

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN DİYABETLİ
HASTALARIN DİYABET TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hatice YÜCEL

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2014

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN DİYABETLİ
HASTALARIN DİYABET TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hatice YÜCEL

DANIŞMAN


Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN

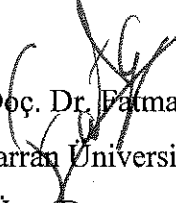
ŞANLIURFA

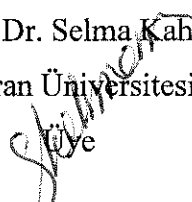
2014

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hatice Yücel'in hazırladığı "Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi" , konulu çalışma, 14/07/2014 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN
Harran Üniversitesi
Anabilim Dalı Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi
Üye (Danışman)


Yrd. Doç. Dr. Selma Kahraman
Harran Üniversitesi
Üye

17.07.2014
ONAY
Prof. Dr. Nurten AKSOY
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde bana rehberlik eden ve her türlü desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'e, şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimlerinin çalışanlarına, tez dönemim boyunca bana destek olan arkadaşlarıma, aileme, her zaman ve her koşulda yanımda olan, hiçbir yardımını ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Yakup Akaltun'a teşekkür ederim.

Ayrıca jüride yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Fügen Özcanarşlan ve Yrd. Doç. Dr. Selma Kahraman'a teşekkür ederim.

Hatice YÜCEL

2014

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Diyabetes Mellitus Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.2.1.Dünya’da Durum.....	4
2.1.2.2.Türkiye’de Durum.....	6
2.1.3. Sınıflandırma	7
2.1.4. Diyabetes Mellitus Yönünden Riskli Gruplar.....	9
2.1.5. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları.....	10
2.1.5.1.Akut komplikasyonlar.....	10
2.1.5.2.Kronik komplikasyonlar	10
2.1.6. Tip 2 Diyabetin Tedavisi ve Bakımı.....	10
2.1.6.1.Beslenme Tedavisi.....	11
2.1.6.2.Fiziksel Egzersiz.....	12

2.1.6.3.İlaç Tedavisi (OAD- İnsülin).....	13
2.1.6.4.Bireysel İzlem (Self-Monitoring).....	14
2.1.6.5.Diyabet Eğitimi.....	15
2.2. Evde Bakım Hizmetleri.....	17
2.2.1. Tanım.....	17
2.2.2. Kapsamı.....	18
2.2.3. Dünya’da Evde Bakım.....	20
2.2.4. Türkiye’de Evde Bakım.....	22
2.2.5. Evde Bakım Hizmetinin Yararları.....	23
2.2.6. Diyabette Evde Bakım.....	24
2.2.7. Diyabette Evde Bakım Hemşireliği.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları.....	28
3.4.1. Anket Formu (Diyabetli Hasta Tanılama Formu).....	29
3.4.2. Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ).....	29
3.4.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	30
3.4.4.Verilerin Analizi.....	31
3.4.5. Araştırma Etiği.....	31
4. BULGULAR	32
4.1. Sosyo Demografik Özellikler.....	32
4.2 Hastalıkla İlgili Özellikler.....	33
4.3. Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları.....	35

4.4. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) Puan Ortalamaları.....	39
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
6.1. Sonuçlar.....	55
6.2. Öneriler.....	56
6.2.1. Araştırma Sonuçlarına Yönelik Öneriler.....	56
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	56
6.2.3. Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Genel Öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER.....	66
Ek 1. Anket Formu.....	66
Ek 2. Diyabet Tutum Ölçeği.....	71
Ek 3. Kurum İzni.....	75
Ek 4.Etik Kurul İzni	76
Ek 5. Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	77

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünya’da 2013 ve 2035 yılı için tahmin edilen Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı durumu(20-79 yaş grubu).....	5
Tablo 2. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 3. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	32
Tablo 4. Hastaların Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 5. Yaşa Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 6. Cinsiyete Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 7. Eğitim Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 8. Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 9. Diyete Uyuma Durumlarına Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 10. Egzersiz Yapma Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Sigara Kullanma Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 12. Diyabet Eğitimi Alma Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 13. Diyabet Dışında Hastalık Varlığına Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46

KISALTMALAR DİZİNİ

- DM** : Diyabetes Mellitus
- ADA** : American Diabetes Association (Uluslar arası Diyabet Federasyonu)
- IDF** : International Diabetes Federation
- BGT** : Bozulmuş glukoz toleransı
- BAG** : Bozulmuş açlık glukozu
- TUİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- TURDEP** : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
- OGTT** : Oral Glikoz Tolerans Testi
- DCTT** : Diabetes Control and Complications Trial (Diyabet Kontrol ve Komplikasyonları Çalışması)
- GDM** : Gebelik Diyabetes mellitus
- OAD** : Oral Anti Diyabetik
- BKI** : Beden kitle indeksi
- TBT** : Tıbbi Beslenme Tedavisi
- AMA** : Amerikan Tabipler Birliği
- ADLs** : Activities of Daily Living (Günlük Yaşam Aktiviteleri)
- IADLs** : Instrumental Activities of Daily Living
- SHÇEK** : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
- UKPDS** : United Kingdom Prospective Diabetes Study
- SVD** : Saint Vincent Deklerasyonu

DTÖ : Diyabet Tutum Ölçeği

ÖZET

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN DİYABETLİ HASTALARIN DİYABET TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Hatice Yücel

Araştırma diyabetli hastaların tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Şubat-Temmuz 2013 tarihleri arasında Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde bakım birimleri'ne bağlı bölgelerde gerçekleştirilmiştir. Örneklemeye yöntemine gidilmemiş olup evde bakım alan tip 2 diyabetli 120 hastaya ulaşılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu (Diyabetli Hasta Tanılama Formu) ve 34 madde ve 7 alt boyuttan oluşan Diyabet Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri diyabet tutum ve davranışları olup, bağımsız değişkenleri ise sosyo demografik özelliklerden oluşturmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi), Mann Whitney U, Kruskal Wallis analizi yapılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi'nden ve Harran Üniversitesi etik kurulundan ve katılımcılardan izin alınmıştır. Çalışma kapsamındaki diyabetlilerin %67.5'i kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları 61.0 ± 12.1 'dir. Bireylerin %58.3'ü evli, %23.3'ü okur yazar değildir. Çalışmaya katılanların %67.5'i diyabet konusunda herhangi bir eğitim almadığı, %75.2'sinin daha fazla diyabet eğitimi almak istediği saptanmıştır. Diyabet tutum ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde ölçek toplam puanının 3.52 ± 0.28 olduğu ve bu sonucun güçlü pozitif tutumu gösterdiği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda diyabetli bireylerin güçlü pozitif tutumu gösterdiği saptanmıştır. Evde bakım hizmeti alan diyabetli bireylerin, bu bireylere evde bakım veren kişilerin ve sağlık personelinin diyabet konusunda eğitilmesi ve bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, Tip 2 diyabet, Diyabet tutumu ve davranışı, Hemşirelik

ABSTRACT

DETERMINING THE ATTITUDE AND BEHAVIOR OF THE DIABETIC PATIENTS WHO RECEIVE HOME CARE

Department of Nursing Master Thesis

Hatice YÜCEL

The research is conducted as descriptive in order to determine the attitude and behavior of the diabetes patients. The study was conducted in the regions connected to Şanlıurfa Balıklıgöl State Hospital and Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Training and Research Hospital home care units in February-July 2013. Sampling method was not used, and 120 diabetic patients 2 of who receive home care were reached. Survey form (Diabetic Patient Diagnosis Form), which was created by the researcher, and Diabetes Attitude scale with 34 items and 7 sub-dimensions were used as data collecting tools in the study. Dependent variables of the study are diabetes attitude and behavior; independent variables consist of socio-demographic characteristics. In evaluating the data, SPSS 11.5 package program was used. In the analysis of the data, descriptive statistics, significance testing between two means (t test for independent groups), Mann Whitney U, Kruskal Wallis test were performed. To apply the research, permission was taken from Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Training and Research Hospital, Şanlıurfa Balıklıgöl State Hospital and Harran University ethics committee and participants. 67.5% of the diabetic patients within the study consist of women. The mean age of the individuals that participated to the study is 61.0 ± 12.1 'dir. 58.3% of the individuals are married and 23.3% are illiterate. It is determined that 67.5% of the people that participated to the study did not receive any education about diabetes, and 75.2% do not want to receive diabetes education any longer. When the diabetes attitude scale is generally considered, it is determined that the total point of the scale is 3.52 ± 0.28 and this result shows a strong positive attitude. As a result of the study, it is found that individuals with diabetes show strong positive attitude. It can be suggested to train diabetic patients who receive home care, the people who provide care to these individuals and health personnel and to provide the sustainability of these trainings.

Key words: Home care, Type 2 diabetes, Diabetes attitude and behavior, Nursing

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklardan olan diyabetes mellitus; insülin salgısının mutlak veya göreceli eksikliği veya insülin rezistansı ile oluşan, hiperglisemi ile kendini belli eden, karbonhidrat, yağ ve protein metabolizması bozuklukları ile karakterize bir metabolizma hastalığıdır. Diyabetes Mellitus, Tip 1, Tip 2, Gestasyonel Diyabet ve diğer Spesifik Tipler olmak üzere dört grupta sınıflanır. Bu sınıflama içinde yer alan tip 2 diyabet toplumda en sık rastladığımız diyabet tipidir. Genellikle ileri yaşlarda ve obez hastalarda ortaya çıkan kronik seyirli bir hastalıktır (67).

Diyabetes mellitus, morbidite ve erken mortalite riski ile maliyeti yüksek, yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Önümüzdeki 25 yıl içerisinde, diyabetin dünyadaki belli başlı ölümcül ve kişiyi sakat bırakabilecek hastalıklardan biri olacağı öngörülmektedir (94). Diyabetes mellitus yetişkin popülasyonun yaklaşık olarak %2-3'ünde gözlenen ve toplumda en sık rastlanan endokrin hastalıktır (64). Literatürde Birleşmiş Milletlerde 65 yaş üzeri diyabetli oranı %42 olarak saptanmıştır. Bu oranın 2025 yılında %53, 2050 yılında da %58 oranında artacağı tahmin edilmektedir (26). Türkiye'de diyabet prevalansı %13.7 olarak belirlenmiştir (97). Ülkemizde diyabet için yapılan toplam harcama, yıllık 1.1-2.5 milyar dolar arasındadır. Komplikasyon varlığında ise doğrudan toplam maliyet 3 kat artmaktadır (83).

Diyabet tedavisinde temel amaç iyi bir diyabet yönetimi ile metabolik kontrolü sağlamak ve sürdürmektir. Diyabetin yönetimi; diyet, egzersiz, ayak bakımı, ilaç-insulin kullanımı ve kendi kendine kan şekeri izlemine kapsayan çok bileşenli özbakım aktivitelerini ve yaşam biçimi değişikliklerini kapsar (67). Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association -ADA) tarafından diyabet eğitiminde "Diyabet Öz Yönetim Eğitimi" başlığı altında bir hedef belirlenmiştir. Öz yönetim kavramı hastayı merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren bakım anlayışını ifade eder (57). Diyabetli hasta, günlük yaşantısında sağlık ekibi üyeleri, ailesi ve arkadaşlarından aldığı destekle diyabet yönetimini bireysel olarak gerçekleştirebilir (50, 69).

Diyabetli hastaların bakımı sadece hastanede değil evde de devam etmektedir. Evde bakım; yaşlı, özürli, süreğen hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyleri kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (15). Evde bakım, hasta teşhis ve tedavisi sonrasında, ilgili tıbbi ekip ile işbirliği içinde, profesyonel bir kadro ile evde, iş yerinde veya hastanın mekânında verilmektedir. Çeşitli nedenlerle kesintiye uğrayan sağlığın yeniden kazandırılması, yaşam standartlarının korunması ve sürdürülmesini amaçlar. Yaşlı nüfus ve kronik hastalıkların artışı; iç içe olan bu iki grubun tıbbi takip ve bakım ihtiyacının artmasını beraberinde getirmiştir (32).

Diyabetli hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, gerilimi azaltma, aileyi bir arada tutma, bakımevlerine gereksinimi azaltma, profesyonel hizmet sunma, maliyeti azaltma gibi birçok yararları olan evde sağlık bakım hizmetleri sağlık alanında önemli bir yere sahiptir. Kişinin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye gereksinimi olmadığında uygun koşullar sağlanarak sağlığı geliştirmek, korumak, sürdürmek, düzeltmek ya da sakatlık/hastalığın etkisini en aza indirerek, bağımsızlığını en yüksek düzeye çıkarmak amacıyla birey ve ailelere yaşadıkları ortamda evde bakım hizmeti sunulabilir (44).

Dünya’da birçok ülke pahalı olan kurum hizmeti yerine evde bakım hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak geliştirmeye doğru yönelmiştir (75). ABD’de aileler evde tüm bakımın %80’ini sağlamakta, yaklaşık olarak 15- 25 milyon yetişkine ev ortamında bakım vermekte ve 12.8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılarına gereksinim duymaktadır (17). Ülkemizde evde bakım hizmeti sunan kuruluşların sayıca son derece yetersiz olması, genel sağlık sistemine entegre bir evde bakım hizmetinin bulunmaması, evde bakım hizmetlerinin maliyetinin sağlık güvencesi sağlayan kurumlar tarafından karşılanmaması, bakım gerektiren kişiler için evde bakılabileceği halde hastaneye ya da rehabilitasyon merkezlerine başvurulmasına neden olmaktadır (18). Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini ve önemi gösteren ilke “Sürekli Hizmet İlkesi”dir. Türkiye’nin Ulusal Sağlık Politikasını belirleyen bu ilkeye göre, herkese, her yerde, her zaman yerleşik

planlı ve programlı bir sağlık politikası sunulacaktır (1). Evde bakım hizmetinde, hekim, hemşire, ev ekonomisti, eczacı, tıbbi sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, konuşma ve mesleki terapisti gibi farklı meslek üyeleri rol alır. Her ne kadar pek çok disiplin evde bakıma katılıyorsa da evde bakım “hemşire” odaklıdır ve hemşireler bu hizmetin temelini oluşturmaktadır (41).

Diyabetli hastanın günlük diyabet yönetimini başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, beceri ve olumlu tutumlara sahip olması gerekmektedir. Hastaların kendi sağlıkları ile ilgili tutum ve davranışları diyabet tedavisinin temelini oluşturmaktadır. (50, 69, 70). Yanlış tutum bilirse davranışa dönüşmeden önce düzeltilir. Bu aşamada verilecek hemşirelik hizmetlerinin önemli bir yeri vardır. Çünkü evde bakım veren hemşireler, hastaların fizyolojik bakımı, hasta / ailesinin eğitimi ve rehabilitasyon, sosyal ve emosyonel destek gibi çok geniş bir yelpazede hizmet vermektedir (31, 66).

Evde bakım alan diyabetli hastaların tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Yapılan çalışmalarda, evde bakımın diyabet komplikasyonlarını önlemede etkili olduğu belirtilmektedir (20, 96). Evde bakım alan diyabetli hastaların tedavisini etkileyecek olan tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik çalışmalar, daha sonra yapılacak olan girişimlere ışık tutacaktır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı; evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların diyabet tutum ve davranışlarını belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diyabetes Mellitus Tanımı ve Epidemiyolojisi

2.1.1. Tanım

Diyabet, pankreasın insülin salgısının yetersizliği ya da yokluğu nedeniyle karbonhidrat, yağ, protein metabolizmasında ve damar yapısında bozukluklarla karakterize olan, komplikasyonları ağır seyreden ve erken mortaliteye neden olan kronik, metabolik bir hastalıktır (54, 56). Diyabetin tüm tiplerinde temel özelliğın hiperglisemi olduğu, ancak hiperglisemiye neden olan fizyopatolojik mekanizmanında farklı şekillerde olabileceği bildirilmektedir. Diyabetin bazı formlarında mutlak insülin yokluğu, yetersizliği veya bozuk insülin salgılanmasına neden olan genetik bir kusur varken, bazı tiplerinde ise temel özelliğın insüline karşı gelişen bir direnç olduğu bilinmektedir (90, 52).

2.1.2. Epidemiyoloji

Birçok toplumda diyabet ölüme neden olan hastalıklar içinde beşinci sıradadır ve sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde diyabet prevalansı hızla yükselmekte ve topluma olan yükü de artmaktadır (22). Geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinden itibaren Dünya’ da diyabetli sayısının artmaya başlaması ve önümüzdeki çeyrek yüzyıl için beklenen artışlar “Diyabet Epidemisi” kavramını gündeme getirmiştir (102).

2.1.2.1.Dünya’da Durum

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre 2007 yılı itibarı ile dünyada 220 milyon diyabetlinin yaşadığı ve önlem alınmazsa 2030 yılına gelindiğinde bu sayının 2 katına çıkacağı bildirilmiştir (69). Dünyada hastalığın profili hızla değişmektedir. Bu durum

özellikle kişi başına milli geliri düşük olan ülkelerde dikkati çekmektedir. Bu ülkelerde kronik hastalıkların yarattığı ekonomik yük son 10 yılda ikiye katlanmış ve enfeksiyon hastalıkları yükünü aşmıştır. En az gelişmiş ülkeler bile diyabet, kanser, kalp hastalıkları ve diğer kronik hastalıklardaki salgından muzdariptirler. Genel kanının aksine bu hastalıklar gelişmiş ülkelerdeki insanlardan çok gelişmekte olan ülkelerin insanlarını etkilemektedir (56, 98, 101). IDF (International Diabetes Federation) 2012 atlasına göre; 371 milyondan fazla kişi şeker hastasıdır ve şeker hastalığı olan kişilerin sayısı her ülkede artmaktadır. Şeker hastalığı olan kişilerin yarısı tanı konmamış olan hastalardan oluşmaktadır ve 4.8 milyon kişi diyabet nedeniyle ölmüştür. Diyabetli bireylerin tedavisi için en az 471 milyar dolar harcanmıştır (56).

Tablo 1’de 2013 yılında dünyada diyabetli sayısının 7.2 milyar olduğu belirtilmiştir ve bu sayının 2035 yılında yetişkin nüfusta 8.7 milyar olacağı tahmin edilmektedir (54, 56).

Tablo 1. Dünya’da 2013 ve 2035 yılı için tahmin edilen Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Toleransı durumu(20-79 yaş grubu)

	2013	2035
Toplam dünya nüfusu (milyar)	7.2	8.7
Yetişkin nüfus (20-79 yaş) (milyar)	4.6	5.9
Genel diyabet prevalansı %	8.3	10.1
Diyabetli sayısı (milyon)	382	592
BGT genel prevalansı %	6.9	8.0
Bozulmuş glukoz toleranslı (BGT) kişi sayısı (milyon)	316	471

2.1.2.2. Türkiye’de Durum

1997-1998 yıllarında ülke genelinde 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen ve random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24.788 kişiyi kapsayan ‘Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I)’nın sonuçlarına göre ülkemizde tip 2 diyabet prevalansı %7.2, BGT (Bozulmuş Glukoz Toleransı) prevalansı ise %6.7 bulunmuştur (85).

TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasının 1997/98 taramasından 2004/05 yıllarına kadar izlenen kohortuna dair 2009’da yayınlanan verilerine göre, Türkiye’de 35 yaş üstü nüfusta diyabet prevalansı %11,3 olarak tahmin edilmiş ve bunun 3,3 milyon kişiye karşılık geldiği hesaplanmıştır. Cinsiyetler arasında anlamlı bir prevalans farkı olmadığı görülmüştür ($p = 0.009$). En yüksek prevalans % 22 ile 65-74 yaş grubunda bulunmuştur. Diyabet sıklığının coğrafi dağılımı incelendiğinde ise diyabetin %6,1 ile Doğu Anadolu’da ve %6,6 ile Marmara’da en düşük, %10 ile Karadeniz’de ve %17 ile Güneydoğu’da en yüksek oranlarda görüldüğü bulunmuştur. Aynı çalışma, ülkemizde 4,1 milyon prediyabetli (bozulmuş açlık glukozu ve/ veya glukoz intoleransı) olduğunu öne sürmektedir. TEK HARF çalışması 2009’a göre ülkemizde diyabetin artış hızı %6,7 olup bu, diyabetli popülasyonun 10-11 yılda ikiye katlanması anlamına gelmektedir. Bu da yılda 350 bin yeni diyabetli olarak hesaplanmaktadır.

Bozulmuş açlık glukozu (BAG) insidansı erkek için % 8, kadın için % 11.9; yılda 340 bin kişi olarak hesaplanmıştır. Diyabetin ilk gelişme ortalama yaşı olarak ise 52.8 ± 11.0 yıl bulunmuştur (95, 101).

Sağlık Bakanlığınca yapılan 2003 hane halkı araştırması sonuçlarına göre 18 yaş ve üzeri 11.204 kişide hekim tarafından diyabet teşhisi konma oranı %4,75 (kadınlarda %5.57; erkeklerde %3.42) olarak bulunmuştur (40).

2004 yılı ‘Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması’ kapsamında yapılan analizlerde Türkiye için diyabet yıllık insidans yüz binde 3820, erkeklerde yüz binde 3210,2 ve kadınlarda yüz binde 4280,1 bulunmuştur. Diyabet prevalansı ise toplumda yaklaşık %6, erkeklerde %5 ve kadınlarda %6’dır (19, 99).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2007 yılı nüfus rakamlarına göre ülkemizde 2.85 milyonun üzerinde tip 2 diyabetli ve 2.6 milyon civarında BGT’ linin yaşadığı

hesaplanmaktadır. Çalışma, ülkemizde yaşayan diyabetlilerin %32'sinin hastalığının farkında olmadıklarını ortaya koymuştur. Çalışmada diyabetin kadınlarda ve kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha sık olduğu, ayrıca diyabet riskinin yaşlanma, obezite, hipertansiyon, ailede diyabet varlığı, eğitimsizlik, gelir düzeyi ve alışkanlıklar ile ilişkili olduğu saptanmıştır. TURDEP-I sonuçları, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve IDF tahminleri ile birlikte değerlendirildiğinde ülkemizde diyabet prevalansının artacağı düşünülmektedir (82, 55).

Türkiye'de diyabetin artış hızı dünya ve Avrupa genelinin üzerindedir (54, 55, 56). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) 15 ilden 540 merkezde tamamlanmış ve çalışmaya rastgele seçilip davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26.499 kişi katılmıştır. Bu çalışma, 1997/98 yıllarında yapılan TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğinde planlanmış olup aynı yöntem kullanılarak aynı merkezlerde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilk değerlendirmelerine göre; TURDEP-I'den itibaren geçen 12 yıllık süreçte erişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl artmıştır. TURDEP-II'ye göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7'ye ulaştığı görülmüştür. Daha önceki çalışmanın aksine kentserde diyabet oranı biraz daha yüksek olmakla birlikte, TURDEP- II çalışmasına göre kentsel ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmamıştır. Bilinen diyabet ve yeni diyabet oranları birbirine yakındır (%55 ve %45). Diyabet sıklığı erkeklerde kadınlardan hafifçe daha düşük bulunmuş olup kadın ve erkekler arasında çok anlamlı bir fark görülmemiştir. Türkiye'de 2010 yılı için diyabet nedeniyle kişi başı sağlık harcamasının ortalama 572 dolar olduğu hesaplanmaktadır. Bu rakam Türkiye'de diyabet maliyetinin geçen 15 yılda %40 artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (84, 85).

2.1.3. Sınıflandırma

ADA 2012 diyabet sınıflaması;

- I. Tip 1 diyabetes mellitus
 - a. İmmun kaynaklı
 - b. İdiyopatik
- II. Tip 2 diyabetes mellitus
 - a. Nonobez
 - b. Obez

III. Diğer spesifik tipler

- a. B-hücre fonksiyonunda genetik bozukluklar
- b. İnsülin etkisinde genetik bozukluklar
- c. Pankreas hastalıkları
- d. Endokrinopatiler
- e. İlaç kullanımına bağlı
- f. Enfeksiyonlar
- g. Diyabetin bazen eşlik ettiği diğer genetik sendromlar

IV. Gestasyonel diyabetes mellitus

V. Bozulmuş glukoz toleransı ve bozulmuş açlık glukozu

Tip 1 diyabet pankreas β hücre harabiyetine bağlı olarak mutlak insülin eksikliği ile daha çok çocuk ve gençlerde akut olarak ortaya çıkar. Hipoglisemi ve ketoasidoz gibi ciddi akut komplikasyonların daha sık yaşandığı diyabet tipidir ve bireyin yaşamını sürdürebilmesi için mutlaka dışarıdan insülin verilmesi gereklidir. Tüm diyabetlilerin yaklaşık % 5-10'u tip 1 diyabetlidir. Tanı sırasında hastaların ağız kuruluğu, polidipsi, poliuri, polifaji, kilo kaybı, bulanık görme, yorgunluk ve halsizlik gibi yakınmaları vardır (55, 56).

Tip 2 diyabet insülin eksikliğinden çok hücresele düzeyde insülinin kullanılmaması ile karakterize bir formdur. Tip 2 diyabetliler genellikle obezdir ve obezite insülin direncinin en başta gelen sebebidir. Obeziteden ayrı olarak kriterlere göre obez ya da fazla kilolu olmayan bireylerde de genelde bel ve karın çevresindeki yağlanma diyabet için ciddi bir risktir. Tip 2 diyabet genellikle 40 yaş ve üstü grupta görülür, ancak ortaya çıkma yaşı yaşam tarzı değişikliklerine bağlı olarak her geçen gün düşmekte gençlerde ve hatta çocuklarda görülebilmektedir. Bunun yanı sıra yaş arttıkça görülme sıklığı artmaktadır. Tip 2 diyabet klasik diyabet belirtilerinin çok belirgin olmadığı, sinsi başlangıçlı olan ve yıllarca asemptomatik kalabilen, kronik komplikasyonların sık görüldüğü, başlangıçta genellikle insülin tedavisine gerek duyulmayan diyabet tipidir ve tüm diyabetlilerin yaklaşık % 90- 95'i tip 2 diyabetlidir.

Diğer spesifik tipler pankreası etkileyen bir çok nedenle ortaya çıkan kan şekeri yüksekliğini tanımlar.

Gestasyonel diyabet gebelik sırasında ortaya çıkan diyabeti tanımlar.

Bozulmuş glukoz toleransı ve bozulmuş açlık glukozu Açlık plazma glikoz değeri 110 - 126 mg / dl arasında ise bozulmuş açlık glikoz toleransını tanımlar (55, 103, 33).

Değişik toplumlarda yapılmış çalışmalardan elde edilen epidemiyolojik verilerin karşılaştırılmasında güçlüklerin yaşanması diyabetin tanı kriterleri ve sınıflamasında standardizasyona gidilmesi gerekliliğine yol açmıştır (84). Sınıflandırma kriterleri göz önünde bulundurularak riskli gruplar belirlenmeli ve bu gruplara yönelik önlemler alınmalıdır.

2.1.4. Diyabetes Mellitus Yönünden Riskli Gruplar

Risk gruplarına dâhil kişilerin daha genç yaşlardan itibaren ve daha sık aralıklarla araştırılması gereklidir. Risk faktörleri;

- Sedanter yaşam sürmek
- Obezite (özellikle santral tipte)
- Birinci derece akrabalarda diyabet varlığı
- İri bebek doğurma ya da GDM (Gebelik Diyabetes mellitus) öyküsü
- Hipertansiyon (kan basıncı $\geq 140 / 90$ mmHg ya da hipertansiyon tedavisi)
- Dislipidemi (HDL - kolesterol < 35 mg / dl ve / veya trigliserid > 250 mg / dl)
- Polikistik over sendromu
- Önceki testlerde BGT saptanması
- Ağır insulün direnci ile seyreden sağlık sorunlarının varlığı (örn. akantozis nigrikans)
- Erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü
- Atipik antipsikotik ilaç kullanma
- Şizofreni öyküsü bulunan kişiler
- 45 yaşın üzerinde olmak(55, 91).

Risk faktörlerinin bilinmesi, bu konuda önlemlerin alınmasıyla diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkacak komplikasyonlar engellenebilir.

2.1.5. Tip 2 Diyabetin Komplikasyonları

Diyabette görülen komplikasyonlar akut ve kronik olarak 2 'ye ayrılmaktadır. Bu komplikasyonlar yaşam süresini ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.

2.1.5.1.Akut Komplikasyonlar

Kan glukoz seviyelerinin kontrolsüz olarak olması gereken değerlerinin dışına çıkması sonucu diyabetin akut komplikasyonları ortaya çıkar. Bu komplikasyonlar; hipoglisemi koması, diyabetik ketoasidoz, nonketotik koma, hiperglisemi ve hiperglisemik hiperozmalardır.

2.1.5.2.Kronik Komplikasyonlar

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

Mikrovasküler komplikasyonlar: Diyabetik retinopati, diyabetik nefropatidir.

Makrovasküler komplikasyonlar: Ateroskleroz, hipertansiyon, miyokard infarktüsü ve iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler ataktır (inme, iskemik felç) (13).

2.1.6. Tip 2 Diyabetin Tedavisi ve Bakımı

Tip 2 diyabetin tedavisi diyet ve yaşam tarzında yapılan değişiklikler ile başlamaktadır. Diyabetik diyetin yağ oranı düşük, karbonhidratları kompleks ve kalori ayarı hastanın kilosuna göre (obezlerde hipokalorik, non obezlerde ise kalorik) olmalıdır. Hasta ayrıca düzenli bir egzersiz programı uygulamalıdır (43, 86). Bu şartlar altında istenilen glisemi ayarı sağlanamıyor ise, tedaviye oral antidiyabetikler ve insülin eklenir (23, 25).

Diyabet kontrolü ve tedavisinde kullanılan yöntemler (25, 86):

a-Beslenme Tedavisi

b-Fiziksel Egzersiz

- c-İlaç Tedavisi (OAD - İnsülin)
- d-Bireysel İzlem (Self - Monitoring)
- e-Diyabet Eğitimidir.

2.1.6.1.Beslenme Tedavisi

Diyabetli bireylerde beslenme tedavisi diyabetin kontrol ve yönetiminde çok önemlidir. Beslenme önerisi en basit şekilde “şeker ilavesiz” olabilir veya karbonhidrat, protein, yağ, sodyum ve diğer besinlerin özel miktarlarını içerebilir. Dikkatli beslenme yönetimi ile bazı diyabetli bireylerde ilaç gereksiniminin ortadan kalkması veya ilaç gereksiniminin azaltılması olasıdır. Beslenme tedavisinin amaçları istenen vücut tartısını sağlamak ve sürdürmektir. Diyabetli bireyler için doğru enerji gereksinimini karşılayan öğün planı yaşamsal önem taşır. Beden kitle indeksi BKİ 20 – 25 arasında ise normal, 25’ten büyük ise şişman ve 20’den küçük ise zayıf kararını vererek günlük toplam kaloriyi hesaplamak gerekir.

- Diyabetli bireylerin diyetleri düzenlenirken yeterli ve dengeli beslenmeleri sağlanmalı
- Protein, karbonhidrat, kolesterol miktarına dikkat edilmeli
- Bireyin gereksinimleri karşılanmalı,
- Diyabetli bireyin öğün planı çeşitli yiyecekleri içermeli,
- Doymuş yağ alımı azaltılmalı,
- Bireyin beslenme alışkanlıkları, yaşam şekli ve sosyoekonomik kültürel özellikleri dikkate alınmalıdır (54, 55, 57, 77).

1994 yılında ADA’nın yayınlamış olduğu “Diabetes Mellitus’lu Bireyler için Beslenme Önerileri ve Prensipleri” ile beslenme tedavisinin felsefesini ve terminolojisini değiştirmiştir. Bu son önerilerle “diyet tedavisi” yerine “Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT)”, “Diyet veya Diyet önerileri” yerine “Beslenme veya beslenme önerileri” ifadeleri kullanılmaktadır. TBT diyabetik hastaların tedavisinin temel taşlarından birisidir ve hastalığın seyri boyunca tedavinin bir parçası olmalıdır. Yeterli TBT uygulamadan, diğer tedavi yöntemleriyle metabolik kontrolün sağlanması güçtür. Bazı tip 2 diyabetli hastalarda sadece TBT uygulamakla kan şekerleri düzeyleri ayarlanabilmektedir. TBT hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bireysel olarak hazırlanmalıdır. Diyabetli bireyin beslenme programının düzenlenmesi ve beslenme eğitiminin yapılması ekip içerisinde diyetisyenin görevidir. Ancak ekip içerisinde diyetisyen olmadığı durumlarda diyabet hemşiresi bu sorumluluğu üstlenir.

TBT'nin başarıya ulaşması için diyetisyenin, hastanın beslenme alışkanlıklarını, sosyo ekonomik durumuna uygun beslenme planını beslenme eğitimi ile destekleyerek hastaya aktarmalıdır.

Diyabetli bireylere verilecek TBT'nin hedefleri;

1-Optimal metabolik sonuçları sağlamak ve korumak :

- Komplikasyon riskini azaltmak veya önlemek için normal veya normale yakın kan glikoz düzeylerini sağlamak ve bu düzeyleri korumak
- Makrovasküler hastalık riskini azaltacak düzeyde lipit ve lipoprotein profili sağlamak
- Vasküler hastalık riskini azaltacak kan basıncı düzeylerini sağlamak ve korumak.

2- Diyabetin kronik komplikasyonlarını önlemek ve tedavi etmek. Dislipidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, nefropati, nöropati gibi kronik komplikasyonların, obezitenin önlenmesi ve tedavisi için uygun yaşam tarzı değişikliklerini sağlamak ve besin alımını ayarlamak.

3- Sağlıklı bir yaşam için uygun besin seçimini ve fiziksel aktivite düzeyini sağlamak.

4- Bireyin isteklerini, önerilen değişiklikleri yapabilme becerisini ve bu konudaki istekliliğini de dikkate alarak, kişisel ve kültürel tercihlerine, yaşam tarzına uygun olacak şekilde beslenme gereksinimi belirlemektir (73, 84).

2.1.6.2. Fiziksel Egzersiz

Planlanmış egzersiz programı hastanın tedavi planının önemli kısmını oluşturur. Egzersizin vücuda olan etkileri:

- Karbonhidrat metabolizmasını artırarak kan glukoz düzeyini düşürür ve kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır.
- Kilo vermeyi ve olması gereken kiloda kalmayı sağlar.
- Egzersiz, kaslarda glukozun kullanılmasını artırarak kan glukoz düzeyini düşürür, insülin kullanımını arttırır.
- Yüksek yoğunluktaki lipoprotein düzeyini arttırır ve trigliserid düzeyini düşürür.
- Stres ve gerginliği azaltır.
- Vücut hücrelerinin insüline duyarlılığını arttırır (25, 63).

Çin’de yapılan bir çalışmada ortalama 45 yaşındaki 577 BGT’li kişide 6 yıllık diyet ve egzersiz programlarının tip 2 diyabete dönüşme riski üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmada 6 yıl sonunda tip 2 diyabet riski, yalnızca diyet programı uygulayan grupta %31, buna karşılık yalnızca egzersiz programı uygulayan grupta %46 oranında azalmıştır. Hem diyet hem de egzersiz programı uygulayan grupta ise tip 2 diyabet riskindeki azalma benzer olarak %42 bulunmuştur (76). Çalışma kohortunun 20 yıllık takipleri 2008 yılında yayınlanmıştır. Buna göre kombine yaşam tarzı programı uygulayan grupta 20 yıl sonundaki tip 2 diyabet insidansı kontrol grubundan daha düşüktür (65). Buna karşılık kardiyovasküler olay ve kardiyovasküler mortalite açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla beraber kombine yaşam tarzı grubunda kardiyovasküler mortalite %17 daha düşük bulunmuştur (91).

2.1.6.3. İlaç tedavisi

Tip 2 diyabetli hastalar önce kilo verme, diyabetik diyet ve egzersiz ile tedavi edilmektedirler. Bu önlemler kan şekerini kontrol altına almada yetersiz kaldığında oral antidiyabetikler, oral antidiyabetikler de yetersiz ise insülin tedavisi kullanılmaktadır (71, 72).

Oral antidiyabetik ilaçlar, tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda insülin sekresyonunda bozukluk, periferik dokularda insülin direnci ve karaciğerden glukoz çıkışının artışı ile ortaya çıkan hipergliseminin ve metabolik bozukluğun diyet ve egzersiz tedavileri ile kontrol altına alınmadığı durumlarda karbonhidrat metabolizmasını düzeltebilmek amacıyla çeşitli oral ajanlar denenmiştir (72, 86, 39).

İnsülin, tip I diyabet insülinin keşfinden önce ölümcül bir hastalık iken, insülinin tedavide kullanılması ile birlikte kronik hastalıklar arasına girmiştir (39).

Tip 2 diyabette OAD’ye cevapsızlık gelişen ilerlemiş dönemlerde veya hamilelik, preoperatif dönem, ağır enfeksiyon gibi sıkı metabolik kontrol gerektiren özel durumlarda veya acil metabolik durumlarda insülin tedavisine başvurulur. Tip 2 diyabetiklerin yaklaşık %40’ında insülin tedavisi uygulanmaktadır.

Etki sürelerine göre kısa, orta ve uzun etkili insülinler bulunmaktadır. Karışım insülinler, insülin uygulama kolaylığını sağlamak için regüler ve NPH insülinin değişik oranlarda karıştırılıp ambalajlanmasıyla kullanıma sunulan formlardır.

Diyabet hemşiresi insülin tedavisi öncesi hastayı değerlendirmeli, diyabete ve insülin tedavisine yönelik tutumları saptamalı, yanlış inanç ve uygulamaları belirleyerek düzeltmeli, bu bilgileri doktor ile paylaşmalı ve tedavide hastaya özel düzenlemelerin yapılmasını sağlamalıdır. Ayrıca hemşirelik yönetimi için tedavide bireysel planlar uygulanmalı ve tedavi konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. İnsülin tedavisi uygulanan hastanın yönetiminde eğitim konuları; insülin tipleri, insülin uygulama tekniği, ağırlı enjeksiyonu önleme, insülin saklanması, satın alınması, insülin doz değişikliği, rotasyon tekniği, özel durumlarda insülin tedavi ilkeleri, akut komplikasyonlardan korunma ve tedavi, insülinin egzersizle ve diyetle ilişkisi, evde idrar ve kan glikoz düzeyinin bireysel izlenmesini içerir. Eğitim süreci içerisinde hemşire iletişimin önemini benimseyerek hastanın sürekli takibini ve danışmanlığını gerçekleştirerek tedavide başarıyı artırmalı ve diyabetliye insülin eğitim konularında bilgi ve beceri kazandırmalıdır (25, 71, 86).

Amerika’da 1983-1993 yılları arasında yapılan Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışmasında (Diabetes Control and Complications Trial –DCCT) yoğun insülin tedavisinin diyabet kontrolü üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Yoğun insülin tedavisi uygulanan diyabetlilerde geleneksel insülin tedavisi uygulananlara göre 10 yıl sonunda diyabet kontrolü iyileşmiş, kronik komplikasyonlar azalmış ve yaşam kalitesi artmıştır. Başka araştırmacılara göre insülin uygulamasıyla HbA1c düzeyinde iyileşme sağlandığı ortaya çıkmıştır (69, 38, 57).

Kanıt düzeyindeki çalışmalar iyi planlanmış bir tedavi ve bakım süreci ile evde diyabet kontrolünün sağlanabildiğini, komplikasyonların azaltılabildiğini ve aynı zamanda yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (100, 38).

2.1.6.4. Bireysel İzlem (self-monitoring)

Diyabetle başa çıkmak için, hastanın kendi kendine bakım becerilerine, hastalık hakkında pek çok bilgiye, sağlığına ve kendine bakım konusunda pozitif tutum almasına gereksinim vardır (68).

Diyabetik hastalarda metabolik kontrolün sağlanması diyabete bağlı gelişen istenmeyen yan etkilerin önlenmesi açısından önemlidir. Metabolik kontrolün yetersiz olduğu hastalarda yaşam kalitesi daha kötüdür ve bu hastaların bazı yetilerini yitirme şansı daha

fazladır. Tip 1 ve tip 2 DM'lu hastalarda, yetersiz glisemik kontrol ile mikro ve makrovasküler komplikasyonların ortaya çıkması arasında ilişki olduğu, glisemik kontrolün sağlanması ve glukolize hemoglobin (HbA1c) değerlerinin < %7 olmasıyla bu tür komplikasyonları belirgin şekilde azaltabileceği gösterilmiştir (59, 68).

Günümüzde kronik hastalıkların kontrolü ve tedavisinde başarının koşulu olarak görülen bireysel yönetim (self - management) kavramı, hastayı merkez alan, hastanın karar verme ve bakım sorumluluğunu üstlenmesini gerektiren, diyabetlilerin glisemi ve glikozüri düzeylerini görsel yöntemler veya şeker ölçme cihazları kullanarak kendi kendine takip etmesidir.

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

2.1.6.5. Diyabet Eğitimi

Eğitim ile diyabetli bireye hastalığının ne olduğu, hangi belirti ve bulgularla seyredeceği; ideal tedavinin dayandığı esaslar ve uygulanması anlatılmalı; yetersiz tedavide gelişebilecek sorunlar ve önlenmesi ile ilişkili bilgilerle birlikte hastalıkla baş edebilmenin yolları öğretilmelidir.

Diyabetli hasta öncelikle beslenme, egzersiz ve ilaç tedavisi üçgeni arasındaki dengeyi iyi kurabilmelidir. Sağlık ekibiyle diyalogunu sürdürmeli, hangi şartlarda hastaneye başvurması gerektiğini bilmelidir.

Eğitimde esas olan evde kendi kendine glukoz ölçümünü yapabilmeyi sağlamaktır. Konuyla ilişkili TEMD'nin (Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği) önerileri aşağıda sıralanmıştır:

1. İnsülin kullanan diyabetli bireylerde evde kendi kendine glukoz ölçümü diyabet öz-yönetiminin esas bileşenlerindedir.
2. Uluslararası otoriteler (örn. IDF) tarafından onaylanmış ve plazma glukoz düzeylerine göre kalibre edilmiş glukoz ölçüm cihazları kullanılmalı, cihazın doğru ölçüm yaptığından emin olmak için en azından yılda bir kez ve ayrıca kuşku durumlarda açlık venöz plazma ile eş zamanlı ölçüm yapılmalıdır.
3. Tip 1 diyabetliler, gebe (gestasyonel diyabet veya pregestasyonel diyabet) diyabetliler ve bazal-bolus insülin tedavisi kullanan Tip 2 diyabetli hastalarda günde 3 - 4 kez öğün öncesi ve kişiye göre gerektiğinde öğünün ilk lokmasından iki saat sonrasında, ayrıca haftada bir gün gece yatarken ve ayda bir gün sabaha karşı saat 02.00 - 04.00 arasında glukoz düzeyi takip edilmelidir.
4. Yalnızca bazal insülinle birlikte oral antidiyabetik ilaç kullanan Tip 2 diyabetli hastalarda en azından günde bir kez ve değişik zamanlarda evde kendi kendine glukoz ölçümü yapılmalıdır.
5. Tıbbi beslenme tedavisi ve oral antidiyabetik ilaçlarla izlenen Tip 2 diyabetlilerde glisemik kontrol düzeyi, tedavi şekli ve kişisel özelliklere göre haftada 3 - 4 kez evde kendi kendine glukoz ölçümü önerilmelidir.
6. Gebelerde açlık ve birinci saat tokluk glukoz ölçümleri tercih edilmelidir.
7. Tedavi değişikliği yapılan dönemlerde, akut hastalık ve özel durumlarda ve ayrıca insülin pompası kullananlarda daha sık aralıklarla evde kendi kendine glukoz ölçümü yapılmalıdır (39).

Diyabet tedavisi ve bakımında evde bakımın önemi ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle evde bakım hizmeti veren başta hemşireler olmak üzere diğer sağlık personellerinin diyabette evde bakım konusunda donanımlı olmalıdır.

2.2. Evde Bakım Hizmetleri

2.2.1. Tanım

Amerikan Tabipler Birliği'nin (AMA) 1979'da yaptığı tanıma göre evde bakım kişinin konforunun, fonksiyonlarının ve sağlığının en üst düzeyinin yeniden kazanılması veya sürdürülmesi amacıyla gerekli ekipman ve hizmetlerin ev ortamında sunulmasıdır (34, 88).

Kanada Evde Bakım Kurumu'na göre evde bakım kısmen veya tamamen güçsüz hale gelmiş hastaların, evlerinde yaşamasına olanak sağlayan hizmetlerin sıklıkla koruyucu, geciktirici, uzun süreli veya akut bakım alternatiflerinin yerini alacak şekilde düzenlenmesi olarak tanımlamıştır (30). Evde bakım hizmetleri; farklı meslek üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile koruyucu ve tedavi edici hizmetleri hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sunan bir hizmet modelidir (3).

DSÖ Çalışma Grubu'nun tanımına göre; uzun süreli bakım ve evde uzun süreli bakım, sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır. Bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi meslek dışı bakıcılar, asıl mesleği evde bakım olan ve bakıma yardım eden kişiler gibi bakıcılar, geleneksel bakıcılar ve gönüllüler tarafından verilen bakım etkinlikleridir (103).

Ülkemizde henüz kamusal düzeyde multidisipliner ekip anlayışı ile “evde bakım hizmeti” verilmemekle birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerdeki evde sağlık birimleri ve aile hekimleri vasıtasıyla “evde sağlık hizmetleri” sunulmaya başlanmıştır. Bakanlıkça yayımlanan 8751 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile evde sağlık hizmeti sunan kurumların çeşitliliği artırılmış, hizmet veren birimin organizasyon, araç, gereç ve personel durumu ile verilecek hizmetin kapsamı tanımlanmıştır (35).

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğe göre; evde bakım hizmeti; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını

karşılacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmıştır (46, 105).

Evde sunulan yardım sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi gereksinimler üzerine odaklanmaktadır. Evde bakım, evde bulunan tüm bireylere, çocuklardan kronik hastalığı olan yaşlılara kadar herkese hizmet sunmak için kullanılmaktadır.

Evde bakım hizmetleri uygulamaları sırasında özellikle de kronik hastalıkların bakımında, hastanın ve hasta yakınının bakımı sırasında katılımcı olması beklenmektedir. Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken, hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasındaki eşgüdümü de artırmaktadır. Evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak tıbbi kontrol altında hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesi olarak ifade edilmiştir. Evde bakım hizmetlerinde amaç, günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyerek en uygun tedaviye ulaşarak hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam kalitesini yükseltmek olduğu belirtilmektedir (60).

Evde bakım hizmeti ile bireyi uyum içinde bulunduğu sosyal çevresinden koparmadan yaşam kalitesini korumak ve yükseltmek hedeflenmektedir (17).

2.2.2. Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Bu nedenle her ülke, kendi olanakları ve sosyo-kültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanı sıra, kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklarda çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedir. Ev hizmeti alanların 1998 yılında Avusturya'da % 83'ünü, Almanya'da % 83'ünü, ABD'de % 63'ünü 65 yaş ve üzeridekiler oluşturmaktadır (61).

Evde bakım kapsamlı bir hizmet modeli olması nedeniyle; bireyin ihtiyaç duyduğu biyolojik bakım, psiko-sosyal hizmetler ve ev idaresi gibi hizmetlerin bakıma muhtaç bireyin yaşadığı ortamda sunulmasını amaçlar. Bu hizmetler;

- Ev işleri: Temizlik, çamaşır, bulaşık, alış-veriş gibi günlük işlerin yerine getirilmesi ve güvenli bir ev ortamı oluşturulması için evin ihtiyaca göre yeniden düzenlenmesidir.
- Kişisel bakım: Banyo ve tuvalet ihtiyacını gidermede destek olma, giyinme, diş fırçalama, istenmeyen tüylerin temizlenmesi, tıraş olma gibi kişisel bakım hizmetlerinin yerine getirilmesidir.
- Beslenme ve sağlık destek hizmetleri: Beslenme, ilaçların verilmesi, tansiyon, şeker kontrolü gibi sağlık durumu takibinin yapılmasıdır.
- Sosyal destek ve danışmanlık hizmetleri: Resmi işlemler, ev onarımı işleri, finans, ulaşım ve fatura ödemeleri gibi işlemlerin takip edilmesi ve arkadaşlık, komşuluk ve yakınlarla olan ilişkilerin düzenlenmesidir.
- Hemşirelik hizmetleri: Belli periyotlarla hemşire ziyareti yapılması ve 24 saat acil yardım hizmeti sağlanmasıdır (61, 12, 62).

Bakıma muhtaçlık durumunun uzun sürmesi ya da ömür boyu devam etmesi bireyi kısıtlamakta ve kendi işini yapmasını engellemektedir. Nitekim Almanya’da yapılan bir araştırmada evde bakım hizmeti alan bakıma muhtaç yaşlıların %88’i alış-veriş yapamamakta, %86’sı toplu taşıma vasıtalarına binememekte, %84’ü ev temizliği yapamamakta, %71’i banyo yapamamakta, %70’i misafirlige gidememekte, %69’u yemek pişirememekte, %64’ü evini ısıtamamakta, %63’ü mali işlerini takip edememekte, %59’u dışarıdaki işlerini takip edememekte, %57’si duş alamamakta, %57’si merdivenleri kullanamamakta ve %44’ü ilaçlarını doğru kullanamamaktadır. Bu nedenle evde bakım hizmetleri sadece tıbbi bakım ihtiyaçlarını değil, sosyal bakım ihtiyaçlarını da karşılayacak şekilde organize edilmelidir. Sosyal bakım hizmetleri teknik olarak ADLs (Activities of Daily Living) olarak adlandırılan yemek yeme, banyo, tuvalet ihtiyacını giderme, giyinme, soyunma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri ile IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) olarak adlandırılan ev işleri, yemek yapma, alış-verişe gitme, fatura ödeme gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini içermektedir (62).

SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü) Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmetleri Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmeliğin 9. maddesinde bakım hizmetlerinin kapsamı iki ana başlık altında belirtilmiştir. Birincisi; bakıma muhtaç bireyin beden ve çevre temizliğini kapsayan kişisel bakım

hizmetleri, ikincisi; rehberlik, danışmanlık ve yardım hizmetleri gibi sosyal hizmet müdahalesini gerektiren psiko-sosyal destek hizmetleridir (87).

2.2.3. Dünya’da Evde Bakım

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olan doğumun evde mi yoksa hastanede mi olması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma’dan başlayarak anlatmak yerinde olabilir. Roma’da doğumlar alet ve edevatlarını yanında getiren ebenin eşliğinde gebenin evinde gerçekleştirilmekteyken bazı toplumlarda doğumun sadece aile içi değil, toplumun bütünü için kutsal ve önemli sayılmasından ötürü, doğumun günlük kullanımın olmadığı özel mekânlarda gerçekleştirildiği bilinmektedir. Kentlerde yaşayan fakir ve hasta kişiler, bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır. 20. yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış şehirde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışı ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı artırmıştır. Çocukların ve yaşlıların toplanıp, evlerinden ayrı oldukları halde bir arada buldukları bakımevlerine yerleştirilmeleri gerçekleştirilmiştir. Bu durum bazı toplumlarda tepkilere neden olmuştur. Evde bakımla ilgili anlatılan felsefi değişiklikler yaşanırken, İngiltere’de eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır (31, 36).

İlk evde bakım hizmeti sunan yapılanmalar 1800’lü yılların başında Amerika’da kuruldu. Daha sonra 1960’lar da yaygınlaşıp kapsamı genişledi ve sigorta kapsamına girdi ve 1965 yılında yasallaşmıştır. Ulusal Evde Bakım Birliği 1982’de ABD ’de kurulmuştur. Birliğin misyonu :

- Hastalar için bakım kalitesini geliştirmek
- Bakım hizmeti sunanların haklarını korumak ve temsil etmek
- Sağlık bakımın merkezine evde bakımı yerleştirmektir.

Birlik aynı zamanda yaptığı çalışmalarla evde bakımın toplumda bilinirliğini %20’lerden %90’ların üzerine, evde bakım hizmeti alan hasta oranını %10’lardan %40’lara çıkarmıştır.

Evde bakım hizmetleri sektörü de Amerika'da ikinci en hızlı büyüyen sektör konumuna gelmiştir (32).

Evde hasta bakımı yolu benimsenmesine rağmen, dini kuruluşlar dışında evde hasta bakım hizmeti, gerçek anlamda 1859 yılına kadar yapılamamıştır. Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Florence Nightingale hasta kişilerin bakımı ile görevlendirilecek olan kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale' in önerileri üzerine 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımı gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1.5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında, ziyaretçi hemşirelerin, görevi genişlemeye başlamış ev ziyaretlerine, öğretmenler ve sosyal görevlilerde katılmaya başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında da hastanelerdeki hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayılarının azalması ile birlikte o zamana kadar hastanede tedavi gören hastalar evde tedavi edilmiş ve ev hemşireliği hizmetleri niceliksel ve niteliksel olarak artış göstermiştir (36, 41).

Bugün ABD'de 17.000, Almanya'da 13.000 kuruluş evde bakım hizmeti vermekte, belediyeler, kiliseler, özel şirketler ve sigortalar bu alanda kendilerine biçilen rolleri başarı ile sürdürmektedirler. Jakopzone tarafından yapılan saptamalara göre sadece 65 yaş üzeri nüfus göz önüne alındığında, 1998 yılı itibariyle kuruluşlar aracılığı ile evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfusun boyutu Kanada'da % 17, ABD'de % 16, Avustralya'da % 11.7, İsveç'te % 11.2, Almanya'da % 9.6, Fransa'da % 6.1, Japonya'da ise % 5'dir (101, 88).

İspanya'da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyondur. İngiltere'de ise yaşlıların 1/6'sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya'da yaşlıların büyük bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri tarafından ev ortamında bakılmaktadır (61). Jakopzode (2000)'e göre, 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibariyle evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada'da %17, Amerika'da %16. Avustralya'da %11.7, İsveç'te %11.2, Almanya'da %9.6, Fransa'da %6.1 ve Japonya'da ise %5'dir. Bunların dışında Hollanda, Belçika, Lüksemburg, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede de evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (17, 74).

2.2.4. Türkiye’de Evde Bakım

Evde Bakım Derneği tarafından Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için gerçekleştirilen önemli bir çalışma, 8-9 Nisan 2010’da Ankara’da düzenlenen “Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı” dır. Çalıştay, ülkemizdeki sağlık sistemi ve sosyal hizmetler ile uyumlu, toplum gereksinimine cevap verebilecek, uluslararası, çağdaş ve bilimsel standartlara uygun ve ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım hizmet modeli taslağı oluşturmak amacıyla düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye İş Kurumu, Devlet Planlama Teşkilatı, Hizmet sunanlar (Kamu, Yerel Yönetimler ve Özel), Sivil Toplum Örgütleri, ilgili meslek örgütlerinin temsilcileri olmak üzere toplam 68 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Böylece konuyla ilgili kurumlar ilk defa bu kadar geniş bir katılımı bir araya gelerek ülkemizde evde bakımla ilgili sorunları görüşmüş ve belirlenen tartışma başlıkları altında model oluşturmaya yönelik çözüm önerileri geliştirmişlerdir (85).

Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için gerçekleştirilen başka bir çalışma ise Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve Evde Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi işbirliğiyle düzenlenen “1. Uluslararası Evde Bakım Kongresi” 2013 yılında İzmir’de gerçekleştirilmiştir.

Türkiye’de evde bakımın tarihi henüz çok yenidir ve bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir (80).

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış; ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir (37). Türkiye’de yatak sayısının yetersizliği bilinen bir gerçektir. Dört yüz kişiye 1 hasta yatağı düşmektedir. Bu soruna çözüm olarak yatak sayısının artırılmasından daha çok evde bakım olanaklarının güçlendirilmesinin ekonomik olduğu diğer ülkelerde yapılan yarar-maliyet çalışmalarının sonuçlarından elde edilen bir bulgudur (32).

Ülkemizde de yaşlılık, özürllülük ve kronik hastalıkların artması ve hastane sonrası bakım hizmetlerine olan talebin yükselmesi, gelecek yıllarsa sağlık harcamalarında ciddi bir artış olacağını işaretlerini vermektedir. Türkiye’de kamu tarafından desteklenen gerek kısa süreli gerekse de uzun süreli evde bakım hizmetlerine yönelik tüm vatandaşları içine alan yasal düzenleme ve organizasyon henüz oluşturulmamıştır (104).

2.2.5. Evde Bakım Hizmetinin Yararları

Evde bakım hizmetleri hem yeni hem de kurumsal bakıma alternatif bir sağlık hizmeti türü olarak birçok avantajın yanı sıra dezavantajı da beraberinde getirmektedir. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları şöyle sıralanabilir; (60)

- Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyacı olan kişiye daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir.
- Ailenin ve tanıdık çevrenin varlığı, evde bakım hizmetini hasta için cazip kılar.
- Hastaların kendi kurallarına değer verilir.
- Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler.
- Hastanede kalışta hasta için her zaman bir enfeksiyon riski söz konusu iken, evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı daha azdır.
- Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. Sadece hastalar ve ödeyiciler için değil, hastaneler için de bu önemli bir durumdur.
- İleri teknolojiye sahip, kullanım kolaylığı olan ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çeşitlenmesini sağlamaktadır. Bu tür yüksek teknolojinin kullanımı sayesinde hastaların daha erken taburcu olarak tedavilerinin devamı sağlanabilir.
- Evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır.
- Evde bakım bazı bireylere ulaşmanın tek yoludur.
- En üst düzeyde bağımsızlık sağlar.
- Evde bakım hizmetleri gereksiz hastane kullanımını önemli ölçüde azaltmaktadır (74, 15, 104).

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiği için ekip çalışmasını zorunlu

kılmaktadır. Bireyin sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek grupları bakımda rol alır. Tedavinin bir parçası olarak aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin bu plana katılması planın etkililiğini artırır (61). Evde bakımın yaygınlaşmasında, evde bakım hizmeti veren klinisyen, hemşire ve sağlık personeli sayısının artmasına, teknolojik gelişmelere ve sağlık sigortalarının evde bakım hizmetlerini desteklemeleri önemli rol oynamaktadır (29).

2.2.6. Diyabette Evde Bakım

Modern diyabet tedavisi, eğitim, kan glikozunun hasta tarafından ölçülerek izlenmesi, komplikasyonlar açısından izleme ve erken tedavi ile hipertansiyon ve hiperlipidemiye yönelik saldırgan bir tedavi gibi bir bütün oluşturan bir paket halinde uygulanır. Tip 1 diyabetli hastalarda DCCT(Diabetes Control and Complications Trial), Tip 2 diyabetli hastalarda UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) alışması özellikle mikrovasküler komplikasyonların önlenmesi, geciktirilmesi veya hafif seyretmesinde sıkı glisemik kontrolün yararlı olduğunu gösteren kesin kanıtlar sağlamıştır(38, 100).

Evde glisemi takibi doğru uygulandığında kişiye kendi kan şekerlerini ölçerken, kendi hastalığını tanıma ve yön vermek imknı tanır.

Evde glisemi takibinin yararları;

1. Daha iyi glisemik kontrol sağlanmasına yardım eder.
2. Hipoglisemilerin erken tanı ve nlenmesine yardım eder.
3. İnsülin ve oral antidiabetiklerin doz ayarımı kolaylaştırır.
4. Daha serbest ve güvenli bir hayat sağlar. Tatil, spor aktivitelerinin daha rahat yapılmasını ve daha serbest diyet sağlar.
5. Ketoasidoz gelişme sıklığı azalır.

6. Uzun vadede kronik komplikasyonlar azalır, yaşam kalitesi artar, dolayısıyla hastaneye yatış nedenleri azalır.

7. Hastanın eğitimine yardımcı olur (54, 55, 14, 49).

Diyabet kontrolü için belirlenen hedefler; hastanın kendi kendine yönetimini sağlayabilmesi ve bunun sonucunda metabolik kontrolün iyileşmesi, komplikasyonların ortaya çıkışının veya ilerlemesinin engellenmesi ve sağlık düzeyinin yükseltilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Hasta tutumlarının diyabet bakımını önemli derecede etkilediği, olumsuz tutuma sahip kişilerin metabolik kontrol düzeylerinin daha kötü olduğu, HbA1c ve kan basınçlarının da bundan olumsuz etkilenecek daha yüksek olduğu gösterilmiştir (59).

2.2.7. Diyabette Evde Bakım Hemşireliği

İlk kez 1914 yılında Elliott Joslin diyabet eğitimi ve tedavisinde eğitim hemşirelerinin önemli bir rolü olduğunu bildirmiştir. Ayrıca diyabet ve diyabet eğitimi konusunda uzman olmanın hemşireler için yeni bir kariyer vaat ettiğini vurgulamıştır (4). Günümüzde hemşirelik mesleğinde çok sayıda uzmanlık alanı mevcuttur, ama ilk kabul edilen uzmanlık alanı diyabet hemşireliği olmuştur (21).

Türkiye'de gerek akut, gerekse kronik hastalıkları olan bireylerin bakımının evde bakım sistemi olmadığı için aile bireyelerine yüklenmesi, aile üyelerinde zamanla tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir. Gelişen tıbbi teknoloji, diyabette kan şekeri izleminin evde uygulanmasını mümkün kılmakta ve Türkiye'de bu tür uygulamalar giderek yaygınlık kazanmaktadır. Bu uygulamaların istenen şekilde gerçekleştirilmesi de, çoğunlukla evde profesyonel bir ekibin desteğini gerekli kılmaktadır (36).

Hemşireler diyabet ekibinde çok önemli bir role sahiptir. Hemşirelik uygulaması bütüncül bakıma önem verir. Aile ve toplumun etkisini kabul eder; hasta eğitimi, desteği ve danışmanlığı yoluyla hemşirelik, hasta ve ailesinin sadece gerçekleri ve psikomotor becerileri değil, ayrıca bilgiyi davranışa dönüştürmelerini sağlayacak yöntemleri ve stratejileri öğrenmelerine yardımcı olur (36, 37).

Hasta eğitimi, hastalara yaşamlarını yönetmeleri için gereksinim duydukları yeterlilikleri kazanma ve sürdürmelerine yardım etme süreci; hasta bakımının tamamlayıcı ve sürekliliği olan bir bölümdür. Hasta eğitimi; hastanın bakımı ve hastalığı, hastane organizasyonu, kurumsal prosedürle ilgili işlemler, psikososyal desteği, evde bakımı içeren organize etkinliklerdir. Böylece hastalar ve aileleri hastalık, tedavi süreci, yaşam kalitesini geliştirme ve sürdürmede kendi bakımlarının sorumluluğunu üstlenirler. Hasta eğitimi, uygulanan tüm diğer girişimlere (cerrahi, farmakolojik, fizik terapi vb.) ek olarak terapötik etki sağlamayı amaçlar. Dünya Sağlık Örgütü, hasta eğitiminin hastaların ve toplumun sağlık gereksinimlerine uygun olması, hastalığının yönetiminde hastanın aktif katılımının sağlanması, multiprofesyonel ve interdisipliner işbirliği, sorun çözme yaklaşımına dayalı bir ekip çalışması gerektiğini vurgulamıştır. Hastaların kendi eğitimlerinin mimarı olması gerektiği benimsenmiş; hastayı “uzman kişi” olarak kabul ederek işbirliği kurmak önerilen bir eğitim stratejisi olmuştur (16). Diyabetli hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, gerilimi azaltma, aileyi bir arada tutma, bakımevlerine gereksinimi azaltma, profesyonel hizmet sunma, maliyeti azaltma gibi birçok yararları olan evde sağlık bakım hizmetleri sağlık alanında önemli bir yere sahiptir. Diyabet hemşiresinin rolü çalışma merkezinin ve bölgenin özelliklerine göre esneklik gösterir. En önemli rolleri ise, diyabetli bireyler için eğitimi koordine etme, planlama, uygulama ve değerlendirmedir (44).

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

- Ekibin hedef ve stratejilerinin belirlenmesinde görev alma,

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

Bu tür hizmetleri gerçekleştirecek hemşireler; hızlı ve etkili karar verme, inisiyatif kullanma gücüne, multidisipliner ekiple etkili çalışma ilişkisi geliştirme-sürdürme becerisi ve esnekliğine, hızlı veri toplama ve doğru tanı koyabilme, problemlere etkili çözüm getirebilme, destek personel, hasta ve aileye etkili eğitim, danışmanlık ve denetim yapabilme becerisine, hemşirelik teorileri ve hastalık süreçlerine ilişkin geniş bilgi temeline, güvenlik önlemlerini bilme ve güvenli çalışma ortamı yaratabilme becerisine, acil durumlarda sakin ve etkili reaksiyon gösterme becerisine, güçlü yazılı-sözlü iletişim kurabilme ve çok az süpervizyonla bağımsız bir şekilde çalışma becerisine sahip olmalıdır (31).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimlerinin hizmet verdiği bölgelerde Şubat -Temmuz 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup Şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimleri'ne bağlı bölgelerde evde bakım alan tip 2 diyabetli hastaların (140 hasta) tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Anketler iletişim engeli olmayan, soruları anlayıp cevap verebilen hastalara uygulanmıştır. Ölüm, mental problemler, sağırlık, dil farklılığı gibi nedenlerden dolayı 20 hasta araştırma dışında tutulmuş olup 120 (%85.71) diyabetli hastaya ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu ve diyabet tutum ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Anket Formu (Diyabetli Hasta Tanılama Formu)

Anket formunda bireye ve hastalığa ilişkin özellikler yer almaktadır (Ek.1).

Bireye ilişkin özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, sosyal güvence varlığı, meslek durumu, sigara-alkol kullanma durumuna ait bilgilerden oluşmaktadır.

Hastalığa ilişkin özellikler; diyabet süresi, diyabet dışında hastalık varlığı, ailede diyabet öyküsünün varlığı, var ise yakınlık derecesi, diyabet tedavisine uyum durumu, insülin kullanma durumu, kan şekeri ölçüm sıklığı, diyetle uyum, egzersiz sıklığı, diyabet kontrol sıklığı, diyabet eğitimi ve evde bakım hizmetine yönelik memnuniyeti içeren bilgilerden oluşmaktadır.

Anket formu literatür doğrultusunda hazırlandıktan sonra beş Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı öğretim üyesinden uzman görüşü alınmış ve 10 diyabetli hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anket formunda gerekli düzenlemeler yapılarak ankete son hali verilmiştir (Ek.1).

3.4.2. Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ)

Amerika'da Ulusal Diyabet Komisyonu tarafından geliştirilen DTÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özcan (1999) tarafından yapılmıştır (Ek.2). Alt grupların test-tekrar korelasyon katsayıları 0.52-0.93, Cronbach's Alpha değerleri ise 0.61-0.93 sınırları arasındadır. Alt grupların ölçek toplam puanı ile korelasyonları değerlendirilmiş ve 0.39-0.94 sınırları arasında olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyonları 0.38-0.80 değerleri arasındadır. Sonuç olarak geçerlik-güvenirlik işlemlerinde korelasyon katsayıları 0.30'dan büyük, test-tekrar test ve Cronbach Alpha değerleri genel olarak yüksek bulunmuştur (70).

Diyabet bakım ekibi ve diyabetli bireyler olmak üzere iki farklı gruba uygulanabilen araç, bu iki grubun tutumlarını değerlendirilmesini sağlar. Bununla birlikte DTÖ diyabet

eğitim programlarının etkisini, eğitimin etkinliğinde hasta tutumunun 3nemini ve tutum ile davranış arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılabilmektedir. DT3'n3n kapsadığı 7 alt boyut; 3zel eğitim gereksinimi (1, 8, 9, 13, 26, 28, 30 maddelerinde yer alan sorularla hastaların evde bakım veren diyabet ekibinin 3zel bir eğitime olan gereksinimleri sorgulanmıştır), hasta uyumuna karşı tutum (4, 15, 19, 22, 27, 29 maddelerinde yer alan sorularla diyabetlilerin, diyabet tedavisinin bireysel y3netimine bakışı, sorumluluklarının farkında olma d3zeyleri değerlendirilmiştir), tip 2 diyabetin ciddiyeti (5, 6, 12 maddelerinde yer alan sorulara verilen yanıt negatif tutumu g3stermektedir), kan glikoz kontrol3 ve komplikasyonlar (10, 17, 24, 34 maddelerinde yer alan sorularla hastaların kan glukoz kontrollerinin değerlendirildiği), hastanın yaşamına diyabetin etkisi (2, 11, 14, 18, 21 maddelerinde yer alan sorular ile diyabetin etkisinin hastanın yaşamında oluşturduğu tutum değerlendirilmiştir), hasta otonomisine karşı tutum (3, 7, 25, 31, 33 maddelerinde yer alan sorularla hastanın kendi tedavisinin y3netimindeki etkinliği ve bu y3ndeki tutumu değerlendirilmiştir) ve ekip bakımına karşı tutumdur (16, 20, 23, 32 maddelerinde yer alan sorularla ekip tarafından takip edilmenin hastada oluşturduğu tutum değerlendirilmiştir). 3lek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile değerlendirilmiştir. Puan > 3 ise pozitif tutum, puan < 3 ise negatif tutumu ifade etmektedir. Puanın 5'e doğru artışı veya 1'e doğru d3ř3ř3 o y3ndeki tutumu g3lendirmektedir. DT3'n3n her bir alt boyutu oluşturan t3m madde puanlarının toplanarak alt grup madde sayısına b3l3nmesi ile o bireyin alt boyuta ait, 1 ile 5 arasında değişen tutum puanı hesaplanmaktadır. Aynı şekilde 3lekteki t3m maddelerin puanlarının toplanarak 34'e b3l3nmesi ile genel olarak diyabet tutum puanı hesaplanmaktadır. 3lek toplam puanının yorumlanması da madde puanlarının yorumlanmasına benzerdir. 3lek puanı > 3 ise pozitif tutumu, 3lek puanı < 3 ise negatif tutumu ifade etmekte ve puanın artışı veya d3ř3ř3 o y3ndeki tutumu g3lendirmektedir (50).

3.4.3. Bağımlı ve Bağımsız Değerşkenler

Çalışmanın bağımlı değerşkenleri hastaların diyabet tutum ve davranışları, bağımsız değerşkenleri ise sosyo demografik ve hastalığa ilişkin 3zelliklerdir.

3.4.4. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi), Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

3.4.5. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve şanlıurfa Balıklıgöl Devlet Hastanesi'nden (Ek.3), Harran Üniversitesi etik kurulundan ve katılımcılardan izin alınmıştır (Ek.4). Anket uygulanmadan önce hastaya bilgilendirilmiş olur formu imzalatılarak hastanın rızası alınmıştır (Ek.5).

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 2. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n = 120)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	39	32.5
Kadın	81	67.5
Medeni Durum		
Evli	70	58.3
Bekar	3	2.5
Dul	47	39.2
Eğitim Durumunuz		
Okur-yazar değil	28	23.4
Okur-yazar	37	30.8
İlkokul mezunu	40	33.3
Lise mezunu ve üstü	15	12.5
Sağlık Güvenceniz		
SGK	62	51.7
Emekli Sandığı	35	29.2
Yeşilkart	23	19.1
Toplam	120	100.0

Tablo 2’de çalışmaya katılan bireylere ait sosyo-demografik özellikler yer almaktadır. Çalışma kapsamındaki diyabetlilerin yaş ortalamaları 61.0 ± 12.1 ’dir. Diyabetli bireylerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, %32.5’i erkek, %67.5’i kadınlardan oluşmaktadır. Bireylerin %58.3’ü evli, %2.5’i bekar, %39.2’si ise duldur. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %23,4’ünün okur yazar olmadığı, %30.8’inin okur yazar, %33.3’ünün ilkokul mezunu, %12.5’inin lise mezunu ve üstü olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmeti alan bireylerle çalışıldığı için bütün grubun sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bunların %51.7’si SGK (n = 62), %29.2’si emekli sandığı, %19.1’i yeşil kartlıdır.

Çalışmaya katılanların sigara kullanma alışkanlıkları incelendiğinde %25.8'inin sigara içtiği, %74.2'sinin ise sigara içmediği saptanmıştır. Katılımcılarda alkol kullanan birey bulunmamaktadır. Çalışma evde bakım alan hastalarla yapıldığı için bireyler herhangi bir işte çalışmamaktadır.

4. 2. Hastalıkla İlgili Özellikler

Tablo 3. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n = 120)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Ailede Diyabet Varlığı		
Evet	61	50.8
Hayır	59	49.2
Diyabet Tedavisine Uyumu		
İyi	57	47.5
Orta	51	42.5
Kötü	12	10.0
Düzenli İnsülin Kullanımı		
Evet	88	73.3
Hayır	32	26.7
Kan Şekeri Ölçüm Biçimi		
Sağlık kuruluşunda	25	20.8
Evde	95	79.2
Kan Şekeri Ölçüm Sıklığı		
Her gün	52	43.3
Ara sıra	42	35.0
Düzensiz	26	21.7

Diyete Uyum		
Evet	95	79.2
Hayır	25	20.8
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	47	39.2
Hayır	73	60.8
Diyabet Dışında Başka Hastalığın Varlığı		
Evet	96	80.0
Hayır	24	20.0
Diyabet Eğitimi Alma Durumu		
Evet	39	32.5
Hayır	81	67.5
Daha Fazla Diyabet Eğitimi Alma İsteği		
Evet	90	75.2
Hayır	30	25.5
Toplam	120	100.0

Tablo 3’de hastaların hastalıkla ilgili özellikleri yer almaktadır. Diyabetli bireylerin ortalama diyabet ile yaşam süresi 10.2 ± 6.84 yıl olarak saptanmıştır. Ailelerinde diyabet öyküsüne bakıldığında %50.8’nin ailesinde diyabetli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %47.5’i tedaviye uyumunun iyi olduğunu, %42.5’i orta olduğunu, %10’u ise kötü olduğunu ifade etmiş olup %73.3’ünün düzenli insülin kullandığı, %43.3’ünün de her gün kan şekeri ölçümü yaptığı saptanmıştır. Kan şekeri ölçümü yaptıran hastalarda, evde kan şekeri takibi yapanların oranı ise %79.2’dir. Diyetle uyum durumlarına bakıldığında %79.2’sinin diyetine uyduğu, %20.8’nin ise diyetine uymadığı saptanmıştır. Bireylerin egzersiz alışkanlıkları incelendiğinde %39.2’sinin egzersiz yaptığı, %60.8’inin ise herhangi bir egzersiz yapmadığı görülmüştür. Ayrıca hastaların %80’i diyabet dışında başka bir hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların %67.5'i diyabet konusunda herhangi bir eğitim almadığını, %15.0'i ise diyabet konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bireylerin %75.2'si ise daha fazla diyabet eğitimi almak istediğini bildirmiştir.

Hastaların %45'i eşi tarafından, %30'u çocukları tarafından, %19.2'si akrabaların tarafından bakım aldığını belirtirken %5.8'i ise hiç kimse tarafından bakım almadığını belirtmiştir. Ayrıca bireylerin tamamı kendilerine sağlık personeli tarafından verilen evde bakım hizmetlerden memnun olduklarını belirtmiştir. Bireylerin %70'i daha sık aralıklarla evde bakım hizmetlerine yönelik ziyaretlerin gerçekleştirilmesini istediklerini ifade etmişlerdir.

4.3. Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 4. Hastaların Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt boyutlar	X	±SS	Median	Min	Max
Özel Eğitim Gereksinimi					
1.Sağlık bakımı çalışanlarının etkili diyabet tedavisi uygulamak için özel bir eğitim almaları gerekir.	3.96	0.56	4	2	5
8.Bireysel diyabet bakımını öğreten hemşire ve diyetisyenlerin, kendilerinin de eğitim ve danışmanlık becerilerini öğrenmeleri önemlidir.	3.75	0.85	4	1	5
9.Diyabet bakımı hızlı bir değişim geçirdiği için, sağlık bakım çalışanlarına diyabet hakkında öğrenmeyi sürdürmeleri şartı getirilmelidir.	3.75	0.74	4	2	5
13.Diyabetli bireyleri tedavi eden sağlık bakımı çalışanları, hastaları ile iyi iletişim kurmaları konusunda eğitilmelidir	3.83	0.80	4	2	5
26.Diyabet konusunda özel eğitimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler	3.96	0.83	4	2	5
28.Diyabet eğitimcileri başarılı olmak için eğitimci olma konusunda çok şey öğrenmelidir	3.60	0.85	4	1	5

30.Sağlık bakımı çalışanlarının diyabet eğitimi, yaşlılık diyabetini de kapsamalıdır.	3.80	0.82	4	1	5
Alt Boyut Toplam Puanı	3.77	0.44	3.78	2.43	5.00
Hasta Uyumuna Karşı Tutum					
4.Diyabetli bireylerin yaşamlarındaki en önemli şey, diyabetlerini kontrol altına almaktır.	3.69	0.80	4	1	5
15.Diyabetli birey işbirliği yapmaz ve önerilen tedaviye uymazsa sağlık bakımı çalışanlarının onlar için yapabileceği fazla bir şey yoktur	3.56	0.95	4	1	5
19.Önerilen diyabet tedavisini uygulamayan bireyler diyabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.	3.14	0.97	3	1	5
22.Hastalara diyabet komplikasyonlarından bahsetme, önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürkütecektir.	3.22	1.05	3	1	5
27.Diyabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.	3.71	0.82	4	1	5
29.Diyabet bakımı hakkındaki kararlar doktor tarafından verilmelidir.	3.47	0.97	4	1	5
Alt Boyut Toplam Puanı	3.46	0.46	3.50	2	4.8
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti					
5.Yalnızca diyetle kontrol edilebilen diyabet oldukça hafif bir hastalıktır.	2.67	0.84	3	1	5
6. İnsüline bağımlı olmayan diyabet, insüline bağımlı diyabetten daha hafif bir hastalıktır.	2.71	0.87	3	1	5
12.Diyabetleri yalnızca diyetle tedavi edilen bireylerin, diyabetin uzun dönem komplikasyonlarına yakalanma konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.	2.42	0.98	2	1	5
Alt Boyut Toplam Puanı	2.60	0.67	2.66	1.33	5
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar					
10.Kan şekeri kontrolü kotu olan diyabetli bireylerde, kan şekeri kontrolü iyi olan bireylere kıyasla diyabet komplikasyonlarının gelişme olasılığı daha fazladır.	3.90	0.89	4	1	5
17.Kan şekerinin iyi kontrolü, diyabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.	3.61	0.86	4	1	5
24.Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diyabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya	3.20	0.96	3	1	5

çıkacaktır.					
34.Kan şekerinin uzun bir süre yüksek olması ile uzun dönem diyabet komplikasyonlarının gelişmesi arasında ilişki vardır.	3.92	0.76	4	1	5
Alt Boyut Toplam Puanı	3.66	0.53	3.75	1.5	5
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi					
2.Diyabetli olma, bireyin yaşama bakışını değiştirir.	3.85	0.75	4	1	5
11.Diyabet tedavisi moral bozucudur.	3.83	0.90	4	2	5
14.Diyabet, diyabetli bireyin yaşamının hemen hemen her anını etkiler.	4.02	0.76	4	1	5
18.Diyabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.	4.15	0.88	4	1	5
21.Diyabet çok ciddi bir hastalıktır.	4.29	0.91	5	1	5
Alt Boyut Toplam Puanı	4.03	0.47	4.00	2.6	5
Hasta Otonomisine Karşı Tutum					
3.Diyabetli bireylere, kendi kendine bakım yöntemlerini nasıl seçmeleri ve yapmaları gerektiği öğretilmelidir.	4.00	0.67	4	2	5
7.Diyabetli birey, diyabet tedavisi ile ilgili olarak neler yapması gerektiğini belirlemelidir.	3.58	0.79	4	1	5
25.Diyabetli hastaların, kan şekerlerini kontrol altında tutmak için ne kadar caba göstereceklerine karar verme hakları vardır.	3.35	0.94	4	1	5
31.Günlük diyabet bakımı konusunda önemli kararlar diyabetli birey tarafından verilmelidir.	3.78	0.82	4	1	5
33.Diyabetli birey kendi bakımında sorumluluk alabilmek için hastalığını çok iyi öğrenmelidir.	3.90	0.72	4	1	5
Alt Boyut Toplam Puanı	3.73	0.46	3.80	2	5
Ekip Bakımına Karşı Tutum					
16.Doktorlar, diyabet bakımı konusunda hastaları yeterince bilgilendirmek için, hemşire ve diyetisyenlerin yardımına gereksinim duyarlar.	3.53	0.83	4	1	5
20.Doktorlar diyabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermelidir.	3.36	0.85	3.5	1	5
23.Doktorların, diyabetli hastayı tedavi etme konusunda hemşire ve diyetisyenlerin yardımına ihtiyaçları yoktur.	3.90	0.91	3	1	5

32.Doktorlar diyabetli bireyi, hastalığını öğrenmesine yardımcı olması için eğitimci hemşireye göndermelidir	3.60	0.87	4	1	5
Alt Boyut Toplam Puanı	3.35	0.52	3.50	1.5	4.7
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.52	0.28	3.50	2.5	4.4

Tablo 4'te hastaların diyabet tutum ölçeği puanlarının ortalamaları yer almaktadır. Diyabet tutum ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde ölçek toplam puan ortalamasının 3.52 ± 0.28 olduğu saptanmıştır.

Yapılan anket ile elde edilen sonuç değerlendirildiğinde özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum saptanırken; tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda yer alan sorulara verilen yanıt negatif tutum göstermektedir.

4. 4. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Diyabet Tutum Ölçeği (DTÖ) Puan Ortalamaları

Tablo 5. Yaşa Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	65 yaş altı		65 ve üstü yaş		t	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.84	0.40	3.69	0.48	1.874	0.063
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.55	0.45	3.37	0.45	2.121	0.036
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.51	0.68	2.71	0.64	-1.673	0.097
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.69	0.49	3.62	0.57	0.629	0.531
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.04	0.46	4.02	0.48	0.221	0.825
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.75	0.39	3.70	0.52	0.636	0.526
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.34	0.45	3.35	0.59	-0.099	0.922
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.53	0.25	3.50	0.32	0.624	0.534

Tablo 5'te hastaların yaşa göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem 65 yaş altı olan bireylerde hem de 65 yaş ve üstü olan bireylerde özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu görülmektedir. Alt boyutlarda yer alan hasta uyumuna karşı tutum ile yaş arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($t = 2.121$, $p < .05$).

Ayrıca yaş ile Diyabet Tutum Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($t = -0.624$, $p > .05$).

Tablo 6. Cinsiyete Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Kadın		Erkek		t	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.76	0.42	3.80	0.49	-0.460	0.647
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.44	0.42	3.51	0.53	-0.781	0.436
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.58	0.62	2.64	0.75	-0.497	0.620
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.67	0.48	3.63	0.63	0.393	0.695
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.03	0.42	4.02	0.56	0.179	0.858
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.72	0.44	3.75	0.48	-0.405	0.687
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.36	0.53	3.32	0.49	0.457	0.648
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.51	0.27	3.52	0.31	-0.236	0.814

Tablo 6’da hastaların cinsiyete göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem kadınlarda hem de erkeklerde özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda

negatif tutum olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile Diyabet Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = -0.236$, $p > .05$).

Tablo 7. Eğitim Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Okur Yazar Değil		Okur Yazar		İlkokul Mezunu		Lise ve Üstü		KW*	p
	X	±SS	X	±SS	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.74	0.45	3.67	0.38	3.86	0.48	3.83	0.46	5.401	0.145
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.42	0.41	3.40	0.42	3.50	0.45	3.62	0.62	1.533	0.675
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.65	0.51	2.58	0.48	2.61	0.71	2.53	1.12	1.421	0.701
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.54	0.47	3.66	0.46	3.69	0.55	3.78	0.74	4.804	0.187
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.04	0.37	3.83	0.51	4.16	0.47	4.14	0.40	6.678	0.083
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.72	0.51	3.71	0.38	3.71	0.41	3.86	0.62	0.771	0.856
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.31	0.52	3.46	0.48	3.30	0.50	3.28	0.66	2.378	0.498
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.49	0.27	3.48	0.25	3.55	0.30	3.58	0.34	1.171	0.760

*Kruskall Wallis Analizi

Tablo 7’de hastaların eğitim durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, bütün gruplarda özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu

görülmektedir. Ayrıca eğitim durumu ile Diyabet Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW = 1.171, p > .05).

Tablo 8. Ailede Diyabetli Birey Varlığına Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Evet		Hayır		t	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.75	0.46	3.79	0.42	-0.402	0.689
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.44	0.50	3.49	0.41	-0.512	0.609
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.69	0.75	2.51	0.55	1.476	0.143
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.65	0.59	3.66	0.48	-0.140	0.889
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.01	0.43	4.05	0.48	-0.436	0.664
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.68	0.53	3.78	0.37	-1.225	0.223
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.34	0.51	3.35	0.53	-0.079	0.937
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.51	0.31	3.52	0.26	-0.101	0.919

Tablo 8’de hastaların ailede diyabetli birey varlığına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem ailesinde diyabetli birey bulunan hem de bulunmayanlarda özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2

diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu görülmektedir. Ailede diyabetli birey varlığı ile Diyabet Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = -0.101, p > .05$).

Tablo 9. Diyete Uyuma Durumlarına Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Evet		Hayır		t	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.80	0.39	3.68	0.60	1.193	0.235
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.50	0.42	3.34	0.56	1.498	0.137
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.49	0.58	3.04	0.80	-3,844	0.000
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.72	0.44	3.41	0.75	2.010	0.054
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.05	0.44	3.95	0.56	0.947	0.345
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.77	0.38	3.59	0.66	1.300	0.204
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.38	0.46	3.23	0.69	1.043	0.305
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.53	0.23	3.46	0.42	0.807	0.427

Tablo 9’da hastaların diyete uyuma durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem diyete uyanlarda hem de uymayanlarda özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine

karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum ve diyete uymayanlarda tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutlarında pozitif tutum, diyete uyanlarda tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu görülmektedir. Diyete uyma ile Diyabet Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = 0.807, p > .05$).

Tablo 10. Egzersiz Yapma Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Evet		Hayır		t	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.80	0.36	3.75	0.49	0.656	0.513
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.57	0.42	3.40	0.47	1.949	0.054
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.54	0.75	2.64	0.60	-0.778	0.438
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.77	0.48	3.59	0.56	1.797	0.075
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.12	0.47	3.97	0.46	1.721	0.088
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.80	0.31	3.68	0.52	1.575	0.118
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.44	0.49	3.29	0.53	1.602	0.112
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.58	0.26	3.47	0.29	1.937	0.055

Tablo 10'de hastaların egzersiz yapma durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem egzersiz yapanlarda hem de yapmayanlarda özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan

glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu görülmektedir. Egzersiz yapma durumu ile Diyabet Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = 1.937$, $p > .05$).

Tablo 11. Sigara Kullanma Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Evet		Hayır		t	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.83	0.50	3.75	0.42	0.847	0.402
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.42	0.50	3.84	0.45	-0.591	0.557
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.53	0.73	2.62	0.65	-0.616	0.541
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.68	0.70	3.65	0.48	0.27	0.783
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.00	0.55	4.04	0.44	-0.308	0.760
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.73	0.50	3.73	0.44	0.14	0.989
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.33	0.56	3.35	0.51	-0.157	0.876
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.50	0.32	3.52	0.27	-0.239	0.812

Tablo 11’de hastaların sigara kullanma durumuna göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem sigara

içenlerde hem de sigara içmeyenlerde özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu görülmektedir. Ayrıca sigara içme durumu ile Diyabet Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = -0.239, p > .05$).

Tablo 12. Diyabet Eğitimi Alma Durumuna Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Evet		Hayır		t	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.70	0.38	3.80	0.47	-1.156	0.250
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.40	0.46	3.50	0.45	-1.113	0.268
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.63	0.57	2.59	0.71	0.304	0.762
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.61	0.43	3.68	0.58	-0.665	0.507
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	4.03	0.42	4.02	0.49	0.068	0.946
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.70	0.44	3.74	0.47	-0.473	0.637
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.30	0.53	3.37	0.51	-0.737	0.463
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.48	0.21	3.53	0.31	-0.800	0.425

Tablo 12’de hastaların diyabet eğitimi alma durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem diyabet eğitimi alanlarda hem de almayanlarda özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu görülmektedir. Diyabet eğitimi alma durumu ile Diyabet Tutum Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t = -0.800, p > .05$).

Tablo 13. Diyabet Dışında Hastalık Varlığına Göre Diyabet Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 120)

Ölçek Alt Boyutları	Evet		Hayır		U*	p
	X	±SS	X	±SS		
Özel Eğitim Gereksinimi	3.72	0.46	3.96	0.28	718.00	0.004
Hasta Uyumuna Karşı Tutum	3.41	0.44	3.70	0.45	803.00	0.040
Tip 2 Diyabetin Ciddiyeti	2.64	0.44	2.43	0.75	844.00	0.040
Kan Glukoz Kontrolü ve Komplikasyonlar	3.60	0.56	3.89	0.35	748.50	0.007
Hastanın Yaşamına Diyabetin Etkisi	3.99	0.45	4.16	0.50	901.50	0.096
Hasta Otonomisine Karşı Tutum	3.69	0.47	3.90	0.33	865.00	0.065
Ekip Bakımına Karşı Tutum	3.32	0.55	3.47	0.34	967.00	0.217
Diyabet Tutumu Ölçeği Toplam Puanı	3.48	0.29	3.64	0.21	707.00	0.004

*Mann Whitney U Testi

Tablo 13'te hastaların diyabet dışında hastalık varlığına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, hem diyabet dışında hastalığı olanlarda hem de olmayanlarda özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar, hastanın yaşamına diyabetin etkisi, hasta otonomisine karşı tutum, ekip bakımına karşı tutum alt boyutlarında pozitif tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutum olduğu görülmektedir. Alt boyutlar içinde bulunan özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, tip 2 diyabetin ciddiyeti, kan glukoz kontrolü ve komplikasyonlar alt boyutları ile diyabet dışında hastalık varlığı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$). Ayrıca diyabet dışında hastalık varlığı ile Diyabet Tutum Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($M-W-U = 707.00, p > .05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada şanlıurfa ilinde evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların diyabet tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla 120 tip 2 diyabetli birey ile çalışılmıştır.

Araştırmada Diyabet Tutum leği puan ortalamaları değerlendirildiğinde ölçeğin puan ortalamasının pozitif tutumu gösterdiği saptanmıştır. En gcl pozitif tutumun saptandığı alt boyut hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutudur (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (57). Hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutu bireyin algıladığı engellerle yakından ilişkilidir. Olumlu tutum ve davranışların gerçekleştirilmesinde algılanan engeller önemlidir. Bu engeller bireyin yaşadıklarından ve çevreden etkilenir. Bu nedenle bu sonucun hastaların yaşadıkları ve çevrelerinde gözledikleri olumsuz deneyimlerle yakından ilişkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmada en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutudur (Tablo 4). Bu alt boyuttaki sorular insülinle ilgili sorulardır. Yapılan çalışmalarda bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir (57, 70). Elde edilen bu sonuç diyabetli bireylerin insüline bağımlı olmayan diyabeti daha az önemsediklerinin bir göstergesi olabilir. Bu durum diyabet kontrolünü zorlaştırabilmektedir ve negatif tutum ifade etmektedir. Elde edilen bu sonuç toplumun kültürel özellikleri ile ilişkili olabilir. İnsüline bağımlı olmak hastalığın daha da kötüye gitmesi demektir veya insülin nedeniyle hastaların yaşamlarının daha da sınırlanacağı ve diğer kişilerin hastaya farklı gözle bakacağı gibi inançlardan ortaya çıkabilir.

Araştırmada yer alan 120 bireyin yaş ortalaması $61,0 \pm 12,1$ 'dir (Tablo 2). atak ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlıların yaş ortalaması 79.6'dır (35). Araştırmada yer alan hastaların yaşa göre Diyabet Tutum leği puan ortalamaları değerlendirildiğinde araştırmaya katılan hastaların hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda diğer alt boyutlara göre daha gcl pozitif tutuma, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda ise negatif tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca 65 yaş altı hastaların hasta uyumuna karşı tutum alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 65 ve üstü yaşta olan hastalardan anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ($p < .05$) (Tablo 5). Javanshir'in (2006) ve Johnson ve Whetstane'nin (2005) yaptığı çalışmalarda yaş arttıka diyabet tutum puan ortalaması azalmaktadır (57, 59). Elde edilen bu sonuç yaşlı bireylerin fiziksel

fonksiyonlarının azalması ve aynı yaş grubundaki bireylerin yaşadıkları olumsuz deneyimler ile yakından ilişkili olabilir.

Çalışma kapsamındaki diyabetlilerin %32.5'i erkek, %67.5'i kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 2). Javanshir'in (2006) yapmış olduğu çalışmada hastaların %50'sinin kadın olduğu, %50'sinin erkek olduğu (57), Beyazıt'ın (2005) yaptığı çalışmada ise hastaların %58'inin kadın, %42'sinin erkek olduğu saptanmıştır (24). Bayraktar'ın (2008) araştırmasındaki bireyler cinsiyet açısından incelendiğinde hastaların %75'i kadın, %25'i erkektir (22).

Araştırmada yer alan hastaların cinsiyete göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde araştırmaya katılan kadınların ve erkeklerin hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda diğer alt boyutlara göre daha güçlü pozitif tutuma, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda ise negatif tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Yapılan çalışmalar bu sonucu desteklemektedir (57, 70).

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim durumuna bakıldığında %30.8'inin okur yazar, %33.3'ünün ilkokul mezunu, %15.5'inin lise ve üstü olduğu görülmektedir (Tablo 2). Gökdoğan ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada diyabetik hastaların %51.4'ünün okuryazar / ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (51). Yüksel'in (2007) çalışmasında hastalar öğrenim durumlarına göre incelendiğinde tip 2 diyabetli hastaların %33.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptanmış olup okuma yazma bilmeyenlerin oranı %15'dir (106). Literatürde öğrenim düzeyi yüksek olanların tedaviye uyumunun daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (57). Yüksel (2007) yaptığı çalışmasında öğrenim düzeyinin hastalığın ciddiyetini algılamayı, tedavi ve önerileri yararlı görmeyi etkileyebileceğini bildirmiştir (106). Bu nedenle diyabetin yönetimi ve kontrolünde hastanın öğrenim durumu ve kültürel özellikleri büyük önem taşımaktadır.

Çalışmada genel olarak öğrenim düzeyi yükseldikçe hastaların Diyabet Tutum Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının arttığı gözlenmiştir (Tablo 7). Özellikle eğitim seviyesi düşük toplumlarda, kronik hastalıklarda hastanın bu konuda yeterince eğitilmemesinden kaynaklanan tedaviye uyumda zorluklar ile karşılaşmaktadır. Özel eğitim gereksinimi alt boyutunda pozitif yönde bir tutumun olması diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin ve hizmet veren sağlık personelinin evde bakım süreci konusunda bilgilendirilmelerinin önemini bir kez daha ortaya çıkarmaktadır.

Tip 2 diyabetin genetik bir temeli olduğuna dair kanıtlardan biri de hastalığın ailesel kümelenmeler göstermesidir. Aynı yumurta ikizlerinde hastalığın aynı anda bulunma oranı %33 – 90 arasında hesaplanmıştır. Aynı yumurta ikizlerinde %17-87'dir (106). Bu çalışmada hastaların ailelerindeki diyabet öyküsüne bakıldığında %50.8'nin ailesinde diyabetli olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Yüksel'in (2007) çalışmasında tip 2 diyabetli bireylerin %61.7'sinin ailesinde diyabetli olduğu belirlenmiştir (106). Kavak'ın yaptığı çalışmaya (2006) göre tip 2 diyabet hastalarının I. derece akrabalarında tip 2 diyabet görülme sıklığı kadınlarda %23.2, erkeklerde ise %32.2'dir (63). Toplam I. derece akrabalarda tip 2 diyabet görülme insidansı % 26.5'dir. Diyabetin genetik geçiş ile ilgisi birinci derece akrabalarından alınan diyabet öyküsüne dayanmaktadır (106).

Araştırma kapsamına alınan hastaların ailede diyabetli birey varlığına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda pozitif, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutuma sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 8). Yapılan bir çalışmada bu çalışmadan farklı olarak özel hasta eğitimi gereksinimi alt boyutu puan ortalaması ailesinde diyabetli olanlarda daha yüksek saptanmıştır (57). Ailede diyabetli bireylerin varlığı hastaların yakınlarında farkındalık oluşturmaktadır. Çünkü hastaların diyabetli aile üyesi nedeniyle yaşadığı olumsuz deneyimler bireyin hastalığın yaşamını olumsuz etkileyeceği inancını güçlendirebilir.

Diyet diyabet tedavisinde önemli bir komponenttir. Araştırmada hastaların %79.2'sinin diyetine uyduğu saptanmıştır (Tablo 3). Javanshir'in çalışmasında (2006) da benzer şekilde diyetine uyanların oranı (%56.7) yüksek belirtilmiştir (57). Yapılan başka bir çalışmada da hastaların diyetle uyum oranı (%37.4) düşük saptanmıştır (50).

Araştırmada hastaların diyetle uyuma durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda güçlü pozitif tutuma, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca diyetle uyuma durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$) (Tablo 9). Bunun nedeni diyetle uymayan kişilerin kültürel özellikleri, diyabete ve tedavisine yükledikleri anlam ile yakından ilişkili olabilir. Ayrıca diyabette evde bakım konusunda verilen eğitimler diyetle uyumu kolaylaştırdığı için donanımlı sağlık personeli ihtiyacı bir kez daha ön plana çıkmaktadır.

Hastalar tarafından yapılan egzersiz tedaviye uyumun bir parçasıdır. Etkili şekilde egzersiz yapmanın kan şekerini düşürdüğü, insülin ihtiyacını ve insülin duyarlılığını azalttığı, karaciğer hücrelerine glikoz ulaşımını arttırdığı, kan basıncı seviyesini düşürdüğü ve kilo verilmesini kolaylaştırdığı bildirilmektedir (86). Araştırmada katılımcıların %39.2'sinin egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 3). Javanshir çalışmasında (2006) egzersiz yaptığını ifade edenlerin oranı %16.7 olarak saptanmıştır (57). Yapılan çalışmalarda egzersizin glikoz oranının önemli ölçüde düşürdüğü tespit edilmiştir (78, 70). Sivrikaya (2006) yaptığı çalışmada etkili egzersiz yapan erkeklerin % 20.7'sinde, kadınların %12'sinde kronik hastalık olgularının diğer gruplardan (egzersiz yapmayanlarda) daha az olduğunu saptamıştır (86).

Araştırmada katılımcıların egzersiz yapma durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda güçlü pozitif tutuma, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutuma sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 10). Yapılan bir çalışmada bu çalışmadan farklı olarak egzersiz yapan bireylerin özel eğitim gereksinimi alt boyutundan pozitif tutuma sahip oldukları saptanmıştır (57). Egzersizin etkili olabilmesi için doğru tekniklerle, bilinçli uygulanması gerekmektedir. Bireylerin egzersizi düzenli ve doğru tekniklerle yapmaması olumsuz deneyimler ile karşılaşmasına neden olabilir. Çalışmadan elde edilen bu sonuç diyabetli bireylerin egzersiz konusunda bilgilendirilmeleri gerekliliğini düşündürmektedir.

Diyabet kontrol hedeflerine ulaşmak için öngörülen kriterlerden biri de sigara kullanımının bırakılmasıdır. Araştırmada hastaların sigara içme oranı %25 olarak saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ile karşılaştırıldığında çalışma grubundaki sigara içme oranı literatür ile benzerlik göstermektedir (50). Gedik 'in (2002) yapmış olduğu araştırmada sigara kullanma oranının %22 olduğu gösterilmiştir (50).

Araştırmada sigara kullanma durumuna göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde hastaların hasta yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda güçlü pozitif, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutuma sahip oldukları görülmüştür (Tablo 11). Yapılan bir çalışmada da bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir (57).

Araştırmaya katılan hastaların %67.5'i diyabet konusunda herhangi bir eğitim almadığını, %15'i ise diyabet konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bireylerin %75.2'si ise daha fazla diyabet eğitimi almak istediğini bildirmiştir (Tablo 3). Robert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1994) hastaların %72'sinin diyabetle ilgili eğitim

aldığı, %73'ünün ek bir eğitim almak isteği belirtilmiştir (81). Eğitim ve psikososyal girişimlerin etkinliğini değerlendiren çalışmada hasta eğitiminin hastaların bilgi ve becerilerinin, psikososyal uyumun artırılmasında önemli olduğu saptanmıştır (81). Ayrıca Anderson'un (10) çalışmasında eğitim alma oranı %60, Gedik'in (50) çalışmasında % 62.6, Özcan'ın (70) çalışmasında %41 bulunmuştur.

Araştırmada diyabet eğitimi alma durumlarına göre Diyabet Tutum Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda güçlü pozitif tutuma, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Toplam puan ortalaması incelendiğinde de güçlü pozitif yönde bir tutum olduğu görülmektedir (Tablo 12). Yapılan çalışmalarda eğitim sonrası diyabet tutum ölçeği puanlarında belirgin artış saptanmıştır (48, 10). Hastaların tedaviye uyumunun artması pozitif yönde davranış değişikliklerinin geliştirilmesinde etkili bir faktördür. Bu çalışmada da hastaların diyabet eğitimi alma oranlarının yüksek olmasına rağmen bireylerin hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutundan yüksek puan almış olmaları aldıkları eğitimin yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Diyabet dışında hastalığı olmayan diyabetli hastaların özel eğitim gereksinimi, hasta uyumuna karşı tutum, kan glukozu kontrolü ve komplikasyonları alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutu puan ortalaması diyabet dışında hastalığı olan diyabetli hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır (Tablo 13) ($p < .05$). Diyabet birçok sağlık sorununu beraberinde getirmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini ve ciddiyet algısını etkileyebilir.

Literatür gözden geçirildiğinde evde bakım hizmeti alan diyabetli hastalarla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Diyabetli bireyin evde bakımında diyabet eğitiminin amacı; bireyin tedavisinde etkin rol almasını sağlamak; akut ve kronik komplikasyonları önlemek ve tedavi etmek için gerekli bilgi ve beceriyi kazandırmak, tedavi maliyetini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Evde bakım verenlerin kilo kontrolü, insülin yönetimi, hiper/hipoglisemi belirtileri ve yönetimi, ayak bakımının sürdürülmesi, sigara içmemesi, düzenli egzersiz, göz bakımı ve göz muayenesinin değerlendirilmesi konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (86). Evde bakım hemşiresinin, hasta ve bakım verenlerin bu

konularda değerlendirilmesinin yapılması, eğitim eksikliklerinin saptanması ve hastalık yönetiminde etkililiği sağlayıncaya kadar eğitimi sürdürmesi önem taşımaktadır (45,86).

Ülkemizde henüz kamusal düzeyde multidisipliner ekip anlayışı ile “evde bakım hizmeti” verilmemekle birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerdeki evde sağlık birimleri ve aile hekimleri vasıtasıyla “evde sağlık hizmetleri” sunulmaya başlanmıştır (35). Diyabetlilerin, yaşam boyu sürecek olan bu kronik süreçte, hemşireler tarafından sürekli eğitilmeye, güçlendirilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duyacakları unutulmamalıdır (31).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar

Hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, stresi azaltma, aileyi bir arada tutma, bakımevlerine ihtiyacı azaltma, maliyeti azaltma gibi birçok yararları olan evde bakım hizmetleri sağlık sektöründe önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada evde bakım hizmetlerine, diyabette evde bakımın önemine değinilmiş ve evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların diyabet tutum ve davranışları belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

1. Bireylerin %47.5'nin tedaviye uyumunun iyi olduğu, %73.3'ünün düzenli insülin kullandığı, ancak sadece %43.3'ünün her gün kan şekeri ölçümü yaptığı saptanmıştır.
2. Bireylerin %20.8'inin diyetine uymadığı, %60.8'inin egzersiz yapmadığı, %67.5'inin diyabet konusunda herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır.
3. Evde bakım hizmeti alan bireylerin tamamının verilen hizmetten memnun olduğu, ancak bu hizmeti alan bireylerin çoğunun daha sık ziyaretlerin yapılmasını talep ettikleri saptanmıştır.
4. Diyabet Tutum Ölçeği Puan ortalaması değerlendirildiğinde ölçeğin puan ortalamasının pozitif tutumu gösterdiği, alt boyutlar incelendiğinde çoğunlukla hastaların hastanın yaşamına diyabetin etkisi alt boyutunda güçlü pozitif tutuma, tip 2 diyabetin ciddiyeti alt boyutunda negatif tutuma sahip oldukları saptanmıştır.

6. 2. Öneriler

6.2.1. Araştırma Sonuçlarına Yönelik Öneriler

Evde bakım hizmeti alan diyabetli bireylerin veya bu bireylere evde bakım veren kişilerin düzenli insülin kullanımı, kan şekeri ölçümü, diyet, egzersiz, sigara, genetik yatkınlık konusunda bilgilendirilmesi tip 2 diyabetin ciddiyetini kavramayı sağlamakta ve tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle;

1. Diyabette evde bakım konusunda toplum, sağlık çalışanları, yetkililer ve hastaların bilinçlendirilmesi ve bunu sağlamak için eğitim programlarının planlanması, uygulanması ve sürekliliğin sağlanması,

2. Bu eğitimlerin gerçekleştirilmesi için ülkemizde evde bakım konusunda eğitilmiş insan kaynağı, profesyonel kurum ve kuruluşların yaygınlaştırılması,

3. Eğitimlerin sürekliliğinin sağlanmasında ekip anlayışının ön plana çıkarılması özellikle sahada çalışan hemşirelerin bu ekipler içine entegre edilmesi,

4. Evde bakım hizmeti için bireylere yapılan ziyaretlerin sıklığının artırılması,

5. Evde bakım hizmeti verilen diyabetli hastalara diyabet tutumlarının pozitif yönde olması için belirli aralıklarla diyabet eğitimlerinin tekrarlanması,

6. Evde bakım hizmeti verilirken bireyin ve ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısının göz önünde bulundurulması önerilebilir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

* Ülke genelinde evde bakım hizmeti alan diyabetli bireylerin tutum ve davranışlarını belirleyecek çalışmaların yapılması, etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda girişimsel çalışmaların planlanması,

* Evde bakım hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeyini belirleyen geniş örnekleme, ulusal düzeyde, girişimsel çalışmaların yapılması önerilebilir.

6.2.3. Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Genel Öneriler

Artan sağlık harcamaları, zaman ve personel maliyeti düşünüldüğünde evde bakım hizmetlerinin sağlık sorunlarının çözümüne katkıda bulunacağı ve özellikle klinik dışı sağlık personelinin (halk sağlığı hemşiresi vb) bağımsız fonksiyonlarını yürütebilmesini kolaylaştıracağı da söylenebilir. Bu nedenle:

Evde bakım hemşirelerinin, yasal olarak yükümlü oldukları görevleri gerçekleştirmek üzere yetiştirilmesi,

Hemşirelik müfredatlarında evde bakım ile ilgili derslerin yaygınlaştırılması ve bu eğitimlerin standardize edilmesi,

Tüm dünyada uygulanan bu sisteminin halkımızın rahatlıkla ulaşabileceği bir sağlık modeli olarak hizmete sokulması,

Evde bakım hemşireliği için sertifika programları geliştirilerek evde bakım hemşireliğinin profesyonelleştirilmesi,

Verilen evde bakım hizmetinin kalitesi için gerekli denetimlemelerin yapılması, önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 10.05.2014.
2. Akdemir N. Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara, Eylül 2005, Sistem Ofset.
3. Akdemir N. Sağlık hizmetlerinde süreklilik, evde bakım hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, 2001; (39): 926-934.
4. Allen, N. 2003. The history of diabetes nursing. Diabetes Educ. 1914-1936; (29), 976-989.
5. American Diabetes Association (ADA 2008a). Standards of medical care in diabetes-2008. Diabetes Care, 31 (Suppl. 1): 12-54.
6. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 2010; 33(1): 62-69.
7. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 2006; (29): 43-48.
8. American Diabetes Association: Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. Diabetes Care. 1999; (22): 42-54.
9. American Diabetes Association: Self monitoring of blood glucose. Diabetes Care 1996(9); suppl (1): 62-5
10. Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Gruppen LD. The third version of the diabetes attitude scale. Clinical Care, 1998; 9(9).
11. Araz M, Okan V, Sezer A. Diyabetik hastalarda hipertansiyon sıklığı ve mikrovasküler komplikasyonlarla ilişkisi, Ulusal Diyabet Kongresi, Gaziantep, 2000.
12. Arntz ve Diğerleri The german social long-term care insurance: structure and reform options, IZA Discussion Paper No. (2007). 2625, Bonn.
13. Atalikoğlu S. Tip2 Diyabetli hastaların problem alanları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2012.
14. Ayalp P. Tip 2 diabetes mellitus'lu hastalarda kendi kendine kan glukozu ölçüm sıklığı ile hemogloblin a1c arasındaki ilişki. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

15. Aydın D. Evde bakım kavram ve kapsamı, Evde Bakım Hizmetleri. 1. Baskı, Sağlıklı Nesiller Derneği, Ankara, 2005; 14-25.
16. Aygöl S. Ulupınar S. Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(1).
17. Bahar A. Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 4(2).
18. Bahar G. Bahar A. Savaş H. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 12(4).
19. Başara B. Dirimeşe V. Özkan E. Varol Ö. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004.
20. Bauerhaus P, Staiger D: Future of the nurse labor market according to health executives in high managed care areas of the united states, 1997; (29): 313-319.
21. Bayrak G. Çolak R. Diyabet tedavisinde hasta eğitimi. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi Journal Of Experimental and Clinical Medicine, 2012; (29): 7-11.
22. Bayraktar G. Tıp 2 Diyabetes Mellitus Tanısı Konmuş Bireylerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa, 2008.
23. Bennett PH, Knowler WC. Definition, diagnosis, and classification of diabetes mellitus and glucose homeostasis. In Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, eds. Joslin's Diabetes Mellitus. Lippincott Williams and Wilkins company, 2005: 331-338.
24. Beyazıt E. Diyabetes mellitus tanısı olan bireylere verilen planlı eğitimin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Sivas, 2005.
25. Birol L. Pankreas hastalıkları- diyabetes mellitus. In Akdemir N, Birol L. eds. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayınları, 2003; (2): 708.
26. Boyle JP, Honeycutt AA, Narayan KMV, Hoerger TJ, Geiss LS, Chen H, Thompson TJ: Impact of changing demography and disease prevalence in the U.S. Diabetes Care, 2001; (24): 1936-1940.
27. Boyoğlu R, Okyay S. Hastane destekli evde bakım hizmetleri ve sunumu. Hemşirelik Dergisi, 2002; 12(49): 99-117.
28. Brunner LS. Suddarth ds. textbook of medical surgical nursing. Ten edition. Tahrán. 2004; 261-267.
29. Can Ö. ve Ünal N. Evde bakım ve tedavi, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2008; 6(4): 6-13.

30. Canada Home care Association, <http://www.CHCA.com>
31. Cimete G. Evde bakım hemşireliği, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2008; 6(4): 47-53.
32. Cindoruk M. Şen İ. Yaşlının evde bakımı, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2009; 29 (Suppl): 110-112.
33. Coşansu Kuzu G. Tip 2 diyabetlilerde özbakım aktiviteleri ve diyabete ilişkin bilişsel sosyal faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
34. Council on scientific affairs: 'Home Care in the 1990s', JAMA, 1990; (263): 1241-1244.
35. Çatak B. Kılınç AS. Badıllıoğlu O. Sütü S. Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2012; 10 (1): 13-21.
36. Çoban M. Esatoğlu A. "Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış", Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, Ankara, 2004; (12): 2-12.
37. Danış M.Z. Toplum temelli bakım anlayışı ve sosyal hizmetler: Türkiye örneğinde bir bakım modeli önerisi. 2008; 11 (2): 94-105.
38. DCCT Research Group, The effects of intensive treatment on the development and progression of longterm complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl.J.Med.1993; (329): 977-986.
39. Dinçdağ N. Diabetes mellitus tanı ve tedavisinde güncel durum, İç Hastalıkları Dergisi, 2011; (18): 181-223.
40. Dirimeşe V. Varol Ö. Çipil Z. Karaman F. Özkan E. Çoban S. Taşkaya S. Ulusal hane halkı araştırması 2003 temel bulgular Diagnosis and classification of diabetes mellitus , position statement, ADA 2012.
41. Elevli E. Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tespit edilmesi konusunda bir araştırma, Beykent Üniveritesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
42. Elkoca A. Tip 2 diyabetli hastaların hastalığa karşı tutumları ve problem alanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2010.
43. Eray E, Balcı MK. Tip 2 diyabet tedavisi. Dâhili Tıp Bilimleri Dergisi, 2005; 12(2): 66-69.

44. Erdoğan S. Evde bakım süreci. Evde Bakım Hemşireliği Eğitim Programı, İstanbul, 2001; 64-66.
45. Ergün S. Sivrikaya S. Tip 1 diyabetli çocukların evde bakım uygulamaları ve yönetimi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 1(2).
46. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. R.G Tarihi: 10.03.2005, RG Sayı:25751.
47. Frystyk J, Tarnow L, Hansen TK, Parving HH, Flyvbjerg A. Increased serum adiponectin levels in type 1 diabetic patients with microvascular complications. Diabetologia, 2005; 48(9): 1911-1918.
48. Funnel MM, Anderson RM. Adapting a diabetes patient education program for use as a university course. The Diabetes Educator, 1994; 20(4).
49. Funnel, M.M., Brown, T.L., Childs, B.P., Haas, L.B., Hosey, G.M., Jensen, B., Maryniuk, M., Peyrot, M., Piette, J.D., Reader, D., Siminerio, L.M., Weinger, K., Weiss, M.A.,. National standarts for diabetes self-management education. Diabetes Care, 2007; 30: 1630-1637.
50. Gedik S. Tip 2 diyabetli hastaların bakıma ve tedaviye yönelik tutumlarının ve iyilik hallerinin belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 2002.
51. Gökdoğan F. Akıncı F. Bolu'da yaşayan diyabetlilerin sağlık ve hastalıklarını algılamaları ile uygulamaları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(1).
52. Guyton AC. Hall JE. Tıbbi Fizyoloji , (Çev: Çavuşoglu H.), İstanbul , 2001, Nobel Tıp Kitabevi.
53. Home based long-term care, WHO Technical Report Series, 898, World Health Organization. 2000; 1-37.
54. International Diabetes Federation, World Diabetes Foundation. Diabetes Atlas. 2nd Edition, Brussels, International Diabetes Federation, 2003
55. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 4th Edition, Brussels, 2013
56. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 3rd Edition, Brussels, International Diabetes Federation, 2012
57. Javanshir M. Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

58. Johnson C, Whetstone WR. Assessing transcultural attitudes towards diabetes in trinidad, *Journal of National Black Nurses Association*, 2005; 16(2).
59. Kara K. Çınar S. Diyabet bakım profili ile metabolik kontrol değişkenleri arasındaki ilişki. *Kafkas J Med Sci*, 2011; 1(2): 57-63.
60. Karabağ H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2007.
61. Karahan A. ve Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2002; 5(4): 155-159.
62. Karataş Z. evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi. *Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Rize, 2011.
63. Kavak H. Tip 2 Diyabetes Mellitus ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum, 2006.
64. Kostler E, Porst H, Wollina U. Cutaneous manifestations of metabolic diseases: uncommon presentations. *Clinics in Dermatology*, 2005; 23: 457-464.
65. Li P, Zhang P, Wang J, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in The China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up. *Lancet*, 2008; 371.
66. Martinson IM, Widmen AG., Portillo CJ (2002) *Home Health Care Nursing*. 2nd.Ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, New York, St. Louis, Sydney, Toronto, 2002; 3-10.
67. Orhan B. Tip 2 Diyabetlilerde diyabete ilişkin bilişsel ve sosyal faktörlerin metabolik kontrole etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2012.
68. Orhan Y. Diabetes Mellitus. İçinde: Sencer E (editör). *Metabolizma ve beslenme hastalıkları*. İstanbul : Tayf ofset , 2001; 246-286.
69. Özcan Ş. Diyabet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. Ed: Yılmaz T, Bahçeci M. Büyükbeşe MA. *Diabetes mellitusun modern tedavisi*. İstanbul, 2003; 189-195.
70. Özcan Ş. Diyabetli hastalarda hastalığa uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İstanbul, 1999.

71. Özcan Ş. İnsülin tedavisinin yönetimi. Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı, 2005, 39-54.
72. Özcan Ş. Oral Antidiyabetik Tedavisinin Yönetimi, Diyabet Hemşireliği Derneği Kitabı, 2005; 55-56.
73. Özer E. Diyabette tıbbi beslenme tedavisi. Türkiye Klinikleri Endokrinoloji Diyabetes Mellitus Özel Sayısı, 2003; 1(3): 198-201.
74. Özer Ö. Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 3(2).
75. Öztop H. Şener A. Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008; (1): 39-49.
76. Pan X-R, Li G-W, Hu Y-H, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care 1997; 20: 537-44.
77. Pek H. Diyabet ve beslenme. http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php. Erişim Tarihi:25.05.2014.
78. Peyrot M, Ruben RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, Landgraf R, Kleibreil L. Resistance to insulin therapy among patients and providers. Diabetes Care, 2005; 28: 2673-2679.
79. Pınar R. Diyabet ve yönetimi. İstanbul. Merve Matbaacılık. 1998.
80. Pınar R. Türkiye’de evde bakımda mevcut durum. Akademik Geriatri, 2010; 153-156
81. Robert M, Roland D, Funnel M M. the diabetes education experience on randomly selected patient under the care community physicians. The Diabetes Educator, 1994; 20.
82. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, et al. The burden of mortality attributable to diabetes. Realistic estimates for the year 2000. Diabetes Care, 2005; 28: 21-30.
83. Sarı E. Diyabetlilerde fiziksel aktivite davranışları ve ilişkili faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
84. Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-II Çalışması ilk sonuçlar. 32. TEMH Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya.
85. Satman I, Yılmaz MT, Şengul A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25: 1551-6.

86. Sivrikaya Karaca S. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarına verilen planlı eğitimin hastaların tutumlarına, iyilik hallerine ve metabolik kontrol değişkenlerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum 2006.
87. SHÇEK. Bakıma muhtaç özürülülerin tespiti ve bakım hizmeti esaslarının belirlenmesine ilişkin yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 30.07.2006 ve Sayısı: 26244.
88. Subaşı N. Ankara ili Çankaya ilçesinde 'evde bakım durumu' araştırması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001.
89. Süle V. Konya ve çevresindeki beslenme alışkanlıkları ile diyabetes mellitus tip 11 arasındaki ilişki üzerine araştırmalar. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2005.
90. Şermet Ş. Diyabetli yaşlıların diyabetin bakım ve tedavisine yönelik sağlık inançları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
91. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı eylem planı (2011-2014), Ankara, 2011.
92. Tahmiscioğlu G. Birinci basamak sağlık kuruluşunda takip edilen tip 2 diyabetes mellituslu hastaların glisemik kontrollerinin, lipid profillerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2008.
93. Taşçı AH. Tip 1 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık süresi ile elektro fizyolojik nöropati bulgularının karşılaştırılması. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Düzce, 2013.
94. Taşkın M. Diyabet hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
95. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), 2009. <http://tekharf.org/2009.html>, Erişim Tarihi: 10.04.2014.
96. The diabetes control and complications trial research group: the effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med,1993; 329: 977-986.
97. Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care, 2010.
98. Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı, Eylem Planı 2011-2014, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011.

99. Türkiye Hastalık Yüku Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı 2004, Ankara. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf, Erişim Tarihi: 07.01.2014.
100. UK Prospective Diabetes Study Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or in sulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352, 1998:837-853.
101. Üstel T. Obez olan tip2 diyabetli hastalarda izlem sıklığının beslenme durumları ve kan şeker düzeylerine etkisi. Gaziantep üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2013.
102. Wild S, Roglig G, Gren A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 2004; 27: 1047-1053.
103. World Health Organization (WHO 2008). Diabetes Fact Sheet No.312, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>, Accessed date: 07.05.2014.
104. Yılmaz M. Sametoğlu F. Akmeşe G. Tak A. Yağbasan B. Gökçay S. Sağlam M. Doğanyılmaz D. Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi - Istanbul Med J*, 2010; 11(3): 125-132
105. Yörük S. Çalışkan T. Gündoğdu H. Balıkesir devlet hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 1(1).
106. Yüksel S. Tip 1 ve Tip 2 diyabetik hastaların uyku kalitesi, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Afyon, 2007.

8. EKLER

EK 1. Anket Formu

EVDE BAKIM ALAN DİYABETLİ HASTALARIN DİYABET TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Bu anket evde bakım alan diyabetli hastaların diyabet tutumlarını belirlemeye yönelik bir çalışma için veri toplamak amacıyla size uygulanmaktadır. Anketteki sorulara vereceğiniz doğru ve içten yanıtlar, bu çalışmanın geçerli ve güvenilir bir şekilde sonuçlandırılması yönünden büyük önem taşımaktadır.

Bu anket formundaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında, başka hiçbir amaçla kesinlikle kullanılmayacaktır ve gizli tutulacaktır.

Anket formundaki soruları yanıtlarken başkalarının yaptıklarına ilişkin düşüncelerinizi, yapmanız ya da yapmamanız gerekenleri değil, kendi yaptıklarınızı ve alışkanlıklarınızı yansıtınız. Lütfen tüm maddeleri dikkatle okuyup yanıtlayınız.

Şimdiden teşekkür ederim.

Hatice YÜCEL

Yüksek Lisans Öğrencisi

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU:

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz?

1.Kadın 2.Erkek

3.Medeni durumunuz?

1.Evli 2.Bekar 3.Diğer.....

4.Eğitim durumunuz?

- 1.Okur-yazar değil
- 2.Okur-yazar
- 3.İlkokul mezunu
- 4.Lise mezunu
- 5.Üniversite mezunu

5.Aylık geliriniz.....

6.Sağlık güvenceniz ?

1. SGK
2. Emekli Sandığı
3. Yeşil Kart
4. Diğer (Ücretli, Sağlık Güvencesi Yok.....)

7.Mesleğiniz

8. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

9.Alkol kullanıyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

10.Diyabetli olduğunuzu kaç yıl önce öğrendiniz.....

11.Diyabet dışında başka bir hastalığınız varmı?

- 1.Evet(Belirtiniz.....)
- 2.Hayır

12.Ailede başka diyabetli birey var mı?

- 1.Evet(Belirtiniz.....)
- 2.Hayır

13. Diyabete yönelik aldığınız tedaviler nelerdir?

1. İlaç
2. Diyet
3. Egzersiz
4. Hepsi

14. Şu anki diyabet tedavinize uyumunuz sizce nasıl?

1. İyi
2. Orta
3. Kötü

15. Düzenli insülin kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

16. İnsülin enjeksiyonunu kim uyguluyor?

1. Kendim
2. Ailemden birisi
3. Sağlık kuruluşundan birisi
4. Diğer.....

17. Kan şekeri ölçümü yapıyor / yaptırıyor musunuz?

1. Evet yapıyorum/yaptırıyorum
2. Hayır yapmıyorum/yaptırmıyorum

18. Eğer kan şekeri ölçümü yapıyor /yaptırıyorsanız nerede yaptırıyorsunuz?

1. Sağlık kuruluşunda
2. Evde kan şekeri ölçüm cihazı ile kendim yapıyorum
3. Diğer.....

19. Kan şekeri ölçümünü ne sıklıkta yapıyor veya yaptırıyorsunuz?

1. Her gün
2. Ara sıra
3. Düzensiz

4. Diğer.....

20. Diyetinize uyuyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

21. Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

22. Eğer egzersiz yapıyorsanız ne tür egzersizler yapıyorsunuz?

1. Yürüyüş
2. Aerobik hareketler
3. Diğer.....

23. Ne sıklıkta egzersiz yapıyorsunuz?

1. Her gün düzenli olarak
2. Haftada 1-2 kez
3. Düzensiz

24. Diyabetinizin kontrolü için ne sıklıkla doktora başvuruyorsunuz?

1. Doktor kontrolüne gitmiyorum
2. Ayda bir kez
3. 2 ayda bir kez
4. 3 ayda bir kez
5. 6 ayda bir kez
6. yılda bir kez
7. Diğer.....

25. Son bir yıl içinde diyabet nedeni ile hastaneye yattınız mı?

1. Evet
2. Hayır

26. Diyabete ilişkin herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?

1. Evet

2. Hayır

27. Diyabet hakkında yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

28. Daha fazla diyabet eğitimi almak ister misiniz?

1. Evet

2. Hayır

29. Aldığınız evde bakım hizmetinden memnun musunuz?

1. Evet

2. Hayır

30. Evde size kim tarafından bakım veriliyor?

1. Kendisi

2. Eşi

3. Çocukları

4. Diğer

31. Evde Bakım Hizmetlerinin ayda kaç kez verilmesini istediniz?.....

EK 2. Diyabet Tutum Ölçeği

DİYABET TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda diyabet konusunda çeşitli açıklamalar yer almaktadır. Numaralanmış tüm açıklamalar “Genelde düşüncem şudur...” cümlesini tamamlamaktadır. Açıklamalardan herhangi biri için bir birey doğru olduğunu düşünürken bir başka birey doğru olmadığına inanabilir. Her açıklamaya vereceğiniz yanıt genellikle inandıklarınızın bir göstergesi olmalıdır. Bu nedenle her bir açıklamaya düşüncelerinizi X işareti koyarak belirtmeniz önem taşımaktadır.

İlginize teşekkür ederim.

Hatice YÜCEL

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

Genelde Düşüncem Şudur:	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Sağlık bakımı çalışanlarının etkili diyabet tedavisi uygulamak için özel bir eğitim almaları gerekir.					
2.Diyabetli olma, bireyin yaşama bakışını değiştirir.					
3.Diyabetli bireylere, kendi kendine bakım yöntemlerinin asıl seçmeleri ve yapmaları gerektiği öğretilmelidir (Örneğin beslenme şekli, kan şekerini izleme biçimi, günlük insülin enjeksiyonu sayısı)					

4.Diyabetli bireylerin yaşamlarındaki en önemli şey, diyabetlerini kontrol altına almaktır.					
5.Yalnızca diyetle kontrol edilebilen diyabet oldukça hafif bir hastalıktır					
6.İnsuline bağımlı olmayan diyabet, insuline bağımlı diyabetten daha hafif bir hastalıktır.					
8.Diyabetlilere diyabet bakımını öğreten hemşire ve diyetisyenlerin, danışmanlık becerilerini öğrenmeleri önemlidir.					
9.Diyabet bakımı hızlı bir değişim geçirdiği için, sağlık bakım çalışanlarına diyabet hakkında öğrenmeyi sürdürmeleri şartı getirilmelidir.					
10.Kan şekeri kontrolü kötü olan diyabetli bireylerde, kan şekeri kontrolü iyi olan bireylere kıyasla diyabet komplikasyonlarının gelişme olasılığı daha fazladır.					
11. Diyabet tedavisi moral bozucudur.					
12.Diyabetleri yalnızca diyetle tedavi edilen bireylerin, diyabetin uzun dönem komplikasyonlarına yakalanma konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.					
13.Diyabetli bireyleri tedavi eden sağlık bakımı çalışanları, hastaları ile iyi iletişim kurmaları konusunda eğitilmelidir.					
14.Diyabet, diyabetli bireyin yaşamının hemen hemen her anını etkiler.					
15.Diyabetli işbirliği yapmaz ve önerilen tedaviye uymazsa sağlık bakımı çalışanlarının onlar için yapabileceği fazla bir şey yoktur.					
16.Doktorlar, bakımları konusunda diyabetlileri yeterince bilgilendirmek için, hemşire ve diyetisyenlerin yardımına gereksinim duyarlar.					

17.Kan şekerinin hedeflenen sınırlarda tutulması, diyabetin uzun dönemdeki komplikasyonlarını azaltacaktır.					
18.Diyabetin psikolojik etkisi oldukça azdır.					
19.Önerilen diyabet tedavisini uygulama-yan bireyler diyabetin kontrolüne ilişkin bakıma aslında önem vermemektedirler.					
20.Doktorlar diyabetli bireyleri diyetlerinde yardımcı olması için bir diyetisyene göndermelidir					
21.Diyabet çok ciddi bir hastalıktır.					
22.Hastalara diyabet komplikasyonlarından bahsetme, önerilen tedaviye uymaları konusunda onları ürkütecektir.					
23.Doktorların, diyabetli hastayı tedavi etme konusunda hemşire ve diyetisyenlerin yardımına ihtiyaçları yoktur.					
24.Kan şekerini istenen düzeyde tutmak için uğraşmanın yararı yoktur, çünkü diyabetin komplikasyonları nasıl olsa ortaya çıkacaktır.					
25.Diyabetli hastaların, kan şekerini kontrol altında tutmak için ne kadar çaba göstereceklerine karar verme hakları vardır.					
26.Diyabet konusunda özel eğitimi olan hemşire ve diyetisyenler hastalara daha iyi bakım verirler.					
27.Diyabetik gençlerin ebeveynleri, çocuklarının kendilerine nasıl baktıkları ile yakından ilgilenmelidirler.					
28.Diyabet eğitimcileri başarılı olmak için eğitimci olma konusunda çok şey öğrenmelidir.					
29.Diyabet bakımı hakkında kararlar doktor tarafından verilmelidir					

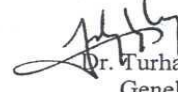
30.Sağlık bakım çalışanlarının diyabet eğitimi, yaşlılık diyabetini de kapsamalıdır.					
31.Günlük diyabet bakımı konusunda önemli kararlar diyabetli birey tarafından verilmelidir.					
32.Doktorlar diyabetli bireyi, hastalığı öğrenmesine yardımcı olması için eğitimci hemşireye göndermelidir.					
33.Diyabetli birey kendi bakımında sorumluluk alabilmek için hastalığını çok iyi öğrenmelidir.					
34.Kan şekerinin uzun bir süre yüksek seyretmesi ile uzun dönem diyabet komplikasyonlarının oluşması arasında ilişki vardır.					

EK 3. Kurum İzni

(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: (a) 08/01/2013 tarih ve 42-318 sayılı yazınız;
(b) 18/01/2013 tarih ve 1049 sayılı İl Sağlık Müdürlüğünün yazısı;

Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğünün ilgi (b) sayılı yazısına ekli ilgi (a) sayılı yazınızda Üniversiteniz Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hatice YÜCEL'in 04/02/2013-26/07/2013 tarihleri arasında "Evde Bakım Alan Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını İlimiz Balıklıgöl Devlet Hastanesi ve İlimiz Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Evde Bakım Birimlerinde yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.


Dr. Turhan SULHAN
Genel Sekreter

Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (İdari Hizmetler Başkanlığı YSP)
Bağlarbaşı Mh. 63050// ŞANLIURFA
TİF: (0 414) 318.70.00/7025 Faks: (0 414) 318.71.00
NOT: Cevabi yazınızda şube kodu ve sayıyı lütfen yazınız.

İrtibat İçin : Memur H. AYAZ

EK 4. Etik Kurul İzni

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 04.03.2013
OTURUM	: 03
SAAT	: 13:30

03/03/07	<p>Karar: : Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Fatma ERSİN'in sorumlu araştırmacı olduğu "Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkan Vekili</p>
----------	---

EK 5. Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: : Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi

HASTA ADI: _____

Hastamın katıldığı bu çalışma bir tez çalışması olup, araştırmanın adı ' Evde Bakım Hizmeti Alan Diyabetli Hastaların Diyabet Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi 'dir.

Bu çalışmanın içerik ve amacı: Evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların diyabet tutumlarının belirlenmesidir.

Araştırmada katılımcılara sosyo-demografik özellikler soru formu, diyabet tutum ölçeği uygulanacaktır.

Bu araştırmada hastam için ek riskler ve rahatsızlıklar söz konusu değildir. Hastamdan kan örneği alınmayacak. Hastama araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacak ve tanısal bir işlem yapılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım benim ve hastamın isteğimize bağlıdır. Hastam araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Hastama ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışma Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkar cevaplar aldım. Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul etmezsem, kabul görmüş tedavileri alma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim. Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu doktor veya destekleyen kuruluş, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığım kontrol altına alınabilir. Ayrıca, bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu çalışmaya katıldığım için zarar görürsem, ihtiyaç duyacağım tıbbi bakım, sorumlu doktor ve bu hastane tarafından yerine getirilecektir. Masraflarım Yrd.Doç.Dr. Fatma ERSİN ve Hatice YÜCEL tarafından karşılanacaktır. Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Sorumlu doktora

haber vermek kaydıyla, bu çalışmadan istediğim an çıkabileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmedüğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir hasta olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Yrd.Doç.Dr. Fatma ERSİN 05056706650

Hatice YÜCEL 05425955326

Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Hastanın Adı-İmzası

(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Doktorun Adı-İmzası

Yrd.Doç.Dr. Fatma ERSİN

Tarih

Tanığın Adı-İmzası

Tarih