “Özel Eğitim Gereksinimi” alt boyut puanları 7 ile 16 arasında değişmekte olup, ortalaması 12.08 \pm 2. 2, alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.663' tür. “Hasta uyumuna karşı tutum” alt boyut puanları 8 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalaması 12.38 \pm 1.54, alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.625' tir. “Tip 2 diyabetin ciddiyeti” alt boyut puanları 3 ile 15 arasında değişmekte olup,

ortalaması 6.62 ± 2.24 , alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.791'dir. "Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar" alt boyut puanları 5 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalaması 7.19 ± 1.05 , alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.699'dur. "Hastanın yaşamına diyabetin etkisi" alt boyut puanları 5 ile 18 arasında değişmekte olup, ortalaması 11.43 ± 2.29 , alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.321'dir. "Hasta otonomisine karşı tutum" alt boyut puanları 7 ile 16 arasında değişmekte olup, ortalaması 10.55 ± 1.81 , alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.461'dir. "Ekip bakımına karşı tutum" alt boyut puanları 4 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalaması 7.8 ± 0.79 , alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.499'dur. Diyabet problem alanları ölçeği alt boyut puanları 6.25 ile 77.5 arasında değişmekte olup, ortalaması 31.66 ± 10.73 , alt boyutun Cronbach' s α güvenilirlik katsayısı 0.890'dır.

4.4. Gruplar Arasında Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Diyabet Problem Alanları Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4. 4. Gruplar arasında diyabet tutum ölçeği alt boyutları ve diyabet problem alanları ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları	Oral antidiyabetik kullananlar	İnsülin kullananlar	p
	Ort±SS	Ort±SS	
Özel eğitim gereksinimi	11.58±2.21	12.58±2.09	.022*
Hasta uyumuna karşı tutum	12.64±1.19 (13)	12.12±1.8 (12)	.057
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	5.84±1.08 (6)	7.4±2.78 (6)	.002*
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	7.04±1.05 (7)	7.34±1.04 (8)	.201
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	12.04±2.17	10.82±2.26	.007*
Hasta otonomisine karşı tutum	10.12±1.47	10.98±2.03	.017*
Ekip bakımına karşı tutum	7.9±0.65 (8)	7.7±0.91 (8)	.265
Diyabet problem alanları ölçeği puanı	29.6±10.69	33.73±10.47	.054

"Student t Test, Mann Whitney U Test"

"*p<0.05"

Tablo 4.4.' e göre:

Oral anti diyabetik kullananların özel eğitim gereksinimi alt boyutu puanları, İnsülin kullananların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p = .022$).

Oral anti diyabetik kullananlar ve İnsülin kullananlar arasında hasta uyumuna karşı uyum alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Oral anti diyabetik kullananların tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutu puanları, İnsülin kullananların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p = .002$).

Oral anti diyabetik kullananlar ve İnsülin kullananlar arasında kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Oral anti diyabetik kullananların hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutu puanları, İnsülin kullananların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p = .007$).

Oral anti diyabetik kullananların hasta otonomisine karşı tutum alt boyutu puanları, İnsülin kullananların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p = .017$).

Oral anti diyabetik kullananlar ve İnsülin kullananlar arasında ekip bakımına karşı uyum alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Oral anti diyabetik kullananlar ve İnsülin kullananlar arasında DPAÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

4.5. Gruplarda ve Toplamda Diyabet Problem Alanları Puanı ile Diyabet Tutum Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Tablo 4. 5. Gruplarda ve toplamda diyabet problem alanları puanı ile diyabet tutum ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

Gruplar	Diyabet tutum ölçeği alt boyutları	DPAÖ	
		R	p
Oral antidiyabetik kullananlar	Özel eğitim gereksinimi	-0.159	.269
	Hasta uyumuna karşı tutum	0.037	.801
	Tip 2 diyabetin ciddiyeti	0.201	.163
	Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	0.156	.279
	Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	-0.068	.641
	Hasta otonomisine karşı tutum	-0.041	.778
	Ekip bakımına karşı tutum	0.131	.366
İnsülin kullananlar	Özel eğitim gereksinimi	-0.348	.013*
	Hasta uyumuna karşı tutum	-0.065	.655
	Tip 2 diyabetin ciddiyeti	0.153	.287
	Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	-0.011	.94
	Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	-0.342	.015*
	Hasta otonomisine karşı tutum	-0.319	.024*
	Ekip bakımına karşı tutum	-0.448	.001*
Toplam	Özel eğitim gereksinimi	-0.194	.053
	Hasta uyumuna karşı tutum	-0.055	.585
	Tip 2 diyabetin ciddiyeti	0.207	.039*
	Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	0.099	.326
	Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	-0.247	.013*
	Hasta otonomisine karşı tutum	-0.142	.158
	Ekip bakımına karşı tutum	-0.221	.027*
	Özel eğitim gereksinimi	-0.194	.053

Pearson Korelasyon Analizi * $p < 0.05$

Tablo 4. 5. 'e göre:

Oral antidiyabetik kullanan diyabetli yaşlı bireylerin “DPAÖ puanı” ile “Hasta uyumuna karşı tutum, tip 2 Diyabetin Ciddiyeti, Özel Eğitim Gereksinimi, Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hasta Otonomisine Karşı Tutum, Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi ve Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

İnsülin kullanan diyabetli yaşlı bireylerin ise;

DPAÖ puanı ile özel eğitim gereksinimi alt boyutu puanı arasında ters yönlü, 34. 8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p= .013$).

DPAÖ puanı ile hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutu puanı arasında ters yönlü, 34. 2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p= .015$).

DPAÖ puanı ile hasta otonomisine karşı tutum alt boyutu puanı arasında ters yönlü, 31. 9 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p= .024$).

DPAÖ puanı ile ekip bakımına karşı tutum alt boyutu puanı arasında negatif yönlü, 44. 8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p= .001$).

4.6. Gruplar Arasında Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalıklarına İlişkin Özellikleri ile Diyabet Tutum ve Problem Alanları Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İnsülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Mann-Whitney U” testi ile çalışılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.1.’de özetlenmiştir.

Tablo 4.6.1. İnsülin Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

İNSÜLİN KULLANANLAR							
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Cinsiyet	n	Sıralar Ort.	Ortc.	U	z	p
	Özel eğitim gereksinimi	Kadın	33	26.06	13	262.000	-.386
Erkek		17	24.41	13			
Hasta uyumuna karşı tutum	Kadın	33	23.85	12	226.000	-1.149	.251
	Erkek	17	28.71	13			
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	Kadın	33	24.38	6	243.500	-.779	.436
	Erkek	17	27.68	6			
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	Kadın	33	23.95	10	229.500	-1.266	.206
	Erkek	17	28.50	10			

Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	Kadın	33					
	Erkek	17	25.38	13	276.500	-.083	.934
Hasta otonomisine karşı tutum	Kadın	33	24.55	11	249.000	-.654	.513
	Erkek	17	27.35	11			
Ekip bakımına karşı tutum	Kadın	33	25.44	10	278.500	-.053	.958
	Erkek	17	25.62	10			
Diyabet tutum ölçeği	Kadın	33	24.05	74	232.500	-.986	.324
	Erkek	17	28.32	78			
Diyabet problem alanları ölçeği	Kadın	33	27.65	29	209.500	-1.458	.145
	Erkek	17	21.32	27			

Tablo 4.6.1’ de yer alan sonuçlara göre insülin kullanan kadın ve erkek katılımcıların diyabete karşı tutumun hiçbir alt boyutu puanları, toplam tutum puanları ve DPAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Mann-Whitney U testi” ile incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.6.2.’ de özetlenmiştir.

Tablo 4.6.2. Oral Antidiyabetik Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

ORALANTİDİYABETİK KULLANANLAR							
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Cinsiyet	n	Sıralar Ort.	Ortc.	U	z	p
	Özel eğitim gereksinimi	Kadın	29	24.57	12	277.500	-.539
Erkek		21	26.79	13			
Hasta uyumuna karşı tutum	Kadın	29	21.62	13	192.000	-2.340	.019
	Erkek	21	30.86	13			
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	Kadın	29	25.52	9	304.000	-.010	.992
	Erkek	21	25.48	8			
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	Kadın	29	25.43	10	302.500	-.043	.966
	Erkek	21	25.60	10			
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	Kadın	29	25.60	14	301.500	-.060	.952
	Erkek	21	25.36	14			

Hasta otonomisine karşı tutum	Kadın	29					
	Erkek	21	25.53	10			
Ekip bakımına karşı tutum	Kadın	29	24.90	10	303.500	-.020	.984
	Erkek	21	26.33	10	287.000	-.493	.622
Diyabet tutum ölçeği	Kadın	29	23.93	76			
	Erkek	21	27.67	78	259.000	-.897	.370
Diyabet problem alanları ölçeği	Kadın	29	26.19	22			
	Erkek	21	24.55	22	284.500	-.394	.694

Tablo 4.6.2.’ de yer alan sonuçlara göre oral diyabetik kullanan kadın ve erkek katılımcıların sadece “Hasta uyumuna karşı tutum” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p = .019$).

Bunun dışında oral antidiyabetik kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyutu puanları, toplam tutum puanları ve DPAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

İnsülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Mann-Whitney U testi” ile incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.6.3.’ te özetlenmiştir.

Tablo 4.6.3. İnsülin Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

İNSÜLİN KULLANANLAR							
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Yaş	n	Sıralar Ort.	Ortc.	U	z	p
	Özel eğitim gereksinimi	65-70	27	22.56	13		
71 ve üz.		23	28.96	13	231.000	-1.575	.115
Hasta uyumuna karşı tutum	65-70	27	21.46	11			
	71 ve üz.	23	30.24	13	201.500	-2.183	.029
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	65-70	27	29.13	8			
	71 ve üz.	23	21.24	6	212.500	-1.960	.050
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	65-70	27	24.00	10			
	71 ve üz.	23	27.26	10	270.000	-.955	.339

Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	65-70	27	20.85	12	185.000	-2.474	.013
	71 ve üz.	23	30.96	13			
Hasta otonomisine karşı tutum	65-70	27	28.52	12	229.000	-1.609	.108
	71 ve üz.	23	21.96	10			
Ekip bakımına karşı tutum	65-70	27	25.39	10	307.500	-.076	.940
	71 ve üz.	23	25.63	10			
Diyabet tutum ölçeği	65-70	27	24.67	77	288.000	-.439	.661
	71 ve üz.	23	26.48	76			
Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	27	23.26	24	250.000	-1.181	.238
	71 ve üz.	23	28.13	29			

Tablo 4.6.3’ de yer alan sonuçlara göre insülin kullanan 65-70 yaş arası katılımcılar ile 71 yaş ve üzeri katılımcıların “Hasta Uyumuna Karşı Tutum” ve “Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=.029$, $p=.013$).

Bunların dışında insülin kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyutları ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Bulgulara göre insülin kullanan 65-70 yaş arası katılımcılar ile 71 yaş ve üzeri katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Mann-Whitney U testi” ile incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.6.4’ de özetlenmiştir.

Tablo 4.6.4. Oral Antidiyabetik Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

ORAL ANTİDİYABETİK KULLANANLAR																																																																																																			
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Yaş	n	Sıralar Ort.	Ortc.	U	z	p																																																																																												
	Özel eğitim gereksinimi	65-70	29	26.53	13	274.500	-.599	.549																																																																																											
71 ve üz.		21	24.07	11	Hasta uyumuna karşı tutum				65-70	29	23.29	13	240.500	-1.331	.183	71 ve üz.	21	28.55	13	Tip 2 diyabetin ciddiyeti	65-70	29	27.97	9	233.000	-1.421	.155	71 ve üz.	21	22.10	9	Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	65-70	29	25.81	10	295.500	-.193	.847	71 ve üz.	21	25.07	10	Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	65-70	29	23.07	13	234.000	-1.408	.159	71 ve üz.	21	28.86	14	Hasta otonomisine karşı tutum	65-70	29	26.41	11	278.000	-.532	.595	71 ve üz.	21	24.24	10	Ekip bakımına karşı tutum	65-70	29	25.57	10	302.500	-.056	.955	71 ve üz.	21	25.40	10	Diyabet tutum ölçeği	65-70	29	26.34	77	280.000	-.483	.629	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062
Hasta uyumuna karşı tutum	65-70	29	23.29	13		240.500	-1.331	.183																																																																																											
	71 ve üz.	21	28.55	13	Tip 2 diyabetin ciddiyeti				65-70	29	27.97	9	233.000	-1.421	.155	71 ve üz.	21	22.10	9	Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	65-70	29	25.81	10	295.500	-.193	.847	71 ve üz.	21	25.07	10	Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	65-70	29	23.07	13	234.000	-1.408	.159	71 ve üz.	21	28.86	14	Hasta otonomisine karşı tutum	65-70	29	26.41	11	278.000	-.532	.595	71 ve üz.	21	24.24	10	Ekip bakımına karşı tutum	65-70	29	25.57	10	302.500	-.056	.955	71 ve üz.	21	25.40	10	Diyabet tutum ölçeği	65-70	29	26.34	77	280.000	-.483	.629	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062	71 ve üz.	21	30.02	27								
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	65-70	29	27.97	9		233.000	-1.421	.155																																																																																											
	71 ve üz.	21	22.10	9	Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar				65-70	29	25.81	10	295.500	-.193	.847	71 ve üz.	21	25.07	10	Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	65-70	29	23.07	13	234.000	-1.408	.159	71 ve üz.	21	28.86	14	Hasta otonomisine karşı tutum	65-70	29	26.41	11	278.000	-.532	.595	71 ve üz.	21	24.24	10	Ekip bakımına karşı tutum	65-70	29	25.57	10	302.500	-.056	.955	71 ve üz.	21	25.40	10	Diyabet tutum ölçeği	65-70	29	26.34	77	280.000	-.483	.629	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062	71 ve üz.	21	30.02	27																				
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	65-70	29	25.81	10		295.500	-.193	.847																																																																																											
	71 ve üz.	21	25.07	10	Hastanın yaşamına diyabetin etkisi				65-70	29	23.07	13	234.000	-1.408	.159	71 ve üz.	21	28.86	14	Hasta otonomisine karşı tutum	65-70	29	26.41	11	278.000	-.532	.595	71 ve üz.	21	24.24	10	Ekip bakımına karşı tutum	65-70	29	25.57	10	302.500	-.056	.955	71 ve üz.	21	25.40	10	Diyabet tutum ölçeği	65-70	29	26.34	77	280.000	-.483	.629	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062	71 ve üz.	21	30.02	27																																
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	65-70	29	23.07	13		234.000	-1.408	.159																																																																																											
	71 ve üz.	21	28.86	14	Hasta otonomisine karşı tutum				65-70	29	26.41	11	278.000	-.532	.595	71 ve üz.	21	24.24	10	Ekip bakımına karşı tutum	65-70	29	25.57	10	302.500	-.056	.955	71 ve üz.	21	25.40	10	Diyabet tutum ölçeği	65-70	29	26.34	77	280.000	-.483	.629	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062	71 ve üz.	21	30.02	27																																												
Hasta otonomisine karşı tutum	65-70	29	26.41	11		278.000	-.532	.595																																																																																											
	71 ve üz.	21	24.24	10	Ekip bakımına karşı tutum				65-70	29	25.57	10	302.500	-.056	.955	71 ve üz.	21	25.40	10	Diyabet tutum ölçeği	65-70	29	26.34	77	280.000	-.483	.629	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062	71 ve üz.	21	30.02	27																																																								
Ekip bakımına karşı tutum	65-70	29	25.57	10		302.500	-.056	.955																																																																																											
	71 ve üz.	21	25.40	10	Diyabet tutum ölçeği				65-70	29	26.34	77	280.000	-.483	.629	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062	71 ve üz.	21	30.02	27																																																																				
Diyabet tutum ölçeği	65-70	29	26.34	77		280.000	-.483	.629																																																																																											
	71 ve üz.	21	24.33	77	Diyabet problem alanları ölçeği				65-70	29	22.22	20	209.500	-1.869	.062	71 ve üz.	21	30.02	27																																																																																
Diyabet problem alanları ölçeği	65-70	29	22.22	20		209.500	-1.869	.062																																																																																											
	71 ve üz.	21	30.02	27																																																																																															

Tablo 4.6.4.' de yer alan sonuçlara göre oral antidiyabetik kullanan 65-70 yaş arası katılımcılar ile 71 yaş ve üzeri katılımcıların toplam tutum ve tutumun alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Bulgulara göre oral antidiyabetik kullanan 65-70 yaş arası katılımcılar ile 71 yaş ve üzeri katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p= .062$).

İnsülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden "Mann-Whitney U testi" ile incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.6.5' te özetlenmiştir.

Tablo 4.6.5. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

İNSÜLİN KULLANANLAR							
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Medeni Durum	n	Sıralar Ort.	Ortc.	U	z	p
	Özel eğitim gereksinimi	Evli	41	25.01	13	164.500	-.514
Dul		9	27.72	13			
Hasta uyumuna karşı tutum	Evli	41	24.06	11	125.500	-1.533	.125
	Dul	9	32.06	13			
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	Evli	41	26.87	6	128.500	-1.453	.146
	Dul	9	19.28	6			
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	Evli	41	24.18	10	130.500	-1.652	.098
	Dul	9	31.50	10			
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	Evli	41	23.48	13	101.500	-2.123	.034
	Dul	9	34.72	15			
Hasta otonomisine karşı tutum	Evli	41	24.98	11	163.000	-.550	.582
	Dul	9	27.89	11			
Ekip bakımına karşı tutum	Evli	41	24.04	10	124.500	-1.968	.049
	Dul	9	32.17	10			
Diyabet tutum ölçeği	Evli	41	24.59	75	147.000	-.949	.342
	Dul	9	29.67	79			
Diyabet problem alanları ölçeği	Evli	41	25.02	28	165.000	-.494	.621
	Dul	9	27.67	28			

Tablo 4.6.5.' de yer alan sonuçlara göre insülin kullanan evli ve dul katılımcıların sadece "Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi" alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p = .034$).

Bunun dışında insülin kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyutu puanları, toplam tutum puanları ve DPAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden "Mann-Whitney U testi" ile incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.6.6.' da özetlenmiştir.

Tablo 4.6.6. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

ORAL ANTİDİYABETİK KULLANANLAR							
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Medeni Durum	n	Sıralar Ort.	Ortc.	U	z	p
	Özel eğitim gereksinimi	Evli	38	26.08	12	206.000	-.507
Dul		12	23.67	12.5			
Hasta uyumuna karşı tutum	Evli	38	25.97	13	210.000	-.433	.665
	Dul	12	24.00	13			
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	Evli	38	27.50	9	152.000	-1.746	.081
	Dul	12	19.17	7.5			
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	Evli	38	26.57	10	187.500	-1.002	.316
	Dul	12	22.13	9			
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	Evli	38	24.53	14	191.000	-.854	.393
	Dul	12	28.58	14			
Hasta otonomisine karşı tutum	Evli	38	26.41	10	193.500	-.800	.424
	Dul	12	22.63	10			
Ekip bakımına karşı tutum	Evli	38	25.86	10	214.500	-.439	.660
	Dul	12	24.38	10			
Diyabet tutum ölçeği	Evli	38	26.75	77.5	180.500	-1.083	.279
	Dul	12	21.54	76			
Diyabet problem alanları ölçeği	Evli	38	24.34	21.5	184.000	-1.001	.317
	Dul	12	29.17	27			

Tablo 4.6.6.’ da yer alan sonuçlara göre oral antidiyabetik kullanan evli ve dul katılımcıların tutumun hiçbir alt boyutu puanları, toplam tutum puanları ve DPAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

İnsülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.7.’ de özetlenmiştir.

Tablo 4.6.7. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

İNSÜLİN KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Eğitim Durumu	n	Sıralar Ort.	Ortc.	H	Sd	p	Post-Hoc Testi
	Özel eğitim gereksinimi	A.İlköğretim	32	27.19	13	1.584	2	.453
B.Lise		9	20.50	13				
C.Yüksekokul		9	24.50	13				
Hasta uyumuna karşı tutum	A.İlköğretim	32	28.91	13	5.239	2	.073	---
	B.Lise	9	18.39	11				
	C.Yüksekokul	9	20.50	11				
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A.İlköğretim	32	23.47	6	2.071	2	.355	---
	B.Lise	9	27.44	6				
	C.Yüksekokul	9	30.78	8				
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A.İlköğretim	32	26.02	10	.958	2	.619	---
	B.Lise	9	22.06	10				
	C.Yüksekokul	9	27.11	10				
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A.İlköğretim	32	26.33	13	2.843	2	.241	---
	B.Lise	9	18.61	12				
	C.Yüksekokul	9	29.44	14				
Hasta otonomisine karşı tutum	A.İlköğretim	32	24.33	11	3.359	2	.186	---
	B.Lise	9	21.94	11				
	C.Yüksekokul	9	33.22	12				
Ekip bakımına karşı tutum	A.İlköğretim	32	25.66	10	3.280	2	.194	---
	B.Lise	9	20.44	10				
	C.Yüksekokul	9	30.00	10				
Diyabet tutum ölçeği	A.İlköğretim	32	25.88	75.5	5.358	2	.069	---
	B.Lise	9	16.94	72				
	C.Yüksekokul	9	32.72	80				
Diyabet problem alanları ölçeği	A.İlköğretim	32	29.77	29	8.002	2	.018	A>C
	B.Lise	9	19.94	23				
	C.Yüksekokul	9	15.89	20				

Tablo 4.6.7' de yer alan sonuçlara göre eğitim durumları dikkate alındığında insülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutum ve tutumun hiçbir alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Ayrıca, bulgular eğitim durumlarına göre insülin kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir ($p= .018$).

Oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.8’de özetlenmiştir.

Tablo 4.6.8. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

ORAL ANTİDİYABETİK KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Eğitim Durumu	n	Sıralar Ort.	Ortc.	H	Sd	p	Post-Hoc Testi
	Özel eğitim gereksinimi	A.İlköğretim	30	24.63	12	4.231	2	.121
B.Lise		12	21.58	11				
C.Yüksekokul		8	34.63	14				
Hasta uyumuna karşı tutum	A.İlköğretim	30	25.03	13	389	2	.823	---
	B.Lise	12	27.58	13				
	C.Yüksekokul	8	24.13	13				
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A.İlköğretim	30	22.98	9	2.294	2	.318	---
	B.Lise	12	29.50	10.5				
	C.Yüksekokul	8	28.94	10				
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A.İlköğretim	30	23.30	9	2.043	2	.360	---
	B.Lise	12	28.50	10				
	C.Yüksekokul	8	29.25	10				
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A.İlköğretim	30	24.85	13	.372	2	.830	---
	B.Lise	12	25.25	14				
	C.Yüksekokul	8	28.31	14				
Hasta otonomisine karşı tutum	A.İlköğretim	30	23.68	10	3.300	2	.192	---
	B.Lise	12	24.46	10				
	C.Yüksekokul	8	33.88	11.5				
Ekip bakımına karşı tutum	A.İlköğretim	30	24.85	10	.306	2	.858	---
	B.Lise	12	26.46	10				
	C.Yüksekokul	8	26.50	10				
Diyabet tutum ölçeği	A.İlköğretim	30	22.82	76.5	4.539	2	.103	---
	B.Lise	12	25.79	77				
	C.Yüksekokul	8	35.13	80.5				
Diyabet problem alanları ölçeği	A.İlköğretim	30	29.43	27	6.497	2	.039	A>C
	B.Lise	12	22.29	20				
	C.Yüksekokul	8	15.56	18				

Tablo 4.6.8’ de yer alan sonuçlara göre eğitim durumları dikkate alındığında oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutum ve tutumun hiçbir alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Ayrıca, bulgular eğitim durumlarına göre oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir ($p= .039$).

İnsülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının hastalık süresi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.9.’ da özetlenmiştir.

Tablo 4.6.9. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması

İNSÜLİN KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Hastalık Süresi	n	Sıralar Ort.	Ortc.	h	Sd	p	Post-Hoc Testi
Hasta uyumuna karşı tutum	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	24.88 21.94 29.50	12 11 13	3.280	2	.194	---
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	38.25 29.58 18.73	9 8 6	10.237	2	.006	A>C B>C
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	29.75 24.52 25.80	10 10 10	.672	2	.715	---
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	17.88 22.90 29.73	11 12 13	3.806	2	.149	---
Hasta otonomisine karşı tutum	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	24.88 27.81 23.09	11 11.5 10	1.246	2	.536	---

Ekip bakımına karşı tutum	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	16.13 25.02 27.73	9 10 10	3.702		.157	---
Diyabet tutum ölçeği	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	24.88 25.19 25.95	75.5 76.5 76	.040	2	.980	---
Diyabet problem alanları ölçeği	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	4 24 22	17.88 22.85 29.77	23 24.5 29	3.795	2	.150	---

Tablo 4.6.9’ da yer alan sonuçlara göre diyabet hastalığı süresi dikkate alındığında insülin kullanan katılımcıların sadece “Özel Eğitim Gereksinimi” ve “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=.046$, $p=.006$).

Hastalık süresine göre diğer gruplar arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Bunların dışında hastalık süresine göre insülin kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyut puanları ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Ayrıca, bulgular hastalık süresine göre insülin kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir ($p>0.05$).

Oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının hastalık süresi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.10’ da özetlenmiştir.

Tablo 4.6.10. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması

ORAL ANTİDİYABETİK KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Hastalık Süresi	n	Sıralar Ort.	Ortc.	h	Sd	p	Post-Hoc Testi
Hasta uyumuna karşı tutum	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	23.81 21.11 29.13	13 12 13	3.218	2	.200	---
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	32.50 29.18 19.30	11 9.5 8	8.228	2	.016	A>C
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	32.77 24.96 21.72	10 9.5 9	5.698	2	.058	---
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	25.23 25.50 25.65	14 14 13	.007	2	.996	---
Hasta otonomisine karşı tutum	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	22.42 25.71 27.11	10 10.5 10	.898	2	.638	---
Ekip bakımına karşı tutum	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	31.58 21.54 24.48	10 10 10	6.991	2	.030	A>B
Diyabet tutum ölçeği	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	31.15 26.18 21.89	78 76.5 76	3.418	2	.181	---
Diyabet problem alanları ölçeği	A.1-10 yıl B.11-20 yıl C.21 ve üzeri	13 14 23	15.69 19.64 34.61	17 19 29	3.418	2	.001	C>A C>B

Tablo 4.6.10’da yer alan sonuçlara göre diyabet hastalığı süresi dikkate alındığında oral antidiyabetik kullanan katılımcıların “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” ve “Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=.016$, $p=.030$).

Hastalık süresine göre diğer gruplar arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Bunların dışında hastalık süresine göre oral antidiyabetik kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyut puanları ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Ayrıca, bulgular hastalık süresine göre oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($p=.001$).

İnsülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının tedaviye uyum durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.11.’ de özetlenmiştir.

Tablo 4.6.11. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Tedaviye Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması

İNSÜLİN KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Tedaviye uyum durumu	n	Sıralar Ort.	Ortc.	h	Sd	p	Post-Hoc Testi
Hasta uyumuna karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	22.26 29.50 25.00	11 13 12	3.168	2	.205	---
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	30.72 18.43 40.00	8 6 10	10.168	2	.006	A>B
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	25.59 25.43 24.50	10 10 10	.009	2	.995	---
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	24.17 27.52 17.00	13 13 12	1.015	2	.602	---
Hasta otonomisine karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	25.37 25.25 34.50	12 11 12	.401	2	.818	---
Ekip bakımına karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	24.43 26.61 30.00	10 10 10	.625	2	.732	---
Diyabet tutum ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	26.81 23.64 31.00	77 73 78	.725	2	.696	---
Diyabet problem alanları ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	27 22 1	23.09 28.91 15.50	28 28.5 22	3.751	2	.153	---

Tablo 4.6.11’de yer alan sonuçlara göre tedaviye uyum durumu dikkate alındığında insülin kullanan katılımcıların sadece “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=.006$).

Bunların dışında tedaviye uyum durumuna göre insülin kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyut puanları ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ayrıca, bulgular tedaviye uyum durumuna göre insülin kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir ($p>0.05$).

Oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının tedaviye uyum durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.12.’de özetlenmiştir.

Tablo 4.6.12. Oral Antidiyabetik Kullananlarının Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Tedaviye Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması

ORAL ANTİDİYABETİK KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Tedaviye uyum durumu	n	Sıralar Ort.	Ortc.	h	Sd	p	Post-Hoc Testi
	Özel eğitim gereksinimi	A. İyi	23	28.04	13	1.606	2	.448
B. Orta		25	23.74	11				
C. Kötü		2	18.25	10.5				
Hasta uyumuna karşı tutum	A. İyi	23	24.70	13	1.539	2	.463	---
	B. Orta	25	25.30	13				
	C. Kötü	2	37.25	13.5				
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A. İyi	23	30.76	10	6.343	2	.042	A>B
	B. Orta	25	21.66	8				
	C. Kötü	2	13.00	7				
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A. İyi	23	28.46	10	2.947	2	.229	---
	B. Orta	25	23.66	10				
	C. Kötü	2	14.50	9				
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A. İyi	23	23.37	14	1.873	2	.392	---
	B. Orta	25	26.56	13				
	C. Kötü	2	36.75	15				

Hasta otonomisine karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	23 25 2	27.17 24.08 24.00	11 10 10	.585	2	.746	---
Ekip bakımına karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	23 25 2	25.35 25.56 26.50	10 10 10	.025	2	.987	---
Diyabet tutum ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	23 25 2	29.80 21.92 20.75	79 77 75	2.423	2	.298	---
Diyabet problem alanları ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	23 25 2	16.41 33.18 34.00	17 28 28	16.591	2	.001	B>A

Tablo 4.6.12.'de yer alan sonuçlara göre tedaviye uyum durumu dikkate alındığında oral antidiyabetik kullanan katılımcıların sadece “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p = .042$).

Bunların dışında tedaviye uyum durumuna göre oral antidiyabetik kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyut puanları ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Ayrıca, bulgular tedaviye uyum durumuna göre oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($p = .001$).

İnsülin kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının diyete uyum durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.13’ te özetlenmiştir.

Tablo 4.6.13. İnsülin Kullananlarının Diyabet Tutum ve Diyabet Problem Alanları Puanlarının Diyete Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması

İNSÜLİN KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Diyete uyum durumu	n	Sıralar Ort.	Ortc.	h	Sd	p	Post-Hoc Testi
Hasta uyumuna karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	21.04 25.98 33.00	11 12 13	2.629	2	.269	---
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	37.25 21.39 24.40	10 6 6	11.030	2	.004	A>B
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	25.00 26.50 20.10	10 10 10	1.256	2	.534	---
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	20.63 26.24 32.30	11.5 13 15	2.580	2	.275	---
Hasta otonomisine karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	22.21 26.42 27.30	11 11 12	.844	2	.656	---
Ekip bakımına karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	18.21 27.47 30.00	9.5 10 10	6.886	2	.032	B>A
Diyabet tutum ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	25.21 24.41 33.40	76 75 79	1.667	2	.435	---
Diyabet problem alanları ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	12 33 5	18.96 27.98 24.80	21.5 28 29	3.405	2	.182	---

Tablo 4.6.13.' te yer alan sonuçlara göre diyete uyum durumu dikkate alındığında insülin kullanan katılımcıların “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” ve “Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p=.004$, $p=.032$).

Diyete uyum durumuna göre insülin kullanan diğer gruplar arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>.05$). Bunların dışında diyete uyum durumuna göre insülin kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyut puanları ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ayrıca, bulgular diyete uyum durumuna göre insülin kullanan katılımcıların diyabet

problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir ($p>0.05$).

Oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, tutumun yedi alt boyutuna ait puanlarının ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanlarının diyetle uyum durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığı non-parametrik testlerden “Kruskal-Wallis H testi” ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılık gözlenen gruplar arasında farklılığın nerede olduğunu görmek için posthoc testi olarak “Mann-Whitney U testi” kullanılmıştır. Bulgular Tablo 4.6.14.’te özetlenmiştir.

Tablo 4.6.14. Oral Antidiyabetik Kullananların Diyabet Tutum ve Problem Alanları Puanlarının Diyetle Uyum Durumuna Göre Karşılaştırılması

ORAL ANTİDİYABETİK KULLANANLAR								
DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUTLARI	Diyete uyum durumu	n	Sıralar Ort.	Ortc.	h	Sd	p	Post-Hoc Testi
Hasta uyumuna karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	24.11 25.55 28.50	13 13 13	.428	2	.807	---
Tip 2 diyabetin ciddiyeti	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	36.36 23.55 9.92	12 8.5 6	15.506	2	.001	C<A C<B
Kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	26.57 25.47 23.17	10 10 9.5	.272	2	.873	---
Hastanın yaşamına diyabetin etkisi	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	21.43 24.57 39.67	13 13.5 15.5	7.101	2	.029	C>A
Hasta otonomisine karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	23.04 25.28 32.33	10 10 11	1.797	2	.407	---
Ekip bakımına karşı tutum	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	24.61 26.53 22.42	10 10 10	.968	2	.616	---
Diyabet tutum ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	27.89 24.42 25.33	77 77 78.5	.547	2	.761	---
Diyabet problem alanları ölçeği	A. İyi B. Orta C. Kötü	14 30 6	11.89 29.18 38.83	16.5 26 31.5	19.173	2	.001	C>A C>B

Tablo 4.6.14.' te yer alan sonuçlara göre diyete uyum durumu dikkate alındığında oral diyabetik kullanan katılımcıların “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” ve “Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p=.001$, $p=.029$).

Diyete uyum durumuna göre diğer gruplar arasında ise anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Bunların dışında diyete uyum durumuna göre oral diyabetik kullanan katılımcıların tutumun diğer alt boyut puanları ve toplam tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Ayrıca, bulgular diyete uyum durumuna göre oral diyabetik kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($p= .001$).

5. TARTIŞMA

5.1. Grupların DTÖ Alt Boyutları ve DPAÖ Puanlarının Tartışılması

Yaşlı diyabetli bireylerin Diyabet tutum ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında pozitif yönde tutumları olduğu görülmektedir. Tutum ile ilgili yapılan çalışmalarda da hastaların genellikle olumlu tutum sergiledikleri belirtilmiştir (106, 135, 22).

Tablo 4.4.' te görüldüğü gibi oral antidiyabetik kullananlarda en güçlü pozitif tutum gösteren alt boyut “Hasta Uyumuna Karşı Tutum” alt boyutuyken insülin kullanan hastalarda ise “Özel Eğitim Gereksinimi” alt boyutudur. Oral antidiyabetik kullananların özel eğitim gereksinimi alt boyutu puanları, İnsülin kullananların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p = .022$). Oral antidiyabetik kullanan hastalarda “Hasta Uyumuna Karşı Tutum” alt boyutunun daha güçlü pozitif çıkması hastaların hastalığın tedavisi ve denetimi için öz yönetime bakışı, görevlerini algılama ve kabul etme seviyelerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda en yüksek düzeyde pozitif tutum gösteren alt boyut özel eğitim gereksinimi alt boyutudur. İnsülin kullanan hastaların sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur (22, 56, 100, 106). Bu alt boyutta ekip üyelerinin diyabet yönetimi hakkında özel bir eğitim almaları konusunda hastaların tutumları değerlendirilmektedir. Hastaların tedavi, bakım, eğitim ve danışmanlığında görev alan sağlık ekibi üyelerinin bu konuda özel bilgi ve beceri ile eğitilmiş olmasını istenmektedir (16). Bu bağlamda sağlık ekibi üyeleri için düzenlenen eğitimlerin iyileştirilmesi ve devamlılığının sağlanması önemli bir husustur.

Tablo 4.4.' teki her iki grupta da en düşük puana sahip alt boyut ise “İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutudur. Bu alt boyuttaki sorular insülin ile ilgili sorulardır. Her iki gruptaki hastalarda insüline bağımlı olmayan diyabeti daha az önemseme eğiliminde olmasına rağmen oral anti diyabetik kullananların tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutu puanları, İnsülin kullananların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p = .002$). Bu eğilim diyabet kontrolünü zorlaştırabilmektedir ve negatif tutuma yol açtığı düşünülmektedir. İnsüline bağımlı olmak hastalığın daha da kötüye gitmesi veya

insülin nedeniyle hastaların yaşamlarının daha da azalacağı ve diğer kişilerin hastaya farklı davranacağı gibi düşünceler ortaya çıkarabilir.

Peyrot ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların insüline ilişkin tutumları incelenmiştir ve Amerikalı hastaların tüm diğer ülkelerdeki hastalardan insülin etkinliğine daha az inandıkları belirlenmiştir (109). Kartal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da en zayıf pozitif tutumun “İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutunda olduğu bulunmuştur (20, 110).

Oral antidiyabetik kullanan hastaların DPAÖ’ nin puan ortalaması $29,6 \pm 10,69$, insülin kullananların DPAÖ’ nin puan ortalaması $33,73 \pm 10,47$ olup, toplam puan ortalaması $31,66 \pm 10,73$ ‘dür. Bu bulgular hastaların diyabette ciddi problem yaşamadıklarını göstermektedir. Hastaların diyabete yönelik pozitif tutuma sahip olmalarının sonucu bu yönde etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür.

“Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” alt boyutları ile DPAÖ arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = .013$). Hastaların yaşadığı problem arttıkça diyabetin yaşamlarına etkisi ile ilgili negatif tutumun arttığı bulunmuştur.

“İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetin Ciddiyeti” ile DPAÖ arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = .039$). Hastaların yaşadığı problem arttıkça insüline bağımlı olmayan diyabeti önemseme eğilimleri de arttığı bulunmuştur.

“Ekip Bakımına Karşı Tutum” ile DPAÖ arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = .027$). Hastaların yaşadığı problem arttıkça ekip bakımına karşı negatif tutumun arttığı görülmüştür. Bu sonuç yapılan diğer çalışmaları ile uyumlu bulunmamıştır (22, 56, 100, 106).

5.2. Grupların Demografik Özellikleri ve Hastalık özellikleri ile DTÖ ve DPAÖ Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Tablo 4.6.1.’ de insülin kullanan kadın ve erkek katılımcıların diyabete karşı tutumun hiçbir alt boyutu puanları, toplam tutum puanları ve DPAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Gruptaki kadın ve erkek katılımcıların diyabete karşı toplam tutumlarının, hasta uyumuna karşı tutum, kan glikoz kontrolü ve komplikasyonlar, özel eğitim gereksinimi, Tip 2

diyabetin ciddiyeti, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum ve ekip bakımına karşı tutum alt boyutları puanlarının ve DPAÖ puanlarının benzer olduğu söylenebilir.

Tablo 4.6.2.' de oral antidiyabetik kullanan erkek katılımcıların ise hasta uyumuna karşı tutum alt boyutu puanları oral anti diyabetik kullanan kadın katılımcıların puanlarından daha yüksektir ($p=.19$). Akaltun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Karakurt ve arkadaşlarının çalışmasında ise erkek katılımcıların hasta uyumuna karşı tutum alt boyutu puanları kadın katılımcıların puanlarından daha düşük olduğu görülmüştür (110). Gruptaki kadın ve erkek katılımcıların diğer tutum alt boyutları “ Diyabete karşı toplam tutumlarının, Özel Eğitim Gereksinimi, Kan Glikoz Kontrolü ve Komplikasyonlar, Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi, Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti, Hasta Otonomisine Karşı Tutum ve Ekip Bakımına Karşı Tutum” puanlarının ve DPAÖ puanlarının benzer olduğu söylenebilir. Snoek'in araştırmasında çalışmamızdan farklı olarak kadınların erkeklere göre DPAÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (111).

Tablo 4.6.3.' te insülin kullanan 71 yaş ve üzeri hastaların “Hasta Uyumuna Karşı Tutum” ve “Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” alt boyutları puanları 65-70 yaş arası katılımcıların puanlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tutumun diğer alt boyutları, toplam tutum puanları ve diyabet problem alanları ölçeği (DPAÖ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ($p>0.05$). Araştırmanın bu bulgusu, yaşın artmasıyla bu grubun diyabetin etkisini daha fazla yaşaması ve diyabetle birlikte yaşama süresi arttıkça baş etme tecrübesinin artmış olabileceği ile yorumlanabilir.

Tablo 4.6.4.' te oral antidiyabetik kullanan hastaların yaş grupları ile diyabet tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, 71 yaş ve üzeri hastaların DPAÖ puanları ise 65-70 yaş arası katılımcıların puanlarından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Elkoca'nın çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup, Kartal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (16, 20).

Tablo 4.6.5. ‘te insülin kullanan hastaların medeni durumları ile sadece “Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p = .34$). Hastanın yaşamına diyabetin etkisi konusunda dul hastaların evlilere göre daha pozitif tutuma sahip oldukları görülmüştür. Diğer alt boyutu puanları, toplam tutum puanları ve DPAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.6.’ da oral antidiyabetik kullanan hastalarda medeni durumları ile tutumun hiçbir alt boyutu puanları, toplam tutum puanları ve DPAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Araştırmanın bu bulgusu yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (16, 18).

Tablo 4.6.7. ve 4.6.8.’ de insülin ve oral antidiyabetik kullanan hastaların eğitim durumları ile diyabete karşı toplam tutum ve tutumun hiçbir alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Javanshir’ in yaptığı çalışmasında da hastaların eğitim durumlarına göre diyabet tutum puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (18). Ancak bulgular eğitim durumlarına göre insülin ve oral antidiyabetik kullanan hastaların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir ($p < 0.05$). İlköğretim mezunlarının DPAÖ puanları yüksek okul mezunlarına göre daha yüksektir. Hastaların eğitim seviyeleri azaldıkça yaşadıkları problemleri arttığı saptanmıştır.

Tablo 4.6.9.’da insülin kullanan hastaların hastalık süreleri ile sadece “Özel Eğitim Gereksinimi” ve “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = .46$, $p = .01$). 21 yıldan daha fazladır diyabetli olanların diğer gruplardan daha fazla özel eğitime ihtiyaç duymalarına rağmen süre arttıkça hastalığı ciddiye alma düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca, bulgular hastalık süresine göre insülin kullanan katılımcıların diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir ($p > 0.05$). Kartal ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (20).

Tablo 4.6.10.' da oral antidiyabetik kullanan hastalarda ise diyabet hastalığı süresi dikkate alındığında “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” ve “Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = .016$, $p = .030$). Hastaların diyabetli olma süreleri arttıkça ekip bakımına karşı pozitif tutumlarının ve hastalığı ciddiye alma durumlarının azaldığı görülmüştür. Bu durum, hastaların tanı sürelerinin uzun olsa bile, hastalıklarına yönelik kronik komplikasyonların gelişmemiş olabileceği ile açıklanabilir. Yapılan bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (16, 20).

Tablo 4.6.11. ve 4.6.12.' de tedaviye uyum durumu dikkate alındığında insülin ve oral anti diyabetik kullanan hastaların sadece “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = .006$, $p = .042$). Yani her iki gruptaki tedaviye uyum durumu iyi olan hastalar diyabeti tedaviye uyum durumu orta olanlara göre daha çok ciddiye aldığı söylenebilir. Tutumun diğer alt boyut puanları, toplam tutum puanları ve diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Yapılan çalışmalarda da tedaviye uyum ile diyabet tutum ölçeği alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (20, 110).

Ayrıca tablo 4.6.12.' de oral diyabetik kullanan katılımcıların ise diyabet problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık olduğunu tespit edilmiştir ($p = .001$). Orta düzeyde tedaviye uyum gösteren hastaların diyabet ile ilgili problemleri tedaviye uyum durumu iyi olanlardan daha fazladır.

Tablo 4.6.13.' te diyetle uyum durumu dikkate alındığında insülin kullanan hastaların “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” ve “Ekip Bakımına Karşı Tutum” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p = .004$, $p = .032$). Diyetle uyum durumu iyi olan ve insülin kullanan hastaların “Tip 2 diyabetin ciddiyeti” puanları diyetle uyum durumu orta olan hastaların puanlarından istatistiki olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yani diyabeti ciddiye alan hastaların diyetine uyumu daha iyi olduğu gözlemlenmiştir. İnsülin kullananların; tutumun diğer alt boyut puanları, toplam tutum puanları ve diyabette problem alanları puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Tablo 4.6.14.' te oral antidiyabetik kullanan katılımcıların diyeteye uyum durumu ile “Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti” ve “Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi” alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p = .001$, $p = .029$). Diyeteye uyum durumu iyi olan ve oral diyabetik kullananların “Tip 2 diyabetin ciddiyeti” puanları diyeteye uyum durumu orta ve kötü olan hastaların puanlarından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu durum oral antidiyabetik kullanan ve diyeteye uyum durumu iyi olan hastaların diyabeti diyeteye orta ve kötü uyum gösteren katılımcılardan daha çok ciddiye aldıklarını göstermektedir.

Hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda ise oral antidiyabetik kullanan ve diyeteye uyum durumu iyi olan hastaların puanları diyeteye uyum durumu kötü olan hastaların puanlarından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu durum diyabetin diyeteye uyum durumu iyi olan hastaların hayatını diyeteye kötü uyum gösteren hastalara göre daha az olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Ayrıca, bulgular diyeteye uyum durumuna göre oral diyabetik kullanan katılımcıların diyabette problem alanları ölçeği puanları arasında istatistiki olarak anlamlılık olduğunu göstermiştir ($p < 0.01$). Diyeteye iyi uyum gösteren hastaların “diyabet problem alanları ölçeği” puanları diyeteye hem orta hem de kötü uyum gösteren hastaların puanlarından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu bulguya göre oral diyabetik kullanan ve diyeteye iyi uyum gösteren hastaların diyabet ile ilgili problemleri hem orta hem de kötü uyum gösteren hastalardan daha düşüktür. Ustaaliolu'nun çalışmasında da hastaların diyeteye uyum durumları arttıkça pozitif tutumlarının da arttığı görülmüştür (56).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Oral anti diyabetik ilaç ve insülin kullanan yaşlı hastaların hastalığa karşı tutumu ve problem alanlarını karşılaştırmak için gerçekleştirilen bu araştırmada;

Tüm yaşlı diyabetli bireylerin hastalığa karşı pozitif yönde tutum sergilediklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Oral anti diyabetik kullanan yaşlı bireylerin diyabet tedavisi ve kontrolü için rol ve sorumluluklarını kabullenip bireysel yönetim sağlamayı tercih ettikleri saptanmıştır. İnsülin kullanan hastaların ise özel eğitime gereksinim duydukları belirlenmiştir. Bu bulgular farklı eğitim düzeylerinde daha fazla sayıda yaşlı diyabetli bireylerde tekrar değerlendirilebilir.

Çalışmaya dahil edilen oral antidiyabetik kullanan hastaların problemleri arttıkça hastalığa karşı tutumlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. İnsülin kullananların problemleri arttıkça, diyabetin yaşamlarına etkisi, hasta özerkliğine karşı tutumları ve bakımında ekip işbirliğine karşı tutumları azaldığı saptanmıştır.

Oral antidiyabetik kullanan erkek hastaların hasta uyumuna karşı tutumları kadın hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Her iki grupta da yaş arttıkça hastalar diyabetin etkisini daha fazla hissetmiş olup baş etme tecrübeleri fazla olduğu görülmüştür.

İnsülin kullanan dul hastaların evlilere göre diyabetin etkisini hayatında daha fazla hissettiği tespit edilmiştir.

Hastaların eğitim durumu arttıkça hasta otonomisine karşı tutumları arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

İnsülin kullananların diyabetle yaşam süresi arttıkça özel eğitime ihtiyaç duymalarına rağmen hastalığı ciddiye alma düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

Oral anti diyabetik kullananların diyabetle yaşam süresi arttığında ise hastalığa karşı pozitif tutumları ve ciddiyeti azaldığı sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

* Yaş arttıkça hastaların diyabetin etkisini daha fazla hissettiği ve hastaların kan glikoz kontrolü, bakımı, hastalığa ilişkin tutumları arasında pozitif bağlantı olduğu sonucuna ulaşılmış olup,

* Diyabetli yaşlı bireylerin hastalığa karşı tutumları gözden geçirilerek negatif tutumların tespit edilmesi,

* Özellikle yaşlılar olmak üzere diyabette hasta otonomisi önemli bir faktördür. Bundan dolayı öz bakımlarının planlanmasında tutumlarının pozitif çevrilmesi,

* Diyabet eğitimi, hastalığa karşı tutumu iyileştirmede ve otonomi kazanma da önemli bir faktördür. Eğitimlerin özellikle diyabetli yaşlı bireylerin gereksinimleri doğrultusunda planlanması,

* DPAÖ ve DTÖ arasındaki ilişkinin daha büyük ve farklı özelliklere (eğitim durumu, yaşadığı yer, sağlık ekibinden beklentiler vb.) sahip özellikle yaşlı örneklem gruplarında tekrar incelenmesi önerilebilir.

* Hastaların yaşam boyu sürececek olan bu kronik süreçte evde bakım ekip üyesi olan hemşireler tarafından takibinin yapılıp dinamik bir şekilde eğitilip desteklenerek otonomi kazanmaları sağlanmalıdır.

* Oldukça fazla emek isteyen evde bakım hizmetlerinin güçlenmesi ve devamlılığının etkili ve kaliteli bir şekilde sağlanması adına hemşirelerin her açıdan desteklenmesi oldukça elzemdir. Araştırmalar evde bakım hemşirelerinin uygulamalarını yerine getirmekte çok fazla engelle karşılaştığını göstermektedir (112-4). Evde bakım hizmetlerindeki eksikliklerin tespiti amaçlı daha fazla çalışma yapılıp iyileştirici önlemler alınıp hizmetin sürekli ve denetimli olması sağlanmalı.

7. KAYNAKLAR

1. https://www.saglikaktuel.com/d/file/ulke_raporu_baski_hali_tr.pdf
(18\08\2016)
2. **Yıldırım Y.** “Yaşlılarda diyabetin yükü ölçeği” nin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi, Doktora Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 2007: 286s.
3. **İçli G.** Yaşlılar ve Yetişkin Çocuklar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2008; 6: 29-38.
4. **World Health Organization.** World Health Statistics, 2015: 164 s.
5. **United Nations Department Of Economic And Social Affairs Population Division, 2017.**
https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-1.pdf (14.04.2018).
6. **Türkiye İstatistik Kurumu,** 2019. İstatistiklerle Yaşlılar.
<http://www.tuik.gov.tr> (08.04.2019)
7. **Üner S, Balçılar M, Ergüder T.** Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017, Ankara, 2018: 170s.
8. **World Health Organization.** Technical report series. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases, 916, Genova, 2003: 13s.
9. **T.C Sağlık Bakanlığı.** Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013, Ankara, 2016: 28 s.
10. **Kurt G.** Türkiye’de yaşlılık olgusuna sosyolojik bir bakış (Sivas il örneği), Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas, 2008: 204s.
11. **Arısoy H.** Yaşlı diyabetli hastaların hastalık ve sağlığa ilişkin tutumları, *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013: 103s.

12. **Durna Z.** Diyabetin Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri. http://www.tdhd.org/dhd_kitap/02blm.pdf (16/08/2016)
13. **Arıcı H, Altunoğlu EG, Katran HB.** Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde 14 Kasım Dünya Diyabet Günü Kapsamında Diyabet Risk Taraması Sonuçları, 2018; 4 (3): 156-163.
14. **Ünal B (Ed.), Ergür G (Ed.).** “Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması”, 909, Ankara, 2013: 353s.
15. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** Türkiye Diyabet Programı 2015- 2020, <https://www.diyabetimben.com/wpcontent/uploads/2014/11/turkiyedyabetprogrami.pdf> (19/08/2016)
16. **Elkoca A.** Tip 2 diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum, 2010: 81s.
17. **Uluslararası Diyabet Federasyonu**, 2008. Diyabet Sağlık Profesyonelleri İçin Uluslararası Eğitim Rehberi. http://www.tdhd.org/pdf/IDF_Curriculum_Final%20071108_Turkish.pdf (27/07/2017).
18. **Javanshir M.** Tip 1 ve Tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006: 117s.
19. **Skinner TC, Hampson SH.** Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being and glycemc control. *Diabetes Care*, 2001; 24(5): 828-833.
20. **Kartal A, Çağrgan G, Tıglı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M.** Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008; 7(3): 223-230.
21. **Yıldırım İ. G.** Yaşlı diyabetik hastaların tıbbi beslenme tedavisine uyumları ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013: 164s.
22. **Şahin Z. A.** Tip 2 Diyabetli Hastaların, Hastalığa Karşı Tutumu ve Problem Alanları Arasındaki İlişki, *ODÜ Tıp Dergisi*, 2015; 2: 134-138.

23. **Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara: Sistem Ofset Yayıncılık, 2005.
24. **Ak Muammer.** An Applied Research On The Phenomenon Of Old-Age, The Journal of International Social Research, 2016; 9 (42): 1019-1028.
25. **T.C. Milli Eğitim Bakanlığı.** Hemşirelik Özel Bakım Teknikleri, Ankara, 2012: 49s.
26. **Oğuz M. T.** Yaşlılarda görülen biyolojik ve sosyal değişmeler, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007: 77s.
27. **T.C. Milli Eğitim Bakanlığı.** Aile ve Tüketici Hizmetleri Yaşlılık Süreci, Ankara, 2011:55s.
28. **Arpacı F.** Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, *Türkiye İşçi Emekliler Derneği*, Ankara, 2005: 136s.
29. **Uyanık Y.** Yaşlılık, Yaşlanan Nüfus ve Sosyal Politika, İş ve Hayat Dergisi, 2017; 5: 67-100.
30. **World Health Organization.** Man Ageing and Health, Achieving Health Across the Life Span, Geneva, 2001: 63s.
31. **TÜİK . İstatistik Araştırma Sempozyumu.**
- http://www.tasam.org/Files/Icerik/File/2023_%C4%B01_%C4%B01_T%C3%BCrkiye_N%C3%BCfusu_Projeksiyonu_-_T%C3%9C%C4%B0K.pdf_b859cb66-68c2-4337-b973-9e7ce2e84867.pdf
(23/08/2019)
32. **Çivi S, Tanrıkulu M. Z.** Yaşlılarda Bağımlılık ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri ile Kronik Hastalıkların Prevelansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma, Turkish Journal of Geriatrics, 2000; 3 (3): 85-90.
33. **Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L.** Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among The Elderly Population In Sweden, American Journal of Public Health, 2008; 98(7): 1198-1200.
34. **Ünsal A, Demir G, Özkan Çoban A, Arslan Gürol G.** Huzur Evindeki Yaşlılarda Kronik Hastalık Sıklığı ve İlaç Kullanımları, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 12 (3): 5-10.

35. **Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Ozan AT.** Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılardaki Kronik Hastalıkların Sıklığı ve Maaliyeti, Ankara Üniversitesi Tıp Dergisi, 2003; 35: 7-12.
36. **Kutsal YG.** Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006; Özel sayı: 37-44.
37. **Arslan Ş, Kutsal Gökçe Y.** Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma, *Turkish Journal of Geriatrics*, 1999; 2 (3): 103-114.
38. **Akademik Geriatri Derneği.**
http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.htm (15/08/2017)
39. **Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, Rocha Fernandes J.D, Ohlrogge AW, Malanda B.** IDF Diabetes Atlas: Global Estimates of Diabetes Prevalence for 2017 and Projections for 2045, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2018; 138: 271-281.
40. **Satman İ. TÜRDEP-II Sonuçları.**
<https://docplayer.biz.tr/6823167-Turkiye-diyabet-prevalans-calismalari-turdep-i-ve-turdep-ii.html> (24/08/2019)
41. **Dursun ÜD, Kasım İ, Sümer S, Aksoy H, Kahveci R, Koç EM, Gücük S, Şencan İ, Özkara A.** Ankara Devlet Huzurevlerinde Diabetes Mellitus Prevalansı: Orijinal Araştırma, *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 2016; 26 (3):191-196.
42. **World Health Organization.**
https://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diabetes_en.pdf
(26.05.2017)
43. **Beğer T, Erdinçler DS, Çurgunlu A.** Yaşlıda Diabetes Mellitus.
http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.htm (24/08/2019)
44. **Chau D, Edelman SV.** Clinical Management of Diabetes in the Elderly, *Clinical Diabetes*, 2001; 19 (4): 172-175.

45. **Ruigomez A, Garcia Rodriguez LA.** Presence of Diabetes Related Complication at the Time of NIDDM Diagnosis: an Important Prognostic Factor, *European Journal of Epidemiology*, 1998; 14: 439-445.
46. **American Diabetes Association.** Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 2010; 33 (1): 62-69.
47. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi, Ankara, 2014: 130s.
48. **Karadakovan A, Aslan Eti F.** Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Olgun N. , Aslan F. E. , Coşansu G. , Çelik S. *Diabetes Mellitus*, Adana: Nobel Kitabevi, 2011: 817-847.
49. **Yeşilbakan Usta Ö.** Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2001: 229s.
50. **Akdemir N, Birol L.** İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Birol L. Pankreas hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Ankara: Sistem Ofset Yayıncılık, 2005: 707-725.
51. **Eray E, Balcı MK.** Tip 2 Diyabet Tedavisi, *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2005; 12(2): 66-71.
52. **Turhan H.** Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete, *Uzmanlık Tezi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007: 78s.
53. **Akın Aİ.** Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle başa çıkma ve depresyon, *Yüksek Lisans Tezi*, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013: 111s.
54. **Özcan Ş.** İnsülin Tedavisi Yönetimi,
http://www.tdhd.org/dhd_kitap/05blm.pdf (25\08\2017)
55. **Malek M.** Tip 2 diyabetli hastalara verilen beslenme eğitiminin beslenme bilgi ve alışkanlıkları üzerine etkisinin incelenmesi, *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010: 159s.

56. **Ustaaliöđlu S.** Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2015: 83s.
57. **American Diabetes Association.** Standarts of Medical Care in Diabetes, *Diabetes Care*, 2007; 30 (1): 4-41.
58. **Tümer G, Çolak R.** Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi, *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 2012; 29: 12-15.
59. **Gleeson-Kreig JM.** Effects on Self –Efficacy and Behavior in People With Tip 2 Diabetes, *The Diabetes Educator*, 2006; 32 (1): 69-77.
60. **Dempsey JC, Sorensen TK, Williams MA, Lee IM, Miller RS, Dashow EE, Luthy DA.** Prospective Study of Gestational Diabetes Mellitus Risk in Relation to Maternal Recreational Physical Activity Before and During Pregnancy, *American Journal of Epidemiology*, 2004; 159: 663-670.
61. **Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea JA.** Association of Health Literacy With Self-Management Behavior in Patients With Diabetes, *Diabetes Care*, 2004; 27(12): 2980-2982.
62. **World Health Organization Consultation.** Definition , Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and Its Complications, Geneva; 1999: 66s.
63. **Funnel MM, Anderson RM.** Empowerment and Self-Management of Diabetes, *Clinical Diabetes*, 2004; 22 (3): 123-127.
64. **American Diabetes Association.** Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 2004; 27(1): 5-10.
65. **Deyneli O, Akalın S.** Diabetes Mellitus-Aciller.
http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2005-02/html/2005-12-2-072-080.htm (20.06.2017)
66. **Karciođlu Ö, Ünverir P.** Hipoglisemi ve Acil Serviste Yönetimi,
https://www.researchgate.net/publication/299511032_Hipoglisemi_ve_acil_serviste_yonetimi (25.07.2017)
67. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.htm (25.07.2017)

68. **Taş A, Bayraktar MZ, Erdem Ü, Sobacı G, Uçar M.** Diyabetik Hastalarda Retinopati Sıklığı ve Risk Faktörleri, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005; 47: 164-174.
69. **Uluslar Arası Diyabet Liderler Zirvesi.** Türkiye’de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu, 2013:42s.
70. **Şahin E, Öncel M.** Diyabet Tanı ve Takibinde Geleneksel ve Yeni Biyokimyasal Belirteçler, *European Journal of Basic Medical Science*, 2014; 4 (3): 66-73.
71. **Franks PW.** Diabetes Family History: A Metabolik Storm You Should Not Sit Out, *Diabetes Journals*, 2010; 59: 2732- 2734.
72. **The International Expert Committee.** The International Expert Committee Report on The Role of The A1C Assay in The Diagnosis of Diabetes, *Diabetes Care*, 2009; 32 (7): 1327-1334.
73. **Cebeci Z, Akarçay K.** Diyabetik Retinopati.
http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_2/4.pdf (28.07.2017)
74. **Yavuz D, Yavuz R, Sezer S.** Yaşlılık Döneminde Nefrolojik Sorunlar, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2012; 21 (3): 217-223.
75. **Kurt M, Atmaca A, Gürlek A.** Diyabetik Nefropati, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004; 35: 12-17.
76. **American Diabetes Association.** Standarts of Medical Care in Diabetes, *Diabetes Care*, 2011; 34 (1): 11-61.
77. **Altun Uğur B.** Poliklinikte Diyabet Hasta Takibi, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 27 (1): 19-25.
78. **Saltoğlu N, Kılıçoğlu Ö, Baktıroğlu S, Oşar-Siva Z, Aktaş Ş, Altındaş M, Arslan C, Aslan T, Çelik S, Engin A, Eraksoy H, Ergönül Ö, Ertuğrul B, Güler S, Kadanalı A, Mülazımoğlu L, Olgun N, Öncül O, Öznur A, Satman İ, Şencan İ, Tanrıöver Ö, Turhan Ö, Tuygun AK, Tüzün H, Yastı AÇ, Yılmaz T.** Diyabetik Ayak Yarası ve İnfeksiyonunun Tanısı, Tedavisi ve Önlenmesi: Ulusal Uzlaşı Raporu, *Klimik Dergisi*, 2015; 28 (Özel Sayı 1): 2-34.

79. **Garret C, Doherty A.** Diabetes and Mental Health, *Clinical Medicine*, 2014; 14 (6): 669-672.
80. **World Health Organization.** Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010 , Genova, 2011: 176s.
81. **World Health Organization.** Global Status Report On Noncommunicable Diseases, 2014: 302 s.
82. **Sönmez B, Kasım İ.** Diabetes Mellitus'lu Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumları ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2013; 17 (3): 119-124.
83. **Lin EHB, Von Korf M.** Mental Disorders Among Persons With Diabetes— Results From The World Mental Health Surveys, *J Psychosom Res*, 2008; 65 (6): 571-580.
84. **Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, Pouwer F.** Type 2 Diabetes Mellitus As A Risk Factor For The Onset Of Depression: A Systematic Review And Meta-Analysis, *Diabetologia*, 2010; 53: 2480-2486.
85. **Bogner HR, Morales KH, Post EP, Bruce ML.** Diabetes, Depression, And Death: A Randomized Controlled Trial Of A Depression Treatment Program For Older Adults Based In Primary Care (Prospect), *Diabetes Care*, 2007; 30 (12): 3005-3010.
86. **Zhang X, Norris SL, Gregg EW, Cheng YJ, Beckles G, Kahn HS.** Depressive Symptoms And Mortality Among Persons With And Without Diabetes, *American Journal of Epidemiology*, 2005; 161: 652-660.
87. **Katula JA, Vitolins MZ, Rosenberger EL, Blackwell C, Espeland MA, Lawlor MS, Rejeski WJ, Goff DC.** Healthy Living Partnerships to Prevent Diabetes (HELP PD): Design and Methods, *Contemp Clin Trials*, 2010;31 (1): 1-19.
88. **Keating CL, Dixon JB, Moodie ML, Peeters A, Bulfone L, Magliano DJ, O'brien PE.** Cost-Effectiveness of Surgically Induced Weight Loss for the Management of Type 2 Diabetes: Modeled Lifetime Analysis, *Diabetes Care*, 2009; 32: 567-574.

89. **Ramachandran A, Snehalatha C, Yamuna A, Mary S, Ping Z.** Cost-Effectiveness of the Interventions in the Primary Prevention of Diabetes Among Asian Indians, *Diabetes Care*, 2007; 30: 2548-2552.
90. **Farmer AJ, Prevost AT, Hardeman W, Craven A, Sutton S, Griffin SJ, Kinmonth AL.** Protocol for SAMS (Support and Advice for Medication Study): A Randomised Controlled Trial of an Intervention to Support Patients with Type 2 Diabetes with Adherence to Medication, Farmer et al. *BMC Family Practice*, 2012;13 (30): 1-9.
91. **Crandall JP, Knowler WC, Kahn SE, Marrero D, Florez JC, Bra GA, Haffner SM, Hoskin M, Nathan DM.** The Prevention Of Type 2 Diabetes, *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* , 2008; 4 (7): 382-393.
92. **Brixner DI, McAdam-Marx C.** Cost-Effectiveness of Insulin Analogs, *The American Journal Of Managed Care*, 2008; 14 (11): 766-775.
93. **Görpe U.** Diabetes Mellitus Hastalığında Psikososyal Sorunlar, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008; 62: 259-262.
94. **Çöllü EF, Öztürk YE.** Örgütlerde İnançlar- Tutumlar Tutumların Ölçüm Yöntemleri ve Uygulama Örnekleri Bu Yöntemlerin Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 9 (1): 373-404.
95. **Şimşek Ş, Akgemci T, Çelik A.** Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış.
<https://docplayer.biz.tr/33396531-Davranis-bilimlerine-giris-ve-orgutlerde-davranis-yenilenmis-5-baski-prof-dr-m-serif-simsek-doc-dr-tahir-akgemci-doc-dr.html> (29\07\2017)
96. **Gökdoğan F, Akıncı F.** Bolu’da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(1):10-17.
97. **Vardar İnkaya B, Karadağ E.** Diyabetli Bireyler ve Onlara Bakım Veren Hemşirelerin Hastalık Özyönetim Stratejilerine Bakışı: Kalitatif Bir Çalışma, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2017;14 (1): 31-37.
98. **Fadıloğlu Ç.** Diyabetin Yönetimi ve Hemşirelik. Yılmaz C. Diyabet Hemşiresi El Kitabı, İzmir: Asya Tıp Yayıncılık, 2002: 74-120.

99. **Sağlık Bakanlığı.** Hemşirelik Yönetmeliği.
<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf>
(26/08/2019)
100. **Akaltun H, Ersin F.** Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016; 9 (4): 126-133.
101. **Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C.** Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19 (2): 171-186.
102. **Sağlık Bakanlığı.** Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/19150,evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik-10032005-tarihli-ve-25751-sayili-resmi-gazetepdf.pdf?0>
(25/08/2019)
103. **Elevli E.** Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tespit edilmesi konusunda bir araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Beyken Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.2012: 200s.
104. **Sağlık Bakanlığı.** Hemşirelik Yönetmeliği Değişikliği.
<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf>
(26/08/2019)
105. **Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR.** “Mini-Mental State” A Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients For The Clinician, J. gsychiaf. Res, 1975; 12: 189-198.
106. **Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar Y, Engin F.** Standardize Mini Mental Test’in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13 (4): 273-281.
107. **Özcan HŞ.** Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999: 202s.

108. **Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, Schwartz CE.** Assessment of Diabetes-Related Distress. *Diabetes Care*, 1995;18:754-60.
109. **Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, Landgraf R, Kleinbreil L.** Resistance to Insulin Therapy Among Patients and Providers, *Diabetes Care*, 2005; 28: 2673- 2679.
110. **Karakurt P, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Yıldırım A, Sevinç H.** Knowledge Levels And Attitudes Of Diabetic Patients About Their Disease, *European Journal of Therapeutics*, 2017; 23: 165-172.
111. **Snoek FJ.** Breaking The Barriers To Optimal Glycaemic Control - What Physicians Need To Know From Patients' Perspectives. *Int J Clin Pract Suppl*, 2002; 129: 80s.
112. **Flynn L.** Agency Characteristics Most Valued By Home Care Nurses: Findings Of A Nation Wide Study, *Home Healthcare Nurse*, 2003; 21(12): 812-817.
113. **Kar G.** Evde bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerde yaşadıkları güçlükler ve iş doyumu düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003: 105s.
114. **Çoban S.** Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlüklerin ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2014: 116s.

8. EKLER

EK-1

Mini Mental Test Uygulama Klavuzu

BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorular.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınmazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözmemiz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirle nen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşılığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar gelişmesini önleyerek sükunetini mahafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

YÖNELİM

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirebilir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorular.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlama- nıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

DİKKAT ve HESAP

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

HATIRLAMA

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorular. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)
2. Yandaki cümlelerin tekrar istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır. (Toplam puan 1)
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat alınmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru imelidir.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir. (Toplam puan 1)
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)

EK-2

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Eğitim (yıl):
T. Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçı ()
Hangi gündeyiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

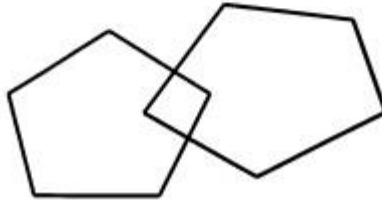
- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise) ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğümüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar
edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi
yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere
bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada) ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan) ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



EK-3

Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz?
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
2. Yaşınız?
 - 1) 65-70
 - 2) 71-80
 - 3) 81 ve üzeri
3. Medeni durumunuz?
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
 - 3) Dul
4. Eğitim durumunuz?
 - 1) İlk öğretim
 - 2) Lise
 - 3) Yüksekokul
5. Mesleğiniz?
 - 1) İşçi
 - 2) Serbest
 - 3) Emekli
 - 4) Ev Hanımı
6. Sağlık güvenceniz?
 - 1) SGK var
 - 2) SGK yok
7. Aile tipiniz?
 - 1) Çekirdek
 - 2) Geniş
 - 3) Parçalanmış

8. Ekonomik durumunuz?

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

9. Kaç yıldır diyabet hastasıdır?

- 1) 1-10
- 2) 11-20
- 3) 21 ve daha üzeri

10. Akrabalarınızda sizden başka diyabet hastası olan var mı?

- 1) 1 kişi
- 2) 2 kişi
- 3) 3 kişi
- 4) 4 ve daha fazla kişi
- 5) Diyabet hastası yok

11' inci soruyu sadece ailesinde diyabet hastalığı olan kişiler cevaplandıracaktır.

11. Ailenizde ve akrabalarınızdaki diyabetlilerin size olan yakınlığı?

- 1) 1. derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeş, çocuk)
- 2) 2. derece akrabalarınızda (teyze, dayı, hala, amca)
- 3) 3. derece akrabalarınızda (anneanne, babaanne, yeğen, kuzen)

12. Şu anki diyabet tedavinizde ne kullanıyorsunuz?

- 1) Oral anti diyabetik
- 2) İnsülin
- 3) Her ikisi de

13, 14, 15, 16. soruları şu anki tedavisinde insülin olan kişiler cevaplandıracaktır.

13. Ne kadar zamandır insülin kullanıyorsunuz?

- 1) 1-3 yıldır
- 2) 4-6 yıldır
- 3) 6 ve daha fazla

14. İnsülininizi kendiniz mi yapıyorsunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

15. Günde kaç kez insülin yapıyorsunuz?

- 1) 1 kez
- 2) 2 kez
- 3) 3 kez
- 4) 4 kez

16. İnsülin uygulaması hakkında eğitim aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

17. Evet ise kimden aldınız?

- 1) Doktor
- 2) Hemşire

18. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyorsunuz?

- 1) Ayda 1 kez
- 2) 2-3 ayda 1 kez
- 3) 6 ayda 1 kez
- 4) Yılda 1 kez

19. Sağlık durumunuzu kontrole gittiğinizde problemlerinizi / sorularınızı sağlık ekibine (hemşire, doktor, diyetisyen) rahatça iletebiliyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

20. 18. Soruya evet diyorsanız sağlık ekibinden sorularınızı / problemlerinizi
özebilecek sizi rahatlatabilecek cevapları alabiliyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

21. Őu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

22. Sizce diyetinize uyumunuz nasıl?

- 1) İyi
- 2) Orta
- 3) Kötü

23. Őu an ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?

- 1) Yapmıyorum
- 2) Her gün
- 3) Düzensiz

24. Ağızdan alınan Şeker düşürücü hap alıyorsanız uyumunuz nasıl?

- 1) Düzenli kullanım
- 2) Bazen unuturum
- 3) Düzenli kullanmam

EK-4

DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ (DTÖ)

DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda diyabet konusunda çeşitli açıklamalar sıralanmıştır. Numaralanmış tüm açıklamalar " Genelde düşüncem şudur ..." cümlesini tamamlamaktadır. Açıklamalardan herhangi biri için bir birey doğru olduğunu düşünürken bir başka birey doğru olmadığına inanabilir. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt genellikle inandıklarınızın bir göstergesi olmalıdır. Her bir açıklama için düşüncenizi anlatan sözcük ya da sözcük grubunun altındaki parantezi işaretleyiniz. Her bir açıklamaya cevap vermeniz önem taşımaktadır.

İlginiz ve özeniniz için teşekkür ederim.

Not : Bu incelemedeki *sağlık bakım çalışanı* terimi doktor, hemşire ve diyetisyenleri ifade etmektedir.

Genelde Düşüncem Şudur :	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Sağlık bakımı çalışanlarının etkili diabet tedavisi uygulamak için özel bir eğitim almaları gerekir.	()	()	()	()	()
2.Diyabetli olma, bireyin yaşama bakışını değiştirir.	()	()	()	()	()
3.Diyabetli bireylere, kendi kendine bakım yöntemlerinin asıl seçmeleri ve yapmaları gerektiği öğretilmelidir. (Örneğin beslenme şekli, kan şekerini izleme biçimi,günlük insülin enjeksiyonu sayısı)	()	()	()	()	()
4.Diyabetli bireylerin yaşamlarındaki en önemli şey, diyabetlerini kontrol altına almaktır.	()	()	()	()	()
5.Yalnızca diyetle kontrol edilebilen diabet oldukça hafif bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
6.İnsüline bağımlı olmayan diabet, insüline bağımlı diabetten daha hafif bir hastalıktır.	()	()	()	()	()

Genelde Düşünöem Şudur :

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7. Diyabetli birey, diabet tedavisi ile ilgili olarak neler yapması gerektiğini belirlemelidir.	()	()	()	()	()
8. Diabetlilere diabet bakımını öğreten hemşire ve diyetisyenlerin, danışmanlık becerilerini öğrenmeleri önemlidir.	()	()	()	()	()
9. Diabet bakımı hızlı bir değişim geçirdiği için, sağlık bakım çalışanlarına diabet hakkında öğrenmeyi sürdürmeleri şartı getirilmelidir.	()	()	()	()	()
10. Kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetli bireylerde, kan şekeri kontrolü iyi olan bireylere kıyasla diabet komplikasyonlarının gelişme olasılığı daha fazladır.	()	()	()	()	()
11. Diabet tedavisi moral bozucudur.	()	()	()	()	()
12. Diabetleri yalnızca diyetle tedavi edilen bireylerin, diabetin uzun dönem komplikasyonlarına yakalanma konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.	()	()	()	()	()
13. Diyabetli bireyleri tedavi eden sağlık bakımı çalışanları, hastaları ile iyi iletişim kurmaları konusunda eğitilmelidir.	()	()	()	()	()
14. Diyabet, diyabetli bireyin yaşamının hemen hemen her anını etkiler.	()	()	()	()	()
15. Diyabetli işbirliği yapmaz ve önerilen tedaviye uymazsa sağlık bakımı çalışanlarının onlar için yapabileceği fazla bir şey yoktur.	()	()	()	()	()
16. Doktorlar, bakımları konusunda diabetlileri yeterince bilgilendirmek için, hemşire ve diyetisyenlerin yardımına gereksinim duyarlar.	()	()	()	()	()

Genelde Düşüncem Şudur :	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17.Kan şekerinin hedeflenen sınırlarda tutulması, diyabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.	()	()	()	()	()
18.Diyabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.	()	()	()	()	()
19.Önerilen diyabet tedavisini uygulama-yan bireyler diyabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.	()	()	()	()	()
20.Doktorlar diyabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermemelidir.	()	()	()	()	()
21. Diyabet çok ciddi bir hastalıktır.	()	()	()	()	()
22. Hastalara diyabet komplikasyonlarından bahsetme,önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürkütülecektir.	()	()	()	()	()
23.Doktorların, diyabetli hastayı tedavi etme konusunda hemşire ve diyetisyenlerin yardımına ihtiyaçları yoktur.	()	()	()	()	()
24.Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diyabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya çıkacaktır.	()	()	()	()	()
25.Diyabetli hastaların, kan şekerini kontrol altında tutmak için ne kadar çaba göstereceklerine karar verme hakları vardır.	()	()	()	()	()
26.Diyabet konusunda özel eğilimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler.	()	()	()	()	()
27.Diyabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.	()	()	()	()	()

Genelde Düşüncem Şudur :	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28.Diabet eğitimcileri başarılı olmak için eğitmen olma konusunda çok şey öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
29.Diabet bakımı hakkında kararlar doktor tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
30.Sağlık bakım çalışanlarının diabet eğitimi, yaşlılık diabetini de kapsamalıdır.	()	()	()	()	()
31.Günlük diabet bakımı konusunda önemli kararlar diabetli birey tarafından verilmelidir.	()	()	()	()	()
32.Doktorlar diabetli bireyi, hastalığı öğrenmesine yardımcı olması için eğitmen hemşireye göndermelidir.	()	()	()	()	()
33.Diabetli birey kendi bakımında sorumluluk alabilmek için hastalığını çok iyi öğrenmelidir.	()	()	()	()	()
34.Kan şekerinin uzun bir süre yüksek seyretmesi ile uzun dönem diabet komplikasyonlarının oluşması arasında ilişki vardır.	()	()	()	()	()

EK-5

DİYABETTE PROBLEM ALANLARI ÖLÇEĞİ (DPAÖ)

DİYABETTE PROBLEM ALANLARI ÖLÇEĞİ

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

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

EK- 6

ETİK KURUL İZİNİ



**Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu**

Merve KAYALIOĞLU
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik A. B. D.

Sayın Merve KAYALIOĞLU,

“İnsülin ve Oral Antidiyabetik Kullanan Diyabetli Yaşlılarda Hastalığa İlişkin Tutum ve Problem Alanlarının Karşılaştırılması ” konulu araştırmanız ile ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2015/69) Kurulumuzun 29.04.2015 tarihli ve 2015/69 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.


Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)


Doç. Dr. Mehmet ERYİĞİT (Üye)


Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye)


Doç. Dr. Altay EREN (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhale DEMİRÇİ (Üye)



EK – 7

KURUM İZİNİ



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

Sayı : 71924980/770
Konu : Araştırma İzni

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dahiliye Hemşireliği Bölümü yüksek lisans öğrencisi Merve KAYALIOĞLU'nun, "İnsulin ve Oral Antidiyabetik Kullanan Diabetli Yaşlılarda Hastalığa İlişkin Tutum ve Problem Alanlarının Karşılaştırılması" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Poliklinikleri ve Dahiliye Yatan Hasta Servislerinde yapmasını olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. Abdullah DANIŞMAN
İdari Hizmetler Başkan V.

OLUR
.../.../2015

Op. Dr. Metin TAHAOĞLU
Genel Sekreter

S. Polat BOZYEL
V.M.K. 522
Güvenli Elektronik İmza
Aşağı ile Aynıdır
23/8/15

Bolu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Ağaççılar
Mevkii 0(374)2753030-2649
e-posta:www.bolu.khb @ saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8b80fa7f-742f-4697-a5c6-d75a6f7124a2 kodu ile erişebilirsiniz.



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

BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BOLU İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
26.05.2015 14:38 - 71924980 / 770 / 260
00010701346

Sayı : 71924980/770
Konu : Araştırma İzini

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dahiliye Hemşireliği Bölümü yüksek lisans öğrencisi Merve KAYALIOĞLU'nun, "**İnsulin ve Oral Antidiyabetik Kullanan Diabetli Yaşlılarda Hastahğa İlişkin Tutum ve Problem Alanlarının Karşılaştırılması**" konulu araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Poliklinikleri ve Dahiliye Yatan Hasta Servislerinde yapmasına dair Makam Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ali Rıza ZOR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

EKLER:

1- Araştırma İzni

Dağıtım:

İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sn ; Merve KAYALIOĞLU

Güvenli Elektronik İmza
Aşkıle Aynıdır.

29.5.15
S. Polat BOZYEL
VHK/522

Bolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Birimi Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Ağacçılar
Mevkii 0(374)2753030-2649
★ sta:www.bolu.khb @ saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden aa4f6cb5-9635-4b4e-889e-c055e9e19034 kodu ile erişebilirsiniz.

EK- 8

BOLU KAMU HASTANELERİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA ONAYI

(EK-1) BOLU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Merve KAYALIOĞLU

arasında düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: İzmit, Bayındır, Eskişehir ve Arastırma Hastaneleri

Çalışmanın Adı: İnsülin vs. Oral Antidiyabetik Kullanım Diyabetli Hastalarda Hastalığa İlişkin Tıbbi ve Pratik Sorunların İncelenmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Merve KAYALIOĞLU, Dr. Ar. Mustafa YILMAZ

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Bolu ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Bolu ili Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği personelinin de yararlanılacaksa ayrıca Kamu Hastaneler Birliğinden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma Üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitaplık halinde Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kuruluşların (Hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda Mayıs-Eylül 2015 süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç Mayıs 2015 Bitiş Ekim 2015
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olacaktır, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Bolu ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve
Cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.
21.05/2015

Merve KAYALIOĞLU

Merve

OLUR
.../.../2015

Uzm.Dr.Metin TAHAOĞLU
Genel Sekreter

.../.../2015
Uzm.Dr.Abdullah DANIŞMAN
Tıbbi Hizmetler Başkanı

S. Polat BOZYEL
V.F.N. 522

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
29.05/15

EK- 9

KATILIMCI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın konusu: Araştırmanın konusu oral anti diyabetik ve insülin kullanan diyabetli yaşlı bireylerin hastalığa karşı tutumları ile problem alanlarının karşılaştırılmasıdır.

Bu araştırma oral anti diyabetik ve insülin kullanan diyabetli yaşlı bireylerin karşı tutumları ile problem alanlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

Yaşlıların toplam nüfus içerisindeki oranı giderek artmaktadır. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte diyabet hastalığı da artmaktadır. Ancak yaşlı diyabetli bireylerin hastalığa karşı tutum ve problem alanları bilinmemektedir. Oysaki diyabetin yönetiminde bu konuda sağlanacak bilgiler ile daha kaliteli bakım verilebilecektir.

Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılım zorunlu değil isteğe bağlıdır ve istediği anda birey hiçbir yaptırıma maruz kalmadan araştırmadan çekilebilecektir. Araştırmaya katılacak bireylerin kimlik bilgileri istenmemekte olup veri toplama formlarıyla ilgili olarak da gizlilik sağlanacaktır. Katılımcının araştırma ya da veri toplama formu hakkında daha fazla bilgi edinmek isterse 24 saat ulaşabileceği bir telefon numarası kendisine bildirilecektir. Araştırmacı Merve KAYALIOĞLU tarafından çalışmanın yararları ve detayları hakkında bilgilendirildim.

Çalışmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.

Merve KAYALIOĞLU

Katılımcının İmzası:

Tarih:

AİBÜ Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Hemşirelik
Anabilim Dalı Yüksek Lisans
Öğrencisi

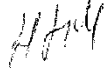
EK- 10

DİYABETTE TUTUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Sayın Doç.Dr.Yasemin Yıldırım,

Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığım Diyabet Tutum Ölçeği isimli anket formunu çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve değerlendirme kriterlerini ekteki dosyada bulabilirsiniz. İlave bir sorunuz olursa yanıtlamaktan memnuniyet duyarım. Çalışmanızda başarılar dilerim.

08.04.2015



Doç.Dr.Şeyda Özcan

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Adres: Guzelbahçe sok. No: 20, 34365

Nisantasi-Istanbul

Tel: 0212 3112665

e-mail: sozcan@ku.edu.tr

EK- 11

DİYABETTE PROBLEM ALANLARI ÖLÇEĞİ'NİN KULLANIM İZİNİ

13.06.2019

Posta - merve kayalioglu - Outlook

RE:

merve kayalioglu

16.02.2015 Pzt 12:58

Kime: behice erci <behiceerci@hotmail.com>

Yardıminiz için tekrar teşekkür ederim . İyi günler dilerim.

From: behiceerci@hotmail.com

To: kayalioglu-merve-14@hotmail.com

Subject: RE:

Date: Mon, 16 Feb 2015 10:52:05 +0000

Sevgili Merve,

Daha fazla bilgi için YÖK kütüphanesinden tezi indirebilirsiniz.

From: kayalioglu-merve-14@hotmail.com

To: behiceerci@hotmail.com

Subject:

Date: Sun, 15 Feb 2015 21:55:00 +0200

iyi akşamlar 2010 yılında danışmanlığını yapmış olduğunuz "TIP 2 DİYABETLİ HASTALARIN HASTALIĞA KARŞI TUTUMLARI VE PROBLEM ALANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ " tezinizde geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz diyabette problem alanları ölçeğini izniniz olursa yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum. Acaba ölçeğin son geçerli formunu bana gönderebilir misiniz? TEŞEKKÜRLER... BAŞARILAR.....

EK- 12

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST'İN KULLANMA İZİNİ

13.06.2019

Posta - merve kayalioglu - Outlook

YNT: Standardize mini mental test izni

merve kayalioglu

13.05.2015 Çar 09:54

Kime: Funda <funda-akcan@hotmail.com>

Çok teşekkür ederim. İyi çalışmalar dilerim tekrar.

Samsung cihazımdan gönderildi

----- Orjinal mesaj -----

Kimden: Funda <funda-akcan@hotmail.com>

Tarih: 13/05/2015 09:49 (GMT+02:00)

Alıcı: merve kayalioglu <kayalioglu-merve-14@hotmail.com>

Konu: RE: Standardize mini mental test izni

izin yazınızı gönderiyorum isterseniz testi tarayıcıdan geçirip orjinalini de gönderirim, saygılar

From: kayalioglu-merve-14@hotmail.com

To: funda-akcan@hotmail.com

Subject: Standardize mini mental test izni

Date: Thu, 7 May 2015 10:04:02 +0300

Merhaba Funda hanım, ben Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dahiliye bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. "İnsülin ve Oral Antidiyabetik Kullanan Diyabetli Yaşlılarda Hastalığa İlişkin Tutum ve Problem Alanlarının Karşılaştırılması" isimli yüksek lisans tezimde 2002 yılında geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Standardize Mini Mental Test'i uygulamak istiyorum. Bunun için sizin izin yazınıza ihtiyacım olacak. Bu konu hakkında en kısa sürede yardımlarınızı bekliyorum. Teşekkürler...

13.05.2015

Sn, Merve Kayalıoğlu ,

“İnsülün ve Oral Antidiyabetik Kullanan Diyabetli Yaşlılarda Hastalığa İlişkin Tutum ve Problem Alanlarının Karşılaştırılması”adlı yüksekisans tezinizde tarafımızdan geçerlilik güvenilirliği yapılmış “Standardize Minimental Test” ve “Eđitimsizler için Standardize minimal testi” tezinizde kullanabilirsiniz, başarılarınızın devamını diler tezinizin bir nüshasının da bilim dalımıza gönderilmesini rica ederiz.

Saygılarımızla

Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi

Geropsikiyatri Bilim Dalı ,

Uzm. Psk. Funda Engin Akcan

9. ÖZGEÇMİŞ

Merve KAYALIOĞLU 22.08.1988 tarihinde Tekirdağ'da doğdu. İlkokul öğrenimini Bolu'da, orta ve lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. Ankara Ufuk Üniversitesi Hemşirelik bölümünden 2011'de mezun oldu. 2011 yılında Çağsu Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 27.06.2012 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde hemşire olarak göreve başladı. 2017 yılı Eylül ayından itibaren aynı kurumda eğitim hemşiresi olarak göreve başladı. O tarihten itibaren aynı görevinde devam etmektedir.



10. ORJİNALLİK RAPORU



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

DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORJİNALLİK RAPORU

08/08/2019

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: MERVE KAYALIÖĞLU
Numarası: 21110803
Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK
Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans
Doktora

Tez Başlığı: İnsülin ve Oral Antidiyabetik Kullanan Diyabetli Yaşlılarda Hastalığa İlişkin Tutum ve Problem Alanlarının Karşılaştırılması

Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan93...sayfalık kısmına ilişkin 08/08/2019 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 % 17 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç,
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimededen 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.

Merve KAYALIÖĞLU

Öğrencinin Ad Soyad ve İmza

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
08/08/2019
Doç. Dr. Jasen H. J. L. O. K. U. N. (USTA)
(Unvan, Ad Soyad, Tarih, İmza)

