

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA ALGILANAN AİLE
DESTEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Perihan OKÇU

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

İSTANBUL, 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TİP DİYABETLİ HASTALARDA ALGILANAN AİLE
DESTEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Perihan OKÇU

(152038044)

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Perihan Okçu
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
Danışman : Prof. Dr. Birsen Yürügen

Öğrenci No : 152038044
Tez Savunma Tarihi : 18.08.2017
Tez Savunma Saati : 15.00

Tez Konusu : "Tip 2 Diyabetli Hastalarda Algılanan Aile Desteğinin Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabul ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof.Dr. Birsen Yürügen	Kabul	B. Yürügen
Yrd.Doç.Dr.F.Hülya Üstündağ (İstanbul Bilgi Üniversitesi)	Kabul	H. Üstündağ
Yrd.Doç.Dr. Özlem Yazıcı	Kabul	O. Yazıcı

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. K.Derya Beydağ		

ÖZET

Tip 2 diyabet, ömür boyu devam eden, zorunlu yaşam biçimi değişikliklerine neden olan, birey dışında aileyi de etkileyen bir metabolizma hastalığıdır. Bu yüzden diyabet bakım sürecinde aile de rol almaktadır. Bu çalışmanın amacı; tip 2 diyabetli hastalarda algılanan aile desteğinin değerlendirilmesidir.

Araştırma tanımlayıcı tipte olup, Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yatarak veya ayaktan tedavi gören, 40 yaş ve üzeriolan 121 tip 2 diyabetli birey ile 2016 Aralık- 2017 Nisantarihleri arasında yürütüldü. Araştırmaya alınacak hastalara önce Bilgilendirilmiş Onam Formu dolduruldu. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği kullanıldı. Veri toplamada yüzyüze görüşme tekniği kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde; sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, Kruskal Whallis Testi ve Man Whitney-U Testi kullanıldı.

Araştırma örneklemini oluşturan 121 hastanın %72,7'si kadın, %27,3'ü erkektir. Olguların yaş ortalaması $56,47 \pm 10,16$ yaş olarak bulundu. Diyabetlilerin %86,8'i evli olup eş ve çocukları ile yaşadığı görüldü. Diyabette en çok destek veren kişinin bireyin eşi olduğu bulundu. Olguların çoğunun diyabet eğitimi aldığı ve diyabet eğitimi alanlarda aile destek algısı yüksek olduğu saptandı. Hastaların diyabet eğitimi, çoğunlukla diyabet eğitim hemşiresinden aldığı görüldü. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde aile destek algısı yüksek olarak tespit edildi. Diyabette tanı alma süreleri ortalama olarak $8,48 \pm 6,22$ yıl olarak belirlendi. Ailede başka diyabet hastası olma durumu aile destek algısını yükseltti. Aile destek algısı puanlamada beş üzerinden ortalama üç buçuk olarak belirlendi. Sosyo-ekonomik durumu iyi olan bireylerde aile destek algısı yüksek bulundu. Buna göre; diyabet bakımında ailede en çok desteği veren kişinin belirlenmesinin gerekliliği, diyabet hastasının eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumu, diyabete eşlik eden başka hastalık olma durumu belirlenip hastaya özel bakım ve eğitim programı geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet, Algı, Aile, Destek.

ABSTRACT

To Assess the Perceived Family Support In Patients Diagnosed With Type 2 Diabetes

Type 2 diabetes, which requires lifestyle changes, is a lifelong metabolic disease that affects not only the individual's life but also the family's life. Therefore, families must be involved in diabetes care. The purpose of the present study is to evaluate the perceived family support in patients diagnosed with type 2 diabetes.

The study was a descriptive study, and was conducted between April 2017 and August 2016 with 121 type 2 diabetes patients aged 40 years old and above. The patients received outpatient or inpatient treatment in Okmeydanı Educational Research Hospital. The informed consent form was filled by the patients before the research. Personal Information Form and Hensarling Diabetes Family Support Scale were used as data collection tools. Face-to-face interview technique was used in data collection. Number, percent, arithmetic mean, standard deviation, Kruskal Wallis Test, and Man Whitney-U Test were used in statistical analysis.

72,7% of were female, and 27,3% were male. The mean age was found as; 56.47 ± 10.16 years. 86.8% of patients were married, and lived with their spouse and children. It was found that the most supportive person in diabetes care was the spouse of the patient. Most of the patients received diabetes education, and the patients who received diabetes education had higher perceived family support. Patients mostly received diabetes education from the diabetes education nurse. The level of family support was higher in the individuals with higher level of education. The average time of the diagnosis was 8.48 ± 6.22 years. Presence of other diabetes patient in the family improved the perception of the family support. The family support perception was found as three and a half on the scale out of five. Individuals with good socioeconomic condition had a higher level of perception of family support. Accordingly, it is recommended to designate a person giving the utmost support for the diabetes care, determine the education level of the diabetes patient, socioeconomic status and the presence of any other additional disease; thus a training and care program shall be developed for each individual.

Keywords: Type 2 diabetes, Perception, Family, Support.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana danışmanlık ederek gösterdiği büyük emek, sabır ve destekten dolayı tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN'e ve tez çalışmam boyunca her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen anneme, babama, abim Mehmet OKÇU ve kardeşim Yusuf Baran OKÇU'ya

Çalışmamın sürdürülmesinde yardımları için sorumlu hemşirelerim; İlkay GEGİN, Derya TOPÇU, Rahime TANIŞLAR'a, dahiliye servisinde çalışan hemşire Emine SAYIN'a, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi yönetimine ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Perihan OKÇU

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İmza

Perihan OKÇU

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Diyabetin Tanımı	3
2.2.Diyabetin Tarihçesi.....	3
2.3.Diyabetin Sınıflandırılması	5
2.4.Tip 2 Diyabet	6
2.4.1.Tip 2 Diyabet Etiyolojisi ve Risk Grupları.....	6
2.4.2.Tip 2 Diyabetin Belirtileri	8
2.4.3.Tip 2 Diyabetin Patofizyolojisi	9
2.4.4.Tip 2 Diyabet Tanı ve Takibinde Kullanılan Testler	9
2.4.5. Tip 2 Diyabetin Yönetimi.....	11
2.4.6. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları.....	17
2.5. Tip 2 Diyabet ve Ailesel Destek	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri	22

3.3. Araştırma Grubunun Özellikleri	22
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	23
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIşMA.....	62
6. SONUÇLAR.....	66
7. ÖNERİLER.....	67
8. KAYNAKLAR	68
9.EKLER	78
10.ÖZGEÇMİş	90

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO:

Tablo 1. İnsülinlerin Sınıflandırılması.....	16
Tablo 2. Diyabet Aile Destek Ölçeğinin Güvenirlik Katsayıları ve Puanları.....	24
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylere Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı.....	26
Tablo 4. Yaş, Diyabet Tanı Zamanı ve Diyabet Bakımında Aile Desteği Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 5. Diyabet Aile Destek Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 6. Diyabet Aile Desteğinin Ailede Başka Diyabet Rahatsızlığı Olma Durumuna Göre Ortalamaları.....	31
Tablo 7. Diyabet Aile Desteğinin Algılanan Ekonomik Durumuna Göre Ortalamaları.....	33
Tablo 8. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanına Göre Ortalamaları.....	37
Tablo 9. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Bakımında En Çok Destek Alınan Kişiye Göre Ortalamaları.....	42
Tablo 10. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Tanı Zamanına Göre Ortalamaları.....	45
Tablo 11. Diyabet Aile Desteğinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları.....	46
Tablo 12. Diyabet Aile Desteğinin Kiminle Yaşadığına Göre Ortalamaları.....	49
Tablo 13. Diyabet Aile Desteğinin Mesleğe Göre Ortalamaları.....	51
Tablo 14. Diyabet Aile Desteğinin Yaşa Göre Ortalamaları.....	53
Tablo 15. Diyabet Aile Desteğinin Cinsiyete Göre Ortalamaları.....	54

Tablo 16. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Dışında Başka Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları.....	55
Tablo 17. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Ortalamaları.....	57
Tablo 18. Diyabet Aile Desteğinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları.....	58
Tablo 19. Yaş, Diyabet Tanı Zamanı, Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TURDEP	:Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırma Projesi
IDF	:Ulusal Diyabet Federasyonu
OGTT	:Oral Glikoz Tolerans Testi
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
ADA	:Amerikan Diyabet Birliği
AADE	:Amerikan Diyabet Eğiticileri Birliği
OAD	:Oral Antidiyabetik
ANA	:Amerikan Hemşireler Derneği
SVD	:St Vincent Deklarasyonu
KW	:Kruskal Wallis Testi
MW	:Mann Whitney-U Testi

1.GİRİŞ

Diyabet, insülin hormonunun yokluğu ya da eksikliği sonucu ortaya çıkan hiperglisemi ve buna eşlik eden birçok klinik, biyokimyasal bulgu ile kendini gösteren, komplikasyonları ile organ ve işlev kayıplarına yol açan, yaşam süresi ve kalitesini etkileyen, sosyal ve ekonomik yükü olan kronik bir metabolizma hastalığıdır (1,2,3). Bütün ırklarda görüleceği gibi tüm yaş gruplarını ilgilendiren sık karşılaşılan kronik bir hastalıktır (3).

Dünya Sağlık Örgütü 'nün (DSÖ) yayınladığı kronik hastalıklar raporunda; en başta gelen hastalıktır. Önümüzdeki 20 yıl içerisinde hızlı bir şekilde artacağı belirtilmektedir (5). 2009 yılında diyabetli hasta sayısı 285 milyon iken 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir. Her 100 kişiden yaklaşık 8'inin diyabet hastası olduğu, bu hızla devam ederse 10 kişiden 1'inin diyabet hastası olacağı tahmin edilmektedir (1).

DSÖ'nün 1998'deki raporuna göre; nüfus artışı, yaş ortalamasının artması, sağlıksız beslenme, yaşam tarzı değişimi ve fiziksel inaktivitenin artması kaygı verici sebepler olmaktadır (2).

Diyabet, birey için yeni bir yaşam şekli ve uyumu gerektirir. Kişi hastalığı yönetebilmesi için gerekli davranışları öğrenip uygulayabilmelidir. Hasta sosyal, fiziksel, biyolojik, duygusal ve kültürel yönleriyle bir bütün halinde ele alınmalıdır (6).

Diyabetli bireyin, hastalığa ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirilmesi, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri onun baş etme şeklini ve yaşam kalitesini belirleyen unsurlardır. Diyabetli hastanın ve ailesinin eğitilmesi, ailenin destek konusunda teşvik edilmesi, bakımı konusunda aktif olmasını sağlamak, problemlerle başa çıkma gücünü artırmak, etkili bireysel yönetimin sağlanması için çok önem taşımaktadır (7).

Diyabette yaşam biçimi çok önemlidir. Yaşam biçimi değişikliği için diyabet eğitim programlarına aile üyeleri ve bakım vericilerin de katılmaları yararlı olabilir. Uyum konusunda yaşanan problemlerde çözüm olarak ve ailesinin izlenme programlarına alınması gerekmektedir. Böylece hasta ve ailelerinin problemlerle başa çıkabildikleri görülmüştür (8).

Diyabette kendi kendini kontrol konusunda ailenin rolünü irdeleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Genel olarak ekonomik ve aile içi ilişkilerinde sorunları az, aile bağları güçlü olan bireylerde hastalık kontrolünün daha iyi olduğu görülmektedir (9).

Diyabet bakımında ailenin rolü büyüktür. Eğitim planlanırken diyabetli birey ve aile üyeleri birlikte eğitime alınmalı ve diyabet bakımına teşvik edilmelidir. Ailenin işlevsel olup olmadığı hastanın ailesinin desteğini nasıl algıladığı ile ilgilidir. Bu yüzden bireyi destekleyen aile üyelerinin ve devam eden süreçte hastanın algıladığı aile desteğinin değerlendirilmesi bu doğrultuda önem taşımaktadır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Diyabetin Tanımı

Diyabet, pankreasın beta hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun yokluğu ve eksikliği sonucu ortaya çıkan, yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluk sonucu oluşan hiperglisemi, glikozüri ve buna eşlik eden birçok bulgu ile seyreden, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonların geliştiği, akut komplikasyonları önlemek ve kronik komplikasyonları azaltmak için sürekli tıbbi bakım, destek, öz bakım eğitimleri gerektiren sosyal ve ekonomik yükü ağır olan kronik metabolik bir hastalıktır (1,2,3,4,30).

2.2.Diyabetin Tarihçesi

Diyabet tarihçesi çok eskilere uzanır. Milattan 1500 yıl önce Mısır Ebers Papiruslarında idrara fazla çıkma ve idrarla şeker kaybetme hastalığı olarak tanımlanmıştır.”Diyabetes” kelimesi eski Yunanca ‘da “sifon” anlamına gelip ve aşırı idrar yapma isteği olarak tanımlanıp ‘tatlı idrar yapma’ anlamına gelmektedir (29).”Mellitus” kelimesi ise yine Yunanca’da “bal” anlamına gelen “mel” kelimesinden gelmektedir(13).Diyabetes Mellitus ‘un başlangıç semptomları olan polidipsi, poliüri, polifaji, kilo kaybı, koma ve ölüm yüzyıllar öncesinden beri dikkat çekmiştir. Diyabetes kelimesi ilk olarak milattan 150 yıl önce, Kapadokya ‘da Areateus tarafından kullanılmıştır. Millattan sonra Razi ve İbn-i Sina bu hastaların idrarının tatlı olduğundan ve susuzluk hissi duyduklarından bahsetmişlerdir. 18. Yüzyılda William Cullen tatlı veya ballı anlamına gelen “Mellitus” u eklemiştir (14).

Oskar Minkowski ve Josef von Mering Strasburg’da pankreasın hayati önemini belirlemek için bir köpek üzerinde deney yapmışlardır. Köpeğin pankreas bezini çıkarttıktan sonra hastalığın tipik belirtilerini gözlemlemişlerdir. Bu araştırma ile pankreastaki hastalığın diyabete yol açtığını gösterip bu konuda çalışmaları hızlandırmıştır. Biyokimyacı James B.Collip ve arkadaşlarının 1920’de insülini bulmasıyla o tarihe kadar ölümcül olan diyabet hastalığı tedavi edilir hale gelmiştir (15) Areateus’un 2000 yıl önceki tarifinden beri tanı, etiyojisi ve tedavisinde sürekli değişimler olmuştur. Hastalığın bulgularındaki çoğunluk ve komplikasyonların da fazla olması tanı ve sınıflandırılmasında kargaşa yaratmıştır. Bu nedenle kendi aralarında sınıflandırılmaya gidilmiştir. Genelde Tip 1 ve Tip 2 diyabet olarak ortaya çıkmıştır (15).

Diyabetin görülme sıklığı kesin olarak bilinmemekle beraber ülkelerdeki rakamlar hastalığın arttığını vurgulamaktadır. 1997’de dünyada yaklaşık 124 milyon diyabet hastası varken günümüzde 150 milyona ulaşmıştır. 2025 yılında bu sayının 3000 milyona ulaşması beklenmektedir (16).

Bölgelere göre diyabet prevalansına bakıldığında Kuzey Amerika % 9.2 ve Avrupa Bölgesi ise %8.4 ile yüksek prevalans göstermektedir (12).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan araştırmalarda yetişken (20-74) nüfusta diyabet prevalansı %6.6 olarak bulunmuş, bilinmeyen ve tanısı konulmayan hastaların da %50 civarında olduğu açıklanmıştır. Türkiye’de 1997-1998 yıllarında yapılan ‘Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırma Projesi’ne (TURDEP) göre rastgele seçilen 20 yaş ve üzeri 24.788 kişi incelenmiş ve diyabet prevalansı %7.2 olarak bulunmuştur. TURDEP’den itibaren 12 yıllık süreçte ülkemizde diyabet sıklığı %90 artmıştır (3).

Ülkemizde diyabetle ilgili rakamlar tam olarak bilinmemektedir. 1983’te yapılan çalışmada prevalansı %3.84 olarak belirtilmiştir. 2010 yılında yayınlanan ve dünya genelinde 17 ülkede yürütülen “PURE” çalışmasının sonucuna göre ülkemizde 35-70 yaş aralığı diyabet prevalansı %14.7 ve pre-diyabetli hasta oranının ise %9.6 olduğu bulunmuştur (7).

Uluslararası Diyabet Federasyonu’na (IDF) göre 2010 itibarı ile ülkemizde erişkin nüfusunda diyabet prevalansı %7.4 ‘tır. DSÖ’nün tahminlerine göre günümüzde 3.679.000 olan diyabetli hasta sayısı 20 yıl sonra 6 milyonu aşması beklenmektedir (18).

DSÖ’nün 1998’deki raporuna göre; artan nüfus sayısı, yaş ortalamasının artması, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam biçimi gibi nedenler diyabet artışında kaygı verici olmuştur (3).

1926 yılında Frank bugünkü oral antidiyabetiklerin atası olan Synthalini bulmuştur. 1942de Laubaiter, sülfonamidlerin hipoglisemik etkisini bulduktan sonra Sülfonilüre türevleri tıp dünyasına girmiştir. 1946-1950 yıllarında uzun etkili insülinler bulunmuştur. 1973’de ise Nova ve Leo firmaları antikor oluşturmeyen saf insülini geliştirip, günümüzde kullanılan DNA teknolojisiyle yapılmış olan insülinlere öncülük etmiştir (31).

2.3.Diyabetin Sınıflandırılması

1998 yılında DSÖ'ye göre glisemik bozuklukların sınıflandırılması şöyledir;

1.Tip 1Diyabet:

- İmmün nedenli
- Nedeni bilinmeyen

2.Tip 2 Diyabet:

- Periferik insülin direncine bağlı gelişen
- İnsülin sekresyon yetmezliğine bağlı gelişen

3.Diğer Tipler

- Beta hücre fonksiyonunda genetik bozukluklar
- İnsülin fonksiyonunda genetik bozukluklar
- Pankreas hastalıkları
- Endokrin hastalıklar
- İlaç ve kimyasal maddeler
- İnfeksiyonlar

4.Gestasyonel Diyabet (3,12).

-Tip 1 Diyabet

Pankreas beta hücrelerinin kaybı ya da hasarı sonucu insülin yetersizliği ile ortaya çıkan otoimmün hastalıktır (1,3,4). Tüm diyabet olgularının %5-10'unu oluşturur. Genellikle 30 yaş altında aniden ortaya çıkar. Görülme yaşı 10-15 yaş grubudur. Tedavide mutlaka kesin tanıdan sonra insülin kullanılması gerekli olan bir hastalıktır (1,4).

-Tip 2 Diyabet

Yetişkin toplumda ve dünyada en sık görülen metabolizma hastalığıdır. Tüm diyabetlilerin %90'ı tip 2 diyabetlidir.

Genetik yatkınlığı olan bireyde çevresel faktörlerin etkisiyle başlayıp patogenezinde insülin direnci, beta hücresi fonksiyon bozukluğu ve hepatik glukoz üretimi artışı gibi üç metabolik bozukluk sorumludur. Orta-ileri yaş hastalığı kabul edilip 40 yaş üstü grupta görülmektedir (1,3,4,19).

-Diğer Spesifik Tipler

Pankreası etkileyen birçok nedenle ortaya çıkan hiperglisemidir. Beta hücre fonksiyonunda genetik bozukluk, endokrin hastalıklar, ilaç ve kimyasal ajanlar ve enfeksiyonlar gibi birçok nedeni vardır (20).

-Gestasyonel Diyabet

İlk kez gebelik sırasında ortaya çıkan glukoz intoleransdır. Uzun dönemde gestasyonel diyabetli hastaların tip 2 diyabet riski yüksektir (20). Tüm gebeliklerin %2-5'inde görülür. Gebelik yaşı 25 ten büyük, genetik yatkınlık, obezitesi olan ve öncesinde 4 kg üstü bebek doğuran tüm kadınların 24-28 haftaları arasında Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) yaptırılmaları gereklidir (3).

2.4. Tip 2 Diyabet

Dünya'da en sık görülen diyabet tipidir. Epidemiyolojik olarak çocukluk çağı da dahil her yaşta sıklığı artan genellikle 40 yaş üstü bireylerde görülen ve yaşla birlikte artış gösteren kronik bir hastalıktır. Hastalık kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür. Siyah ırkta her yaş ve cinsten daha fazla görülür. Birinci derece akrabasında tip 2 diyabeti olan bireyin yaşamı boyunca herhangi bir anında diyabete yakalanma riski %40'tır. Norveç'te yapılan bir çalışmada 10 yıllık izlem sonucuna göre normal vücut ağırlığı ve zayıf olan bireylerde tip 2 diyabet görülme %0 iken obezlerde görülme sıklığı %13 olarak bulunmuştur (3).

2.4.1. Tip 2 Diyabet Etiyolojisi ve Risk Grupları

Tip 2 diyabet oluşumunda birçok faktör rol oynamaktadır.

-Yaş

40 yaşın üzerinde görülür (21). Birçok toplumda tip 2 diyabet sıklığının yaşla birlikte arttığı görülmüştür. ABD'de 18 yaşın üzerindeki tip 2 diyabet prevalansın yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir (32).

-Cinsiyet

Dünya genelinde kadın ve erkek arasında görülmede farklılık yokken ülkemizde, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (22). İskandinav ülkelerinde erkeklerde prevalansı daha çok olduğu belirtilmiştir (33).

-İrk

Bazı toplumlarda Tip 2 diyabet görülme sıklığı daha fazladır. Yapılan çalışmalarda Arizona'da yaşayan Pima yerlilerinde, Meksika ve Afrika kökenli Amerikalılarda daha sık olduğu bulunup, Japonya'da ise tip 2 diyabetin son yıllarda artmış olduğu belirtilmiştir (32,34,35).

-Diyet

Son çeyrek yüzyılda doymuş yağlardan zengin liften fakir, kalorisi yüksek ve fastfood gibi hızlı hazırlanan beslenme tarzının benimsenmesi diyabet prevalansında hızlı bir artışa yol açtığı düşünülmektedir (28). Yapılan çalışmalarda yüksek yağ içeren ve kompleks karbonhidratlardan zengin beslenmeyle tip 2 diyabete yakalanma riskinin olabileceğini göstermiştir (33). Planlı diyet eğitimi ile metabolik kontrol değişkenlerinden HbA1c, lipitler ve kan basıncında anlamlı farklar bulunmuştur (36).

-Obezite

Şişmanlık diyabet gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Beden kitle indeksi (BKİ) 25kg/m² olan kişilerde tip 2 diyabet araştırılması yapılmalıdır.

Şişman olan kişilerin normal kiloda olanlara oranla diyabet gelişme riskinin 4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (1,4,24,25).

Tüm yaş gruplarında obezitenin önlenmesi tip 2 diyabeti en az %80 önleyeceği belirtilmektedir. Kilo kaybının diyabetin başlangıcını geciktirdiği, BKİ'nin ise 31 üzerine çıkmasının da diyabet riskinde kademeli bir artış olduğunu göstermiştir (4,20).

-Kalıtım

Diyabette bilinmesi gereken önemli bir konu da ailesel geçiştir. Tip 2 diyabette de ailevi geçiş daha belirgindir. Birinci derece yakınında tip 2 diyabeti olan bireyin diyabete yakalanma riski %40'tır (3,23).

-Fiziksel Aktivite

Hareketsiz yaşamın diyabet riskini arttırdığı belirtilmektedir. Aktivite azaldığında tüketilecek enerji de azalacağı için kilo alma riski artacaktır. Bu da glikozun etkin bir şekilde kullanımını engelleyecektir (26). Fiziksel aktivite ile yapılan vücut ağırlığındaki %7'lik kaybında diyabet gelişiminin 3-4 yıl içinde %50 oranında azaltılabileceği gösterilmiştir (27).

Tip 2 Diyabet Risk Grupları

- .Obezite
- .Sedanter yaşam
- .Birinci dereceden akrabalarda diyabet öyküsü
- .İri bebek doğurma ya da gestasyonel diyabet öyküsü
- .Hipertansiyon
- .Dislipidemi
- .Polikistik over sendromu
- .Ağır insülin direnci
- .Erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü
- .Atipik antipsikotik ilaç kullanımı
- .Şizofreni öyküsü bulunan kişiler (2,4).

2.4.2. Tip 2 Diyabetin Belirtileri

Tip 2 diyabet belirtileri bazen asemptomatik olarak sinsi şekilde gelişir (37,38,39). Poliüri, polidipsi, polifaji, yorgunluk ve halsizlikten ziyade görme bozuklukları, nefropati, nöropati, enfeksiyonlara eğilim, aterosklerotik kalp hastalığı gibi kronik komplikasyonlarla hastaneye gelirler ve tanı konulduğunda hastada genellikle bu komplikasyonlar mevcuttur (3,37,39,40,41). Hipoglisemiye rağmen idrarda ve kanda keton cisimleri az ya da hiç yoktur. Ketoasidoz şiddetli enfeksiyon gibi acil durumlarda gelişmekteyken, daha çok yeterli sıvı alınamamasına bağlı olarak hiperglisemik hiperosmolar nonketotik koma görülür (37,42).

2.4.3. Tip 2 Diyabetin Patofizyolojisi

Tip 2 diyabetli hastalarda fizyopatolojik olarak 3 defekt bulunmaktadır:

- İnsülinin yetersiz salınması
- Karaciğer glikoz salınımının artması
- Hedef dokularda insülinin etkisine karşı direnç olması (32,39,44).

1.İnsülinin Yetersiz Salınması: Azalmada esas olarak kalıtımın etkisinde olduğu gösterilse de hiperglisemik toksik etkisi ve kanda artan serbest yağ asitleri beta hücre fonksiyonlarını bozabilmektedir (41). İnsülinin yetersiz salınmasında beta hücre kütlesi ya da hücrelerin fonksiyon bozukluğuna bağlı olup olmadığı kesin değildir (32). Ancak tip 2 diyabetli hastalarda beta hücre kütlesinin %40-60 oranında azaldığını savunan çalışmalar da vardır (32,33). Yapılan başka çalışmalarda hipergliseminin gelişmesinde, hücre kaybının tek başına yeterli olmadığı ve kalan hücrelerde fonksiyon bozukluğu ya da dokuların dirençli olması gerektiği tarafındadır (32,39,41).

2.Karaciğerde Glikoz Salınımının Artması: Tip 2 diyabetlilerde karaciğerin insülin duyarlılığı azalmakta ve buna bağlı olarak da glikoz salınımı artar (32). İnsülinin karaciğer üzerine etkisindeki yetersizlik ve defekt glikogenez ve glikogenezisi artırarak hiperglisemiye neden olmaktadır (46). Dolaşımda bulunan yağ asitleri de karaciğerde insülin etkisine karşı direnç oluşturup enerji için kullanılırlar (39).

Plazmada aşırı yağ asitlerinin bulunması fosfolipid ve kolesterole dönüşümü artırıp ilerlemiş diyabet vakalarında hızla ateroskleroza gelişimine neden olurlar. Yağların aşırı yıkımı ketoz ve asidoza yol açar (3).

3.Hedef Dokuların İnsüline Dirençli Olması: Tip 2 diyabete neden olan önemli faktör hem karaciğer hem de periferel dokularda insülinin fizyolojik etkilerine karşı gelişmiş bir direncin olmasıdır (41). İnsülin direnci, glikoz hemostazında endojen ve ekzojen insüline karşı ortaya çıkan bozuk biyolojik yanıt olarak tanımlanır (47). İnsülin direncinde obezite, genetik, sedanter yaşam, yaşlılık gibi faktörler rol oynar (37,41).

2.4.4. Tip 2 Diyabet Tanı ve Takibinde Kullanılan Testler

Tip 2 diyabet hastalığına özgü bilinen belirti bulgular ile tanı konulabilmektedir.

Ancak, gerçek anlamda tanı laboratuvar yöntemlerinin doğru şekilde kullanılıp yorumlanmasına bağlıdır. Tanıda açlık ve tokluk kan şekeri takibi, oral glikoz tolerans testi (OGTT), glikozillenmiş hemoglobin düzeyi (HbA1c), ve idrarda glikoz takibi gibi yöntemler kullanılır (20).

-Açlık Kan Şekeri Takibi: Tanı kriteri olarak hala tartışılan bir kriterdir. Dünya Sağlık Örgütü açlık kan şekeri 100mg/dl'nin üzerinde olan herkesi diyabet hastası adayı olarak kabul etmektedir(1,5). Açlık kan şekerine 8-14 saatlik bir açlığın sonunda bakılır(48). Amerikan Diyabet Birliği 2006'da açlık kan şekeri sınırını 100mg/dl olarak kabul etmektedir(4). Türk Diyabet Vakfı ise bu sınırı <100mg/dl olarak kabul edip, 100-125mg/dl bozulmuş açlık glikozu olarak tanımlar (49).

-Tokluk Kan Şekeri Takibi: Yemeklerden iki saat sonra karbonhidratların emiliminde bedenin verdiği yanıtın ölçülmesidir. Tokluk kan şekerinde sınır <140 mg/dl olup, 140-199mg/dl arasında olan kan şekeri ise bozulmuş tokluk kan şekeri olarak kabul edilir (4,50).

-Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT): Bu test üç günlük normal diyet ve normal fiziksel aktivite sonrası sabah saatlerinde uygulanmaktadır. 75 gr glikoz ile çözülmüş şeklinin içilmesinden iki saat sonra bireyden alınan kan örneğinden bakılır. Plazma glikoz düzeyi 126mg/dl -200mg/dl arasında olup üstü hasta kabul edilir (4,51)

-Glukozillenmiş Hemoglobin Düzeyi (HbA1c): Glukoz vücut proteinlerine bağlanır. Buna glikozillenme denir. Diyabetli hastalarda hiperglisemi durumunda proteinlerin glukozillenme miktarı yükselir. Glukozillenen proteinlerin en önemlisi hemoglobindir.

Hemoglobin bir kez glukozillendikten sonra eritrositlerin yaşam süresi üç ay boyunca sabit kalır. Glukolize Hb ölçümleri HbA1c'in çoğunluğunu oluşturan HbA1c ile yapılabılır sonuç Hb yüzdesi olarak yazılmaktadır. HbA1c son 8-12 haftadaki dönemdeki ortalama kan glikozuyla orantılı artacağından kronik hipergliseminin kontrolünde yardımcı bir metot olarak kullanılır (52,53). HbA1c'nin sağlıklı bireylerdeki değeri %4-6 arasındadır. HbA1c düzeyi %5,7-6,4 aralığında olanlar diyabet riski yüksek olan kişilerdir (20,7).

-İdrarda Glikoz Ölçümü: Tanı koymada en sık kullanılan testtir. Duyarlılığı ve özgüllüğü düşük olmasına rağmen uygulama kolaylığı açısından ilk tercih edilen testtir.

24 saatlik idrarda glikoz 40-70 mg'dir. Bu değerleri aşması patolojik olarak kabul edilir (20).

-C-peptid: Proinsülinin insüline dönüşümü sırasında açığa çıkmaktadır. Biyolojik olarak aktif değildir. C-peptid düzeyleri insüline göre 5-10 kat daha fazladır. Sekiz saatlik bir açlık sonrası ölçülmektedir. Tip 2 diyabette C-peptid düzeyleri yüksektir. İnsülin tedavisi gören hastalarda vücut insülin deposunun göstergesidir. Normal sınırları 1,1-3,2 mg/dl'dir (55).

-İmmünolojik Testler: Tip 1 prelinik dönemde belirlenmesi ve tip 1 ve tip 2 diyabetin ayırıcı tanısında kullanılırlar. Adacık hücrelerine karşı ve insüline karşı gelişmiş antikörlerin tespitiyle yapılmaktadır (56).

2.4.5. Tip 2 Diyabetin Yönetimi

Tip 2 diyabet tedavisinin amacı; hastanın bireysel yönetimini sağlayarak, kan şekeri düzeyini normal sınırlar içerisinde tutarak, semptomları azaltmak ya da ortadan kaldırmak, iyilik halini sağlamak, yaşam kalitesini iyileştirmek, mortaliteyi azaltmak, akut komplikasyonları önlemek veya başlangıcını geciktirmek ve ilerleyen dönemlerde kronik komplikasyonları önlemektir (57,58,59,60).

Tip 2 diyabetin tedavisi diyet ve yaşam tarzında yapılan değişiklikler ile başlar. Diyabetik diyet, yağ oranı düşük, karbonhidratları kompleks ve kalori ayarı hastanın kilosuna uygun olmasına dikkat edilmelidir. Düzenli egzersiz programı da sağlanmalıdır (61,62). Yapılan bu düzenlemelere rağmen glisemi düzeyi sağlanamıyorsa, tedaviye oral antidiyabetikler ve insülinler eklenmelidir (60,63,64).

Diyabet yönetiminde kullanılan yöntemler :

- Beslenme
- Düzenli fiziksel aktivite
- Hastanın kendini izlemesi
- İlaç tedavisi
- Hasta ve aile eğitimi

Diyabet yönetiminde sağlık ekibi ve bu ekibin bir üyesi olan hemşirenin rolü büyüktür. Bu yüzden hasta hemşire tarafından izlenip değerlendirilir (3,60,65,66,67).

-Beslenme: Diyet ve kilo kontrolü diyabet yönetiminde önemlidir. Tip 2 diyabetin önlenmesi ve tedavisinde beslenmenin önemli rol oynadığı bilinmektedir (68,3). 1994'te Amerikan Diyabet Birliği (ADA) yayınladığı diyabette beslenme prensipleri ve önerilerinde, beslenme tedavisinin felsefesini ve terminolojisini değiştirmiş ve diyet tedavisi yerine 'Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)' terimini, diyet veya diyet önerileri yerine 'Beslenme veya Beslenme Önerileri' ifadelerini kullanmıştır (3,69,70). TBT'nin başarılı olabilmesi için, bireyin glikoz, lipit, ve HbA1c sonuçları, beslenme alışkanlıkları ve sosyo-ekonomik durumun değerlendirilmesi ile uygulanabilirliği hasta ile birlikte belirlenmelidir (20,57).

Tıbbi Beslenme Tedavisinin Amacı;

- İstenen glikoz seviyesine ulaşmak,
- Uygun serum lipid seviyesine ulaşmak,
- İdeal kiloyu sağlamak yeterli kolariyi almak,
- Dengeli beslenme ile sağlığı geliştirmek,
- İnsülinle tedavi edilen diyabetlilerde, akut ve kronik komplikasyonları önlemektir (3,20).

Beslenme tedavisinin başarılı olabilmesi için hastalara yapılacak öneriler şunlardır:

- Besinler porsiyon olarak ölçülmeli,
- Ana ve ara öğünler uygun zaman dilimlerinde ve her gün aynı saatlerde olmalı,
- Besin değişim listeleri kullanılmalı,
- Doymuş yağ alımı azaltılmalı,
- Alkol alımı azaltılmalı,
- Tuz alımı kısıtlanmalı
- Şeker yerine yapay tatlandırıcılar kullanılmalıdır (71).

Tıbbi beslenme tedavisi ile tip 2 diyabetli hastalarda HbA1c düzeyinde, %1-2, LDL kolesterol düzeyinde ise 15-25mg/dl azalma sağlanır (72).

-Düzenli Fiziksel Aktivite: Diyabetli hastalarda egzersiz kan şekerini düşürme ve kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmada önemli role sahiptir.

Tercihen kan şekerinin yüksek olduğu zamanlarda, aynı saat ve miktarda yapılmalıdır(73,74). Yapılan çalışmalar fiziksel hareketsizliğin bozulmuş glikoz toleransı gelişme riskini arttırdığı ve sonuç olarak tip 2 diyabet gelişmesine neden olduğunu göstermiştir (4,75). Yapılan başka çalışmalarda glikoz toleransı hareketli bireylerde, hareketsiz olanlara oranla daha iyi olduğu gözlenmiştir (76).

Planlanmış egzersiz tedavide önemli yere sahiptir. Hastalara egzersiz için en uygun saatlerin, kahvaltıdan ya da akşam yemeğinden bir saat sonra olduğu açıklanmalı ve egzersiz öncesi ve sonrası sıvı kaybı olmasını önlemek için bol sıvı almaları gerektiği söylenmelidir. Kan glikoz seviyesi 240mg/dl ve üstü olan hastalarda, kan glikoz düzeyini daha çok artırma riski olduğu için, egzersiz öncesi doktorundan bilgi almalıdır (77). Üç ay boyunca yapılan aerobik egzersizler yapan diyabetli hastalarda kan basıncında anlamlı düşme, vücut yağ oranı azalmış, LDL kolesterol düşüp HDL kolesterolde %23 artış gözleendiği belirtilmiştir (78). Düzenli fiziksel aktivitenin kiloda ve insülin direncinde azalmada etkili olduğu belirtilmiştir (79).

Düzenli egzersizin faydaları;

- Karbonhidrat metabolizmasını artırarak kan glikoz seviyesini düşürür ve kontrolünü sağlar,
- Vücut hücrelerinin insüline duyarlılığını artırır,
- İnsülin reseptör sayısı ve duyarlılığını artırır,
- Kan basıncını düşürür ve kardiyak risk faktörlerini azaltır,
- Stres ve gerginliği azaltır,
- Hücrelerin glikozu depolama yeteneğini artırır,
- Kilo vermeyi ve olması gereken kiloyu sağlar (69,80).

Egzersizin faydaları olduğu gibi riskleri de vardır. Hastanın yapacağı egzersizin sıklığı, çeşidi kullandığı ilaçlar, yaşayış tarzı, alışkanlıkları dikkate alınarak seçilmelidir. Aşırı hareket ve yoğunluktan kaçınması mutlaka hatırlatılmalıdır. Aşırı egzersiz metabolizmayı hızlandırıp kalp yükünü artıracaktır. Amerikan Diyabet Birliği (ADA) zorlu egzersize başlamadan önce 30 yaş üstü diyabetlilerde önce egzersiz tolerans testi yapılmasını önermiştir (20,76).

-Hastanın Kendini İzlemesi: Hasta normal yaşamına devam edip komplikasyonları önlemek için diyabetle yaşamayı bilmelidir (77).

1980'li yıllardan önce hasta hastaneye yatırılıp kan şekeri ve laboratuvar takibi ile tedavinin etkinliğinin olup olmadığı değerlendirilirdi. Bu durum hem maddi yükümlülük ve iş gücü kaybına neden olurdu. Günümüzdeki teknolojik gelişmeler hastanın kendi kendine kan idrar şekerlerini kısa sürede ölçme imkanı sağlamıştır (81).

Amerikan Diyabet Eğiticileri Birliği (AADE) bireysel yönetim ile ilgili:

- Eğitim bireyin gereksinimlerine ve sağlık durumuna uygun olmalıdır.
- Bireysel yönetim eğitimi, eğitim ve öğretim üzerine temellenir.
- Eğitim yöntemleri bireyin yaşına, gelişim düzeyine, cinsiyetine, kültürel özelliklerine, diline ve eğitim durumuna göre seçilmelidir.
- Bireysel yönetim eğitim süreci kaydedilmeli.
- Gereksinim duyulduğunda uygulamalı dersler yapılır (70,73).

-İlaç Tedavisi: Hastaların ilaç tedavisi; oral antidiyabetik (OAD) ve insülin uygulamalarından oluşmaktadır (79,82).

***Oral Antidiyabetikler (OAD);** Diyabete neden olan olayları düzeltmek ve hiperglisemiyi önlemek için geliştirilmiş ilaçlardır (82). Uygun oral antidiyabetiklerle bireyin açlık kan şekeri ve HbA1c değerinin belirlenen glisemik hedefe yaklaşmasını sağlar (83).

Tip 2 diyabet tedavisinde sülfonilüre ilaçlar (insülin sekresyonunu artırır), biguanid ilaçlar (karaciğerde glikoz üretimini azaltır), meglitinid ilaçlar (yemek zamanı insülin sekresyonunu artırır) ve glikozidaz inhibitörleri (glikozun barsaktan emilimini yavaşlatır) kullanılır (79,82). Sülfonilüreler ve meglitinidler aynı etki mekanizmasına sahip oldukları için diğer ilaçlar kombine olarak kullanılabilirler.

Kombine tedavi ile istenen glisemik hedeflere ulaşılamıyorsa insülin tedavisine başlanması gerekir (69,84,85).

***İnsülin;** Pankreasın langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinde yapılan ve salınan bir hormondur. Tedavide amaç; fizyolojik insülin salınımını taklit ederek hiperglisemik semptomları ortadan kaldırıp, komplikasyonlarını önlemek ve hastanın yaşam kalitesini artırmaktır (86). Etki sürelerine göre hızlı, kısa, orta ve uzun etkili insülinler bulunmaktadır (20). Oral antidiyabetik tedaviye cevapsızlık gelişen ilerlemiş dönemlerde veya özel durumlarda insülin tedavisine başvurulur.

Tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık olarak %40'ı insülin tedavisi uygulanmaktadır (87,88). İnsülin tedavisi, geleneksel ve yoğun olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Geleneksel insülin tedavisinde verilecek toplam insülin miktarı iki doza bölünerek uygulanır. Yoğun insülin tedavisinde ise günde üç veya üstü sayıda insülin kullanılır (89).

İnsülin emilimi karın bölgesinde en hızlı, kollarda orta derecede, bacak ve uylukta en yavaştır. Lipodistrofileri önlemek için bölgeler arası rotasyon yapılmalıdır (88,90).

İnsülin Enjeksiyonu Sırasında Dikkat Edilecek Noktalar:

- Hijyene özen gösterilmeli, enjeksiyondan önce eller yıkanmalıdır. Antiseptik solüsyonlar ile temizlenmeli.
- İki çeşit insülin kullanılacağı zaman enjektöre önce regüler, sonra NPH/Lente insülin çekilmeli.
- Subkütan dokuya uygulanmalı, intramüskuler dokuya uygulama en sık yapılan hatalardandır.
- Uygulamadan önce kanama kontrolü yapmaya gerek yoktur.
- Uygulamadan sonra ağrı olursa kan ve serum gelirse basınç uygulanmalıdır, masaj yapılmamalıdır (71,88,90).

İnsülin tedavisi sırasında en sık görülen komplikasyon hipoglisemi, lipodistrofiler ve kilo artışıdır. İnsülin tedavisinde eğitim önemlidir. Eğitim genellikle diyabet hemşireleri tarafından yapılır. Diyabet hemşiresi insülin tedavisi öncesi hastayı değerlendirmeli, tedaviye ve diyabete yönelik tutumları, inançları, uygulamaları belirleyerek doktor ile paylaşarak hastaya özel düzenlemeler yapılmalıdır.

İnsülin tedavisinde eğitim konuları; insülin tipleri, uygulama teknikleri, ağrılı enjeksiyonu önleme, insülin saklanma koşulları, rotasyon tekniği, akut komplikasyonları, egzersiz, diyet ve kan glikoz düzeyinin bireysel izlenmesini içerir (69,84,88).

Tablo1:İnsülinlerin Sınıflandırılması

İnsülin Tipi	Sınıfı	Etki Başlama	Pik	Süre
-İnsülin Analogları				
Lİspro, aspart	Hızlı etkili	5-15dk	30-90 dk	4-6 saat
Glarjin, detemir	Uzun etkili	2-4 saat	pik yapmaz	20-24 saat
-Geleneksel insan insülinleri				
Regüler	Kısa etkili	30-60 dk	2-3 saat	8-10 saat
NPH/lente	Orta etkili	2-4 saat	4-10 saat	12-18 saat

Kaynak: (98).

-Hasta ve Aile Eğitimi: Diyabet, yaşam boyu öz bakım davranışları gerektiren, bakım ve tedavisi kompleks olan kronik bir hastalıktır (87). Bu yüzden diyabeti öğrenip, diyabetle yaşamayı bilmek gereklidir. Bu da bireye öz bakım davranışlarının öğretilmesi ile mümkün olacaktır. Öz bakım davranışlarının öğretilmesi düşüncesi gittikçe kabul görmeye başlamıştır (91,92). Öz bakım, birey ve ailesinin sağlık için kendi güçlerini etkili olarak geliştirmelerine, sorumluluk almalarına ve girişimciliğine izin veren bir süreç olduğu için önem taşır (93).

Sağlıklı bir toplum için, bireyin sağlığını korumak ve sürdürmeye yönelik çalışmalara önem verilmesi gereklidir (91). Çalışmalarda yapılacak ilk ve en önemlisi, birey ve ailesini içine alan bir sağlık eğitiminin yapılmasıdır (91,94). Sağlık eğitimi; bireyin sağlıklı, nitelikli yaşamını destekleyip, geliştirerek davranış değişikliği sağlayan dinamik bir süreçtir (95).

Diyabet eğitimi; bireyin kendi kendine bakım gücünün kullanmasını sağlayarak, bireyde istenen davranış değişikliği sağlamak için yapılan bir tedavi planı düzenlemesidir. Bu tedavi planına hasta, aile üyeleri ve arkadaşlarının katılması düzenlemeyi daha çok güçlendirir (96).

Diyabetlilerin çoğu komplikasyon gelişmediği süre içinde hastalığının farkında değillerdir. Komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra hastalığı ciddiye alıp tedaviye daha çok uyum sağlamaktadırlar (99).

Diyabetli bireyin sağlığını kazanma, sürdürme ve geliştirmeye aktif katılımında hemşirenin eğitici rolü büyük önem taşır (97). Hemşirenin amacı; eğitim, danışmanlık bilgi ve becerilerini kullanarak hasta ve ailesine diyabet bakımını ve yönetiminde temel bilgi ve yaşamsal becerileri kazanmasını sağlamaktır (96).

Diyabet eğitiminin vazgeçilmezi olan hemşire bütüncül yaklaşımı benimser. Diyabet hemşiresinin profesyonel nitelikleri özerklik, bilgiye bağlılık, uzmanlık becerisi ve yükümlülüktür. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) ve AADE'ye'ne göre hemşirelik bakımı, tanılama, sorunları saptama, hedefleri belirleme, bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme adımlarıyla gerçekteşir (100).

Diyabet bakımında ekip yaklaşımının önemini vurgulandığı St Vincent Deklarasyonu (SVD) 'unda, uzman diyabet hemşiresinin konusuyla ilgili geniş bilgi ve beceriye sahip olması gerektiği belirtilmiştir (8). SVD kararlarına göre diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları;

- Ekibin hedef ve stratejilerinin belirlenmesinde görev alma,
- Hastaları ve ailelerini eğitme,
- Ekip ve diyabetli bireylerin yönetiminde görev alan diğer merkezler ve sağlık görevlileri arasında işbirliğini sağlama,
- Ulusal diyabet derneklerinin faaliyetlerine katılım gösterme,
- Diyabetin önlenmesine yönelik programları geliştirme gibi ulusal görevlerinin bulunduğunu tanımlamıştır (101).

Diyabetlinin yıllarca aynı davranışlara devam etmesini sağlamak için güçlü ve sürekli yardım gereklidir. Bu sürekli yardım çift yönlü ve hasta merkezli olmalıdır (96).

2.4.6. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları

Kontrolsüz kan glikoz seviyeleri, akut veya kronik komplikasyonlara, bazen de ölümlle sonuçlanabilmektedir. Bu komplikasyonların çoğu önlenebilmekte ve tedavi edilip takip edilebilmektedir (20). Diyabet komplikasyonları iyi bir glikoz kontrolü ile önlenebilir ilerlemesi durdurulabilir (102).

Komplikasyonlar yalnızca hastayı değil, hasta yakınlarını ve toplumu da sosyal ve ekonomik yönden ilgilendiren sonuçlar doğurduğu için önem taşımaktadır (103).

Diyabette komplikasyonlar akut ve kronik komplikasyonlar olarak sınıflandırılır:

-Akut Komplikasyonlar

Kan glikoz seviyesinde meydana gelen ani değişimlerdir. Bunlar;

- Hipoglisemi
- Hiperglisemi
- Diyabetik Ketoasidoz

Hipoglisemi: En sık rastlanan komplikasyondur. Kan glikoz değerinin 50mg/dl veya altında olmasıdır. Genellikle insülin kullananlarda görülen komplikasyondur. Tip 1 diyabetlilerde tip 2 diyabetlilere oranla daha sık görülür. Belirtiler aniden ortaya çıkar. Bireyde çarpıntı, terleme, sinirlilik hali, baş ağrısı, konfüzyon, koma gibi belirtiler görülebilir. Hemen tedavi edilmezse ölümlü sonuçlanabilir (102,104,105,106). Gece gündüz her saatte gelişebilir. Genellikle yemeklerden önce yemek gecikmişse ya da ara öğün atlanmışsa hipoglisemi gelişebilmektedir (101).

Hiperglisemi: Kan glikoz seviyesinin normal seviyenin üzerine çıktığı akut bir komplikasyondur. Kan glikoz seviyesi açlıkta 140mg/dl, toklukta 180mg/dl'nin üzerinde, idrarda şeker pozitif ve HbA1c %7 veya daha yüksektir. Poliüri, polifaji, polidipsi, ağız kuruluğu, kuru kızamık, halsizlik, uyku hali gibi belirtiler görülür (106).

Diyabetik Ketoasidoz: Dolaşımdaki insülinin ileri derece de eksikliği ya da yokluğu ile meydana gelir. Bu durum protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasının bozulmasına neden olur. Kan glikoz düzeyi 300-800 mg/dl arasındadır. Tedavi edilmezse koma ve ölümlü sonuçlanabilir (11,48,106).

Diyabetik ketoasidozun oluşması için başka bir faktörün bulunması gereklidir. Ciddi stres, enfeksiyon, hipokalemi, travma, renal yetmezlik, yetersiz sıvı alımı gibi faktörler gösterilebilir. Poliüri ve polidipsi görülmektedir. Keton cisimlerinin artmasıyla asidozun tipik belirtileri olan bulantı, kusma ve abdominal ağrı gelişebilmektedir. Solunum hızı ve derinliği de artabilir. Bazı hastalarda kan glikoz seviyesi yüksek olmadan dehidratasyona bağlı ketoasidoz gelişebilir(48,106).

-Kronik Komplikasyonlar

Diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan ve ciddi problemlere neden olan komplikasyonlardır. Komplikasyonlar yaşam süresini etkilediği için bunların saptanması ve gerekli önlemlerin alınması daha da önem taşımaktadırlar. Mikrovasküler ve makrovasküler olarak ikiye ayrılırlar (12).

1.Mikrovasküler Komplikasyonlar

Diyabetik Retinopati: Gözün retina bölümündeki damarların hastalığıdır. Otuz yıllık hasta bireylerin %12'ye yakını retinopatiye bağlı körlük görülebilir. 16-65 yaş arasında oluşan körlüklerin %20'sinin nedenidir. Sanayileşmiş ülkelerin 20-65 yaş arası önde gelen zarar görme nedenlerinden biridir. Kökten bir tedavisi yoktur. İstenmeyen sonuçlar düzenli izleme ve lazer tedavisi ile azaltılabilmektedir (7,17).

Retinopatiye karşı en etkin önleme glisemik kontrolün iyi ve düzenli yapılmasıdır. İnsülin tedavisinin retinopati ilerlemesini yavaşlatığı ve proliferatif retinopati gelişimini azaltıldığı görülmüştür (29).

Diyabetik Nefropati: Diyabette en korkulan organ tutulumu böbrektir. Diyabet yılı artıka görülme sıklığı da artmakta ve kronik böbrek hastalığı olan hastaların %32'si diyabet hastasıdır. Persistan albuminüri, kan basıncında yükselme, glomerül filtrasyon hızında progresif azalma ve kardiyovasküler morbidite-mortalitede artış ile karakterize bir komplikasyondur (7). Diyabetik nefropati özellikle batı ülkelerinde terminal böbrek yetmezliğinin esas nedenidir. Tip 2 diyabette nefropati prevalansı %5-10'dur (43).

Diyabetik nefropatinin tedavisi; glisemi kontrolü, mikroalbuminüri ve hipertansiyon tedavisinden oluşmaktadır (45).

Diyabetik Nöropati: Periferik ve otonom sinir sistemine oluşan bozukluklardır. Hastalık süresinin ilerlemesi ile birlikte görülme sıklığı artar. Ortalama olarak tanı konduğu anda %10'unda nöropati olduğu belirtilmiştir. Diyabet kontrolü kötü olanlarda nöropati görülme sıklığı fazladır (11,17,106).

Diyabetik ayakta nöropati en önemli nedendir. Belirtiler genellikle ayaklarda başlayıp ellere doğru yayılır. Hastalar duyu kaybı nedeniyle yaralanma, çarpma, vurma, batma erken dönemde farkedemez ve fiziksel harekete devam ederler ve bu da ilerleyici doku hasarına yol açar (7,54).

2.Makrovasküler Komplikasyonlar: Büyük damarlarda meydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlardır. Hipertansiyon aile öyküsü, sigara, hiperlipidemi sonucu kolaylaştıran önemli durumlardır. Koroner arter hastalığı, sistemik kalp hastalığı, miyokard enfarktüsü, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalık olarak görülürler. Bu hastalıklar diyabet hastalarında erken başlar ve sık görülür (2,10,11). Diyabetli hastaların %65-75'i kalp veya büyük damar hastalıklarına bağlı hastalıklardan ölmektedirler (53).

2.5. Tip 2 Diyabet ve Ailesel Destek

Tip 2 diyabet ömür boyu devam eden, zorunlu yaşam biçimi değişikliklerine neden olan, bireyi ve ailesini etkileyerek, birebir yaşam kalitesini de içine alan kronik bir metabolizma hastalığıdır.

Diyabette kişisel bakım uygulamalarını öğrenmek, bu davranışları günlük yaşamla bütünleştirmek, diğer sorumluluklar ve yaşam stresiyle birlikte zor ve yorucu olmaktadır. Hasta fiziksel, duygusal ve sosyal bir çok sorun yaşayabilmektedir. Diyabetlinin yaşadığı bu sorunlar ve zorluklar aileye de yansımaktadır. Bazı durumlarda aile ile birey arasında çatışmalara kadar ilerleyebilmektedir. Bu da hastanın diyabet kontrolü üzerinde olumsuz sonuçlar yaratmaktadır (107).

Ailesel desteği açıklayacak olursak, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek aile desteğini içine almaktadır. Sosyal desteğin teorik temeli Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve davranış tanımına dayanır. Lewin, yaşam alanı belirli bir zamanda bireyin davranışını etkileyen etkenlerin tümü; davranışı ise çevre ile bireyin fonksiyonu olarak tanımlamaktadır. Lewin 'in davranış tanımında yer alan 'çevre' kavramı fiziksel çevreden farklı ama onun içinde yer alan psikolojik çevredir. Lewin' e göre davranış psikolojik çevrede oluşan değişimdir. O zaman bireyin olumsuz davranışlarını ortadan kaldırmak ve yeni davranışlar sergilemesini sağlamak için psikolojik çevresinde değişiklikler yapmasına yardım etmek gerekir (108).

Diyabetlinin sosyal destek çevresi içine ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ve bireyin yaşadığı toplum gibi faktörler yer almaktadır (109).

Yapılan birçok araştırmada sosyal destek sisteminin bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümlü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlandığı durumlarda başa çıkabilmesi için güçlü bir kaynak olduğunu ortaya koymuştur. Eastburg, Williamson ve arkadaşları hemşirelerde tükenmişlik, kişilik özellikleri ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi, Bauman hasta çocuğu olan annelerin sağlığı üzerinde sosyal desteğin etkisini, Hensarling ise diyabette ailesel desteği incelemiştir (108, 109).

Diyabet birey için yeni bir yaşam biçimi ve uyumunu gerektirir. Bireyin hastalığı iyi şekilde yönetebilmesi için gerekli davranışları öğrenmesi ve uygulayabilmesi önem taşımaktadır. Diyabetlinin ailesinin her üyesi de diyabetli kadar bu durumlardan etkilenmektedir. Bazen de büyük sorumluluklar almaktadırlar. Özellikle de yaşlı, organ kaybı gelişmiş hastaların diyabet yönetiminde yakından ilgilenirler.

Diyabet yönetiminde birey kadar ailesi de önem taşımaktadır. Aile üyeleri de en az hasta kadar bilgi sahibi olmalıdırlar. Bu yüzden verilecek eğitimlere aile üyelerinin de katılmasının sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Diyabet yönetiminde ailenin rolünü irdeleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Genel olarak çalışmalarda ekonomik sorunları az, aile içi ilişkilerinde sorunları az olup, aile bağları güçlü olan bireylerde hastalık kontrolünün daha iyi olduğu görölmektedir (9).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

“ Tip 2 diyabetli hastalarda algılanan aile desteğinin değerlendirilmesi” amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış bir araştırmadır.

Araştırmanın Hipotezleri;

- Ailesiyle yaşayan,
- Eğitim düzeyi yüksek olan,
- Ailede diyabet hastalığı olan,
- Sosyo-ekonomik durumu iyi olan diyabet hastalarının algılanan aile desteği yüksektir.
- Diyabete eşlik eden başka bir hastalığı olan hastaların algılanan aile desteği düşüktür.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Özellikleri

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi dahiliye servisleri ve diyabet polikliniğinde Aralık 2016- Nisan 2017 tarihleri arasında yapıldı. Hastane Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı, 753 yataklı ve 580 hemşire ile hizmet vermektedir. Hastanede toplam dört dahiliye servisi bulunup toplam 90 yataklıdır. Bir diyabet polikliniği bulunmaktadır. Diyabet polikliniğinde bir doktor ve bir diyabet eğitim hemşiresi hizmet vermektedir.

3.3. Araştırma Grubunun Özellikleri

Araştırma evrenini tip 2 diyabet tanısı almış 40 yaş ve üzeri 268 hasta oluşturmakta olup, ulaşılabilen 121 hasta örnekleme oluşturmaktadır.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri:

- 40 yaş ve üzeri ve bir yıl önce tip 2 diyabet tanısı alan,
- Yatarak ya da ayaktan tedavi gören,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- Okuma yazma bilen,
- İletişim kurabilen hastalar çalışma kapsamına alındı.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmaya katılan bireylere, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve ailesi de dahil kimse ile paylaşılmayacağı açıklanıp yazılı olarak onamları alındı (Ek:4). Verileri toplamada yüz yüze görüşme tekniği kullanılıp tıbbi kayıtlardan yararlanıldı. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu ile Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği kullanıldı.

1.Kişisel Bilgi Formu: Tip 2 diyabetli bireylerin kişisel özelliklerini sorgulayan yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, diyabet tanısının konulduğu süre, kiminle yaşandığı, ekonomik durumu vb. sorulardan oluşturulan anket formu. Bu form araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanılarak hazırlanmış olup 13 sorudan oluşturuldu.

2. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği: Özellikle tip 2 diyabetli bireylerde algılanan aile desteğini ölçen bir araç olarak geçerli ve güvenilir bir test olarak önerilir. Psikometrik test; güvenilirliği, içerik geçerliliğini ve yapısal geçerliliği ölçülemeye odaklanmıştır. Bu test Janice Bass Hensarling tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Geçerlilik ve güvenilirliği Janice Hensarling tarafından 2009 yılında Amerika’da yapılmıştır. Türkiye’de ise 2011 yılında yüksek lisans tezi olarak kabul edilen danışmanlığını Prof. Dr. Zehra DURNA’nın yaptığı, Hemşire Selin Akın’a ait olan “Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı çalışmada ölçek Türkçe’ye uyarlanmış şekli ile geçerliliği ve güvenilirliği saptanmıştır. 24 maddelik olan bu ölçeğin İçerik Geçerlilik Endeksi (CVI) 1.00 olmuştur.

Bu ölçek 52’lik madde-madde kolerasyon ortalaması, 49 ile 87 arasında toplam puan kolerasyonları ve Cronbach’ın 96’lık alfası ile iç tutarlılığı destekleyen ölçümler göstermiştir.

İç tutarlılık doğruluğu, orthogonel (dikey) varimaks rotasyonu ile ana bileşenler analizi (PCA) kullanarak, “Diyabet Aile Desteği”nin 4 boyutunu tespit etmiştir:

Empatik destek: 3,4,5, 6, 7, 12, 21, 22 ve 23.maddeler

Teşvik: 8, 10, 11, 14, 15, 16 ve 20. maddeler

Kolaylaştırıcı destek: 9, 13, 17, 18, 19 ve 24. maddeler

Paylaşımıcı destek: 1 ve 2. maddeler (109).

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her soru beş seçenek üzerinden değerlendirilmektedir. Bireylerden bu beş seçenekten kendilerine uygun olanı seçmeleri istenmektedir. Bu seçenekler “Asla”, “Hemen Hemen Hiç”, “Bazen”, “Çoğu Zaman”, “Her Zaman” şeklinde sıralanmaktadır (109).

Puanlama:

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği için mümkün olan en düşük puan 0, mümkün olan en yüksek toplam puan ise 96’ dır. Aile desteğinin işlemsel tanımı “toplam Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği puanı ile algılanan aile desteğinin ölçülmesi”dir. Hensarling Aile Destek Ölçeği toplam puanı, mümkün olan en yüksek puan 96’ya ne kadar yakınsa, bireyin algılanan aile desteğinin o kadar yüksek olması beklenir. Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği toplam puanı 0 puanına ne kadar yakınsa, bireyin algılanan aile desteği de o kadar azdır (109).

Bu araştırmada ise Hensarling’in Diyabet Aile Destek Ölçeği’nin Cronbach alfa değeri 0,87’dir.

Empatik Destek alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0,88

Teşvik alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0,81

Kolaylaştırıcı Destek alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0,86

Paylaşımıcı Destek alt boyutunun Cronbach alfa değeri ise 0,84 (Tablo 2).

Tablo 2. Diyabet Aile Destek Ölçeğinin Güvenirlik Katsayıları ve Puanları

	Cronbach Alpha	Ölçeğin Min. –Max. Puanları
Empatik destek: 3, 4, 5, 6, 7, 12, 21, 22 ve 23. maddeler	0,88	0 -36
Teşvik: 8, 10, 11, 14, 15, 16 ve 20. maddeler	0,81	0 -28
Kolaylaştırıcı destek: 9, 13, 17, 18, 19 ve 24. maddeler	0,86	0 -24
Paylaşımıcı destek: 1 ve 2. maddeler	0,84	0 - 8
Diyabet Aile Destek Toplam	0,87	0 -96

Kaynak: (109,115).

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (115).

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi (KW) kullanılıp, sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U (MW) Testi kullanıldı.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik onayı Okan Üniversitesi Etik Kurulundan alındı (Ek:1). Çalışmada kullanılacak ölçek için Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliğini saptayan kişiden izin alındı (Ek:2). Daha sonra çalışmanın yapılacağı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi’nin Bağlı olduğu Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden izin alınıp çalışmanın uygulama aşaması başladı (Ek:3). Katılımcılardan “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ve diğer kullanılacak formlarla birlikte onay alındı (Ek:4).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma bulguları çalışmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi’nde yatarak ya da ayaktan tedavi gören 40 yaş ve üzeri olup, tip 2 diyabet tanısı almış hastalar ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hastalar ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylere Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (n:121)

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	40-50 Yaş	34	28,1
	51-60 Yaş	47	38,8
	61-70 Yaş	27	22,3
	70 Yaş üzeri	13	10,7
	Toplam	121	100,0
Cinsiyet	Kadın	88	72,7
	Erkek	33	27,3
	Toplam	121	100,0
Medeni Durum	Evli	105	86,8
	Bekar	16	13,2
	Toplam	121	100,0
Meslek	Ev Hanımı	32	26,4
	Emekli	49	40,5
	Memur	17	14,0
	Serbest Meslek	23	19,0
	Toplam	121	100,0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	47	38,8
	Lise	29	24,0
	Lisans	38	31,4
	Lisans Üstü	7	5,8
	Toplam	121	100,0

Tablo 3'ün Devamı

Diyabet Tanı Zamanı	1-5 Yıl	54	44,6
	6-10 Yıl	40	33,1
	11-15 Yıl	13	10,7
	15 Yıl üzeri	14	11,6
	Toplam	121	100,0
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	14	11,6
	Eşimle	38	31,4
	Eşim Ve Çocuklarımla	59	48,8
	Annem Ve Babamla	10	8,3
	Toplam	121	100,0
Algılanan Ekonomik Durum	Geçinemiyorum	8	6,6
	Ancak Geçinebiliyorum	22	18,2
	Orta Derecede	40	33,1
	İyi	40	33,1
	Çok İyi	11	9,1
	Toplam	121	100,0
Diyabet Dışında Başka Hastalık Durumu	Evet	76	62,8
	Yok	45	37,2
	Toplam	121	100,0
Diyabet Dışında Başka Hastalıklar	Kalp Hastalığı	35	28,9
	Hipertansiyon	45	37,2
	Böbrek Hastalığı	12	9,9
	Görme Bozukluğu	22	18,2
Ailede Başka Diyabet Rahatsızlığı Olma Durumu	Var	49	40,5
	Yok	55	45,5
	Bilmiyorum	17	14,0
	Toplam	121	100,0

Tablo 3'ün Devamı

Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanı	0	1	0,8
	1	4	3,3
	2	12	9,9
	3	41	33,9
	4	40	33,1
	5	23	19,0
	Toplam	121	100,0
Diyabet Bakımında En Çok Destek Alınan Kişi	Eşim	56	46,3
	Annem	8	6,6
	Çocuklarım	42	34,7
	Kardeşim	15	12,4
	Toplam	121	100,0
Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	94	77,7
	Hayır	27	22,3
	Toplam	121	100,0
Diyabet İle İlgili Eğitimi Kimden Aldığı	Doktordan	47	38,8
	Diyabet Hemşiresinden	64	52,9
	Medyadan	8	6,6
	Arkadaşımdan	6	5,0

*Frekans dağılımı, Yüzde hesabı

Tablo 3'te hastalar yaş değişkenine göre 34'ü (%28,1) 40-50, 47'si (%38,8) 51-60 , 27'si (%22,3) 61-70 , 13'ü (%10,7) 70 yaş üzeri, cinsiyet değişkenine göre 88'i (%72,7) kadın, 33'ü (%27,3) erkek, medeni durum değişkenine göre 105'i (%86,8) evli, 16'sı (%13,2) bekar, meslek değişkenine göre 32'si (%26,4) ev hanımı, 49'u (%40,5) emekli, 17'si (%14,0) memur, 23'ü (%19,0) serbest meslektir.

Hastalar eğitim durumuna göre 47'si (%38,8) ilköğretim, 29'u (%24,0) lise, 38'i (%31,4) lisans, 7'si (%5,8) lisans üstü, diyabet tanı zamanı değişkenine göre 54'ü (%44,6) 1-5 yıl, 40'ı (%33,1) 6-10 yıl, 13'ü (%10,7) 11-15 yıl, 14'ü (%11,6) 15 yıl üzeri, kiminle yaşadığına göre 14'ü (%11,6) yalnız, 38'i (%31,4) eşimle, 59'u (%48,8) eşim ve çocuklarım ile, 10'u (%8,3) anne ve babası ile yaşadıklarını belirledi.

Algılanan ekonomik durum değişkenine göre 8'inin (%6,6) geçinemiyorum, 22'si (%18,2) ancak geçinebiliyorum, 40'ı (%33,1) orta derecede, 40'ı (%33,1) iyi, 11'i (%9,1) çok iyi görüldü.

Diyabet dışında başka hastalık durumuna göre 76'sında (%62,8) olduğu, 45'i (%37,2) olmadığı, kalp hastalığı değişkenine göre 35'i (%28,9) evet, 86'sı (%71,1) hayır, hipertansiyon değişkenine göre 45'i (%37,2) evet, 76'sı (%62,8) hayır, böbrek hastalığı değişkenine göre 12'si (%9,9) evet, 109'u (%90,1) hayır, görme bozukluğu değişkenine göre 22'si (%18,2) evet, 99'u (%81,8) hayır olarak belirttiler.

Hastalar ailede başka diyabet rahatsızlığı olma durumu değişkenine göre 49'u (%40,5) var, 55'i (%45,5) yok, 17'si (%14,0) bilmiyorum olarak bulundu.

Hastalar diyabet bakımında aile desteği puanı değişkenine göre 1'i (%0,8) 0, 4'ü (%3,3) 1, 12'si (%9,9) 2, 41'i (%33,9) 3, 40'ı (%33,1) 4, 23'ü (%19,0) 5 olarak belirttiler.

Hastalar diyabet bakımında en çok destek alınan kişi değişkenine göre 56'sı (%46,3) eşim, 8'i (%6,6) annem, 42'si (%34,7) çocuklarım, 15'i (%12,4) kardeşim olarak belirttiler.

Diyabet ile ilgili eğitim alma durumlarına göre 94'ü (%77,7) evet, 27'si (%22,3) hayır olarak belirtip, eğitimi kimden alma durumunda ise; doktordan değişkenine göre 47'si (%38,8) evet, 74'ü (%61,2) hayır, diyabet hemşiresinden değişkenine göre 64'ü (%52,9) evet, 57'si (%47,1) hayır, medyadan 8'i (%6,6) evet, 113'ü (%93,4) hayır, arkadaşından 6'sı (%5,0) evet, 115'i (%95,0) hayır olarak yanıtladılar.

Tablo 4. Yaş, Diyabet Tanı Zamanı ve Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanı Ortalamaları (n:121)

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Yaş	121	56,47	10,16	40,00	86,00
Diyabet Tanı Zamanı	121	8,48	6,22	1,00	30,00
Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanı	121	3,52	1,06	0,00	5,00

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 4'te "yaş" ortalaması ($56,47 \pm 10,16$); "diyabet tanı zamanı" ortalaması ($8,48 \pm 6,22$); "diyabet bakımında aile desteği puanı" ortalaması ($3,520 \pm 1,06$); olarak bulundu.

Tablo 5. Diyabet Aile Destek Puan Ortalamaları (n:121)

	N	Ort	Ss	Min.	Max.	Ölçek Min-Max
Empatik Destek	121	22,59	9,42	5,00	36,00	0-36
Teşvik	121	15,33	7,02	1,00	28,00	0-28
Kolaylaştırıcı Destek	121	14,78	6,17	1,00	24,00	0-24
Paylaşımıcı Destek	121	4,87	2,12	2,00	8,00	0-8
Hensarling Diyabet Aile Destek Toplam	121	57,58	23,61	13,00	96,00	0-96

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 5'te "Empatik Destek" düzeyi ($22,59 \pm 9,42$); "Teşvik" düzeyi ($15,33 \pm 7,02$); "Kolaylaştırıcı Destek" düzeyi ($14,78 \pm 6,17$); "Paylaşımıcı Destek" düzeyi ($4,87 \pm 2,12$); "Diyabet Aile Destek Toplam" düzeyi ($57,58 \pm 23,61$); olarak belirlendi.

Tablo 6. Diyabet Aile Desteğinin Ailede Başka Diyabet Hastalığı Olma Durumuna Göre Ortalamalarının Dağılımı (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Empatik Destek	Var	49	24,04	9,16	6,581	0,03	1 > 3 2 > 3
	Yok	55	22,90	9,28			
	Bilmiyorum	17	17,41	9,42			
Teşvik	Var	49	16,91	6,76	8,668	0,01	1 > 3 2 > 3
	Yok	55	15,20	6,82			
	Bilmiyorum	17	11,17	7,04			
Kolaylaştırıcı Destek	Var	49	16,18	5,52	7,242	0,02	1 > 3
	Yok	55	14,58	6,46			
	Bilmiyorum	17	11,41	5,91			
Paylaşımıcı Destek	Var	49	5,22	2,13	4,858	0,08	
	Yok	55	4,87	2,05			
	Bilmiyorum	17	3,88	2,14			
Diyabet Aile Destek Toplam	Var	49	62,36	22,35	7,296	0,02	1 > 3 2>3
	Yok	55	57,56	23,34			
	Bilmiyorum	17	43,88	24,00			

*Aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 6’da hastaların aile desteği puan ortalamaları, aile de başka diyabet hastalığı olma değişkenine göre bakıldı. Empatik destek grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (kw=6,581; p=0,03<0,05). Ailede başka diyabet hastalığı olanların empatik destek puanları (24,04 ± 9,16), ailesinde diyabet rahatsızlığı durumunu bilmiyor olanların(17,41 ± 9,42) ve ailede başka diyabet rahatsızlığı olmayanların empatik destek puanlarından (22,90 ± 9,28) yüksek görüldü.

Araştırmaya katılan hastaların teşvik puan ortalamalarının ailede başka diyabet rahatsızlığı olma durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü (kw=8,668; p=0,01<0,05).

Ailede başka diyabet rahatsızlığı olanların teşvik puanları ($16,91 \pm 6,76$), diyabet rahatsızlığı durumunu bilmiyor olanların ($11,17 \pm 7,04$) ve diyabet rahatsızlığı olmayanların teşvik puanlarından ($15,20 \pm 6,82$) yüksek belirlendi.

Kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının ailede başka diyabet rahatsızlığı olma durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=7,242$; $p=0,02<0,05$). Ailede başka diyabet rahatsızlığı olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($16,18 \pm 5,52$), ailede başka diyabet hastası durumunu bilmeyenlerin puanlarından ($11,41 \pm 5,91$) yüksek tespit edildi.

Paylaşımıcı destek puanları ortalamalarının ailede başka diyabet rahatsızlığı olma durumu değişkeni açısından; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı ($p>0,05$).

Diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının ailede başka diyabet rahatsızlığı olma durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=7,296$; $p=0,02<0,05$). Ailede başka diyabet rahatsızlığı olanların diyabet aile destek toplam puanları ($62,36 \pm 22,35$) ve ailede başka diyabet hastalığı olmayanların aile destek toplam puanları ($57,56 \pm 23,34$), ailede başka diyabet rahatsızlığı durumunu bilmiyor olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($43,88 \pm 24,00$) yüksek tespit edildi.

Tablo 7. Diyabet Aile Desteğinin Algılanan Ekonomik Duruma Göre Ortalamalarının Dağılımı (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Empatik Destek	Geçinemiyorum	8	11,87	6,49	29,368	0,00	3 > 1
	Ancak Geçinebiliyorum	22	18,45	8,62			4 > 1
	Orta Derecede	40	22,27	8,33			5 > 1
	İyi	40	24,90	8,82			4 > 2
	Çok İyi	11	31,45	8,29			5 > 2
							5 > 3
							5 > 4
Teşvik	Geçinemiyorum	8	7,00	4,24	26,044	0,00	2 > 1
	Ancak Geçinebiliyorum	22	12,36	6,36			3 > 1
	Orta Derecede	40	15,47	6,14			4 > 1
	İyi	40	16,60	6,78			5 > 1
	Çok İyi	11	22,18	5,89			4 > 2
							5 > 2
							5 > 3
							5 > 4
Kolaylaştırıcı Destek	Geçinemiyorum	8	6,50	1,85	36,797	0,00	2 > 1
	Ancak Geçinebiliyorum	22	11,50	5,65			3 > 1
	Orta Derecede	40	14,70	5,14			4 > 1
	İyi	40	16,47	5,67			5 > 1
	Çok İyi	11	21,54	4,39			3 > 2
							4 > 2
							5 > 2
							5 > 3
							5 > 4

Tablo 7'nin Devamı

Paylaşımçı Destek	Geçinemiyorum	8	2,50	0,92	24,031	0,00	2 > 1
	Ancak	22	4,13	2,05			3 > 1
	Geçinebiliyorum						4 > 1
	Orta Derecede	40	4,70	1,99			5 > 1
	İyi	40	5,42	1,98			4 > 2
	Çok İyi	11	6,72	1,79			5 > 2
5 > 3							
Diyabet Aile Destek Toplam	Geçinemiyorum	8	27,87	12,55	31,118	0,00	2 > 1
	Ancak	22	46,45	21,14			3 > 1
	Geçinebiliyorum						4 > 1
	Orta Derecede	40	57,15	20,15			5 > 1
	İyi	40	63,40	22,04			4 > 2
	Çok İyi	11	81,90	20,00			5 > 2
5 > 3							
							5 > 4

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 7’de hastaların diyabet aile desteği puan ortalamaları, algılanan ekonomik durum değişkenine göre bakıldı. Empatik destek puanları ortalamaları algılanan ekonomik durum değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü (kw=29,368; p=0,00<0,05). Algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların empatik destek puanları (18,45 \pm 8,62), algılanan ekonomik durum orta derecede olanların empatik destek puanları (22,27 \pm 8,33), algılanan ekonomik durum iyi olanların empatik destek puanları (24,90 \pm 8,82) ve algılanan ekonomik durum çok iyi olanların empatik destek puanları (31,45 \pm 8,29), algılanan ekonomik durumu geçinemiyorum olanların empatik destek puanlarından (11,87 \pm 6,49) yüksek tespit edildi. Algılanan ekonomik durum iyi olanların empatik destek puanları (24,90 \pm 8,82) ve algılanan ekonomik durum çok iyi olanların empatik destek puanları (31,45 \pm 8,29), algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların empatik destek puanlarından (18,45 \pm 8,62) yüksek saptandı.

Algılanan ekonomik durum çok iyi olanların empatik destek puanları ($31,45 \pm 8,29$), algılanan ekonomik durum orta derecede olanların empatik destek puanlarından ($22,27 \pm 8,33$) ve algılanan ekonomik durum iyi olanların empatik destek puanlarından ($24,90 \pm 8,82$) yüksek bulundu.

Teşvik puan ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($k_w=26,044$; $p=0,00 < 0,05$). Algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların teşvik puanları ($12,36 \pm 6,36$), ekonomik durum orta derecede olanların teşvik puanları ($15,47 \pm 6,14$), ekonomik durum iyi olanların teşvik puanları ($16,60 \pm 6,78$) ve çok iyi olanların teşvik puanları ($22,18 \pm 5,89$), algılanan ekonomik durum geçinemiyorum olanların teşvik puanlarından ($7,00 \pm 4,23$) yüksek belirlendi. Algılanan ekonomik durum iyi olanların teşvik puanları ($16,600 \pm 6,78$) ve ekonomik durum çok iyi olanların teşvik puanları ($22,18 \pm 5,89$) algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların teşvik puanlarından ($12,36 \pm 6,36$) yüksek saptandı. Algılanan ekonomik durum çok iyi olanların teşvik puanları ($22,18 \pm 5,89$), algılanan ekonomik durum orta derecede olanların teşvik puanlarından ($15,47 \pm 6,14$) ve algılanan ekonomik durum iyi olanların teşvik puanlarından ($16,60 \pm 6,78$) yüksek tespit edildi.

Kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkeni açısından fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($k_w=36,797$; $p=0,00 < 0,05$). Algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($11,50 \pm 5,65$), ekonomik durum orta derecede olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($14,70 \pm 5,14$), iyi olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($16,47 \pm 5,65$) ve algılanan ekonomik durum çok iyi olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,54 \pm 4,39$), algılanan ekonomik durum geçinemiyorum olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($6,50 \pm 1,85$) yüksek tespit edildi. Algılanan ekonomik durum orta derecede olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($14,70 \pm 5,14$), algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($11,50 \pm 5,65$) yüksek bulundu. Algılanan ekonomik durum iyi olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($16,47 \pm 5,67$) ve algılanan ekonomik durum çok iyi olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,54 \pm 4,39$) algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($11,50 \pm 5,65$) yüksek görüldü.

Algılanan ekonomik durum çok iyi olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,54 \pm 4,39$), algılanan ekonomik durum orta derecede olanların ($14,70 \pm 5,14$) ve algılanan ekonomik durum iyi olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($16,47 \pm 5,67$) yüksek belirlendi.

Paylaşımıcı destek puanları ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=24,031$; $p=0,00<0,05$). Ekonomik durumu ancak geçinebiliyorum olanların paylaşımıcı destek puanları ($4,13 \pm 2,05$), orta derecede olanların paylaşımıcı destek puanları ($4,70 \pm 1,99$), iyi olanların paylaşımıcı destek puanları ($5,42 \pm 1,98$), ekonomik durumu geçinemiyorum olanların paylaşımıcı destek puanlarından ($2,50 \pm 0,92$) ve ekonomik durumu çok iyi olanların paylaşımıcı destek puanları ($6,72 \pm 1,79$), algılanan ekonomik durum geçinemiyorum olanların paylaşımıcı destek puanlarından ($4,13 \pm 2,05$) görüldü. Ekonomik durumu iyi olanların paylaşımıcı destek puanları ($5,42 \pm 1,98$) ile çok iyi olanların paylaşımıcı destek puanları ($6,72 \pm 1,79$), algılanan ekonomik durum ancak geçinebiliyorum olanların paylaşımıcı destek puanlarından ($4,13 \pm 2,05$) yüksek bulundu. Algılanan ekonomik durum çok iyi olanların paylaşımıcı destek puanları ($6,72 \pm 1,79$), algılanan ekonomik durum orta derecede olanların ($4,70 \pm 1,99$) ve algılanan ekonomik durum iyi olanların paylaşımıcı destek puanlarından ($5,42 \pm 1,98$) yüksek görüldü.

Diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının algılanan ekonomik durum değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=31,118$; $p=0,00<0,05$) Ekonomik durumu ancak geçinebiliyorum olanların diyabet aile destek toplam puanları ($46,45 \pm 21,14$), orta derecede olanların diyabet aile destek toplam puanları ($57,15 \pm 20,15$), iyi olanların diyabet aile destek toplam puanları ($63,40 \pm 22,04$) ve ekonomik durumu çok iyi olanların diyabet aile destek toplam puanları ($81,90 \pm 20,00$), ekonomik durumu geçinemiyorum olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($27,87 \pm 12,55$) yüksek bulundu. Ekonomik durumu iyi olanlar ($63,40 \pm 22,04$) ile ekonomik durumu çok iyi olanların diyabet aile destek toplam puanları ($81,90 \pm 20,00$), ekonomik durumu ancak geçinebiliyorum olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($46,45 \pm 21,14$) yüksek bulundu. Ekonomik durumu çok iyi olanların diyabet aile destek toplam puanları ($81,90 \pm 20,00$), ekonomik durumu iyi olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($63,40 \pm 22,04$) yüksek görüldü (Tablo 7).

Tablo 8. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanına Göre Ortalamalarının Dağılımları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Empatik Destek	0	1	5,00	0,00	75,269	0,00	6 > 1
	1	4	7,75	0,95			3 > 2
	2	12	10,33	3,31			4 > 2
	3	41	19,04	7,23			5 > 2
	4	40	25,40	5,89			6 > 2
	5	23	33,78	4,19			4 > 3
Teşvik	0	1	5,00	0,00	71,721	0,00	5 > 3
	1	4	4,25	1,89			6 > 3
	2	12	6,91	3,47			4 > 3
	3	41	12,41	4,78			5 > 3
	4	40	17,32	4,56			6 > 3
	5	23	23,82	4,44			5 > 4
Kolaylaştırıcı Destek	0	1	1,00	0,00	62,091	0,00	6 > 4
	1	4	6,50	3,31			5 > 4
	2	12	8,41	3,50			6 > 4
	3	41	12,53	4,93			4 > 3
	4	40	16,07	4,45			5 > 3
	5	23	21,91	3,45			6 > 3
							5 > 4
							6 > 4
							6 > 5

Tablo 8'in Devamı

Paylaşımıcı Destek	0	1	2,00	0,00	54,553	0,00	6 > 1
	1	4	2,00	0,00			4 > 2
	2	12	2,50	1,24			5 > 2
	3	41	4,34	1,85			6 > 2
	4	40	5,15	1,59			4 > 3
	5	23	7,21	1,34			5 > 3
Diyabet Aile Destek Toplam	0	1	13,00	0,00	73,232	0,00	6 > 3
	1	4	20,50	6,13			4 > 2
	2	12	28,16	10,19			5 > 2
	3	41	48,34	16,86			6 > 2
	4	40	63,95	14,57			4 > 3
	5	23	86,73	12,56			5 > 3
							6 > 3
							5 > 4
							6 > 4
							6 > 5

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 8'de hastaların diyabet aile desteğinin, diyabet bakımında aile desteği puanına göre ortalamalarına bakıldı. Empatik destek puanları ortalamalarının diyabet bakımında aile desteği puanı değişkeni açısından; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($k_w=75,269$; $p=0,00<0,05$). Diyabet bakımında aile desteği puanı beş olanların empatik destek puanları ($33,78 \pm 4,19$), aile desteği puanı sıfır olanların empatik destek puanlarından ($5,00 \pm 0,00$) yüksek bulundu. Aile desteği puanı iki olanların empatik destek puanları ($10,33 \pm 3,31$), aile desteği puanı bir olanların empatik destek puanlarından ($7,75 \pm 0,95$) yüksek saptandı. Aile desteği puanı üç olanların empatik destek puanları ($19,04 \pm 7,23$), aile desteği puanı bir olanların empatik destek puanlarından ($7,75 \pm 0,95$) yüksek bulundu. Aile desteği puanı dört olanların empatik destek puanları ($25,40 \pm 5,89$), aile desteği puanı bir olanların empatik destek puanlarından ($7,75 \pm 0,95$) yüksek saptandı. Diyabet bakımında aile desteği puanı beş olanların empatik destek puanları ($33,78 \pm 4,19$), aile desteği puanı bir olanların empatik destek puanlarından ($7,75 \pm 0,95$) yüksek görüldü.

Aile desteği puanı üç olanların empatik destek puanları ($19,04 \pm 7,23$), aile desteği puanı iki olanların empatik destek puanlarından ($10,33 \pm 3,31$) yüksek tespit edildi. Aile desteği puanı dört olanların empatik destek puanları ($25,40 \pm 5,89$), aile desteği puanı iki olanların empatik destek puanlarından ($10,33 \pm 3,31$) yüksek bulundu. Aile desteği puanı beş olanların empatik destek puanları ($33,78 \pm 4,19$), aile desteği puanı iki olanların empatik destek puanlarından ($10,33 \pm 3,31$) yüksek saptandı. Aile desteği puanı dört olanların empatik destek puanları ($25,40 \pm 5,89$), aile desteği puanı üç olanların empatik destek puanlarından ($19,04 \pm 7,23$) yüksek bulundu. Aile desteği puanı beş olanların empatik destek puanları ($33,78 \pm 4,19$), diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların empatik destek puanlarından ($19,04 \pm 7,23$) yüksek görüldü. Aile desteği puanı beş olanların empatik destek puanları ($33,78 \pm 4,19$), aile desteği puanı dört olanların empatik destek puanlarından ($25,40 \pm 5,89$) yüksek saptandı.

Teşvik puanları ortalamalarının diyabet bakımında aile desteği puanı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($k_w=71,721$; $p=0,00 < 0,05$). Diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların teşvik puanları ($12,41 \pm 4,78$), puanı dört ($17,32 \pm 4,56$) ve aile desteği puanı beş olanların teşvik puanları ($23,82 \pm 4,44$), diyabet bakımında aile desteği puanı bir olanların teşvik puanlarından ($4,25 \pm 1,89$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların teşvik puanları ($12,41 \pm 4,78$), puanı dört olanların teşvik puanları ($17,32 \pm 4,56$) ve aile desteği puanı beş olanların teşvik puanları ($23,82 \pm 4,44$), diyabet bakımında aile desteği puanı iki olanların teşvik puanlarından ($6,91 \pm 3,47$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı dört olanların teşvik puanları ($17,32 \pm 4,56$) ve puanı beş olanların teşvik puanları ($23,82 \pm 4,44$), diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların teşvik puanlarından ($12,41 \pm 4,78$) yüksek görüldü. Diyabet bakımında aile desteği puanı beş olanların teşvik puanları ($23,82 \pm 4,44$), diyabet bakımında aile desteği puanı dört olanların teşvik puanlarından ($17,32 \pm 4,56$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının diyabet bakımında aile desteği puanı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=62,091$; $p=0,00 < 0,05$).

Diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($12,53 \pm 4,93$), puanı dört olanların ($16,07 \pm 4,45$) ve aile desteği puanı beş olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,91 \pm 3,45$), diyabet bakımında aile desteği puanı bir olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($6,50 \pm 3,31$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($12,53 \pm 4,93$), aile desteği puanı dört olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($16,07 \pm 4,45$) ve diyabet bakımında aile desteği puanı beş olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,91 \pm 3,45$), diyabet bakımında aile desteği puanı iki olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($8,41 \pm 3,50$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı dört olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($16,07 \pm 4,45$) ile aile desteği puanı beş olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,91 \pm 3,45$), diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($12,53 \pm 4,93$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı beş olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,91 \pm 3,45$), diyabet bakımında aile desteği puanı dört olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($16,07 \pm 4,45$) yüksek saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların paylaşımcı destek puanları ortalamalarının diyabet bakımında aile desteği puanı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k=54,553$; $p=0,00 < 0,05$). Diyabet bakımında aile desteği puanı beş olanların paylaşımcı destek puanları ($7,21 \pm 1,34$), diyabet bakımında aile desteği puanı sıfır olanların paylaşımcı destek puanlarından ($2,00 \pm 0,00$) yüksek çıktı. Diyabet bakımında aile desteği puanı iki olanların paylaşımcı destek puanları ($2,50 \pm 1,24$), diyabet bakımında aile desteği puanı bir olanların paylaşımcı destek puanlarından ($2,00 \pm 0,00$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların paylaşımcı destek puanları ($4,34 \pm 1,85$), aile desteği puanı dört olanların ($5,15 \pm 1,59$) ve puanı beş olanların paylaşımcı destek puanları ($7,21 \pm 1,34$), diyabet bakımında aile desteği puanı bir olanların paylaşımcı destek puanlarından ($2,00 \pm 0,00$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı üç ($4,34 \pm 1,85$), puanı dört ($5,15 \pm 1,59$) ve puanı beş olanların paylaşımcı destek puanları ($7,21 \pm 1,34$), diyabet bakımında aile desteği puanı iki olanların paylaşımcı destek puanlarından ($2,00 \pm 0,00$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında aile desteği puanı dört ($5,15 \pm 1,59$) ve beş olanların paylaşımcı destek puanları ($7,21 \pm 1,34$), diyabet bakımında aile desteği puanı üç olanların paylaşımcı destek puanlarından ($4,34 \pm 1,85$) yüksek belirlendi.

Diyabet bakımında aile desteği puanı beş olanların paylaşımcı destek puanları ($7,21 \pm 1,34$), diyabet bakımında aile desteği puanı dört olanların paylaşımcı destek puanlarından ($5,15 \pm 1,59$) yüksek görüldü.

Araştırmaya katılan hastaların diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının diyabet bakımında aile desteği puanı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi. ($k_w=73,232$; $p=0,00<0,05$). Diyabet bakımında aile desteği puanı  olanların diyabet aile destek toplam puanları ($48,34 \pm 16,86$), dört olanların ($63,95 \pm 14,57$) ve beş olanların diyabet aile destek toplam puanları ($86,73 \pm 12,56$), diyabet bakımında aile desteği puanı bir olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($20,50 \pm 6,13$) yüksek saptandı. Diyabet bakımında aile desteği puanı  olanların diyabet aile destek toplam puanları ($48,34 \pm 16,86$), aile desteği puanı dört olanların diyabet aile destek toplam puanları ($63,95 \pm 14,57$) ve puanı beş olanların diyabet aile destek toplam puanları ($86,73 \pm 12,56$), diyabet bakımında aile desteği puanı iki olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($28,16 \pm 10,19$) yüksek belirlendi. Diyabet bakımında aile desteği puanı dört olanların diyabet aile destek toplam puanları ($63,95 \pm 14,57$) ve aile desteği puanı beş olanların diyabet aile destek toplam puanları ($86,73 \pm 12,56$), diyabet bakımında aile desteği puanı  olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($48,34 \pm 16,86$) yüksek olduğu görüldü (Tablo 8).

Tablo 9. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Bakımında En Çok Destek Alınan Kişiyeye Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Empatik Destek	Eşim	56	26,23	9,31	23,400	0,00	1 > 3
	Annem	8	19,75	10,34			1 > 4
	Çocuklarım	42	21,54	7,63			3 > 4
	Kardeşim	15	13,46	6,83			
Teşvik	Eşim	56	18,33	6,82	25,877	0,00	1 > 3
	Annem	8	12,37	8,05			1 > 4
	Çocuklarım	42	14,35	5,63			3 > 4
	Kardeşim	15	8,40	4,37			
Kolaylaştırıcı Destek	Eşim	56	17,42	5,86	24,320	0,00	1 > 2
	Annem	8	12,37	6,78			1 > 3
	Çocuklarım	42	13,57	5,26			1 > 4
	Kardeşim	15	9,60	4,77			3 > 4
Paylaşımıcı Destek	Eşim	56	5,71	2,06	24,527	0,00	1 > 2
	Annem	8	4,00	2,13			1 > 3
	Çocuklarım	42	4,66	1,80			1 > 4
	Kardeşim	15	2,80	1,47			3 > 4
Diyabet Aile Destek Toplam	Eşim	56	67,71	22,98	27,534	0,00	1 > 3
	Annem	8	48,50	25,60			1 > 4
	Çocuklarım	42	54,14	18,81			3 > 4
	Kardeşim	15	34,26	16,31			

*Aritmetik ortalama ±standart sapma

Tablo 9’da diyabet aile desteğinin diyabet bakımında en çok destek alınan kişiyeye göre ortalamalarına bakıldı. Hastaların empatik destek puanları ortalamalarının diyabet bakımında en çok destek alınan kişi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü (kw=23,400; p=0,00<0,05).

Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi eşi olanların empatik destek puanları ($26,23 \pm 9,31$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanlar ($21,54 \pm 7,63$) ile diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların empatik destek puanlarından ($13,46 \pm 6,83$) yüksek belirlendi. Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanların empatik destek puanları ($21,54 \pm 7,63$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların empatik destek puanlarından ($13,46 \pm 6,83$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların teşvik puanları ortalamalarının diyabet bakımında en çok destek alınan kişi değişkeni açısından istatistiksel olarak fark anlamlı görüldü ($kw=25,877$; $p=0,00<0,05$). Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi eşi olanların teşvik puanları ($18,33 \pm 6,82$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanlar ($14,35 \pm 5,63$) ile diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların teşvik puanlarından ($8,40 \pm 4,37$) yüksek bulundu. Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanların teşvik puanları ($14,35 \pm 5,63$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların teşvik puanlarından ($8,40 \pm 4,37$) yüksek saptandı.

Hastaların kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının diyabet bakımında en çok destek alınan kişi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($kw=24,320$; $p=0,00<0,05$). Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi eşi olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($17,42 \pm 5,86$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi anne olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($12,37 \pm 6,78$) yüksek tespit edildi. Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi eşi olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($17,42 \pm 5,86$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanlar ($13,57 \pm 5,26$) ile diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($9,60 \pm 4,77$) yüksek görüldü. Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($13,57 \pm 5,26$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($9,60 \pm 4,77$) yüksek tespit edildi.

Hastaların paylaşımcı destek puanları ortalamalarının diyabet bakımında en çok destek alınan kişi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($kw=24,527$; $p=0,00<0,05$).

Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi eşi olanların paylaşımcı destek puanları ($5,71 \pm 2,06$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanlar ($4,66 \pm 1,80$) ile diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların paylaşımcı destek puanlarından ($2,80 \pm 1,47$) yüksek belirlendi. Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanların paylaşımcı destek puanları ($4,66 \pm 1,80$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların paylaşımcı destek puanlarından ($2,80 \pm 1,47$) yüksek görüldü.

Araştırmaya katılan hastaların diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının diyabet bakımında en çok destek alınan kişi değişkeni göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=27,534$; $p=0,00<0,05$). Diyabet bakımında en çok destek alınan kişi eşi olanların diyabet aile destek toplam puanları ($67,71 \pm 22,98$), diyabet bakımında en çok destek alınan kişi çocukları olanlar ($54,14 \pm 18,81$) ile diyabet bakımında en çok destek alınan kişi kardeşi olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($34,26 \pm 16,31$) yüksek görüldü (Tablo 9).

Tablo 10. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Tanı Zamanına Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Empatik Destek	1-5 Yıl	54	22,83	9,26	3,071	0,38
	6-10 Yıl	40	23,22	9,31		
	11-15 Yıl	13	23,92	9,56		
	15 Yıl üzeri	14	18,64	10,27		
Teşvik	1-5 Yıl	54	15,13	7,18	2,199	0,53
	6-10 Yıl	40	15,62	6,32		
	11-15 Yıl	13	17,46	6,75		
	15 Yıl üzeri	14	13,28	8,57		
Kolaylaştırıcı Destek	1-5 Yıl	54	14,88	6,16	1,597	0,66
	6-10 Yıl	40	15,10	5,80		
	11-15 Yıl	13	15,61	6,37		
	15 Yıl üzeri	14	12,71	7,24		
Paylaşımıcı Destek	1-5 Yıl	54	4,79	2,13	3,623	0,30
	6-10 Yıl	40	5,22	2,01		
	11-15 Yıl	13	5,07	2,39		
	15 Yıl üzeri	14	4,00	2,11		
Diyabet Aile Destek Toplam	1-5 Yıl	54	57,64	23,57	2,375	0,49
	6-10 Yıl	40	59,17	22,34		
	11-15 Yıl	13	62,07	23,72		
	15 Yıl üzeri	14	48,64	27,43		

*Aritmetik ortalama ±standart sapma

Tablo 10’da diyabet aile desteğinin diyabet tanı zamanına göre ortalamalarına bakıldı. Buna göre hastaların empatik destek, teşvik, kolaylaştırıcı destek, paylaşımıcı destek ve diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının diyabet tanı zamanı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 11. Diyabet Aile Desteğinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Empatik Destek	İlköğretim	47	19,61	8,86	21,896	0,00	3 > 1
	Lise	29	20,65	9,10			4 > 1
	Lisans	38	25,76	8,83			3 > 2
	Lisans Üstü	7	33,42	4,39			4 > 2 4 > 3
Teşvik	İlköğretim	47	13,21	6,41	18,629	0,00	3 > 1
	Lise	29	13,69	6,13			4 > 1
	Lisans	38	17,65	6,91			3 > 2
	Lisans Üstü	7	23,71	6,04			4 > 2 4 > 3
Kolaylaştırıcı Destek	İlköğretim	47	12,78	5,69	22,107	0,00	3 > 1
	Lise	29	13,13	5,83			4 > 1
	Lisans	38	17,23	5,77			3 > 2
	Lisans Üstü	7	21,71	3,30			4 > 2 4 > 3
Paylaşımıcı Destek	İlköğretim	47	4,34	2,06	12,931	0,00	3 > 1
	Lise	29	4,55	2,04			4 > 1
	Lisans	38	5,39	2,06			4 > 2
	Lisans Üstü	7	7,00	1,52			4 > 3
Diyabet Aile Destek Toplam	İlköğretim	47	49,95	21,66	21,075	0,00	3 > 1
	Lise	29	52,03	21,46			4 > 1
	Lisans	38	66,05	22,75			3 > 2
	Lisans Üstü	7	85,85	14,99			4 > 2 4 > 3

*Aritmetik ortalama ±standart sapma

Tablo 11’de diyabet aile desteğinin eğitim düzeyine göre ortalamalarına bakıldı. Empatik destek puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü (kw=21,896; p=0,00<0,05).

Eğitim d¼zeyi lisans olanların empatik destek puanları ($25,76 \pm 8,83$) ve eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların empatik destek puanları ($33,42 \pm 4,39$), eğitim d¼zeyi ilköğretim olanların empatik destek puanlarından ($19,61 \pm 8,86$) yüksek bulundu. Eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların empatik destek puanları ($33,42 \pm 4,39$), eğitim d¼zeyi lise olanların empatik destek puanlarından ($20,65 \pm 9,10$) yüksek gör¼ld¼. Eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların empatik destek puanları ($33,42 \pm 4,39$), eğitim d¼zeyi lisans olanların empatik destek puanlarından ($25,76 \pm 8,83$) yüksek tespit edildi.

Araştırmaya katılan hastaların teşvik puanları ortalamalarının eğitim d¼zeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı gör¼ld¼ ($k_w=18,629$; $p=0,00 < 0,05$). Eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların teşvik puanları ($23,71 \pm 6,04$), eğitim d¼zeyi ilköğretim olanların teşvik puanlarından ($13,21 \pm 6,41$) yüksek gör¼ld¼. Eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların teşvik puanları ($23,71 \pm 6,04$), eğitim d¼zeyi lise olanların teşvik puanlarından ($13,69 \pm 6,13$) yüksek belirlendi. Eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların teşvik puanları ($23,71 \pm 6,04$), eğitim d¼zeyi lisans olanların teşvik puanlarından ($17,65 \pm 6,91$) yüksek gör¼ld¼.

Hastaların kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının eğitim d¼zeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı gör¼ld¼ ($k_w=22,107$; $p=0,00 < .05$). Eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,71 \pm 3,30$), eğitim d¼zeyi ilköğretim olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($12,78 \pm 5,69$) yüksek bulundu. Eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($21,71 \pm 3,30$), eğitim d¼zeyi lise olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($13,13 \pm 5,83$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların paylaşımcı destek puanları ortalamalarının eğitim d¼zeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı gör¼ld¼ ($k_w=12,931$; $p=0,00 < 0,05$). Eğitim d¼zeyi lisans olanların paylaşımcı destek puanları ($5,39 \pm 2,06$) ve eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların paylaşımcı destek puanları ($7,00 \pm 1,52$), eğitim d¼zeyi ilköğretim olanların paylaşımcı destek puanlarından ($4,34 \pm 2,06$) yüksek gör¼ld¼. Eğitim d¼zeyi lisans olanların paylaşımcı destek puanları ($5,39 \pm 2,06$) ve eğitim d¼zeyi lisans ¼st¼ olanların paylaşımcı destek puanları ($7,00 \pm 1,52$), eğitim d¼zeyi lise olanların paylaşımcı destek puanlarından ($4,55 \pm 2,04$) yüksek gör¼ld¼.

Eğitim düzeyi lisans üstü olanların paylaşımcı destek puanları ($7,00 \pm 1,52$), eğitim düzeyi lisans olanların paylaşımcı destek puanlarından ($5,39 \pm 2,06$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($k_w=21,075$; $p=0,00 < 0,05$). Eğitim düzeyi lisans olanların diyabet aile destek toplam puanları ($66,05 \pm 22,75$) ve eğitim düzeyi lisans üstü olanların diyabet aile destek toplam puanları ($85,85 \pm 14,99$), eğitim düzeyi ilköğretim olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($49,95 \pm 21,66$) yüksek belirlendi. Eğitim lisans üstü olanların diyabet aile destek toplam puanları ($85,85 \pm 14,99$), eğitim düzeyi lise olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($52,03 \pm 21,46$) yüksek bulundu. Eğitim düzeyi lisans üstü olanların diyabet aile destek toplam puanları ($85,85 \pm 14,99$), eğitim düzeyi lisans olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($66,05 \pm 22,75$) yüksek görüldü (Tablo 11).

Tablo 12. Diyabet Aile Desteğinin Kiminle Yaşadığına Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Empatik Destek	Yalnız	14	10,71	5,12	23,336	0,00	
	Eşimle	38	23,76	10,09			2 > 1
	Eşim ve Çocuklarımla	59	24,62	7,80			3 > 1
	Annem ve Babamla	10	22,80	9,10			4 > 1
Teşvik	Yalnız	14	6,21	2,72	27,638	0,00	
	Eşimle	38	16,79	7,20			2 > 1
	Eşim ve Çocuklarımla	59	16,49	6,20			3 > 1
	Annem ve Babamla	10	15,70	6,18			4 > 1
Kolaylaştırıcı Destek	Yalnız	14	7,07	4,46	22,222	0,00	
	Eşimle	38	15,63	6,25			2 > 1
	Eşim ve Çocuklarımla	59	15,88	5,34			3 > 1
	Annem ve Babamla	10	15,90	5,40			4 > 1
Paylaşımıcı Destek	Yalnız	14	2,57	1,22	18,328	0,00	
	Eşimle	38	5,10	2,20			2 > 1
	Eşim ve Çocuklarımla	59	5,20	1,96			3 > 1
	Annem ve Babamla	10	5,30	2,00			4 > 1
Diyabet Aile Destek Toplam	Yalnız	14	26,51	11,96	26,796	0,00	
	Eşimle	38	61,29	24,90			2 > 1
	Eşim ve Çocuklarımla	59	62,20	19,84			3 > 1
	Annem ve Babamla	10	59,70	21,08			4 > 1

*Aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 12’de diyabet aile desteğinin kiminle yaşadığı değişkenine göre puan ortalamalarına bakıldı. Empatik destek puanları ortalamalarının kiminle yaşadığı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=23,336$; $p=0,00<0,05$). Eşiyle yaşayanların empatik destek puanları ($23,76 \pm 10,09$), eşi ve çocuklarıyla yaşayanların empatik destek puanları ($24,62 \pm 7,80$) ile anne ve babasıyla yaşayanların empatik destek puanları ($22,80 \pm 9,10$), yalnız yaşayanların empatik destek puanlarından ($10,71 \pm 5,12$) yüksek belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların teşvik puanları ortalamalarının kiminle yaşadığı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=27,638$; $p=0,00<0,05$). Eşiyle yaşayanların teşvik puanları ($16,79 \pm 7,20$) eşi ve çocuklarıyla yaşayanların teşvik puanları ($16,49 \pm 6,20$) ile anne babasıyla yaşayanların teşvik puanları ($15,70 \pm 46,18$), yalnız yaşayanların teşvik puanlarından ($6,21 \pm 2,72$) yüksek görüldü.

Hastaların kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının kiminle yaşadığı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=22,222$; $p=0,00<0,05$). Eşiyle yaşayanların kolaylaştırıcı destek puanları ($15,63 \pm 6,25$), eşi ve çocuklarıyla yaşayanların kolaylaştırıcı destek puanları ($15,88 \pm 5,34$) ile anne ve babasıyla yaşayanların kolaylaştırıcı destek puanları ($15,90 \pm 5,40$), yalnız yaşayanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($7,07 \pm 4,46$) yüksek belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların paylaşımcı destek puanları ortalamalarının kiminle yaşadığı değişkeni grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($k_w=18,328$; $p=0,00<0,05$). Eşiyle yaşayanların paylaşımcı destek puanları ($5,10 \pm 2,20$), eşi ve çocuklarıyla yaşayanların paylaşımcı destek puanları ($5,20 \pm 1,96$) ile anne ve babasıyla yaşayanların paylaşımcı destek puanları ($5,30 \pm 2,00$), yalnız yaşayanların paylaşımcı destek puanlarından ($2,57 \pm 1,22$) yüksek bulundu.

Çalışmaya katılan hastaların diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının kiminle yaşadığı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($k_w=26,796$; $p=0,00<0,05$). Eşiyle yaşayanların diyabet aile destek toplam puanları ($61,29 \pm 24,90$), eşi ve çocuklarıyla yaşayanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($62,20 \pm 19,84$) yüksek belirlendi (Tablo 12).

Tablo 13. Diyabet Aile Desteğinin Mesleğe Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Empatik Destek	Ev Hanımı	32	20,71	8,55	7,560	0,05	
	Emekli	49	23,18	10,27			
	Memur	17	27,11	7,27			
	Serbest Meslek	23	20,60	9,32			
Teşvik	Ev Hanımı	32	13,21	5,80	10,729	0,01	3 > 1
	Emekli	49	16,55	7,45			3 > 4
	Memur	17	18,82	6,57			
	Serbest Meslek	23	13,08	6,65			
Kolaylaştırıcı Destek	Ev Hanımı	32	12,84	4,88	9,480	0,02	2 > 1
	Emekli	49	15,83	6,50			3 > 1
	Memur	17	17,52	5,28			3 > 4
	Serbest Meslek	23	13,21	6,74			
Paylaşımıcı Destek	Ev Hanımı	32	4,46	1,93	3,810	0,28	
	Emekli	49	5,00	2,28			
	Memur	17	5,64	1,90			
	Serbest Meslek	23	4,60	2,14			
Diyabet Aile Destek Toplam	Ev Hanımı	32	51,25	19,84	8,645	0,03	3 > 1
	Emekli	49	60,57	25,52			3 > 4
	Memur	17	69,11	20,16			
	Serbest Meslek	23	51,52	23,47			

*Aritmetik ortalama ±standart sapma

Tablo 13'te aile desteğinin mesleğe göre ortalamalarına bakıldı. Hastaların teşvik puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (kw=10,729; p=0,01<0,05). Emekli olanların teşvik puanları (16,55 ± 7,45) ve memur olanların teşvik puanları (18,82 ± 6,57), ev hanımı olanların teşvik puanlarından (13,21 ± 5,80) yüksek saptandı. Mesleği memur olanların teşvik puanları (18,82 ± 6,57), mesleği serbest meslek olanların teşvik puanlarından (13,08 ± 6,65) yüksek belirlendi.

Kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($kw=9,480$; $p=0,02<0,05$). Emekli olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($15,83 \pm 6,50$) ve memur olanların kolaylaştırıcı destek puanları ($17,52 \pm 5,28$), mesleği ev hanımı olanların kolaylaştırıcı destek puanlarından ($12,84 \pm 4,88$) yüksek bulundu.

Diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($kw=8,645$; $p=0,03<0,05$). Memur olanların diyabet aile destek toplam puanları ($69,11 \pm 20,16$), mesleği ev hanımı olanların ($51,25 \pm 19,84$) ve mesleği serbest meslek olanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($51,52 \pm 23,47$) yüksek görüldü.

Empatik destek ve paylaşımcı destek puanları ortalamalarının meslek değişkeni grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 14. Diyabet Aile Desteğinin Yaşa Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Empatik Destek	40-50 Yaş	34	25,41	8,92	5,647	0,13
	51-60 Yaş	47	22,66	9,02		
	61-70 Yaş	27	20,18	9,43		
	70 Yaş üzeri	13	20,00	11,05		
Teşvik	40-50 Yaş	34	17,00	6,84	2,334	0,50
	51-60 Yaş	47	14,68	6,72		
	61-70 Yaş	27	15,03	6,93		
	70 Yaş üzeri	13	13,92	8,67		
Kolaylaştırıcı Destek	40-50 Yaş	34	17,00	5,52	6,143	0,10
	51-60 Yaş	47	14,14	6,27		
	61-70 Yaş	27	13,59	5,57		
	70 Yaş üzeri	13	13,76	7,68		
Paylaşımıcı Destek	40-50 Yaş	34	5,20	2,14	3,283	0,35
	51-60 Yaş	47	5,04	2,07		
	61-70 Yaş	27	4,29	2,05		
	70 Yaş üzeri	13	4,61	2,39		
Diyabet Aile Destek Toplam	40-50 Yaş	34	64,61	22,44	4,226	0,23
	51-60 Yaş	47	56,53	22,70		
	61-70 Yaş	27	53,11	23,03		
	70 Yaş üzeri	13	52,30	29,12		

*Aritmetik ortalama ±standart sapma

Tablo 14’te aile desteğinin yaşa göre ortalamalarına bakıldı. Araştırmaya katılan hastaların empatik destek, teşvik, kolaylaştırıcı destek, paylaşımıcı destek, diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 15. Diyabet Aile Desteğinin Cinsiyete Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Empatik Destek	Kadın	88	22,33	8,83	1306,500	0,39
	Erkek	33	23,30	10,96		
Teşvik	Kadın	88	14,79	7,00	1230,500	0,19
	Erkek	33	16,75	6,97		
Kolaylaştırıcı Destek	Kadın	88	14,35	5,92	1219,500	0,17
	Erkek	33	15,93	6,74		
Paylaşımıcı Destek	Kadın	88	4,77	2,01	1305,500	0,38
	Erkek	33	5,15	2,41		
Diyabet Aile Destek Toplam	Kadın	88	56,25	22,65	1263,000	0,27
	Erkek	33	61,15	26,04		

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 15'te diyabet aile desteğinin cinsiyete göre ortalamalarına bakıldı. Hastaların empatik destek, teşvik, kolaylaştırıcı destek, paylaşımıcı destek, diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 16. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet Dışında Başka Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Empatik Destek	Evet	76	19,93	9,45	991,500	0,00
	Yok	45	27,08	7,56		
Teşvik	Evet	76	13,85	6,86	1165,000	0,00
	Yok	45	17,82	6,64		
Kolaylaştırıcı Destek	Evet	76	13,09	5,97	979,000	0,00
	Yok	45	17,64	5,45		
Paylaşımıcı Destek	Evet	76	4,46	2,14	1208,000	0,00
	Yok	45	5,57	1,92		
Diyabet Aile Destek Toplam	Evet	76	51,34	23,29	1030,500	0,00
	Yok	45	68,13	20,38		

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 16’da diyabet aile desteğinin diyabet dışında başka hastalık olma durumuna göre ortalamalarına bakıldı. Empatik destek puanları ortalamalarının diyabet dışında başka hastalık durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mw=991,500; p=0,00<0,05). Diyabet dışında başka hastalığı olanların empatik destek puanları (x=19,93), diyabet dışında başka hastalığı olmayanların empatik destek puanlarından (x=27,08) düşük görüldü.

Hastaların teşvik puanları ortalamalarının diyabet dışında başka hastalık durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mw=1165,000; p=0,00<0,05). Diyabet dışında başka hastalığı olanların teşvik puanları (x=13,85), diyabet dışında başka hastalığı olmayanların teşvik puanlarından (x=17,82) düşük görüldü.

Kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının diyabet dışında başka hastalık durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mw=979,000; p=0,00<0,05). Diyabet dışında başka hastalığı olanların kolaylaştırıcı destek puanları (x=13,09), diyabet dışında başka hastalığı olmayanların kolaylaştırıcı destek puanlarından (x=17,64) düşük saptandı.

Paylaşımıcı destek puanları ortalamalarının diyabet dışında başka hastalık durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı görüldü (Mw=1208,000; p=0,00<0,05).

Diyabet dışında başka hastalığı olanların paylaşımcı destek puanları ($x=4,46$), diyabet dışında başka hastalığı olmayanların paylaşımcı destek puanlarından ($x=5,57$) düşük tespit edildi.

Diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının diyabet dışında başka hastalık durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($M_w=1030,500$; $p=0,00<0,05$). Diyabet dışında başka hastalığı olanların diyabet aile destek toplam puanları ($x=51,34$), diyabet dışında başka hastalığı olmayanların diyabet aile destek toplam puanlarından ($x=68,13$) düşük görüldü (Tablo 16).



Tablo 17. Diyabet Aile Desteğinin Diyabet İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Empatik Destek	Evet	94	23,70	9,31	855,000	0,00
	Hayır	27	18,74	8,96		
Teşvik	Evet	94	16,01	6,87	982,500	0,07
	Hayır	27	12,96	7,16		
Kolaylaştırıcı Destek	Evet	94	15,53	6,06	867,000	0,01
	Hayır	27	12,18	5,92		
Paylaşımıcı Destek	Evet	94	4,95	2,07	1153,000	0,45
	Hayır	27	4,59	2,30		
Diyabet Aile Destek Toplam	Evet	94	60,20	23,23	936,000	0,03
	Hayır	27	48,48	23,08		

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 17’de diyabet aile desteğinin diyabet ile ilgili eğitim alma durumuna göre ortalamalarına bakıldı. Hastaların empatik destek puanları ortalamalarının diyabet ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mw=855,000; p=0,00<0,05). Eğitim alanların empatik destek puanları (x=23,70), eğitim almayanların empatik destek puanlarından (x=18,74) yüksek saptandı.

Hastaların teşvik ve paylaşımıcı puanları ortalamalarının diyabet ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı (p=>0,05).

Kolaylaştırıcı destek puanları ortalamalarının diyabet ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı görüldü (Mw=867,000; p=0,01<0,05). Eğitim alanların kolaylaştırıcı destek puanları (x=15,53), eğitim almayanların kolaylaştırıcı destek puanlarından (x=12,85) yüksek bulundu.

Hastaların diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının diyabet ile ilgili eğitim alma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı çıktı (Mw=936,000; p=0,03<0,05). Eğitim alanların diyabet aile destek toplam puanları (x=60,20), eğitim almayanların diyabet aile destek toplam puanlarından (x=48,48) yüksek belirlendi.

Tablo 18. Diyabet Aile Desteğinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları (n:121)

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Empatik Destek	Evli	105	23,03	9,18	684,000	0,22
	Bekar	16	19,68	10,76		
Teşvik	Evli	105	15,60	6,81	685,000	0,23
	Bekar	16	13,56	8,28		
Kolaylaştırıcı Destek	Evli	105	15,09	5,96	662,000	0,17
	Bekar	16	12,75	7,28		
Paylaşımıcı Destek	Evli	105	5,01	2,08	623,000	0,08
	Bekar	16	4,00	2,28		
Diyabet Aile Destek Toplam	Evli	105	58,74	22,841	653,000	0,15
	Bekar	16	50,00	27,83		

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 18’de diyabet aile desteğinin medeni duruma göre ortalamalarına bakıldı. Empatik destek, teşvik, kolaylaştırıcı destek, paylaşımıcı destek, diyabet aile destek toplam puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 19. Yaş, Diyabet Tanı Zamanı, Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Yaş	Diyabet Tanı Zamanı	Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanı	Empatik Destek	Teşvik	Kolaylaştırıcı Destek	Paylaşımçı Destek	Diyabet Aile Destek Toplam
Yaş	r	1,000							
	p	0,000							
Diyabet Tanı Zamanı	r	0,536**	1,000						
	p	0,000	0,000						
Diyabet Bakımında Aile Desteği Puanı	r	-0,181*	-0,163	1,000					
	p	0,047	0,074	0,000					
Empatik Destek	r	-0,217*	-0,198*	0,823**	1,000				
	p	0,017	0,030	0,000	0,000				
Teşvik	r	-0,112	-0,158	0,769**	0,917**	1,000			
	p	0,219	0,083	0,000	0,000	0,000			
Kolaylaştırıcı Destek	r	-0,186*	-0,171	0,769**	0,943**	0,917**	1,000		
	p	0,041	0,061	0,000	0,000	0,000	0,000		
Paylaşımçı Destek	r	-0,137	-0,169	0,700**	0,858**	0,834**	0,807**	1,000	
	p	0,134	0,064	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Diyabet Aile Destek Toplam	r	-0,177	-0,183*	0,811**	0,982**	0,967**	0,971**	0,879**	1,000
	p	0,052	0,045	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 19’da hastaların yaş, tanı zamanı, diyabet bakımında aile desteği puanları arasında korelasyon analizine bakıldı. Diyabet tanı zamanı ve yaş arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0.536$; $p=0,00<0,05$). Diyabet bakımında aile desteği puanı ve yaş arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=-0.181$; $p=0,04<0,05$).

Empatik destek ve yaş arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.217$; $p=0,017<0,05$). Empatik destek ve diyabet tanı zamanı arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.198$; $p=0,030<0,05$). Empatik destek ve diyabet bakımında aile desteği puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.823$; $p=0,00<0,05$).

Teşvik ve diyabet bakımında aile desteği puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.769$; $p=0,00<0,05$). Teşvik ve empatik destek arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi ($r=0.917$; $p=0,00<0,05$). Kolaylaştırıcı destek ve yaş arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0.186$; $p=0,04<0,05$).

Kolaylaştırıcı destek ve diyabet bakımında aile desteği puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0.769$; $p=0,00<0,05$). Kolaylaştırıcı destek ve empatik destek arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.943$; $p=0,00<0,05$). Kolaylaştırıcı destek ve teşvik arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0.917$; $p=0,00<0,05$). Paylaşımıcı destek ve diyabet bakımında aile desteği puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.7$; $p=0,00<0,05$).

Paylaşımıcı destek ve empatik destek arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.858$; $p=0,000<0,05$). Paylaşımıcı destek ve teşvik arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0.834$; $p=0,00<0,05$). Paylaşımıcı destek ve kolaylaştırıcı destek arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0.807$; $p=0,000<0,05$).

Diyabet aile destek toplam ve diyabet tanı zamanı arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=-0.183$; $p=0,04<0,05$). Diyabet aile destek toplam ve diyabet bakımında aile desteği puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0.811$; $p=0,00<0,05$).

Diyabet aile destek toplam ve empatik destek arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi ($r=0.982$; $p=0,00<0,05$). Diyabet aile destek toplam ve teşvik arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0.967$; $p=0,00<0,05$). Diyabet aile destek toplam ve kolaylaştırıcı destek arasında çok yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0.971$; $p=0,000<0,05$). Diyabet Aile Destek Toplam ve paylaşımcı destek arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.879$; $p=0,00<0,05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlam bulunamadı ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Tip 2 diyabet, günümüzde yüksek morbitide ve mortalite hızı, iş gücü kaybı ve kronik seyirli olması ile aile ve toplumu etkilediği için oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu da hastalıkla yaşamayı öğrenmeyi zorunlu hale getirmiştir. Diyabette kişisel bakım uygulamalarını öğrenmek, bu davranışları günlük yaşamla bütünleştirmek, diğer sorumluluklar ve yaşam stresiyle birlikte zor ve yorucu olmaktadır. Hasta fiziksel, duygusal ve sosyal birçok sorun yaşayabilmektedir. Diyabetlinin yaşadığı bu sorunlar ve zorluklar aileye de yansımaktadır. Birey bu hastalık sürecini ailesi ile birlikte yaşadığı için, aile faktörü son derece önemli bir konudur.

Bu çalışmada hastanın diyabet konusunda ailesinin desteğini nasıl algıladığı değerlendirilip, tartışıldı.

Araştırmada örnekleme alınan bireylerin %72,7'si (88) kadın, %27,3'si (33) erkektir (Tablo 3). Özcan 'ın (1999) diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi konulu tez araştırmasında %40,3'ü erkek %59,7Si kadınlardan oluşmaktadır (110). Akın'ın (2011) diyabetli hastalarda uyumun ve aile destek düzeylerinin değerlendirilmesi tez araştırmasında %53,3'ü kadın oluşturmuştur (111). Dünyada diyabet hastalığının görülmesinde farklılık yokken, ülkemizde kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla daha fazladır (22). Çalışmamızda da kadın cinsiyet oranının erkek cinsiyet oranına göre yüksek çıkması çalışmamızın diğer çalışma sonuçları ile benzer olduğunu gösterdi.

Olguların yaş ortalaması $56,471 \pm 10,161$ olarak bulundu (Tablo 4). Çelik (2002) diyabetlilerde bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve iyilik hallerinin değerlendirilmesi konulu tez araştırmasında hastaların yaş ortalamasını $54,26 \pm 7,29$ olarak belirlemiştir (112). Akın (2011) diyabetli hastalarda uyumun ve aile destek düzeylerinin değerlendirilmesi tez araştırmasında ortalamayı $50,95 \pm 15,087$ olarak bulundu (111). Çalışmamız diğer çalışmaların sonuçlarına benzer sonuçlar gösterdi.

Hastalar yaş değişkenine göre 34'ü (%28,1) 40-50, 47'si (%38,8) 51-60, 27'si (%22,3) 61-70, 13'ü (%10,7) 70 yaş üzeri bulundu (Tablo 3). Diyabet gelişmiş olan ülkelerde 64 yaş üstü bireylerde görülürken gelişmekte olan ülkelerde 45-64 yaş grubu bireylerde görülmektedir (113). Araştırma sonucumuz yapılmış olan araştırma bulguları ile benzerlik gösterip aynı zamanda literatür bilgilerini destekledi.

Çalışma sonucuna göre olguların büyük çoğunluğu evli (%86,8) olup eş ve çocukları (%48,8) ile yaşamaktadırlar (Tablo 3). Yaş ortalamasının $56,471 \pm 10,161$ olması bu verilerin nedenini açıklayabilir. Akın'ın (2011) tez araştırmasında olguların çoğu evli olup eş ve çocukları ile yaşamaktadır (111).

Aile destek toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının kiminle yaşadığı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p=0,00 < 0,05$). Araştırmaya göre, eşyle, eşi ve çocukları ile ve anne babasıyla yaşayanların aile destek toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları yalnız yaşayanlara oranla yüksek bulundu (Tablo 12). Ailesiyle yaşayanların hayatı paylaşması ile açıklanabilir.

Aile destek toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları, algılanan ekonomik durum değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000 < 0,005$). Araştırmamıza göre diyabetli bireylerde ekonomik durumu yüksek olanların aile destek toplam ortalama puanı, ekonomik durumu orta veya düşük olanlara oranla yüksek bulundu (Tablo 7). Sosyo-ekonomik düzey ve kronik hastalarla ilgili yapılan diğer araştırmalarda sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan toplumların ve bireylerin kronik hastalıklarla başetmesinde ve ailelerin bu konuda birbirlerini daha iyi desteklediği görülmüştür (111,114). Araştırmamız diğer araştırma sonuçları gibi aynı sonucu verdi.

Araştırmaya katılan bireylerin diyabet aile destek puan ortalamaları ve alt grup puan ortalamalarının diyabet bakımında en çok destek alınan kişi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p=0,00 < 0,05$). Diyabet bakımında en çok desteği ilk olarak eşin ($67,71 \pm 22,98$) daha sonra çocukların ($54,14 \pm 18,81$) vermiş olduğu görüldü (Tablo 9). Yapılan araştırmalarda bireyleri en çok eş ve çocukların desteklediği gösterilmiştir (109,111). Bu araştırma sonucuna göre en çok desteği eşlerin vermesi, bireylerin hayatı paylaşmaları ve eşlerini desteklemeleri ile açıklanabilir. Araştırma sonucumuz diğer araştırma sonuçları ile benzer sonuçları verdi.

Çalışmada hastaların tanı alma süreleri ortalama olarak $8,488 \pm 6,221$ yıl olarak bulundu (Tablo 4). Kitiş 2004 yılında yaptığı araştırmada diyabetlilerin tanı süresinin 10 yıldan az olduğunu saptamıştır (82).

Aile destek toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları tanı alma zamanına göre anlamlı bir fark göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 10).

Araştırmada aile destek toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalaması eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulundu ($p=0,00<0,05$).Eğitim düzeyi yükseldikçe aile destek puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının da yükseldiği görüldü. Eğitim düzeyi arttıkça hastanın, ölçekteki soruları daha iyi anlayıp cevapladığı ya da ailenin bakımdaki rolünü daha iyi anlayıp kavradığını düşünülebiliriz. Bu sonuca benzer bir çalışma sonucu bulunamadı (Tablo 11).

Araştırma sonucuna göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu (%40,5) emeklidir (Tablo 3). Yaş ortalamasının $56,471\pm 10,161$ olması ile açıklanabilir.

Araştırmaya göre tip 2 diyabet yanında en yüksek %37,2 ile hipertansiyon, ikinci olarak %28,9 ile kalp hastalığının da olduğu tespit edildi (Tablo 3). Diyabet dışında başka hastalıkların olması aile destek toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalaması açısından düşük olarak fark gösterdi. Araştırmaya göre eşlik eden başka hastalığın olması aile desteği açısından negatif yönde etki ettiğini gösterdi (Tablo 16). Ek hastalıkların olması ailenin bakım yükünü artırdığı için aile destek algısını düşürmüş olabilir diye düşünebiliriz. Diğer araştırmalarda bu sonuca benzer bir sonuç bulunamadı.

Araştırma sonucuna göre empatik destek, teşvik, kolaylaştırıcı destek ve diyabet aile destek toplam puan ortalamaları, diyabet eğitimi alma değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Diyabet eğitimi alanların empatik destek, teşvik, kolaylaştırıcı destek ve diyabet aile destek toplam puan ortalaması, diyabet eğitimi almayanlara oranla yüksek saptandı (Tablo 17). Diyabet eğitimi alanlarda, ailenin hangi konularda destek olduğunu anladıkları ya da ailenin de eğitime katılıp destek konusunda farkındalığı arttığı için daha çok destek olup, aile destek algısının yükseldiğini düşünebiliriz. Bu konuda yapılan herhangi bir araştırma bulunamadı.

Araştırmaya göre; hastaların 94'ü (%77,7) diyabet eğitimi almış bulundu. Yapılan araştırmalar diyabet eğitimi farkındalığını arttırıp ve diyabet ile ilgili kuruluşların diyabet eğitimini vurgulaması sonucu diyabet eğitimi ülkemizin ulusal sağlık politikası içinde yer aldığını gösterdi (91,94,100,101).

Araştırma sonucumuz diyabetli bireylerin eğitime ulaşabildiğini göstermiş olup, diyabet ile ilgili uluslararası kuruluşların diyabet eğitimi verileri ile ortak sonuçları verdi. Diyabet eğitimi alan bireylerin %52,9'u diyabet hemşiresinden %38,8'i ise doktordan diyabet eğitimi aldığı görüldü (Tablo 3). Diyabet eğitiminde, diyabet eğitim hemşiresinin aktif olarak rol aldığını gösterdi.

Araştırma sonucuna göre ailede başka diyabet hastasının olması durumu ile diyabet aile destek toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ailede birey dışında başka diyabet hastalarının olması diyabet aile destek toplam ortalama puanı ve alt boyutlarının ortalama puanlarını yükseltti (Tablo 6). Bu araştırmaya göre ailede başka diyabet hastası olma durumunun aileye ve bireye farkındalık kazandırmış olup, aile destek algısını olumlu yönde etkilediğini düşündürebilir. Bu sonuçla benzer bir araştırma bulunamadı.

Araştırmada aile destek puanı kriterine göre; ortalama puan $3,520\pm 1,065$ olarak tespit edildi. Bireylerin aile desteği konusunda algıladıkları en yüksek puan beş üzerinden ortalama üç buçuk olarak görüldü (Tablo 4). Ülkemizde puanın üç buçuk olarak bulunması diyabet bakımı konusunda yapılan program ve düzenlemelerin olumlu yönde ilerlediğini düşündürebilir.

6. SONUÇLAR

Tip 2 diyabetli hastalarda aile destek algısının değerlendirilmesi ile ilgili yapılan araştırmada sonuçlar;

-Araştırmada bireylerin %72,7'si (88) kadın, %27,3'ü (33) erkek,

-%86,8'i evli ve yaş ortalamaları $56,471 \pm 10,161$,

-%48,8'i eş ve çocukları ile yaşayan,

- Diyabet bakımında en çok desteği veren eşler,

- Tanı alma süreleri ortalama olarak $8,488 \pm 6,221$ yıl olarak tespit edildi. Elde edilen sonuçlar literatür bilgisi ile benzerdir.

-Grubun büyük çoğunluğu diyabet eğitimi almış olup, eğitimi genellikle diyabet eğitim hemşiresinden aldıkları görüldü. Diyabet eğitimi alanların aile destek algısı yüksek bulundu.

-Hastaların %62'sinin diyabet dışında başka hastalıklarının olduğu görüldü. %37,2'sinde hipertansiyon, %28,9'unda kalp hastalığı olduğu bulundu. Diyabet dışındaki ek hastalıklar aile destek algısını düşürdü.

-Diyabet aile destek puanında ortalama beş üzerinden üç buçuk olarak bulundu.

-Ailede başka diyabet hastası olma durumu aile destek algısını yükseltti.

-Grubun büyük çoğunluğu ilköğretim mezunu olarak tespit edildi. Eğitim düzeyi yükseldikçe aile destek algısının da yükseldiği görüldü.

-Sosyo-ekonomik durumu iyi olan bireylerde aile destek algısı yüksek belirlendi.

Sonuçlar doğrultusunda diyabet bakımında ülkemizde ailesel desteğin önemli bir yere sahip olduğu ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi bakım ve tedavi sürecinde ailenin rolünün daha iyiye gittiğini söyleyebiliriz.

7. ÖNERİLER

- Diyabet yönetiminde, ailede en çok desteği veren kişinin belirlenip, diyabet eğitimine katılmasının sağlanması,
- Diyabete eşlik eden hastalıkların belirlenip, uygun bakım programının başlatılması,
- Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde, ailede eğitim düzeyi yüksek olan aile ferдинin belirlenip, bakım sürecine katılmasının sağlanması,
- Diyabet bakımında sosyo-ekonomik durumun da göz önünde bulundurulmasının gerekliliği önerilir.



8. KAYNAKLAR

1. International Diabetes Federation. "Diabetes Atlas", 4th edition, Brussels, 2009.
2. Satman İ, İmamoğlu S, Yılmaz C. "TEMED Diabetes Mellitus Çalışma Grubu", *Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı Tedavi ve İzlem Kılavuzu*, 4. Baskı, Türkiye Endokronoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2009.
3. Olgun N., Eti Aslan F., Çosansu G., Çelik S. "Diabetes Mellitus", Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 2010: 829-864.
4. American Diabetes Association. "Standards of medical care in diabetes". *Diabetes Care*, 2011, 34: 11-61.
5. World Health Organization. Who chronic disease report diabetes, (Serial online), 2009. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>. Erişim 12.02.2017.
6. Oktay S., Robertson C. "Diyabet Bakımı: Sınırlar ötesi stratejiler", Erdoğan S. *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, Yüce Reklam, Yayın, Dağıtım Aş., İstanbul, 2002.
7. Özata M, Yöner A. *Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet*, 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006; 275-426.
8. Alphan E. "Diyabetes Mellitus'ta Beslenme Tedavisi", Yenigün M. *Her Yönüyle Diyabetes Mellitus*, Nobel Kitabevi, İstanbul, 2001, 921-932.
9. Hartz A, Kent S, James P. "Factors that influence improvement for patients with poorly controlled type 2 diabetes", *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2006, 74: 227-232.
10. Andreali Te, Bennett JC, Carpenter CCJ, Plum F. *Cecil Essentials of Medicine*, Tuzcu M. 4. Baskı, Çevik Matbaası, İstanbul, 2000:533-551.
11. Ersöz Dd. "Kistik fibroziste endokrinolojik komplikasyonlar", *Türk Toraks Dergisi*, 2011; 12(2): 107-114.
12. Karaçorlu M. "Diabetik retinopati", İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Diabetes Mellitus Sempozyumu, İstanbul, 1997: 18-19,61-67.

13. Ventura Cs. The history of Diyabetes Mellitus-A Maltese Perspective, *Malta Limited Edition*, 2002:4-6.
14. Vileikyte L, Rubin RR. Eventhal H. Psychological Aspects of Diabetic Neuropathic Foot Complications: An Overview, *Diabetes Metabolism Research Reviews Journal*, 2004, 20:8-13.
15. Bağrıaçık N.” Diyabetes mellitus: tanımı, tarihçesi, sınıflaması ve sıklığı”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Enkinlikleri Diyabetes Mellitus Sempozyumu, Net Maatbacılık, İstanbul, 1997, 9-18, 18-19.
16. Kara B. “Diyabetli hastalarda metabolik kontrol ile yorgunluk arasındaki ilişki”, *Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2010, 2: 42-47.
17. Özcan Ş. “Kronik komplikasyonlar”, Erdoğan S . *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, Yüce Reklam, Yayım, Dağıtım Aş. İstanbul:2002; 141-155.
18. El-Shazly M, Abdel-Fattah M, Zaki A ve ark. Health car efor diabetic patients in developing countries: a case from Egypt, *Public Health*, 2000, 114:276-81.
19. Kabalık T, Çetinkalp Ş. “Tip 2 diyabetes mellitus” İmamoğlu Ş, Ersoy C. *Diabetes Mellitus*, 3. Baskı, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2009:54-72.
20. American Diabetes Association. “Diagnosis anad classification of diabetes mellitus”, *Diabetes Care*, 2010, 33: 62-69.
21. Nural N, Hıncıstan S, Gürsoy AA, Bayrak N. “Bir Sağlık Ocağına Başvuran Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Prognozu”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8: 297-306.
22. Lebovitz H. “Glisemik Kontrol ve Diyabetin Kronik Komplikasyonları”, Satman İ. Tercüme: Sağlam H. *Diabetes Mellitus ve İlgili Sorunların Tedavisi*, Sigma Publishing, 2004.
23. Daniel M, Messer LC. “Perception of Disease Sverity and Barriers to Self Care Predict Glysemic Control in Aboriginal Persons with Type 2 Diyabetes Mellitus”, *Chronic Diseases*, Canada , 2002, 23:128-130.

24. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. "Prevalence of obesity, diabetes and obesity related health risk factor", *Journal of the american medical association*, 2003, 289: 76-79.
25. Gönen SM, ve ark. "Konya metropolündeki alışveriş merkezindeki diyabet ve ilgili risk faktörlerinin toplum tabanlı taranması", *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*, 2004, 13:93-97.
26. Gleeson Kreig JM. "Effects on self efficacy and behavior in people with type 2 diabetes: self monitoring of physical activity", *The Diabetes Educator*, 2006, 32: 66-77.
27. Monnier L, Lapinski H, Collette C. "Contributions of fasting and postprandial plasma glucose increments to the overall diurnal hyperglycemia of type 2 diabetic patients", *Diabetes Care*, 2003, 26:881-885.
28. Makrilakis K, Liatis S, Grammatikou S, Perrea D, Katsilambros N. "Education and psychological aspects implementation and effectiveness of the first community life style intervention programme to prevent type 2 diabetes in greece", *The de-plan study diabetic medicine*, 2010, 27: 459-465.
29. Güler E, Gönç N, Korkmaz A. "Diabetin kronik komplikasyonların etiyopatogenezi; retinopati, nöropati", *Katkı Pediatri Dergisi*, 1997; 18:92-107.
30. Who Consultation. "Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. part1: diagnosis and classification of diabetes mellitus". Who Report No: 99. 2, Geneva, 1999:2.
31. Yenigün M. *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, Yenigün M. Nobel Tıp Kitap, İstanbul, 2001;3-315.
32. Karagöz Ş. *Diyabet ve Hemşirelik*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1997.
33. Satman İ. *Diabetes Mellitus'un Epidemiyolojisi*, Her Tıp Kitapevleri, 2. Baskı, İstanbul, 2001.
34. Gökdoğan F, Akıncı F. "Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalılarını algılamaları ile uygulamaları", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Okulu Dergisi*, 2001, 5(1):10-17.

35. Kaya A. “Tip 2 Diyabetes Mellitus’ta Oral Antidiyabetik Tedavi”, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2004.
36. Çoşar Ö, Olgun N, “Tip 2 diyabetlilerde planlı diyabet eğitiminin metabolik kontrol değişkenleri üzerine etkisi”, 2.Uluslararası - 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, Antalya, 2003.
37. Altuntaş Y. “Diabetes Mellitus’un Tanımı, Tanısı ve Sınıflandırılması”, Yenigün M, Altuntaş Y. *Her yönüyle Diabetes Mellitus*, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001.
38. Yeşilbalkan ÖU. *Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki özyeterlilikleri ve özyeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2001.
39. Orhan Y.“Diabetes Mellitus”, Serçer E *Endokronoloji Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitapevleri, Savaş Cilteveleri, Ankara, 2001.
40. William G, Blackand MD. *İnsüline Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus, Endokronoloji ve Metabolizma Tedavi*, Bilimsel ve Teknik Yayınları, Çeviri Vakfı; Fatih Mücellit Matbaacılık, İstanbul, 1998.
41. Gündoğdu S, Açıbay Ö. “Tip 2 Diyabetin Evreleri ve Takip Kriterleri”, *Aktüel Tıp Dergisi*, 1996,1(8); 557-559.
- 42.Smeltzer SC, Brerda B. Brunner and Suddamh’s. *Textbox of Medical- Surgical Nurshing*, 9 th edition, Lippin Cont- Raven Publishers, 2000.
43. İlicin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. *İç Hastalıkları*, 2.Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara, 2003;2311-2331.
44. Leong KS, Weston P. *Resimlerle Diyabet*, Tarım Ö. Tümay Yayıncılık, Liverpool, 2001.
45. Skyler JS. “Dcct: The study that forever changed the nature of treatment of type 1 diabetes”, *British journal of diabetes and vascular disease*, 2004; 4: 29-32.
46. İmamoğlu Ş. “Tip 2 Diyabette Karaciğerin Rolü”, 39. Ulusal Diyabet Kongresi Özet Kitabı, *Türk Diyabet Kitabı*, İstanbul, 2003.

47. Gedik O. “İnsülin Direnci Sendromu”, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2004.
48. Kabalak T, Yılmaz C, Tüzün M. *Endokrinoloji El Kitabı*, 3. Basım, İzmir Güven Kitapevi, İzmir, 2004;609-661.
49. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi, Ulusal Diyabet Konsensus Grubu, Türk Diyabet Vakfı, 6. Baskı, İstanbul, 2016.
50. İmamoğlu S. “Diabetes Mellitus”, Dolar E. İç Hastalıkları, Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2005: 692-719.
51. American Diabetes Association, Position Statement, Standards of Medical Care In Diabetes, *Diabetes Care*, 2005:4-36.
52. Olgun N. “Diyabette kendi kendine takip ilkeleri”, Yılmaz T, Bahçeci M, Büyükbeşe A. *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*, 1. Basım, Türkiye Diyabet Vakfı, İstanbul, 2003:181-18.
53. Koloğlu S, Arslan M, Gedik O ve ark. “Pankreas”, Koloğlu S. *Endokrinoloji Temel ve Klinik*, 1. Baskı, Medikal Network ve Nobel, Ankara, 1996; 359-529.
54. Altındas M. Diyabetik Ayak, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul ,2002.
55. Henry MD. “Carbohydrates”. I Henry. *Clinial diagnosis and management by laboratory methods*, MD. U.S.A, 2001:215-218.
56. Powers AC. “Diabetes Mellitus”, Hamser K, Lango B, Jameson F. *Principles of Internal Medicine*, 16th edition, 2005:106.
57. Özer E. “Etki Diyabet Hasta Eğitim Programlarının Geliştirilmesi”, *Diyabet Forumu*, 2005, 1:61-66.
58. Çıtıl R. *Diyabetli hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi (Tez)*. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2009.
59. Çetinkalp Ş, Yılmaz C. “Diabetes Mellitus İçin Genel Güncel Bilgiler”, Yılmaz C. *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, Asya Tıp Yayıncılık, İzmir, 2002:13-42.

60. Birol L. “Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Basım, Sistem Ofset, Ankara, 2005: 707-725.
61. Stuifbergen A, Becker H, Blozis S, Beal C. Conceptualization and development of the acceptance of chronic health conditions scale, *Mental Health Nursing*, 2008; 29: 101-114.
62. Livneh H, Antonak R.F. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability, A primer for counselors, *Journal of Counseling and Development*, 2005; 83: 12-20.
63. Bennett PH, Knowler WC. “Definition, Diagnosis And Classification of Diabetes Mellitus And Glucose Homeostasis”, Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC. *Joslin’s Diabetes Mellitus*, Lippincott Williams and Wilkins Company, 2005:331-338.
64. Hsueh WA, Moore L, Bryer-Ash M. “Contemporary diagnosis and management of type 2 diabetes”, Tercüme: Karpuz H, Karpuz V. *Tip 2 Diyabet Güncel Tanı ve Tedavi*, Avrupa Tıp Kitapçılık, Bilim Yayınları, İstanbul, 2004; 30: 47-128.
65. Özcan Ş. “Diabetes mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik” , Yenigün M . *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001:967-1002.
66. Durmaz Akyol A. Diyabette Hemşirelik Bakımı, *Kronik Hastalıklarda Bakım*, İntertıp Tıbbi Yayıncılık, İzmir, 2002:103-130.
67. Çetinkalp Ş, Yılmaz C. “Diyabet Hemşiresinin Eğitim Programında Hastaya Vermesi Gereken Bilgiler”, Yılmaz C. *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, Asya Tıp Yayıncılık, İzmir, 2002:55-73.
68. Toeller M, Mann JI. “Tip 2 diyabet yönetimi ve etyolojisinde beslenmenin yeri”. Goldstein BJ, Müller-Wieland D. *Tip 2 Diyabet*, 1. Baskı, And Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. İstanbul, 2004: 51-63.
69. Dinççağ N. “Diyabetes mellituslu hastanın eğitimi”. Yenigün M, Altuntaş Y . *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011:997-1002.
70. Akalın S, Aslan M, Başkal N, Çorakçı A, Dinççağ A, Erbaş T. *Diabetes Mellitus*, Yılmaz C, Yılmaz M. T, İmamoğlu S. Gri Tasarım, İstanbul, 2000: 58-167.

- 71.Erol Ö. *İnsülin kullanan diyabetlilerde bireysel izlem ile kan şekeri kontrolü ve hipoglisemi arasındaki ilişki* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2003.
72. Satman İ, Yılmaz C, İmamaoğlu Ş. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*, 2.Baskı, Akal Ofset Matbaacılık, İstanbul, 2007: 41-47.
- 73.Mensing C, Mulcahy K. *Diabetes mellitusun tedavisinde diyabet eğiticisinin rolü*, Akamen A. İstanbul, 2004: 39-50.
- 74.Green-Nigro C. “Endocrine function”. Lueckenotte AG. *Gerontologic Nursing*, Second Edition, St. Louis, Mosby Inc, 2000:518-542.
75. Lamonte MJ, Blair SN, Church TS. Physical activity and diabetes prevention, *Journal of applied physiology*, 2005, 99:1205-1213.
76. Sigal RJ, Kenny Gp, Boule NG. “Effects of aerobic exercise training, resistance exercise, or both on glysemic control in type 2 diabetes : a randomized trial”, *Annals of Internal Medicine*, 2007, 147:357-69.
77. Birol L. “Hemşirelik süreci”, *Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2005.
78. Hu FB, Stampfer MJ, Solomon C, Liu S, Colditz GA, Speizer FE, Willwt WC, Manson JE. “Physical activitiy and risk for cardivaskuler events in diabetic women”, *Annals of International Medicine*, 2001, 134:96-105.
79. Tuğrul A. “Tip 2 diabetes mellitus ve tedavisi”, *Galenos Aylık Tıp Dergisi*, 2003, 7:38-45.
80. Birol L. “Pankreas hastalıkları- diyabetes mellitus”, Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayınları, İstanbul, 2003:708.
81. Olgun N. “Glikoz monitorizasyonunda uluslararası standartlar”, *Diyabete Bakış*, 2007;3:26-29.

82. Kitis Y, Karakum F. “Diyabetlilerin oral hipoglisemik ilaç/ insülin kullanma ve beslenmeye ilişkin riskli davranışları”, *Hemşirelik Forumu*, 2003, 6: 48-55.
83. Koski, R.R, “Practical review of oral antihyperglycemic agents for typr 2 diabetes mellitus”, *The Diabetes Educator*, 2006; 32: 869-876.
84. Kuzeyli Yıldırım Y. “Diyabetes Mellitusda İlaç Tedavisi”, Fadiloğlu Ç . 3. Ege Dahili Tıp Günleri Diyabet Hemşireliği, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, 2004: 69-87.
85. Bahçeci M. “Oral antidiyabetik ilaçlar ve yeni uygulamalar”, Yılmaz T, Bahçeci M, Büyükbeşe MA . *Diyabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*, İstanbul, 2003: 35-54.
86. Salman S, Yılmaz M.T. “İnsülin Tedavisi ve Tedavi Protokolleri”, Yılmaz M.T, Bahçeci M, Büyükbeşe M.A. *Diyabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, 2003.
87. Smmeltzer SC, Bare B. “Brunner and Suddarth’s Textbook of Medical Surgical Nursing”, *Lippincott Williams and Wilkins a Wolters Kluwer Company*, 10 th edition, Philadelphia, 2004: 1149-1203.
88. Özcan Ş. “İnsülin Tedavisinin Yönetimi”, Erdoğan S. *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, Yüce Reklam Dağıtım AŞ. İstanbul, 2002: 39-154.
89. Cramer J.A ,Pugh M.J. “The influence of insülin use on glycemc control”, *Diyabetes Care*, 2005;1: 78-80.
90. Özcan Ş. “Medikal Tedavi Uygulanan Diyabetlinin Bakımı ve Eğitimi”, Yılmaz M.T, Bahçeci M, Büyükbeşe M.A. *Diabetes Mellitus'un Modern Tedavisi*, 2.Baskı, Özlem grafik matbaacılık, İstanbul,2004:189-212.
91. Bakoğlu E, Yekin A. “Hipertansiyon Hastalarında Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000,4(2): 89-98.
92. Pınar R. *Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Tez), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 1995.

93. Kara B, Fesçi H. “Tip 1 Diyabet hastalarının özbakım gücünün incelenmesi”, *Sendrom Aktüel Tıp Dergisi*, 2000, 12(4):28-32.
94. Ersoy F, Yılmaz M, Edirne T. “Diyabetes mellitus’ta hasta eğitimi ve izlemi”, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10(3):88-91.
95. Taşocak G. “Hasta Eğitimi”, *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9.Basım, İstanbul, 2003.
96. Erdoğan S. “Diyabet Eğitimi ve Danışmanlık”, *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, Tavaslı Matbaacılık, Savaş Ciltevi, İstanbul, 2002.
97. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, 4.Baskı, Etkin Matbaacılık, İzmir, 2000.
98. Boyle, P.J, Zrebiec, J. “Management of Diabetes-Related Hypoglycemia”, *Southern Medical Journal*, 2007,100 (2); 183-194.
99. Gökdoğan F, Akıncı F. “Bolu’da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2001, 5(1):10-17
100. Yılmaz C. *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, Asya Tıp Yayıncılık, İzmir, 2002; 1-12.
101. Fadıoğlu Ç. “Diyabetin Yönetimi ve Hemşirelik”, Yılmaz C. *Diyabet Hemşiresi El Kitabı*, Asya Tıp Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir, 2002; 74-120.
102. Olgun N. “Diyabet hemşiresinin diyabette akut komplikasyonlara yaklaşımı”, *Diyabet Forumu*, 2005, 1:70-75.
103. Yenigün M, “Diabetes Mellitus’un Geç Komplikasyonları” Yenigün M.. *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, 2.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1995:546-584.
104. U.S Department of Healt and Human Services, “National Institues of Health, National Institue of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Hypoglycemia”, Report No: 09-3926, 2008;1-12.
105. Kayaalp O, Gürlek A. “İnsülin, oral ve diğer antidiyabetik ilaçlar ve glukagon”, .Kayaalp O. *Tıbbi Farmakoloji*,11.Basım, Ankara, 2005; 1039-1078.

106. İmamoğlu S. *Diabetes Mellitus*, 1.Basım, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006.
107. O' Keefe JH, Bell DSH.,Wyne Kl, ark. *Diyabetin Esasları*, Gündoğdu AS. İstanbul Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006.
108. Martin PR. Soon K. *The Relationship Netween Perceived Stress, Social Support and Choranic Headaches*, 1993, 33 (6) , 307-314.
109. Hensarling J.S. Development and Psychometric Testing of Hensarling's Diabetes Family Support Scale, Texas Woman's University, 2009.
110. Özcan Ş. *Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 1999.
111. Akın S. *Diyabetli hastalarda uyumun ve aile destek düzeyinin belirlenmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2011.
112. Çelik S. *Tip 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilik hallerinin belirlenmesi* (Tez).İstanbul Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2002.
- 113.Wahba H, Chang YF. Factors associated with glyceemic control in patients with type 2 diabetes mellitus in rural areas of the united states, *insulin*, 2007, 2:134-141.
114. Cucioglu T. *Diyabette Toplumsal Farkındalık ve Eğitim Politikaları*, 2009. <http://www.diyabet2020>. Erişim 05.03.2017
115. Özdamar, K. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2004: 36.

9.EKLER

EK 1

Toplantı Sayısı:76

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 06.06.2016

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye) (katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 06.06.2016 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

17- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Perihan OKÇU'nun “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Algılanan Aile Desteğinin Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

Yapılan görüşmeler sonucunda;


Karar 17. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Perihan OKÇU'nun “Tip 2 Diyabetli Hastalarda Algılanan Aile Desteğinin Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

B N H C



Prof. Dr. Alinur Büyükkaksoy
(Başkan)

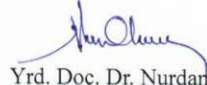
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye-Katılmadı)



Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur
(Üye)

EK 2

Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği Kullanım İzni Gelen Kutusu x



PERİHAN OKÇU <perihanokcu54@gmail.com>

10 Mar



Alıcı: bana

Sevgili Selin AKIN,

Ben Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım "Tıp 2 Diyabetli Hastalarda Algılanan Aile Desteğinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmamı Prof. Dr. Birsen YÜRÜĞEN danışmanlığında yürütmekteyim. Tezimde sizin 2011 yılında yaptığımız "Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı çalışmada geçerlilik ve güvenilirliğini sağladığınız Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeğini tezimde kullanmak için izninizi istiyorum...

Saygılarımla...

Perihan OKÇU

Yanıtlamak veya Yönlendirmek için burayı tıklayın

Tez izini Gelen Kutusu x

selin çelt <hemsireselin87@hotmail.com>

Alıcı: bana

Sayın perihan okcu yüksek lisans tezi çalışmamızda Hensarling Diyabet Aile Destek Ölçeği ni kullanabilirsiniz. Saygılarımla
Uz. Hemşire Selin AKIN

Samsung Galaxy akıllı telefonumdan gönderildi.

Yanıtlamak veya Yönlendirmek için burayı tıklayın



T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Okan Üniversitesi - REKTÖRLÜK
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Tarih: 17.11.2016 18:24
Sayı: 93919723-770-E.2016.8.1273
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



9810

Sayı : 93919723-770
Konu : Araştırma İzni Hk(Perihan Okçu)

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞINA
(İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği)

Enstitümüz Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi 152038044 numaralı Perihan Okçu "**Tip 2 Diyabetli Hastalarda Algılanan Aile Desteğinin Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışmasını, Prof. Dr. Birsen Yürügen danışmanlığında yürütmektedir.

İlgili çalışmanın kurumunuza bağlı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılabilmesi için gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ayşe Şule KUT
Rektör

Ek: Perihan Okçu Araştırma Başvuru Formu

İstanbul İl Beyoğlu Kamu Hastaneleri B. İl
Genel Sekreterliği
İstanbul İl Beyoğlu Kamu Hastaneleri B. İl



BENU4TFH8

22.11.2016 - 79367

Avni Dilligil Sokakı No 18 Mecidiyeköy/Şişli
Tel:0212 216 18 44-1325
Bilgi için: Şebnem Sevtap CANVER Enstitü Sekreteri

E-Posta:sevtap.canver@okan.edu.tr
Fax:0212 216 18 03

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.okan.edu.tr> adresinden 148babd5-cc99-4e12-af43-ae896b7701a6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-770-
Konu : Araştırma İzni (Perihan OKÇU)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Perihan OKÇU'nun, Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN danışmanlığında "Tıp 2 Diyabetli Hastalarda Algılanan Aile Desteğinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Aralık 2016 - Ağustos 2017 tarihleri arasında Kurumunuzda yapabilmesi uygun görülmüştür. Araştırmanın yapılması esnasında gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Araştırma Başvuru Belgeleri (18 sayfa)

EK 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu araştırmanın amacı Tip 2 diyabetli hastalarda algılanan aile desteğini değerlendirmektir. Araştırmada sizden tahminen 15 dk. (ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; tüm katılımcılardan elde edilecek sonuçlar yayın amacı ile kullanılabilir. Fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız sorabilirsiniz .

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana,. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının 2:

Adı-

Soyadı:.....

....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programında Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezi için uygulanmaktadır.

Araştırmaya gösterdiğiniz ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Perihan OKÇU

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1)Yaşınız:.....

2)Cinsiyet: 1-Kadın() 2-Erkek()

3)Medeni Durumunuz: 1-Evli() 2-Bekar()

4)Mesleğiniz: 1-Ev hanımı() 2-Emekli() 3-Memur() 4-Serbest meslek()

5-Diğer()

5)Eğitim Düzeyiniz: 1-İlköğretim() 2-Lise() 4-Lisans() 5-Lisans Üstü()

6)Diyabet tanınız ne zaman konuldu:.....(ay ya da yıl belirtiniz)

7)Kiminle yaşıyorsunuz: 1-Yalnız() 2-Eşimle() 3-Eşim ve çocuklarımla()
4.-Annem ve babamla() 5-Diğer()

8)Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız: 1-Geçinemiyorum

2-Ancak geçinebiliyorum() 3-Orta derecede() 4-İyi() 5-Çok iyi()

9)Diyabet dışında başka hastalığınız var mı? 1-Var() 2-Yok()

Yanıtınız evet ise aşağıdakilerden hangisi? 1-Kalp Hastalığı() 2-Hipertansiyon()

3-Böbrek hastalığı() 4-Görme bozukluğu() 5-Diğer()

10)Ailenizde sizden başka diyabet hastalığı olan var mı?

1-Var() 2-Yok() 3-Bilmiyorum()

11)Diyabet bakımınızda ailenizin size olan desteğini puanlandırınız:

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

12)Diyabet bakımınız için size en çok destek veren kimdir: 1-Eşim() 2-Annem()

3-Babam() 4-Çocuklarım() 5-Kardeşim()

13)Diyabet hastalığınız ile ilgili eğitim aldınız mı? 1-Evet() 2-Hayır()

Yanıtınız evet ise kimden aldınız? 1-Doktordan() 2-Diyabet hemşiresinden()

3-Medyadan() 4-Arkadaşımdan() 5-Diğer()

Aşağıdaki maddelerin her birine, yanlarındaki kutucukları işaretleyerek cevap veriniz. Cevaplarınız, diyabet tedavinizle ilgili olarak ailenizle yaşadıklarınızın ne sıklıkla olduğunu göstermelidir.

Cevaplarınızı ailenizden kimse görmeyecektir.

Hensarling'in Diyabet Aile Destek Ölçeği

Soru	Asla	Hemen hemen hiç	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Bir aile bireyi, eğer rica edersem, benimle birlikte doktor randevularıma gelir.					
2. Bir aile bireyi, eğer rica edersem, benimle birlikte diyabet sınıfı / eğitimine katılır.					
3. Aile bireyim diyabet hakkında güncel bilgileri takip eder.					
4. Aile bireyim diyabetimle ilgili problem yaşadığım zamanları bilir.					
5. Aile bireyim diyabetim hakkında konuştuğum zaman beni dinler.					
6. Aile bireyim diyabetimle ilgili hissettiklerime anlayış gösterir.					
7. Aile bireyime diyabetimle ilgili danışmaktan çekinmem.					
8. Bir aile bireyi unuttuğum zaman kan şekeri kontrol etmemi hatırlatır.					
9. Bir aile bireyi egzersiz çabalarımı destekler.					
10. Bir aile bireyi diyetimi uygulamam konusunda beni teşvik eder.					

Soru	Asla	Hemen hemen hiç	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
11. Bir aile bireyi diyabet ilaçlarını zamanında yazdırmamı hatırlatır.					
12. Diyabetimle ilgili sorunlar yaşarken bir aile bireyimden yardım isteme konusunda kendimi rahat hissedirim.					
13. Ailemin öğün zamanları düzenlidir.					
14. Bir aile bireyi, senede en az bir kere bir göz doktoruna görünmemi teşvik eder.					
15. Bir aile bireyi ayaklarımı kontrol etmemi teşvik eder.					
16. Bir aile bireyi yılda en az bir kere bir diş doktoruna gitmemi teşvik eder.					
17. Diyabetime özen göstermeme yardım etmesi için bir aile bireyinden destek istemekten çekinmem.					
18. Ailem yiyebileceğim gıdaları benim için hazır bulundurur.					
19. Bir aile bireyi, gerektiği gibi yemem konusunda gösterdiğim çabaları destekler.					
20. Bir aile bireyi, yılda en az bir kere doktora gitmemi teşvik eder.					
21. Bir aile bireyi diyabetimle ilgili sıkıntılı hissederken bana yardımcı olur.					
22. Bir aile bireyi diyabetimle ilgili kendimi üzgün/hüzünlü hissettiğim zamanları bilir.					
23. Bir aile bireyi rahatsız günleri atlatmamda bana nasıl yardımcı olacağını bilir.					
24. Bir aile bireyi, gerekli olursa, diyabet ilaçları / gereçlerinin parasını ödememe yardımcı olur.					

EK 5 – TURNİTİN RAPORU

feedback studio Hemşirelik Tez -- /0 < 26 / 29 > ?

Eşleşmelere Genel Bakış X

%23

1 acikerisim.istanbulbili... %5 >
İnternet Kaynağı

2 pharmacy.erciyes.edu.tr %2 >
İnternet Kaynağı

3 Bahcesehir University'... %1 >
Öğrenci Yazılı Ödevi

4 www.saglikcalisanisagl... %1 >
İnternet Kaynağı

5 Beykent Universitesi' n... %1 >
Öğrenci Yazılı Ödevi

6 Trakya University' ne g... %1 >
Öğrenci Yazılı Ödevi

7 earsiv.atauni.edu.tr %1 >
İnternet Kaynağı

OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ
TİP 2 DİYABETLİ HASTALARDA ALGILANAN AİLE
DESTEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
Perihan OKÇU
TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Birsen YÜRÜĞEN

Sayfa: 1 / 91 Kelime Sayısı: 18369

EK 6 – SPSS YAZILIMI LİSANS BİLGİLERİ



SPSS Türkiye Temsilciliği:

AIMS – Analitik Bilgi Yönetimi Çözümleri - www.aims.com.tr

SPSS Lisans Sahibi:

Bilgi Eğitim Danışmanlık – İstatistik Çözümleri
Fatih SONTAY

Email : spssdestek@gmail.com

Tel: 0533 4210028

Tarih : 08.07.2017



www.istatistikanaliz.com

spssdestek@gmail.com

Tel: 0533 4210028

10.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı:	Perihan	Soyadı:	OKÇU
Doğum Yeri:	Hani	Doğum Tarihi:	01.04.1989
Uyruğu:	T.C.	Tel:	0530 420 33 21
Email:	perihanokcu54@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora	-	-
Yüksek Lisans	-	-
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2013
Lise	Vefa Poyraz Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Servis Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	2013-2014
Acil Servis Hemşiresi	Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi	2014-2016
Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Hemşiresi	Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi	2016 'dan beri çalışıyorum