

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMİRELİK ANABİLİM DALI

**NSÜLÜN TEDAVİSİNİ GÖRMEKTE OLAN DİYABETLİ
HASTALARIN TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BİLGİ VE
DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bedriye POLAT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN

ANLIURFA
2014

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMİRELİK ANABİLİM DALI

**NSÜLÜN TEDAVİSİNDE GÖRMEKTE OLAN DİYABETLİ
HASTALARIN TEDAVİLERİNE İLİŞKİN BİLGİ VE
DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bedriye POLAT

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN

ANLIURFA
2014

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

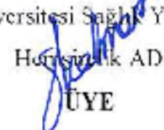
Bedriye POLAT'ın hazırladığı "İnsülin Tedavisi Görmekte Olan Diyabetik Hastaların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi" konulu çalışma, 29 / 04 / 2014 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Fügen ÖZCAN AKSLAN
Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik AD
BAŞKAN – (DANIŞMAN)

Yrd. Doç. Dr. Şekrül GÜRLER
Harran Üniversitesi Veteriner Fakültesi


ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN
Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu


Hemşirelik AD
ÜYE


29 / 04 / 2014
Prof. Dr. Nürten AKSOY
Enstitü Müdürü

TE EKKÜR

Yüksek lisans e itimim süresince yardım, dan, manl, n, esirgemeyen ve tez çal, mam s,ras,nda sarf etti i emek, verdi i destek için çok de erli hocam Say,n Doç.Dr. Fügen ÖZCANARSLAN;a;

statistiksel analizlerde yardım, esirgemeyen Say,n Yrd. Doç.Dr. ükrü GÜRLERø;

Lisans ve Yüksek Lisans e itim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydaland, m çok k,yetli hocam Say,n Ö r. Gör. Feray KABALCIO LUøna;

Ayr,ca, bu günlere gelmem için bana maddi manevi tüm imkânlar,n sunan sevgili annem, babam ve karde lerime, desteklerini esirgemeyen sevgili arkada lar,ma;

Sonsuz te ekkürü bir borç bilirim.

Sayg,lar,mlaı

Bedriye POLAT

Mart 2014 ANLIURFA

Ç NDEK LER

Sayfa No

TE EKKÜR.....	II
Ç NDEK LER D Z N	III
KISALTMALAR D Z N	VI
TABLOLAR D Z N	VII
EK LLER D Z N	VIII
GRAF KLER D Z N	IX
ÖZET.....	X
ABSTRACT	XI
1. G R VE AMAÇ	1
2.GENEL B LG LER	3
2.1. Diyabetin Tan,m, ve Patofizyolojisi	3
2.2. Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi	3
2.3. Diyabetes Mellitusun S,n,flamas,	4
2.3.1.Tip 1 Diyabetes Mellitus	4
2.3.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus	5
2.4. Diyabetes Mellitus için Risk Faktörleri	6
2.5. Diyabetes Mellitusun Komplikasyonlar,	7
2. 5. 1. Akut Komplikasyonlar,	8
2. 5. 1.1. Diyabetik Ketoasidoz	8
2. 5. 1.2. Hiperosmolar Non-ketotik Koma	9
2. 5. 1. 3.Laktik Asidoz	9
2. 5. 1.4.Hipoglisemi	9
2. 5.2. Kronik Komplikasyonlar,	10

2.5. 2.1. Diyabetik Retinopati	10
2. 5. 2.2. Diyabetik Nefropati	11
2. 5. 2.3. Diyabetik Nöropati	11
2.5. 2.4. Koroner Kalp Hastal, ,	12
2.5. 2.5. Periferik Damar Hastal, ,	12
2. 5. 2.6. Serebrovasküler Hastal,k	12
2.5. 2.7. Hipertansiyon	13
2. 5. 2.8. Diyabetik Ayak	14
2. 6. Diyabetin Yönetimi	14
2. 6.1. İlaç Tedavisi	15
2. 6.1.1. İnsülin	15
2.6.1.2. Oral Antidiyabetik İlaçlar,	19
2. 6.1.3. Beslenme Tedavisi	21
2. 6.1.4.Egzersiz	22
2. 6.1.5.Bireysel Değerlendirme ve Öz Bakım	22
2. 6.1.6. Diyabet Eğitimi	23
2. 7. Glikolize Hemogloblin HbA1c	23
2. 8. Diyabet Hem İresi	24
2. 8.1. Diyabet Eğitimi Hem İresinin Rol ve Sorumluluklar,	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi ve Özellikleri	26
3.2. Araştırmanın Yapı, Yeri ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
3.4. Veri Toplama Araçları,	27
3.4. 1. Soru Formu	27
3.4. 2.Dünya Sağlık Örgütü-Beş Yıllık İndeksi (WHO65)	27
3. 4. 3. Diyabetle İlgili Problemler Alanları, Ölçümü (D SA)	27
3. 4. 4. İnsülin Tedavisi Değerlendirme Skalası, (ITAS)	28

3.5. Veri Toplama Araçları'nın Uygulanması,	28
3.6. Araştırmanın Başlımlı ve Başlımsız Değişkenleri.....	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları,	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKLAR.....	54
Ek I. Veri Toplama Formları,	63
Ek II. Anket Yazıları,	74
Ek III. Etik Kurul Anket Yazısı,	77

KISALTMALAR

ADA	:	American Diabetes Association (Amerikan Diyabet Birli i)
AADE	:	American Association of Diabetes Educator (Amerikan Diyabet E itimcileri Birli i)
AG	:	Alfa-glikozid nhibitörleri
ANA	:	American Nurses Association (Amerikan Hem ireler Birli i)
BK	:	Beden Kitle ndeksi
DKA	:	Diyabetik Ketoasidoz
DM	:	Diyabetes Mellitus
DN	:	Diyabetik Nefropati
IDF	:	Uluslararası, Diyabet Federasyonu
.M	:	ntra Müsküler
.V	:	ntra Venöz
OAD	:	Oral Anti Diyabetik
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
TBT	:	T,bbi Beslenme Tedavisi
TU K	:	Türkiye statistik Kurumu
TURDEP	:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastal,klar Prevalans Çal,smas,
WHO	:	World Health Organization (Dünya Sa lık Örgütü)

TABLolar D Z N

Sayfa No

Tablo 1 .	Diyabetin Temel Belirtileri	5
Tablo 2 .	Tip I ve Tip II Diabetes Mellitus Aras,ndaki Benzerlik ve Farkl,klar	7
Tablo 3 .	nsülin Tipleri ve Etki Süreleri	17
Tablo 4 .	Tip 1 ve Tip 2 Diyabette Beslenme Tedavisindeki Farkl,klar	21
Tablo 5 .	Hastalar,n Sosyo-demografik Özelliklerin Da ,l,m,	30
Tablo 6 .	Hastalar,n Diyabete li kin Özellikleri	31
Tablo 7 .	Ölçeklerden Al,nan Toplam Puan Ortalamalar,	32
Tablo 8 .	Hastalar,n Sosyo-demografik Özelliklerine Göre WHO Puan Ortalamalar,n,n Kar ,la t,r,lmas,	33
Tablo 9 .	Hastalar,n Diyabete li kin Özelliklerine Göre WHO Puan Ortalamalar,n,n Kar ,la t,r,lmas,	35
Tablo 10 .	Hastalar,n Sosyo-demografik Özelliklerine Göre DISA Puan Ortalamalar,n,n Kar ,la t,r,lmas,	36
Tablo 11 .	Hastalar,n Diyabete li kin Özelliklerine Göre DISA Puan Ortalamalar,n,n Kar ,la t,r,lmas,	38
Tablo 12 .	Hastalar,n Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ITAS Puan Ortalamalar,n,n Kar ,la t,r,lmas,	39
Tablo 13 .	Hastalar,n Diyabete li kin Özelliklerine Göre ITAS Puan Ortalamalar,n,n Kar ,la t,r,lmas,	41

EK LER D Z N

ekil 1.	nsülin Uygulama Bölgeleri	18
----------------	---------------------------------	----

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. WHO ve DISA Skor Korelasyonu	í í í í í í í í í í í í í í í í í í	42
Grafik 2. WHO ve ITAS Skor Korelasyonu	í í í í í í í í í í í í í í í í í í	.43
Grafik 3. DISA ve ITAS Skor Korelasyonu	í í í í í í í í í í í í í í í í í í	.44

ÖZET

NSÜL N TEDAV S GÖRMEKTE OLAN D YABET K HASTALARIN TEDAV LER NE L K N B LG VE DÜ ÜNCELER N N BEL RLENMES Hem irelik Anabilim Dal, Yüksek Lisans Tezi

Bedriye POLAT

Bu çal, ma insülin tedavisi görmekte olan Diyabetes Mellitus hastalar,n,n tedavilerine ili kin duygu ve dü üncelerini belirlemek amac,yla gerçeikle tirilmi tir. Ara t,rman,n evrenini, anl,urfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Ara t,rma ve Uygulama Hastanesi, Sa l,k Bakanl, , Bal,k,l,göl Devlet Hastanesi ve anl,urfa E itim ve Ara t,rma Hastanelerinin Dâhiliye kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan bütün yeti kin hastalar, örneklemi ise 90 hasta olu turmu tur. Verilerin elde edilmesinde, veri toplama formu, WHO-Be yiliek Durumu ndeksi, Diyabet Problemlerini Belirleme Ölçüm Skalas, ve nsülin Tedavisi De erlendirme Skalas, kullan,lm, t,r. Verilerin de erlendirilmesinde; SPSS 11,5 paket program,nda, yüzdellik ve say,lar frekansla, gruplar aras,nda farkl,l, ,n analizinde; ikili gruplarda ba ,ms,z örnekleme student t-testi, üç ve daha fazla olan gruplarda ise varyans analizi uygulanm, t,r. Gruplar aras, farkl,l, ,n kayna ,n, belirlemek üzere duncan test, ölçekler aras, ili ki için de korelasyon analizi uygulanm, t,r. Hastalar,n %7,8 Tip 1, %92,2øi ise Tip 2 DMødir. Hastalar,n % 33,3øünün 165 y,l, %21,1øünün 6610 y,l, %26,6ø,n,n 11- 15 y,l, %12,2øinin 16620 y,l, % 7,8øünün ise 21 y,l,ndan daha fazla diyabetli oldu u görölmektedir. Ölçeklerden al,nan WHO, D SA ve TAS puan ortalamalar, s,ras,yla; $7,35\pm 0,431$, $42,75\pm 2,019$, $56,25\pm 0,819$ eklindedir. Cinsiyetlere göre WHO puan ortalamalar, aras,ndaki fark istatistiksel olarak anlaml, bulunmazken ($p>0,05$), ya gruplar,na göre, puan ortalamalar, aras,ndaki farkl,l,k istatistik aç,dan önemli ($p<0,05$) bulunmu tur.

WHO ile DISA skorlar, aras,nda negatif yönlü dü ük bir korelasyon ($r=-0,187$, $p=0,077$) bulunurken ITAS ile DISA skorlar, aras,nda pozitif yönlü ve istatistik aç,dan önemli ($r=0,412$, $p<0,001$), WHO ile ITAS skorlar, aras,nda negatif yönlü bir korelasyon belirlenmi olup, istatistik aç,dan önemli ($r=-0,225$, $p=0,033$) bulunmu tur.

Ölçeklerin farkl, diyabetik gruplar,na benzer ekilde uygulan,mas,na ihtiyaç vard,r.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes mellitus, insülin tedavisi, insülin tedavisi de erlendirme ölçe i (ITAS)

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE KNOWLEDGE AND THOUGHTS OF DIABETIC PATIENTS RECEIVING INSULIN TREATMENT REGARDING THEIR TREATMENTS

Nursing Department Master Degree Thesis

Bedriye POLAT

The purpose of this study was to determine the feelings and thoughts of patients with Diabetes Mellitus receiving insulin treatment regarding their treatments. While population of the study comprised of all adult patients hospitalized in Internal Clinics of Harran University Research and Application Hospital, Health Department Balıklıgöl State Hospital and anl,urfa Research and Application Hospital in the city center of anl,urfa, the sample group consisted of 90 patients. Data collection form, WHO- Five Well-being Index, Measurement Scale for the Determination of Diabetic Problems and Insulin Treatment Assessment Scale were used to obtain the data. The data were assessed by SPSS 11.5 software using percentage, number and frequency. For analysis of difference between groups; while independent samples t test was performed between two groups, analysis of variance was performed in three and more groups. While the duncan test was applied to determine the reason of difference between groups, the correlation was used for the relation between scales. 7.8% of patients had Type 1 DM and 92.2% had Type 2 DM. It was observed that 33.3% of patients have had diabetes for 1-5 years, 21.1% for 6-10 years, 26.6% for 11- 15 years, 12.2% for 16-20 years and 7.8% for more than 21 years. WHO, DISA and ITAS mean scores received from scales were respectively as follows; 7.35 ± 0.431 , 42.75 ± 2.019 , and 56.25 ± 0.819 . While the difference between the mean scores of WHO were not statistically significant according to genders ($p>0.05$), the difference between mean scores was statistically significant according to age groups ($p<0.05$). While a negatively low correlation was found between WHO and DISA scores ($r=-0.187$, $p=0.077$), a positive and statistically significant correlation was determined between ITAS and DISA scores ($r=0.412$, $p<0.001$) and there was a negative and statistically significant correlation between WHO and ITAS scores ($r=-0.225$, $p=0.033$).

It is required to apply the scales to different diabetic groups in a similar way.

Keywords: Diabetes mellitus, insulin therapy, insulin treatment appraisal scale (ITAS).

1.G R ve AMAÇ

Diyabetes mellitus (DM), pankreas bezinin langerhans adac,klar,nda bulunan beta hücrelerinden salg,lanan insülin hormonunun salg,lanamamas,, az salg,lanmas, ya da periferik dokuda insüline duyars,ız,k nedeni ile ortaya ç,kan hiperglisemi ile karakterize metabolik ve kronik bir hastal,kt,r (85).

Diyabetes Mellitus prevalans, tüm dünyada giderek artan epidemik bir hastal,kt,r. Uluslararası, Diyabet Federasyonu'nun (IDF) yapt, , hesaplara göre diyabetli nüfusun, 2025 y,l,nda 333 milyona ula mas, beklenmektedir (78).

Ülkemizde 2010 y,l,nda yap,ılan TURDEP-II çal, mas,nda diyabet s,kl, ,n,n % 13,7 oldu u saptanm, t,r (79).

Kronik hastal,klar, genellikle tam olarak iyile meyen, sürekli ilerleyen, ço u kez kal,c, sakatlı,klara ve yetmezliklere yol açan, ya am,n uzun bir dönemini kapsayan hastal,klard,r (16,17). Diyabet makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar, ile ya am kalitesini dü üren, erken ölüm ve hastalanma oran,n,n yüksek oldu u bir hastal,kt,r. DM, organik bir hastal,k olman,n yan,nda, psikiyatrik ve psikososyal boyutlar, olan bir durumdur; bu nedenle diyabetli birey fiziksel, duygusal, sosyal ve cinsellikle ilgili sorunlar ya amaktad,r (57, 85). Ayr,ca i gücü kay,plar,yla sosyal ve ekonomik yükü a ,rla t,r,r. Diyabet, hastan,n hastal, , ile ilgili tüm bilgileri ö renmesi ve bunlar, uygulamas,n, gerektiren bir hastal,kt,r. Diyabet tedavisi olan birey tedavi kurallar,na uymak için normal ya am tarz,nda da de i iklikler yapmak zorunda kalmaktad,r. nsülin kullan,m,n,n bireylerde a r,ya neden olmas,, hipoglisemiye yol açmas,, kilo al,m,n, h,zland,rmas,, kiinin ba ,ms,ız, ,n, azaltarak ki iyi yetersiz ve etkisiz k,ımas,, hastalar,n toplum içinde insülin kullanmaktan dolayı, utanç duymalar, v.b durumlardan dolayı, hastalar insülin kullan,m,na kar , direnç gösterebilmektedirler (30).

Tüm bu nedenler diyabetli hastalar,n tedavilerini sürdürmelerine engel olu turabilir. Oysa diyabetli bireyin ya am, boyunca planlanm, bir bak,m, sürdürerek hastal, ,n, ve ya am,n kontrol alt,nda tutmas, çok önemlidir. Bu süreçte hastalar,n profesyonel bir deste e ihtiyaçlar, bulunmaktadır (54).

Diyabet hem iresinin rolü hasta e itimi, deste i ve dan, manlı, , yoluyla hasta ve ailesine sadece gerçekleri de il ayr,ca bilgiyi davran, a çevirmesine yard,mc, olaca , belirtilmektedir (19, 48, 58).

Diyabetli bireyin ihtiyaçlar,n,n belirlenerek e itimlerinin planlanmas,, bilgi ve becerisini art,rarak bak,m, konusunda aktif hale gelmesini, ba ,ms,z karar verme yeterlili ini kazanmas,n, ve problemlerle ba a ç,kma gücünü art,rmas,n, sa lar (54, 57, 63).

Hastalar,n tedavilerine ili kin bilgi ve dü üncelerinin bilinmesi, sa l,k personeline somut bilgi sa layarak, insülin ba ,ml, hastalarda geli tirilecek olan ba etme stratejilerinin belirlenmesinde rehber olarak tedavi ve bak,mlar, yönlendirebilecektir.

Bu çal, ma insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastalar,n tedavilerine ili kin bilgi ve dü üncelerinin belirlenmesi amac,yla planlanm, t,r.

2.GENEL B LG LER

2.1.Diyabetin Tan,m, ve Patofizyolojisi

Diyabetes mellitus genetik ve immün sistemin neden oldu u olaylar sonucu, pankreas,n Langerhans adac,klar,n beta hücrelerinde insülin hormonun yetersizli i veya etkili kullan,lmamas, sonucu kandaki eker düzeyinin yükselmesine ba l, olarak ortaya ç,kan, akut ve kronik komplikasyonlar,n e lik etmesiyle ya am boyu süren metabolik bir hastal,kt,r (81).

Tip I DM, pankreas beta hücrelerini harap eden genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerin sonucunda geli ir. Genetik yatk,nl, , olan bireyler do umda normal beta hücrelerine sahipken, geli en oto ümmin y,k,ma ba l, olarak beta hücrelerini aylar, y,llar içinde kaybetmeye ba layarak mutlak insülin ihtiyac, duyarlar (71).

Tip II DM ise insülin üretiminde bozulma, insülin direnci ve a ,r, hepatik glikoz üretimi ile karakterize olup mutlak bir insülin ihtiyac, yoktur. Her iki DM de diyetle al,nan karbonhidrat, dola ,mdaki glikozun yükselmesine (hiperglisemi) sebep olur. Yükselen kan glikozu hücrelerden su çeker, böylece hücre içinde dehidratasyon ba lar. Glikozun ozmotik bas,nc, nedeniyle su, renal tübüllerden reabsorbe edilemez ve idrarla at,l,r, bunun sonucunda poliüri (çok idrara ç,kma) geli ir. Poliürinin nedeniyle a ,zda kurulukla birlikte susama duygusuyla polidipsi (çok su içme) geli ir. nsülin eksikli i sebebiyle glikoz hücre içine girip kullan,lmad, , için dokularda y,k,m meydana gelir ve ki ide açl,k hissiyle polifaji (çok-a ,r, yemek yeme) geli ir. Çok yemek yemelerine ra men kilo kayb, ya amaktad,rlar (52).

Kontrolsüz DM akut komplikasyonlarla (diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar nonketotik koma, laktik asidoz, hipoglisemi) ölüme yol açabilir, uzun dönemde geli en kronik komplikasyonlar (mikrovasküler komplikasyonlar (retinopati, nefropati, nöropati) ve makrovasküler komplikasyonlar (myokard infarktusu, inme, periferik arter hastal,) ile hemen tüm ya amsal organlarda kal,c, bozukluklara neden olarak ya am kalitesini bozar (22,66).

2.2. Diyabetes Mellitusun Epidemiyolojisi

Dünya Sa l,k Örgütünün (WHO) hesaplamalar,na göre dünya diyabetli nüfusu ortalama 200 milyon civar,ndad,r, 2025 y,l,nda ise 300 milyona ula ca , öngörülmektedir (59,68). Hem tip 1 hem de tip 2 DMø nin prevalans, artmakla birlikte, artan obezite ve sedanter ya am nedeniyle gelecekte tip 2 DM prevalans,n,n daha h,zl, artaca ,

dü ünülmektedir (34). Son 25 y,l içinde ABD de Tip 2 DM prevalans, hemen hemen iki kat,na ç,km, . Hindistan, Endonezya, Çin, Kore ve Tayland da üç ila be kat art, olmaktadır (20).Tip 1 DM epidemiyolojisi ile ilgili çal, malar,n ço u Avrupa ve Kuzey Amerika'da yapılm, t,r. Tip 1 DM baz, etnik gruplar d, ,nda tüm toplumlarda, tüm dünyada görülmektedir (68). Fakat insidans,nda toplumlar aras,nda önemli farklılıklar vardır. En yüksek insidans skandinavya'dadır (Finlandiya ve Sardunya'da 30-35/100.000 çocuk/y,l). Buna karş,lık pasifik kıy,lar,nda çok daha dü üktür (Japonya ve Çin'de 1-3/100.000 çocuk/y,l). Tip 1 DM riskindeki artış, farklı co rafik bölgelerdeki etnik gruplarda yüksek riskli HLA alellerinin sıkl, ,n, yansıt, , dü ünülmektedir (68).Ülkemizde 2010 yapılan TURDEP-II çal, mas,nda diyabet sıkl, ,n,n % 13,7'ye ula t, , ve son 12 y,lda diyabet oran,n,n % 90 artış, , saptanmış, t,r (49,80).

2.3. Diyabetes Mellitusun Sınıflandırılması,

DM için WHO'ya göre diabetes mellitus klinik sınıflaması aşağıda yer almaktadır.

Klinik Sınıflama

A- insüline Bağımlı Diabetes Mellitus (Tip 1 DM)

B- insüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus (Tip 2 DM)

C-Malnutrisyonla İlgili Diabetes Mellitus

D-Bazı Sendromlar ve Diğer Durumlarla İlgili Diabetes Mellitus

F-Gestasyonel Diabetes Mellitus (54,97).

2.3.1. Tip 1 Diabetes Mellitus

Tip 1 diabetes mellitus (DM) her yaşta görülmekle beraber daha çok çocukluk yaş grubunda sık görülen T-hücrelerinin aracılık ettiği insülin üretiminde görev alan pankreasın beta hücrelerinin süregelen otoimmün kaynaklı veya otoimmün değil, nedenlerle tahrip olması sonucu gelişen insülopeni ve hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır (72). Tüm diyabetlilerin yaklaşık % 5-10'unu oluşturmaktadır (40).

Klinik bulgular, immünolojik bozuklukların ortaya çıkması, bundan aylar-yıllar süren bir prodromal dönemi takiben ortaya çıkmaktadır (84). Hastalarda hiperglisemiye ilişkin ağız kuruluğu, polidipsi, açlık hissi, poliüri, kilo kaybı, ve yorgunluk gibi semptom ve bulgular,

aniden ortaya ç,kar. Hastalar s,kl,kla zay,f ya da normal kilodad,r ve hastalar diyabetik ketoasidoza yatk,nd,r (72).

Herhangi bir ya grubunda görülmekle beraber en s,k görüldü ü ya grubu 7615 ya lar,d,r (2). Otoimmüitenin varl, ,na göre tip 1a ve tip 1b olarak ikiye ayr,lmaktad,r. mmün kökenli Tip 1a, diyabetli olgular,n %90n,n, olu tururken yine çocukluk ya grubunda görülen otoimmün belirleyicileri negatif olan Tip 1b ise %10duk k,sm,n, olu turmaktad,r (2,54).

2.3.2. Tip 2 Diabetes Mellitus

DM hastalar,n,n yakla ,k %90a, tip 2 DM'dir. Genellikle 40 ya üzerinde ilk yak,nmalar ba lar. Kronik, sinsi seyirli (4,97) etiyopatogenetik olarak insülin direncinin ve insülin sekresyon bozuklu unun bir arada bulunmas, ile ortaya ç,kan bir hastal,kt,r. leri ya , obezite, fiziksel aktivite azl, ,, gestasyonel diyabet öyküsü, hipertansiyon ve dislipidemisi olan ki ilerde daha s,k görülür. S,kl,kla kuvvetli bir genetik yatk,nl,k görülür, ancak geneti i komplekstir (poligenik) ve tam olarak tan,mınamam, t,r. Bu hastalarda tan, y,llarca gecikebilir, diyabetin klinik semptomlar, ortaya ç,kana kadar geçen zaman 10612 y,l kadar uzun olmaktadır. Bu dönemde henüz tan,s, konmam, tip 2 diyabetliler aras,nda hastal,k bazen diyabete ba l, makrovasküler ve/veya mikrovasküler hastal,klar,n ortaya ç,kmas,yla tan,nabilmektedir (65,88). Ketoasidoza e ilim söz konusu olmamakla birlikte a ,r stres hallerinde veya enfeksiyonlar,n seyri s,ras,nda ortaya ç,kabilmektedir (65).

Tablo 1. Diyabetin Temel Belirtileri (58)

Klinik Belirtiler	Patafizyolojik Nedenler
Poliüri	Böbrek tüplerinde glikozun yaratt, , ozmolarite art, , nedeniyle suyun geri emiliminin önlenmesi
Polidipsi	Poliürinin neden oldu u dehidratasyona ba l, susama merkezinin uyar,ımas,
Polifaji	Doku y,k,m, açl,k duygusuna neden olur. Birey a ,r, miktarda yiyecek tüketerek bunu gidermeye çal, ,r.
Kilo kayb,	Glikoz hücre içine giremedi i için beden ya lar, ve proteinleri enerji amac,yla kullan,r.

2.4. Diyabetes Mellitus için Risk Faktörleri

Tip 1 diyabet için risk faktörleri: Riskler çok iyi tanımlanmamış olmakla beraber genetik otoimmün, viral ve çevresel faktörlerin bu tip diyabet gelişimi için tetikleyici rol oynayabildiği görülmektedir. Esas etken otoimmün mekanizmasıdır.

Tip 2 diyabet için risk faktörleri:

- **Ailede diyabet öyküsü:** Aile üyeleri yakın derecede arttıkça, kişilerin diyabet olma olasılığında daha fazla risk artmaktadır.
- **Obezite (İnflamasyon):** BMI 27 kg/m² veya ideal tartının % 20'sinden daha kilolu olma
- **Yaş:** 40 yaş ve üzerinde olma tip 2 diyabet için risk artmaktadır.
- **Hipertansiyon:** Sistolik basıncın 140 mm Hg ve üzerinde olması, Diyastolik basıncın 90 mm Hg üzerinde olması, tip 2 diyabet için risk artmaktadır.
- **Sedanter Yaşam Tarzı:** Aile üyeleri aktif bir hayat sürdürmeyen bireylerin tip 2 diyabet için daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir.
- **Kolesterol:** HDL kolesterol düzeyi 35 mg/dl nin (0.90 mmol /L) altında olması, veya trigliserid düzeyi 250 mg/dl nin (2.8 mmol /L) üzerinde olması,
- **Gestasyonel Diyabet:** Gestasyonel diyabet tüm hamileliklerin %26'sinde gelişir. Genellikle doğum sonrası düzelen bir durum olmaktadır. Gestasyonel diyabeti olan veya 4 kg veya daha büyük bebek dünyaya getiren kadınlarda, yaşamlarında daha geç bir dönemde, daha fazla tip 2 diyabet gelişmesi olasıdır, bulunmaktadır.
- **Bozulmuş Glikoz Tolerans, (IGT):** Sağlıklı bir kişinin açlık kan şekeri 70- 110 mg/dl (100 ml kanda mg olarak glikoz) veya 3,9 -6,0 mmol /L arasında olmalıdır. Bozulmuş glikoz toleransı, normalden daha yüksek bir kan glikoz seviyesidir. Açık diyabetin başlangıcıdır.
- **İrk/Etnik Özellikler:** Yapılan çalışmalar, ırk ve etnik özelliklerin bir kişide diyabet gelişmesi olasılığını belirlemede önemli olduğunu göstermiştir. Bu popülasyonda Afrikalı, Amerikalı, Hispanik Amerikalı, Yerli Amerikalı, Asya ve Pasifik Adalarında daha fazla diyabet ortaya çıkmaktadır (5,55).

Tablo 2. Tip I ve Tip II Diabetes Mellitus Arasındaki Benzerlik ve Farklılıklar (16,97)

Tip 1	Tip 2
<p>ÉBaşlangıç yaşı, 30 yaşın altındadır.</p> <p>ÉAilede diyabet öyküsü yaygındır.</p> <p>ÉDaha çok sonbahar-kış aylarında görülür.</p> <p>ÉKilinin kilosuna normal ya da kilo kaybı olduysa için zayıftır.</p> <p>ÉBelirtiler ani başlangıçlıdır ve hızlıdır.</p> <p>ÉBelirtilerin derecesi ağırdır.</p> <p>É4 kardinal bulgu vardır.</p> <p>ÉAsemptomatik olabilir.</p> <p>ÉDrardaki glikoz ve aseton vardır.</p> <p>ÉKetoasidoza eğilim fazladır.</p> <p>ÉOtoimmün kökenlidir.</p> <p>ÉSerum insülin düzeyi düşüktür ya da yoktur.</p> <p>ÉTedavide insülin kullanımı arttırılır.</p> <p>ÉTeşhis kolay konulmaktadır.</p> <p>Éİnsüline rezistans vardır.</p> <p>ÉKronik komplikasyonlar görülebilmektedir.</p>	<p>ÉBaşlangıç yaşı, 40 yaş ve üzeridir.</p> <p>ÉAilede diyabet öyküsü yaygındır.</p> <p>ÉMevsimlerle ilişkisi yoktur.</p> <p>ÉKililer genelde normaldir.</p> <p>ÉBelirtiler yavaş başlangıçlı ve yavaş ilerler.</p> <p>ÉBelirtilerin derecesi hafiftir.</p> <p>ÉDrardaki glikoz vardır.</p> <p>ÉKetoasidoza eğilimi azdır.</p> <p>ÉOtoimmün kökenli değildir.</p> <p>ÉGenellikle insülin düzeyi düşüktür fakat yükselebilir.</p> <p>ÉTedavide insülin arttırılır, genellikle diyet ve OAD ile kontrol edilebilmektedir.</p> <p>ÉTeşhis koymak daha zordur.</p> <p>Éİnsüline duyarlıdır.</p> <p>ÉKronik komplikasyonlar görülmektedir.</p>

2.5.Diyabetes Mellitusun Komplikasyonları,

Diyabetes mellitusun seyri sırasında oluşan komplikasyonların ortaya çıkmasını geciktirilmesi ya da ilerlemesinin engellenmesi için yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve en önemli nokta etkin glisemi kontrolünün sağlanması, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, gerekir (27,44).

I. Akut Metabolik Komplikasyonlar

1. Diyabetik Ketoasidoz
2. Hiperosmolar nonketotik koma
3. Laktik asidoz
4. Hipoglisemi

II. Kronik Komplikasyonlar

1. Mikrovasküler Komplikasyonlar

- A. Diyabetik retinopati
- B. Diyabetik nefropati
- C. Diyabetik nöropati

2. Makrovasküler Komplikasyonlar

- A. Koroner arter hastalığı
- B. Periferik arter hastalığı
- C. Serebrovasküler hastalık
- D. Hipertansiyon
- E. Büyük damar hastalığı (ateroskleroz) (68).

2.5.1. Akut Komplikasyonlar

2.5.1.1. Diyabetik Ketoasidoz

DKA'da plazma glikozu 300 mg/dl'den 800 mg/dl'ye kadar de i ir (81). Arteriyal Ph 7.25 den azdır, serum bikarbonat konsantrasyonu 15 mEq/L'in altındadır ve serum ya da idrarda ketonlar saptanır (53). DKA'da belirti ve bulgular genellikle kısa sürede ortaya çıkar (örneğin 24 saatte). Hastada poliüri, polidipsi ve aşırı kuruluğu gibi semptomlar daha fazladır. Ayrıca karın ağrısı, bulantı-kusma, bilinç kaybı, solunumun hızlı ve zorlu hale gelmesi gibi ikâyetler sık görülür (53). Fizik muayenede deri turgorunda azalma, filiform nabız, hipotansiyon, baz vakalarda ise koma hali görülebilir. Ağızda spesifik bir koku (aseton kokusu; çürük meyve kokusuna benzer) mevcuttur (53). Tedavide amaç sıvı ve elektrolit bozukluğunun düzeltilmesi ve insülin eksikliğinin giderilmesidir (34).

2.5.1.2.Hiperosmolar Non-ketotik Koma

Kan glikoz düzeyi 600-1200 mg/dl'nin üzerine ç,kmasyyla tablo geli ir (81). Mortalitesi di er akut komplikasyonlara göre daha yüksektir (77). %50 mortalite ile seyreder. Tan, konuldu unda acil müdahale edilmelidir. S,kl,kla daha önceden tan, konmam, , ya l, (50-70 ya), tip 2 diyabetli hastalarda görülür. Genelde enfeksiyon, a ,r, glikoz alma, insülin dozunu atlama, stres veya bir hastal, a yakalanma (diyaliz) gibi h,zland,r,c, bir nedenden sonra hipergliseminin artmas,yla, günler veya haftalar içerisinde ortaya ç,kar. Yetersiz s,v, al,m,n,n e lik etti i osmotik diürez sonucu dehidratasyon ve mental bozukluklar meydana gelir. Vücutta yeterli insülin oldu u için hepatik ketogenez bask,lanm, haldedir. Bu yüzden ketoasidoz yoktur veya çok azd,r. Dehidratasyon ve hiperosmolarite bilinç bulan,kl, ,na, nöbetlere ve fokal nörolojik bulgulara sebebiyet verir. Tedavi, ketoasidozdaki gibi volüm replasman, ve hipergliseminin düzeltilmesidir (24) . Laboratuar incelemelerinde serum glikoz, sodyum, üre, kreatinin de erlerinde artma ve hiperosmolarite görülür. Tedavide en önemli nokta, parenteral s,v, tedavisiyle intravasküler volümün normale dönmesini sa lamakt,r (24).

2.5.1.3.Laktik Asidoz

Genellikle altta yatan ciddi bir hastal,k durumlar,nda görülen, dokulara oksijen da ,l,m, ve kullan,m,n,n yetersizli inden kaynaklanan a ,r bir metabolik asidoz biçimidir. Laktik asit birikimi laktat yap,m, ile kullan,m, aras,ndaki dengenin bozuldu una i aret eder (66). Diyabetiklilerde laktik asidoza götüren nedenler aras,nda böbrek yetersizli i, karaci er parankim hastal, ,, fazla alkol alma veya biguanid s,n,f, anti diyabetik ilaçlar kullan,m, say,labilir (70). Laktik asit olgular, yo un bak,m ünitelerinde tedavi edilmelidir. Bu hastalarda ortaya ç,kabilecek su ve sodyum yüklenmesini tedavi etmek için hemodiyaliz önerilmektedir (66).

2.5.1.4.Hipoglisemi

Hipoglisemi özellikle insülin ile tedavi edilen hastalarda insülin dozunun fazla yap,lmas,, yetersiz g,da al,m,, egzersiz yapmakla beraber gece ya da gündüz her saatte geli ebilir. Kan glikoz düzeyi 50-60 mg/dl'nin alt,na inmesiyle; terleme, ta ikardi, anksiyete, solukluk, bulant, ve açl,k hissi gibi hipoglisemik adrenerjik semptomlar hissedilmeye ba lar (58, 66, 70, 81, 83). Beyin metabolizmas, için yeterli glikoz deste i sa lanamazsa ba a r,s,, sersemlik hissi, halsizlik, bulan,k görme, pareteziler, mental konfüzyon, kognitif

bozukluklar, afazi, konvülziyon ve koma gibi nöroglükopenik belirtiler de bunlara eklenir (20,66).

Tedavi a ır hipoglisemilerde erken tedavi esastır, hastanın uuru aç,ksa 20630 gr oral glikoz verilir, iyile me gözlenirse, 15620 dakika sonra plazma glikozuna bakılır. iyile me varsa nedeni araştırılır. uuru kapalı ise V % 30 glikoz 50675 ml, 1mg Glukagon subcutan ya da M uygulanır. iyile me yoksa % 5610 dekstroz V ba lanır (30). nsülin tedavisi uygulayan hastanın yakınlara, nın glukagon enjeksiyonu yapmay, bilmeleri gerekmektedir (20).

2.5.2.Kronik Komplikasyonlar

Kronik komplikasyonlar diyabetin ilerleyen dönemlerinde ortaya ç,kan ve ciddi problemlere neden olabilen ikincil durumlardır. Diyabete ba lı, komplikasyonlar diyabetik hastalarda ciddi fatal ve morbiditeyi neden olarak devam etmektedir. Bu komplikasyonlar, n ortaya ç,kmada diyabetin süresi, hastanın ya ır, kötü metabolik kontrol gibi nedenler sayılabilir. Diyabet tan, s, esnas,nda ya da tan,dan sonraki süreçte ortaya ç,kabilen kronik komplikasyonlar; nefropati, nöropati, retinopati, hipertansiyon, kalp-damar hastal, ır, ayak yaras, ve hatta amputasyon olarak s,ralanabilir. Bu komplikasyonlar, n önlenmesi ve geciktirilebilmesi için iyi bir diyabet kontrolü gerekmektedir (50, 54, 98).

2.5.2.1.Diyabetik Retinopati

Diyabetik retinopati gözün retina bölümündeki küçük damarlar, n dola an kandaki yüksek glikoz düzeylerine uzun süre maruz kalmas, sonucu olu an yapısal ve bunlar, n do urdu u fonksiyonel de i iklikler olarak tan,mlanır ve görme kay,ıplar, nedenleri aras,nda birinci sırada yer alır (54,70). Diyabetik retinopati do rudan diyabetin süresine ve glisemik kontrolün niteli ine ba lıdır. Toplumdaki görme bozuklukları, n önemli bir nedenidir ve 166 65 ya ır aras,nda görülen körlüklerin %20sinden sorumludur. Diyabetlilerin yakla ık %20sinde retinopatiye ba lı, körlük olu ur. Diyabet tan, s,ndan 20 y, l sonra tip 1 diyabetlilerin tümünde, tip 2 diyabetlilerin ise yakla ık %60ında retinopati ortaya ç,kar (44,54).

Diyabetik retinopatinin ilerlemesini etkileyen faktörler aras,nda diyabet süresi, kronolojik ya ır, diyabet tipi, kötü glisemik regülasyonu, hipertansiyon, nefropati, hiperlipidemi, gebelik ve puberte diyabetik retinopati progresyonu yer alır. Diyabetik hastalarda retinopati izleme s,kl, ır, tip 1 ve tip 2 tan, s,ras,nda ba lamak üzere problem yoksa y,lda 1 kez, problem varsa gereken s,kl, kta göz muayeneleri yapılmalıdır.

Retinopatiji önlemek için s,ras,yla; diyabeti erken tan,lamal,, retinopatiji erken tan,lamal, ve görmede azalma ba lamadan uygun tedavi yap,lmal,d,r. Diyabetik retinopatinin tedavisi; ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve görme rehabilitasyonu olmak üzere üç ana ba l,кта özetlenebilir (44,54).

2.5.2.2.Diyabetik Nefropati

Diyabet, kronik böbrek yetersizli inin en önemli nedenlerindendir. Diyaliz üniterinde tedavi gören hastalar,n % 50øsi diyabetlidir. Diyabetli hastalar,n % 10-20øsi böbrek yetersizli i nedeniyle kaybedilmektedir (10). Diyabetik nefropati (DN) hem tip 1 hem de tip 2 diyabetin rölatif olarak en s,k görülen mikrovasküler komplikasyonudur (56). Tip 1 diyabetli hastalarda 15620 y,l sonra ortaya ç,karken tip 2 diyabette 10 y,l sonras,nda ortaya ç,kmaktad,r (80). Diyabetik bir hastada üç ile alt, ay aras,nda en az iki drar tahlilinde günlük 300 mg ve üzerinde albüminüri veya günlük 500 mg ve üzerinde proteinüri saptanmas, ile DN tan,s, konur(56). DN diyabetik hastalarda önemli bir mortalite nedenidir. Tip 1 diyabetiklerde proteinürisi olanlar,n 40 y,l sonra sa kalma olas,l,klar, %10 iken, proteinürisi olmayanlarda bu oran %70 civar,ndad,r (56).

Diyabetik nefropatinin tedavisi; kan ekeri kontrolünün sa lanmas,, kan bas,nc,n,n kontrol alt,nda tutulmas,, diyet düzenlemesi, protein al,m,n,n azalt,lmas,, son dönem böbrek yetmezli inde diyaliz tedavisi veya böbrek nakli ile gerçekleştirilir (44).

2.5.2.3.Diyabetik Nöropati

Nöropati periferik ve otonom sinir siteminde olu an bozukluklard,r ve diyabette hipergliseminin etkisiyle yayg,n olarak ortaya ç,kar. Diyabetik nöropatinin görülme s,kl, , farklı gruplarda %5 ile %60 aras,nda de i en oranlarda bildirilmi tir. Ortalama olarak diyabetlilerin tan, kondu u anda %10øunda nöropati oldu u, tan,dan 20 y,l sonra bu oran,n %20øye ç,kt, , belirtilmektedir (34,44).

Diyabetik nöropati hiperglisemi ile yak,n ili ki içindedir. Diyabet kontrolü kötü olanlarda nöropati s,kl, , artmaktad,r. Fakat baz, durumlarda iyi diyabet kontrolüne ra men nöropatinin ortaya ç,kmas, genetik faktörlerin etkili oldu unu dü ündürmektedir. Diyabetik nöropatiden korunma veya var olan nöropatinin ilerlemesinin önlenmesinde tüm komplikasyonlarda oldu u gibi nöropatide de diyabet kontrolünün iyile tirilmesi ilk ad,md,r.

Nöropati tedavisi semptomatik yani belirtileri gidermeye yöneliktir. Bu nedenle ortaya çıkması, önlenmesi veya geciktirilmesi önemlidir (34,67).

2.5.2.4.Koroner Kalp Hastalıkları

Diyabetlilerde koroner arterlerdeki aterosklerotik değişiklikler nedeniyle koroner arter hastalıkları, sıklıkla yüksektir. Bu hastalıklarda myokarda oksijen ve besin sağlanmasında azalmalar. Diyabetlilerde, koroner arter hastalıkları nedeniyle myokard enfarktüsü gelişiminde ölüm oranı, diyabeti olmayanlara göre daha yüksektir. Koroner arter hastalıkları, belirtileri, sternum altında gerginlik olarak olabilir. Sıklıkla belirti vermez. Diyabetlilerde sessiz myokard enfarktüsü sıklıkla daha fazladır.

Koroner arter hastalıklarının tedavisinde; antihipertansifler, vazodilatörler, dijitaller grubu ilaçlar ve diüretiklerdir (58).

2.5.2.5.Periferik Damar Hastalıkları

Büyük ve orta çaplı arterlerin intimal tutarak lümen daraltan makrovasküler hastalıklar ateroskleroz adı ile verilmektedir. Sıklıkla, özellikle diyabet makroanjyopatilerinin ortaya çıkması, daha da hızlandırır. Ateroskleroz normalde erkeklerde kadınlara oranla daha sık ve ilerleyicidir. Diyabetiklerde ise her iki cinsde de aynı sıklıkta görülür (13). Diyabette, periferik damarlardaki ateroskleroz nedeniyle hastalarda aralıklı gelen bacak ağrıları olabilir, pedal nabız alınamaz. Ayrıca dolaşım bozukluğuna bağlı gangren görülebilir. Diyabetlilerde periferik damar hastalıklarında, nöropati de gangren gelişimini kolaylaştırılmaktadır. Bu nedenle diyabetli bir hastanın alt ekstremitelerini ayaklarda dâhil olmak üzere;

-Duyu

-Cilt sağlığı ve bütünlüğü açısından her gün değerlendirilmelidir.

Hastalara uygun egzersiz programı alınmalı, ve sigara kullanmaları önlenmelidir (58).

2.5.2.6. Serebrovasküler Hastalıklar

Diyabet hem geçici iskemik atak hem de inme riskini artırmaktadır. Diyabetik hastalarda inme, koroner kalp hastalıklarından sonra en sık ölüm nedenidir. Birçok epidemiyolojik çalışmada diyabeti inme için risk faktörü olarak belirlemiştir. Diyabetli hastalarda inme riskini artıran nedenler şöyle özetlenebilir; hipertansiyon, erkek cinsiyet, ileri

ya , sigara içimi, kötü glisemik kontrol, dislipidemi, obezite, mikroanjiyopatiler ve di er makroanjiyopatiler. Diyabetin serebrovasküler sistem üzerindeki di er bir olumsuz etkisi de, beyinde lakün s,kl, , ve say,s,n, art,rmas,d,r. Lakünler genellikle kavitele en, küçük infarkt alanlar,d,r. Lakünler diyabetik hastalarda en az iki kat daha s,k rastlanmaktad,r (28).

Serebrovasküler hastal,k geli ti inde tedavide genellikle trombosit kümele mesini önleyen ilaçlar kullan,l,r (58).

2.5.2.7.Hipertansiyon

Hipertansiyon diyabetli hastalarda s,kl,kla kar ,la ,lan bir problemdir. Tip1 diyabetli hastalarda hipertansiyon insidans, 10. y,lda %5 iken, 20.y,lda %33œ, 40. y,lda %70œ yükselmektedir. Bu hastalarda hipertansiyonla diyabetik böbrek hastal, , aras,nda yak,n ili ki vard,r. Mikro albüminürinin ba lang,c,ndan yakla ,k üç y,l sonra tipik olarak kan bas,nc, yükselmeye ba lar. Mikro albüminürisi olan tüm olgular,n yakla ,k %15-25œnde hipertansiyon bulunurken, a ikâr diyabetik nefropatili hastalar,n %75-85œnde hipertansiyon bulunmaktad,r (53). nme, koroner kalp hastal, ,, kalp yetersizli i, periferik damar hastal, ,, nefropati ve retinopati gibi hastal,klar,n önemli risk faktörlerinden birini hipertansiyon olu turmaktad,r (53). Diyabetes Mellituslu hasta grubunda hipertansiyon diyabetik olmayan popülâsyona göre 2 kat fazlad,r. Tip 1 DMœdu hastalarda nefropati görülmesi ise %30 civar,ndadad,r. Tip 2 DMœdu hastalar,n %63-70œnde hipertansiyon görülür (53). Hipertansiyonun erken tan,nmas, ve gerekti i ekilde tedavi edilmesi durumunda diyabetli bireylerde hem makrovasküler hem de mikrovasküler komplikasyonlar azalmaktad,r. Kan bas,nc, normal s,n,rlarda olan bireylerde öncelikle sigaran,n b,rak,lmas,, düzenli egzersiz ve kilo verme, tuz al,m,n,n azalt,lmas, gibi ilaçs,z tedavi yöntemleri uygulanmal,d,r. Kan bas,nc, 130/80 mm/Hgœdan yüksek ise antihipertansif ilaç tedavisi ba lan,r. Kan bas,nc,n,n tüm diyabetlilerde 130/80 mm/Hgœdan dü ük tutulmas, sa lan,r. Son y,llarda ilaç tedavisinde önerilen ilaç grubu ACE inhibitörleridir. ACE inhibitörü grubu antihipertansif ilaçlar,n hem kronik nefropati döneminde hem de mikroalbüminürili hastalarda böbrek fonksiyonlar,n, koruyucu ve iyile tirici etkileri üzerinde durulmaktad,r. Tüm diyabetli bireylerin takipleri s,ras,nda düzenli kan ekeri ölçümü yap,lmal,d,r. Kalori ve alkol k,s,tlamas,, fiziksel aktivitenin artt,r,lmas, hipertansiyon aç,s,ndan yararlı uygulamalard,r (44,53).

2.5.2.8. Diyabetik Ayak

Diyabetin sık görülen komplikasyonudur, alt ekstremitelerde nöropati, bacakta arter hastalığı, ve immün bozukluk nedeniyle meydana gelen ülser ya da derin dokularda görülen yaralıdır (71). Diyabetik ayak; DM için en çok korkulan, mortalite ve morbiditeyi arttıran, yaşam kalitesini kötüleştirir, ağrı, güçlüğü kaybetme ve organ kaybına neden olan, hastanede kalma süresinin uzamasıyla toplumsal ve ekonomik yükü fazla olan bir komplikasyondur (54). 10 yıl önce diyabetikler, cinsiyetin erkek olması, kötü kan şekeri regülasyonu, kardiyovasküler/retinal/renal komplikasyonu olanlar daha fazla risk altındadır (8,82). Genel olarak tüm diyabetli hastaların %5-10'u ayak ülserine sahiptir veya ayak ülseri geçirmiştir (54,71). Bunların yaklaşık %10'unda de amputasyon yapılmıştır. Araştırmalar, iyi hasta eğitimi, sağlıklı yaşam tarzları, duyarlılık, ve eğitimi ile çok yönlü ayak ülserleri tedavisi ve düzenli izlem sonucu ayak amputasyonlarının %49-85 oranında azaltıldığını bildirilmektedir (54). Bu yüzden ilk muayenede ve ziyaretlerde ayrıntılı ayak muayenesi yapılmalıdır (8,82).

2.6. Diyabetin Yönetimi

Diyabetli hastaların bakım amacı; kan glikozunu düzenlemek, akut ve kronik komplikasyonları önlemektir. Diyabet başarılı bir şekilde yönetildiğinde hastalarda hiperglisemi ve hipoglisemi komplikasyonları önlenebilir. Fakat bazı hastalarda hastaların düzenli kontrol çabalarına rağmen komplikasyonları gelişmektedir (95).

Diyabetin yönetiminde amaç, glisemik kontrolün sağlanması, ve komplikasyonların önlenmesidir (90).

Diyabet kontrol ve tedavisinde kullanılan yöntemler;

- İlaç Tedavisi
- Diyet Beslenme Tedavisi
- Egzersiz
- Bireysel İzlem ve Öz Bakım
- Diyabet Eğitimi (81,95)

Diyabet tedavisi için planlanan uygulamalar bireysel olmalı, dır. Yani uygulamalar hastanın amaçlarına, ya da amaç biçimine, beslenme gereksinimlerine, aktivite düzeyine, yapabileceği başarımlarına, yeteneklerine göre dayandırılmalıdır. Tüm plan içinde psikososyal yönleri de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (92).

Diyabet yönetiminde başarıya ulaşmak için hasta sağlık bakım ekibinin aktif bir üyesi gibi diyabetin tüm yönleri ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmalı, bireysel yönetim sorumluluğunu üzerine almalıdır (57,95).

2.6.1. İlaç Tedavisi

Tip 2 diyabetes mellituslu hastalar kan şekkerlerini kontrol altında tutabilmeleri için; önce kilo verme, diyabetik diyet ve egzersiz ile tedavi edilmektedirler. Bu önlemler yetersiz kaldığında oral antidiyabetikler, oral antidiyabetikler de yetersiz ise insülin tedavisi kullanılmaktadır (14,54).

2.6.1.1 İnsülin

İnsülinin kefi ve insülin tedavisinin uygulamaya geçmesi diyabet tedavisinde dönüm noktası olmuştur. Tip 1 diyabet insülinin kefinden önce ölümcül bir hastalık iken insülinin tedavide kullanılması ile birlikte kronik hastalıklar arasında girmiştir. İnsülin pankreasta langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinden salgılanan bir hormondur. Temel etkisi kan şekkerini düşürmektir. Değişik tipleri bulunan insülin, tüm tip 1 diyabetlilerde yaşam boyunca ve tip 2 diyabetlilerde OAD'ye cevapsızlık gelişen ilerlemeli dönemlerde veya hamilelik, preoperatif dönem, ağır enfeksiyon, gibi sıkı metabolik kontrol gerektiren özel durumlarda veya acil metabolik durumlarda insülin tedavisine başvurulur (43, 50, 52, 54, 70, 98).

Kısa Etkili İnsülinler: Çözünür insülin (nötr insülin, kristalize nötral regüle insülin) kısa etkili süreli bir insülin formudur. Diyet rejimlerinde genellikle yemeklerden önce 15-30 dakika önce enjekte edilmesi gerekir. Acil durumlarda ve ameliyatlarda kullanılacak tek insülin formudur. En önemli üstünlüğü, subcutan olduğu kadar, intravenöz ve intramusküler de uygulanabilmesidir. Cilt altına enjekte edildiğinde çabuk etki (30 -60 dk) olur, etki 2 - 4 saat içinde dozuna düşer ve yaklaşık 8 saat kadar etkileri sürer. İV. yolla uygulandığında, yaralanma ömrü çok kısa olması nedeniyle, etkisi 30 dakika içinde ortadan kalkar. Son

zamanlarda kullan,ma giren insan insülin analoglar, insülin lispro ve insülin aspart,n etkileri daha çabuk ba lar ve daha k,sad,r (43,55).

Orta ve Uzun Etkili nsülinler: Etkileri subcutan enjeksiyonlar,nda yakla ,k 162 saat sonra ba lar 4612 saat içinde maksimal düzeye ula ,r ve 16635 saat etki sürer. Baz,lar, k,sa etki süreli (çözünür)insülin ile birlikte günde iki kez; baz,lar, ise, özellikle ya l, hastalarda günde bir kez verilir. Çözünür insülin ile ,r,ngan,n içinde kar, t,r,labilirler, her iki formda özelliklerini esas olarak korur; ancak çözünür insülinin ba lang,çtaki etkisi biraz hafifleyebilir (52).

izofan nsülin(NPH insülin,Nötpal protamin Hagedorn):Özellikle günde 2 kez uygulanan insülin rejimlerinin ba lang,c,nda önem ta ,yan bir protamin insülin süspansiyonudur. Çözünür insülin ile izofan, genellikle hastalar kar, t,r,rsa da, önceden haz,rlanm, kullan,ma haz,r preparatlar daha uygun olabilir (bifazik izofan insülin ya da bifazik insülin lispro) (52).

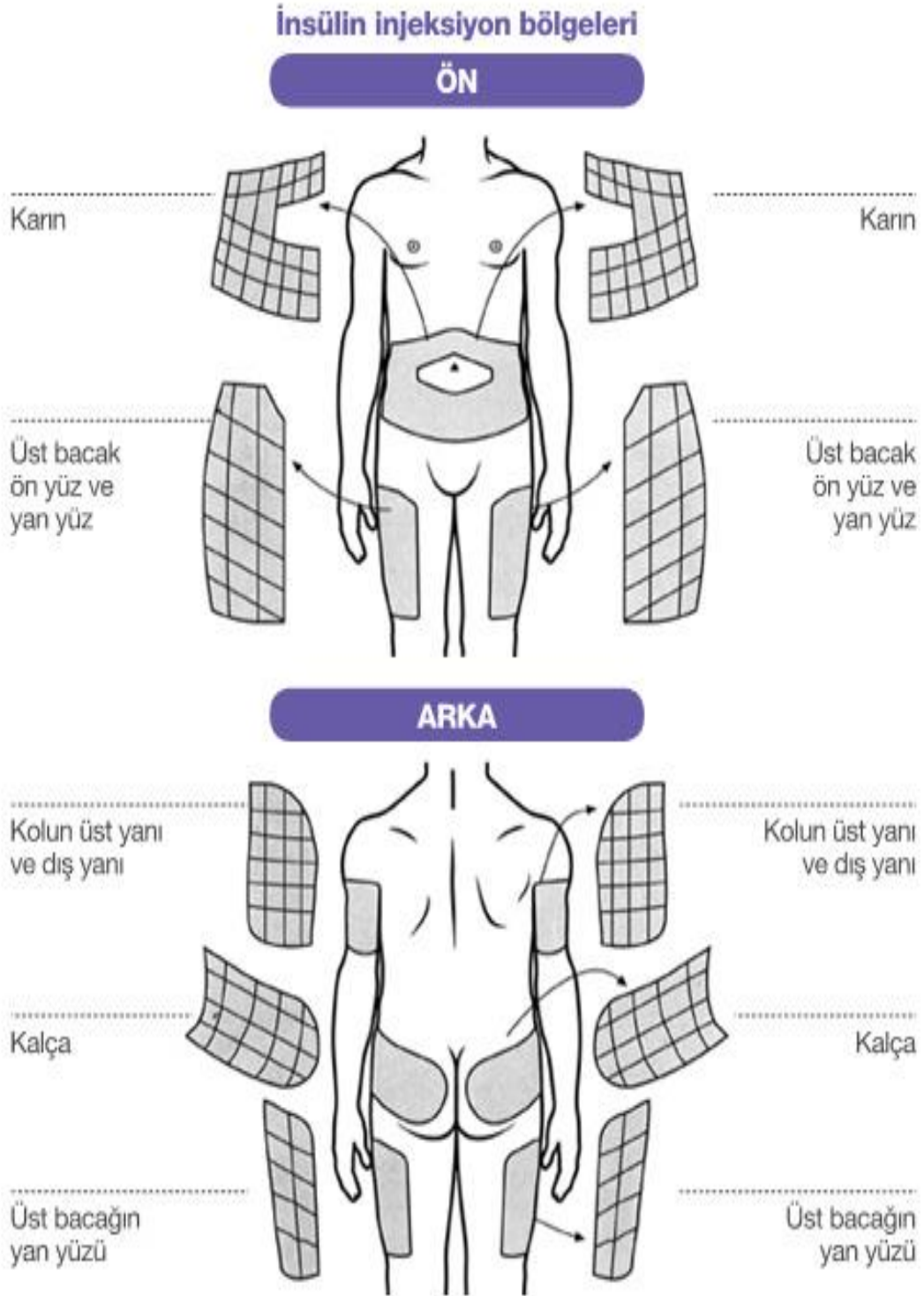
Kristalize nsülin Süspansiyonu, Asetat tampon içinde yüksek $ZnCl_2$ ve yüksek $Ph\phi$ l, ortamda haz,rland, ,nda absorbsiyonu yava t,r, protamin içermez. Etki süresi daha uzundur. Tek ba ,na ya da k,sa etki süreli insülinlerle kar, t,r,larak kullan,labilir (52).

Protamin Çinko nsülin: Genellikle k,sa etki süreli çözünür insülin ile birlikte günde 1 kez verilir. Ayn, ,r,ngada kar, t,r,ld, ,nda çözünür insüline ba land, ,nda art,k pek kullan,lmamaktad,r. Uzun etkili bir insan insülini analo u olan insülin glarjin, nispeten daha yeni piyasaya ç,km, t,r; günde bir kez ak amlar, verilir (52).

Tablo. 3. nsülin Tipleri ve Etki Süreleri (26)

Tipi	Görünüm	Etki	Pik etkisi	Etki süresi
Hızlı etkili				
Lispro insülin	Berrak	10-15 dakika	30-60 dakika	4 saat
Aspart insülin	Berrak	10-15 dakika	30-60 dakika	4 saat
Kısa etkili insülinler				
Regüler (kristalize)	Berrak	0,5-1 saat	2 - 4 saat	4 ó 8 saat
Orta etkili insülinler				
NPH	Bulanık	2-4 saat	6-8 saat	12-15 saat
LENTE	Bulanık	1-2 saat	6-12 saat	18-24 saat
Uzun etkili insülinler				
Ultralente	Bulanık	4-6 saat	8-15 saat	18-24 saat
Glargine insülin	Berrak	4-6 saat	Yok	24+ saat
Detemir insülin	Berrak	1-2 saat	4-10 saat	12-20 saat

ekil 1. nsülin Enjeksiyon Bölgeleri (47)



2.6.1.2.Oral Antidiyabetik ilaçlar

Tip 2 diyabetli bir hastanın tedavisine öncelikle diyet, egzersiz ve kilo idamesi ile istenilen başarı elde edilemezse, oral antidiyabetik ilaçlar başlanırlar (52). Oral antidiyabetik (OAD) insülin salgılamaya yeteneği henüz tükenmemiş, pankreasında insülin üretimi azalarak da olsa devam eden diyabetlilerde kullanılan ilaçlardır. Tip 2 diyabet yönetiminin özellikle ilk dönemlerinde uygulanan temel tedavi yöntemidir (98). OAD'ler insülin direncini ortadan kaldırarak ve yetersiz olan insülin salgılamasını artırarak kan glikoz seviyesini istenilen sınırlarda tutmaya çalışırlar. OAD'ler etki mekanizmalarına göre 3 ana grupta toplanırlar. Bunlar;

İnsülin Salgılatıcı İlaçlar: Sülfonilüre ve Glinidler pankreas hücrelerinden insülin salgılamasını artırırlar.

İnsülin Duyarlılığına Artırıcı İlaçlar: Metformin ve Glikozanlar periferik dokularda insülin duyarlılığını artırırlar. Yakın zamanda Glikozan türevi ilaçlar hepatotoksik yan etkisi nedeniyle Türkiye'de yasaklanmıştır.

Glikozidaz İnhibitörü İlaçlar: glikozidaz inhibitörleri barsaklardan karbonhidrat emilimini yavaşlatarak yemek sonrası kan şekeri yükselmesini engeller.

Alfa-glikozidaz inhibitörleri (AG):

AG'leri oral olarak verildiğinde ince barsak lümeninde bulunan ve kompleks karbonhidratları parçalayan enzimi inhibe ederek glikozun emilimini geciktiren ajanlardır. Bu etkileriyle postprandial hiperglisemi önlerler. İnsülin sekresyonu ve davranışına etkileri oldukça azdır; fakat insülin duyarlılığındaki düzelme, postprandial hipergliseminin kontrolüyle pankreas hücrelerinin korunması sonucu elde edilebilir. Hipoglisemiye yol açmazlar ancak gastrointestinal yan etkileri (meteorizm, şişkinlik, diyare) kullanımlarına karşılıklıdır. Monoterapi olarak daha çok bozulmuş glikoz toleransı olan veya erken tanı almış tip 2 diyabetli olgularda kullanılmaktadır. Daha çok diğer anti-diyabetik ajanlarla birlikte kombine tedavilerde kullanılırlar. Ülkemizde bu grup içinden sadece akarboz mevcuttur (18,98).

Biguanidler:

Biguanidler grubundan yalnızca metformin dünyada ve Türkiye'de kullanılmaktadır. Bu gruptan diğer iki molekül olan fenformin ve buformin laktik asidoz risklerinin yüksek olması nedeniyle kullanılmadan kaldırılmıştır. Metforminin temel etki mekanizması, hepatik glikoz çik, nında azalma sağlamasıdır. Diğer önemli etkileri periferik dokulara glikoz girişinde, kullanılmasıyla art, ve barsaklardan glikoz emiliminin geciktirilmesidir. Periferik dokularda insülin direncini azaltt, , için metformin özellikle kilolu ve obez tip 2 diyabetikler için iyi bir tedavi alternatifidir. Normal kişilerde glikoz düzeyini etkilemediği gösterilmiştir (18, 73, 98).

Tiazolidinedionlar:

Tiazolidinedionlar (pioglitazon ve rosiglitazon) insülin direncini azaltmalar, nedeniyle obez hastalarda tercih edilmelidirler. Tiazolidinedionlar tiazolidin-2-4 ortak yapısına, n, içermektedir. Bu grup ilaçlardan rosiglitazon ve pioglitazon halen kullanılmakta olan preparatlardır. nsülin direncini azaltt, ,, lipid profiline ve endotel fizyolojisine olumlu etkiler yaptı, , için tip 2 diyabette uygun bir tedavi aracıdır. Aktif karaciğer hastaları, , bulunmayan tip 2 diyabetlilerde monoterapi veya metformin ve sulfonilüreler ile kombine terapi olarak kullanılabirler. Genel olarak iyi tolere edilirler. Başlıca yan etkileri; hepatotoksisite, ödem, anemi, kilo art, , ve kalp yetersizliği inde art, t,r (98).

Sülfonilüreler:

Sülfonilüreler ağırlı, kilolu olmayan ve insülin yetersizliği bulunan tip 2 diyabetli hastalarda ilk seçenektir. Bununla birlikte diğer OAD'ler ile yeterli metabolik kontrol sağlanamayan obez tip 2 diyabetlilerde kombinasyon tedavisinde de kullanılabirler. Bu ajanlar hücrelerindeki SUR-1 olarak adlandırılan K⁺ kanalının bir alt birimine bağlanarak insülin salınımını arttır, c, özelliğe sahiptirler. Bu etkileriyle açlık kan şekeri düürürler ve A1c yi de ortalama %162,5 oranında azaltırlar. Hipoglisemi bu grup ilaçların korkulan yan etkisidir (98).

Meglitinidler:

Meglitinidler de sülfonilüreler gibi SUR1 reseptörü üzerinden etki eden ajanlardır. Hızlı etki gösterirler ve yemeklerden hemen önce alınırlar, fakat kan şekeri düürücü etkileri

daha zayıf ve daha çok açlık plazma glikozu 200 mg/dl üzerinde olmayan tip 2 diyabetin erken fazındaki hastalarda kullanımı uygundur. Etkileri daha çok tokluk kan şekeri üzerinedir. Diğer insülin duyarlı ilaçlarla kombine kullanımda bu etkileri artar ve daha etkin bir tokluk kan şekeri düzeyi sağlarlar (73).

2.6.1.3. Beslenme Tedavisi

Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT) diyabetik hastaların tedavisinin temel taşlarından birisidir ve hastaların seyri boyunca tedavinin bir parçası olmalıdır (81). Yeterli TBT uygulamadan, diğer tedavi yöntemleriyle metabolik kontrolün sağlanması güçtür. Bazı tip 2 diyabetli hastalarda sadece TBT uygulamakla kan şekeri düzeyleri ayarlanabilmektedir (54). Her diyabetli bireyin yemek alışkanlıkları ve tercihlerinin kapsamlı bir değerlendirilmesinin yapılması, bireyin beslenme programının düzenlenmesi için gerekli olan bilgiyi sağlayacaktır. TBT hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bireysel olarak hazırlanmalıdır. Diyabetli bireyin beslenme programının düzenlenmesi ve beslenme eğitiminin yapılması ekip içerisinde diyetisyenin görevidir. Diyetisyenler diyabetli bireye uygun, gerçekçi ve yeterli olan öğün planı, içeren beslenme programı hazırlarlar (41,54). Ancak ekip içerisinde diyetisyen olmadıkça, durumlarda diyabet hemiri bu sorumluluğu üstlenir. TBT'nin başarıya ulaşması için diyetisyenin, hastanın beslenme alışkanlıkları, sosyo ekonomik durumuna uygun beslenme planı, beslenme eğitimi ile destekleyerek hastaya aktarmalıdır (54).

Tablo 4. Tip 1 ve Tip 2 Diyabette Beslenme Tedavisindeki Farklılıklar (41, 54, 97)

Faktör	Tip 1 Diyabet	Tip 2 Diyabet
Kalori	Normal büyüme ve gelişmeyi sağlayacak kalori verilir.	Hastaya ideal ağırlıkla, getirecek kaloriler verilir.
Glikoz kontrolü	Beslenme tedavisi ve insülin gereklidir.	Beslenme tedavisi etkili olabilmektedir.
Kalorinin öğünlere dağılımı,	insülinin etki süresine göre karbonhidrat öğünlere eşit olarak dağıtılmalıdır.	Eğitilmiş bir hasta için gerekli olmayabilir.
Öğün zamanı, ve sayısı,	insülinin tipine ve maksimum etki süresine göre günde üç ana öğün, üç ara öğün olarak düzenlenir.	Öğünlerin her gün aynı saatte olması dikkat edilir, en az 1 ara öğün alınmalı, ve 4-6 ana öğünler düzenlenir.

2.6.1.4.Egzersiz

Diyabetli bireyler için aktivite ve egzersiz, bakım planı, beslenme programı ve ilaç tedavisinin önemli bölümüdür. Aktivite ve egzersiz; glikozun daha iyi kullanılması, kullanılan insülinin daha etkili olması, ve duyu daha iyi kullanılması sağlar (42, 97). Son yıllarda egzersiz diyabet yönetiminde TBT ve ilaç tedavisi ile birlikte önemli bir bileşen olarak kabul edilmektedir. Tüm diyabet tipleri için tedavinin önemli bir parçası olan düzenli egzersizin kan şekeri kontrolünü iyileştirir, insülin direncini azaltır, kilo kontrolüne yardımcı olur, lipid profilini düzenleyerek kardiyovasküler riskleri azaltır, ve bireyin kendini iyi hissetmesine yardımcı olur, bilinmektedir (96).

Amerikan Diyabet Birliği'nin fiziksel aktivite ile ilgili önerisi haftada 50 dakika orta yoğunlukta egzersiz yapmaktır. Ayrıca herhangi bir kontrendikasyon yoksa tip 2 diyabetliler haftada 3 gün direnç egzersizi yapmalıdır. Her gün günlük en az 30 dakika orta yoğunlukta egzersiz yapılmalıdır (98).

2.6.1.5.Bireysel İzlem ve Öz Bakım

Diyabetli bireylerde bireysel izlem; glisemi, glikozüri, ketonüri düzeylerini takip etmeyi, genel bakım ilkeleri ile kendi sağlıklarını denetlemeyi içermektedir. Diyabet davranışsal uyumla büyük oranda yönetilebilen kronik bir durumdur. Diyabet tanısı alan bireylerin çoğu yaşamı boyunca bazen noktalarında öz bakımları ile ilgili düzenlemeleri izlemek ve uygulamak zorundadırlar (95,97). Diyabette öz bakım, bakımın %98'ini oluşturmaktadır. Bireylerin öz bakım gereksinimlerini karşılaması, hastalarının kontrolünün sağlanması ve hastalıklı komplikasyonların gelişimini önlemesi bakımından önemlidir (95). Diyabetli olan bireylerin, kendi sağlıklarına sürekli katılması, kişisel olarak yaşamı, sağlık ve iyiliklerini sürdürmek için kendilerine düzenli yapmalarını beklenmektedir. Diyabetli bireyler öz bakım, bakım için yetenekleri ile gereksinimleri arasında denge kurmaya çalışırlar (95). Diyabet tedavisinde ve kontrolünde hedeflenen sonuçlar; diyabetlinin bireysel yönetimini sağlayabilmesi ve bunun sonucunda metabolik kontrolün iyileşmesi, komplikasyonların ortaya çıkmasını veya ilerlemesinin engellenmesi, sağlık düzeyinin yükseltilerek yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (92, 95).

2.6.1.6.Diyabet E itimi

Dünya Sağlık Örgütüğüne göre e itim, diyabet tedavisinin temel ta ,d,r ve diyabetlinin toplum ile bütünle mesinde ya amsal bir önemi vard,r. Diyabetik hasta e itimi, hastan,n kendini daha iyi hissetmesini sa lamak, hastal, ,n daha iyi kontrolü ile olu abilecek yan etkilerden korumak, tedavi giderlerini azaltmak, tedavi hatalar,n, azaltmak ve hastan,n yeni teknolojiyi kullanabilir olmas,n, sa lamak amac,yla bilgi ve deneyimini artt,rnak için sürdürülen bilgi ve deneyim aktar,m, ile ilgili tüm çal, malar, içermektedir (95).

Avrupa,n, de i ik 25 ülkesinde uzmanlar,n,n görüşleri al,narak, Avrupa Diyabet çal, malar, Birli i, Diyabet E itimi Çal, ma Grubu taraf,ndan e itim notlar, haz,rlandı, t,r.

Deneyimli klinisyenlerin sürekli e itim programlar,n, ba ar, ile yürütülebilmesi için önerilen ilkeler u ekildedir;

ÉHastan,za dinamik, yeni bir süreç yarat,n, aktif bir ili ki kurun.

ÉHastaya uygun e itim gereksinimlerini de erlendirin.

ÉHastalarla ortak e itim hedefleri saptay,n.

ÉHastan,z,n e itim program,na aktif kat,l,m,n sa lay,n.

ÉE itim program,n,z, hasta ve sa l,k profesyonelleri ile de erlendirin.

ÉE itim verenlerin de sürekli e itimini unutmay,n (45,95).

hasta e itimi ve sa l,k davran, lar,n,n kazand,r,lmas,nda hem irelerin önemli bir role sahip oldu u bilinmektedir (64).

2.7.Glikolize Hemoglobin HbA1c:

HbA1c, diyabetes mellitusun uzun dönemli glisemik kontrolünün de erlendirilmesinde kullan,lan ve bu hastalarda komplikasyon geli me olas,l, ,n, gösteren de erli bir testtir. Amerikan Diyabet Cemiyetiğinin (ADA) önerisine göre kronik komplikasyonlar,n önlenmesi ve/veya azalt,lmas, için HbA1cğinin %7ğinin alt,nda tutulmas, gerekmektedir. ADAğın, son yay,nlad, , raporlara göre HbA1c ölçümlerinin standardizasyonun artmas,yla beraber HbA1c testi diyabetin tan, kriterleri aras,na girmi tir (35). Mevcut ADA ve IDF k,lavuzlar, HbA1c için %7 ve %6,5 hedeflerini önermektedir (7,46). Normalde eritrositler, hemoglobin molekülüne ba l, olarak az miktarda glikoz ta ,r.

Ancak glikozun kandaki düzeyi yükseldikçe hemoglobine fazla bağlanır ve sonuçta HbA1c olur (16).

Kan glikoz konsantrasyonunun artmasıyla eritrosit içine glikoz girişi artar. Glikolize hemoglobin geri dönüşümsüz olduğundan kan düzeyi eritrosit yaşam süresi ve kan glikoz düzeyine bağlıdır. Bu nedenle 8612 haftalık glikoz düzeyi hakkında bilgi verir. Normal değerleri %4,2-6,2 arasındadır (29,81).

2.8. Diyabet Hemşiresi

Hemşireler, pek çok profesyonelin çalıştığı, ortamlarda en büyük personel grubunu oluşturmakta, hizmet alan bireylerin taleplerini karşılamak ve kurumun hedeflerinin yerine getirilmesinde önemli bir grubu oluşturmaktadır (5,48).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) ve Amerikan Diyabet Eğitimcileri Birliği (American Association of Diabetes Educators-AADE) diyabet hemşiresini; diyabet bakım ve eğitim gereksinimlerini belirleyen, hemşirelik tanımlarını geliştiren, hemşirelik bakım ve eğitimini uygulayan ve değerlendirme için diyabetli bireyler, aileler, gruplar ve toplum ile çalışarak tanımlanmaktadır (23).

Diyabetli hastaların kendi kendine bakım ve kullanımları, ilaçlar gibi çeşitli konularda eğitimi, bakım ve izleminde hemşirelerin çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Diyabet bakım ve izleminde görev alan hemşirelerin sorumlulukları şu şekilde özetlenebilir:

ÉHasta ve hasta yakınlarının eğitimi

ÉHasta bakımını ve izleminin planlanması, ve uygulanması,

ÉHasta ve hasta yakınlarından, gerekli hizmeti verilmesi

ÉHasta izleminin gerçekleştirilmesi

ÉEkip ile diyabetli bireylerin yönetiminde görev alan diğer merkezler ve sağlık görevlileri arasında işbirliğinin sağlanması,

ÉHastanın ihtiyaçları ile ilgili olarak diğer ekip üyelerine destek verir (88).

Hasta eğitiminde iki model vardır; bireysel eğitim ve grup eğitimidir. Bireysel eğitimde ve grup eğitimi öncesinde bireysel değerlendirme yapılır. Eğitim verilen kişinin medikal öyküsü, sağlıkla ilgili inanç ve davranışları, diyabet bilgisi, tedavi becerisi, öğrenme isteği, uyum gücü, fiziksel sorunları, aile desteği ve inançsal durumu göz önünde bulundurulmalıdır (54).

Diyabetin kronik bir hastalık olması, ve bireylerin tüm yaşamını etkilemesi nedeni ile hastalığın başarılı şekilde yönetilmesi büyük önem kazanır. Bu noktada diyabet hemirelerinin vaka yönetimi, eğitim ve danışmanlık rolleri büyük önem kazanır (18,62).

2.8.1.Diyabet Eğitim Hemiresinin Rol ve Sorumlulukları,

- Danışmanlık
- Sağlık profesyonellerini eğitme
- Hasta bakımı,
- Diyabetli bireyleri eğitme
- Çalışmalar, organize etme
- Araştırma yapma
- Politik kararlarda etkili olma
- Kaynak olma
- Derneğin temsilcisi olma (45).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Ara t,rman,n Tipi ve Özellikleri

Ara t,rma, anl,urfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Ara t,rma ve Uygulama Hastanesi, Sa l,k Bakanl, , Bal,kl,göl Devlet Hastanesi ve anl,urfa E itim ve Ara t,rma Hastanelerinin Dâhiliye Kliniklerinde yatarak insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastalar,n tedavilerine ili kin bilgi ve dü üncelerinin belirlenmesi amac,yla tan,malay,c, olarak Kas,m 2012 - ubat 2013 tarihleri aras,nda yap,lm, t,r.

Ara t,rmada veri toplama arac, olarak soru formu, WHO- Be yilik Durumu ndeksi, Diyabet Problemlerini Belirleme Ölçüm Skalas, ve nsülin Tedavisi De erlendirme Skalas, kullan,larak yüz yüze görü me tekni i ile toplanm, t,r. Veri toplama formu; hastalar,n tan,t,c, özelliklerini, WHO- Be yilik Durumu ndeksi hastalar,n son iki hafta içinde kendilerini nas,l hissettiklerini, Diyabet Problemlerini Belirleme Ölçüm Skalas,; hastalar,n hastal,klar, ile problemlerinin ne derecede etkiledi i ve nsülin Tedavisi De erlendirme Skalas,; insülin tedavisi hakk,nda bilgi ve dü üncelerini saptamaya yönelik olarak uygulanm, t,r.

3.2. Ara t,rman,n Yap,ld, , Yer ve Özellikleri

Ara t,rma, anl,urfa il merkezi hastanelerinde yap,lm, t,r. Harran Üniversitesi Ara t,rma ve Uygulama Hastanesi, 10 odal, olup hasta odalar, 165 ki ilik, Sa l,k Bakanl, , Bal,kl,göl Devlet Hastanesi 19 odal, olup hasta odalar, 165 ki ilik, anl,urfa E itim ve Ara t,rma Hastanesi dâhiliye 1 ve 2 olarak iki klinikten olu mu olup, her iki klinikte 163 ki ilik 10 oda bulunmaktad,r.

3.3. Ara t,rman,n Evreni ve Örneklem Seçimi

Ara t,rman,n evrenini Kas,m 2012 - ubat 2013 tarihleri aras,nda anl,urfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Ara t,rma ve Uygulama Hastanesi, Sa l,k Bakanl, , Bal,kl,göl Devlet Hastanesi, anl,urfa E itim ve Ara t,rma Hastanelerinin Dâhiliye Kliniklerinde insülin tedavisi görmekte olan yatan hastalar olu turmaktad,r.

Örneklem için literatür bilgilerine dayan,larak, Türkiye'de diyabet prevalans, % 7.2 olarak kabul edilmi ve mini tab program,nda Power analizi yap,larak %95 güven ve %95 güç ile en fazla %5 hata pay, için yakla ,k 76 ki ilik bir örneklem çap, hesaplanm, olup toplam 90 hastaya ula ,lm, t,r.

3.4. Veri Toplama Araçları,

3.4.1.Soru Formu (EK I)

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, diyabet tipi, diyabet durumunda bir hastanın varlığı, hastanın tedavisi ve süresi, yaşam biçimi (Hastaya çeşitli sorular sorularak belirlenmiştir.) , yaşadığı yer gibi hastaya, tanıtıcı bilgilerle ilgili soru formu (EK I), diyabetli hastalar ve tedavilerinin değerlendirildiği benzer çalışmaların incelenip konuyla ilgili literatür taranarak araştırılacak, tarafından 17 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Dünya Sağlık Örgütü - Beş Yıllık Endeksi (WHO65) (EK I)

Dünya Sağlık Örgütü-5 Refah Endeksi (WHO-5), hastaların son iki haftalık dönemde genel duygusal iyiliğini değerlendirmek için kullanılan kısa bir öz bildirim ölçeğidir. Altı Likert ölçeği üzerinden cevaplanabilen pozitif olarak formüle edilebilir beş maddeden oluşmaktadır; *yanıtlar hiçbir zaman (0)dan başlayıp diğer zaman (5)kadar değişmektedir.* Bu puanların 0 (en kötü sonuç)dan 25'e (en iyi sonuç) kadar değişmekte olan bir toplam refah endeksi elde etmek için toplanması gerekmektedir. Ölçüm toplam puanı, depresyonu belirten kesme puanı olarak uygulanmıştır (61,91). WHO-5, diyabet hastaları için de uygulanabilen ve diğer öz bildirim ölçeklerine kıyasla depresyonun tespitinde en duyarlı (%93) ölçeklerden biridir (61).

3.4.3.Diyabetle İlgili Problem Alanları, Ölçeği (D SA) (EK I)

Diyabetle ilgili Problem Alanları ölçeği (D SA), komplikasyonlara ilişkin kaygılar veya yiyecekle ilgili endişeler gibi diyabete özel duygusal sıkıntıyı değerlendirmek üzere kullanılan 20 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler, *özellikle ilüden (0) ciddi bir soruna (4)* kadar değişim en altı Likert ölçeğinde değerlendirilir (53,74). Puanlama, tüm soruların puanlarını toplayıp 1.25 ile çarpılarak yapılır ve 0-100 arasında değerlendirilir. Daha yüksek puanların diyabetle ilgili duygusal problemleri gösterir (96). Eğer diyabetle ilgili problemler depresif semptomlarla örtülüyorsa, bunların arasındaki ilişkinin sonuç olarak pozitif olması düşünülmektedir (61, 80, 98).

3.4.4. insülin Tedavisi De erlendirme Skalas, (ITAS) (EK I)

ITAS insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastalar, n insülin tedavisi ile ilgili mevcut problemlerini de erlendirmek amac,yla geli tirilmi olup ölçek olumlu ve olumsuz tutumlar, bir arada de erlendirmek üzere 16 negatif ve 4 pozitif (3, 8, 17 ve 19. sorular) toplam 20 sorudan olu maktad,r (61,80). *Negatif sorular (5ó4ó3ó2ó1) ve pozitif sorular (1ó2ó3ó4ó65)* diye puanlama yap,lmaktad,r. 20 ile 80 aras,nda puan almaktad,rlar. Ölçekten al,nan puan artt,kça hasta da diyabete ba l, stres ve kötü emosyonel iyilik halini yans,tmaktad,r (80).

3.5. Veri Toplama Araçlar, n, n Uygulanmas,

Ara t,rmada veri toplama arac, olarak kullan,lan Soru Formu (EK I), Dünya Sa l, k Örgütü - Be yilic ndeksi (WHO65) (EK I). Diyabet ile ili kili Problem Alanlar, Ölçe i (D SA) (EK I). insülin Tedavisi De erlendirme Skalas, (ITAS) (EK I) Kas,m 2012 - ubat 2013 tarihleri aras,nda anl,urfa il merkezinde bulunan Harran Üniversitesi Ara t,rma ve Uygulama Hastanesi, Sa l, k Bakanl, , Bal,kl,göl Devlet Hastanesi ve anl,urfa E itim ve Ara t,rma Hastanelerinin Dâhiliye Kliniklerinde insülin tedavisi görmekte olan yatan 90 hastaya uygulanm, t,r. Ara t,rma öncesi Hastane Ba hekimli inden yaz,l, izin al,nm, t,r. Soru Formu, Dünya Sa l, k Örgütü - Be yilic ndeksi, Diyabet ile ili kili problem alanlar, ölçe i, insülin Tedavisi De erlendirme Skalas, hastalarla yüz yüze görü me yöntemi kullan,larak ara t,rmac, taraf,ndan doldurulmu tur. Görü melerin süresi 20ó40 dakika aras,nda de i mekte olup ortalama 30 dakika sürmü tür.

3.6. Ara t,rman, n Ba ,ml, ve Ba ,ms,z De i kenleri

Ba ,ml, de i kenler: Hastalara uygulanan ölçekler.

Ba ,ms,z de i kenler: Hastalar, n ya ,, cinsiyeti, medeni durumu, e itim durumu, diyabet tipi, tedavisi ve süresi, diyabet e itimi, ya ad, , yer, yak,nlar, ile ili ki durumlar,.

3.7. Verilerin De erlendirilmesi

Ara t,rmada elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11,5 paket program,nda de erlendirilmi tir. istatistiksel analizlerde yüzdelik ve say,lar frekansla, gruplar aras,nda farklıl, ,n analizinde; ikili gruplarda ba ,ms,z örnekleme t

testi, üç ve daha fazla olan gruplarda ise varyans analizi uygulanmı, t,r. Gruplar aras, farklılık önemli bulundu unda ise farklılık, hangi gruptan kaynaklandı, belirlemek üzere duncan test, ölçekler aras, ili ki için de korelasyon uygulanmı, t,r.

3.8.Ara t,rman,n Etik Yönü

Ara t,rma için anl,urfa l Sağlık Müdürlü ünden, anl,urfa Bal,kl,göl Devlet Hastanesi ve anl,urfa Eğitim ve Ara t,rma Hastanelerinden yazılı izin alınmı, ve izin yazısı ile Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kuruluna başvurulmu tur. Gerekli etik kurul izini alındıktan sonra çalışmaya başlanmı, t,r (Ek III). Katılımcılara ara t,rma hakkında bilgi verilm, formdan elde edilen bilgilerinin ismen de ifre edilmeyece i belirtilerek, aydınlanmı, onam formu imzalatılmı, t,r. Okuma yazması olmayan hastalara aydınlatılmı, (bilgilendirilm,) onam formu okunmu, hastaya ve görüşme tanıtılmı,na imzalatılmı, t,r.

Ara t,rmadan kullanılan Görüşme Formları, Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda dosyalandı ve çalışması tamamlandıktan sonra 5 yıl saklanarak daha sonra yok edilmesi planlanmı, t,r.

3.9. Ara t,rman,n Sınırlılıklar,

Ara t,rma kapsamına ağıdaki özelliklere uyan hastalar alınmı, t,r. Bunlar;

- Bilinçli ve algılama yetileri olan,
- İletişim güçlü ü olmayan, iletişim kurulabilen,
- Görüşmeyi reddetmeyenler,
- 18 yaş ve üstü yaş grubunda olan ve hastalar,
- Dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalardır.

4.BULGULAR

Tablo 5. Hastalar,n Sosyo-demografik Özelliklerin Da ılamı,

Sosyo-demografik özellikler N:90	Say, (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	64	71,1
Erkek	26	28,9
Yaş		
20-40	11	12,2
41-60	37	41,1
61 ya ve üzeri	42	46,7
Medeni durum		
Evli	60	66,7
Bekâr	30	33,3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	60	66,7
Okuryazar	11	12,2
İlköğretim mezunu	15	16,7
Lise ve üzeri mezunu	4	4,4
Diyabet dışında sistemik hastalık durumu		
Hastalık var	81	90,0
Hastalık yok	9	10,0
Yaşam paylaşma		
Tek başına	5	5,6
Ailesi ile birlikte yaşamaya	85	94,4
Çocuklardan destek alma		
Destek olurlar	78	86,7
Destek olmazlar	12	13,3
Yakınları ile ilişkisi durumu		
iyi	62	68,9
Orta	20	22,2
Kötü	8	8,9
Yaşam biçimi		
Aktif	35	38,9
Sedanter	55	61,1
Sürekli yaşadığı yer		
Köy	14	15,6
İlçe merkezi	14	15,6
İl merkezi	62	68,8
Toplam	90	100

Tablo 5 incelendiğinde çalışmaya dahil edilen 90 hastanın % 71,1'i kadın, % 28,9'u erkektir. Hastaların %12,2'si 20-40 yaş aralığında olup, %46,7'si 61 yaş

ve üstü gurupta yer almaktadır. Hastalar, n %66,7'si evli ve %33,3 -ü bekârdır. Hastalar, n büyük çoğunluğu %66,7 -si eğitim almamıştır. Eğitim almamış olanlar, n % 12,2'si okuyamaz, %16,7'si ilköğretim mezunu ve %4,4 -ü lise ve üzeri mezundur. Diyabet tedavisinde bağımsız kronik hastalıkları olanların oranı %90'dır. Hastalar, n %5,6'sı, tek başına yaşamakta olup, %94,4'ü ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Hastalar, n %86,7'si yakınlarından maddi manevi destek almamakta olup, %68,9'unun akrabalarıyla ilişkileri iyi, %22,2'sinin orta derecede ve %8,9'unun kötüdür. Hastalar, n % 61,1'i pasif bir yaşam tarzına sahiptir. Hastalar, n %68,9'sü il merkezinde, %15,6'sı ilçe merkezinde ve %15,6'sı köyde yaşamaktadır.

Tablo 6. Hastalar, n Diyabete İlişkin Özellikleri

Özellikler	Say, (n)	Yüzde (%)
Diyabet tipi		
Tip 1 DM	7	7,8
Tip 2 DM	83	92,2
Hastalık süresi		
1- 5 yıl	30	33,3
6 -10 yıl	19	21,1
11- 15 yıl	23	25,6
16 -20 yıl	11	12,2
21 ve üzeri yıl	7	7,8
Tedavi şekli		
insülin	38	42,2
Oral anti diyabetik ve insülin	52	57,8
Diyabet eğitimi alma durumu		
Alınmadı	21	23,3
Alınan	69	76,7
Açlık kan şekeri ölçme durumu		
Evet	74	82,2
Hayır	16	17,8
Kan şekeri yükselince yapılan uygulama		
Diyabetik ilaç kullanılmıyor	55	61,1
Şekerli gıdalar yemem	8	8,9
Doktora giderim	20	22,2
Hiçbir şey yapmam	7	7,8
Kan şekeri düşürme için yapılan uygulama		
Hemen ilaç kullanılmıyor	61	67,8
Dinlenirim	15	16,7
Antidiyabetik ilaç kullanmam	4	4,4
Doktora giderim	10	11,1
Toplam	90	100

Tablo 6'da görüldü ü gibi hastalar, n %7,8 Tip 1, %92,2'si ise Tip 2 DM'dir. Hastalar, k süresine bakıldığında, %33,3'ünün 165 y, l, %21,1'inin 6610 y, l, %26,6'sının 11- 15 y, l, %12,2'sinin 16620 y, l, %7,8'inin ise 21 y, l'dan daha fazla diyabet hastası olduğu görülmektedir. Hastalar, n %42,2'si tedavide sadece insülin kullanmakta, %57,8'i insülin ve oral anti diyabetik ilaç, birlikte kullanmaktadır. Hastalar, n %23,3'ü diyabet e itimi aldı, n, %76,7'i diyabet e itimini almadı, n, belirtmektedir. Hastalar, n %82,2'sinin açlık kan şekeri düzenli olarak ölçtü ü, %17,8'i açlık kan şekeri ölçmedi, %61,1'i kan şekeri yükselince diyabetik ilaç, aldı, n, %8,9'u şekerli gıdalar yemedi, %22,2'si doktora gitti, %7,8'i hiçbir şey yapmadı, n, ifade ederken kan şekeri dü ü ünde %67,8'i şeker aldı, n, %16,7'si dinlendi, %4,4'ü anti diyabetik ilaç, almadı, n, %11,1'i doktora gitti, n, ifade etmektedir.

Tablo 7. Ölçeklerden Alınan Toplam Puan Ortalamaları,

Ölçekler	Say, (n)	Min-Max	X ± SS
WHO	90	1.0 ó 19	7,35±4,09
D SA	90	2.5 ó 90	42,75±19,16
ITAS	90	33.0ó76	56,25±7,77

Tablo 7'de görüldü ü gibi hastalar, n WHO ölçe inden aldı, n puanlar, n ortalamaları, 7,35±4,09, D SA'dan alınan puanlar, n ortalamaları, 42,75±19,16 ve ITAS'dan alınan puan ortalamaları, 56,25±7,77 olarak bulunmu tur.

Tablo 8. Hastalar, n Sosyo-demografik Özelliklerine Göre WHO Puan Ortalamalar, n, n Kar, la t, r, lmas,

Özellikler (N: 90)	Say,	X ± SS	Test	P
Cinsiyet				
Kad, n	64	6,78±3,35	t:-1,841	0,074
Erkek	26	8,76±5,02		
Ya				
20-40	11	10,00 ^a ±5,76	f:5,320	0,007
41-60	37	8,02 ^{ab} ±4,38		
61 ya ve üzeri	42	6,07 ^b ±2,74		
Medeni durum				
Evli	60	7,91±4,49	t:2,143	0,035
Bekâr	30	6,23±2,89		
E itim durumu				
Okuryazar de il	60	6,61 ^{ab} ±3,14	f:5,817	0,001
Okuryazar	11	5,90 ^a ±4,34		
İlkö retim mezunu	15	10,80 ^b ±5,40		
Lise ve üzeri mezunu	4	9,50 ^{ab} ±4,50		
Diyabet d, ,nda sistemik hastal, k durumu				
Hastal, k var	81	7,22±4,06	t:0,856	0,413
Hastal, k yok	9	8,55±4,47		
u anda kiminle birlikte ya ,yor				
Tek ba ,na	5	6,60±2,70	t:-0,620	0,561
Ailesi ile birlikte ya ama	85	7,40±4,17		
Çocuklar, n size destek olma durumu				
Destek olurlar	78	7,46±4,25	t:0,822	0,421
Destek olmazlar	12	6,66±2,90		
Yak, nlar, ile ili ki durumu				
yi	62	7,45±4,09	f:0,189	0,828
Orta	20	7,40±4,40		
Kötü	8	6,50±3,66		
Ya am biçimi				
Aktif	35	8,57±4,82	t:-2,128	0,038
Sedanter	55	6,58±3,38		
Sürekli ya ad, , yer				
Köy	14	6,07±2,73	f:0,993	0,375
İç merkez	14	7,00±3,72		
İl merkezi	62	7,72±4,40		

a, b : Aynı sütunda farklı harflerle gösterilen ortalamalar arasında farklılık istatistik açıdan önemlidir (p<0,05).

Tablo 8'de görüldü ü gibi hastalar,n cinsiyetlerine göre WHO puan ortalamalar, aras,ndaki fark kar ,la t,r,ld, ,nda, kad,n ve erkek hastalar,n puan ortalamas, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, fark olmad, , saptanm, t,r (p>0,05,t:-1,841,p:0,074). Hastalar,n WHO puan ortalamalar, ya gruplar, aras,nda farklı, istatistik aç,dan önemli (p<0,05) bulunmu tur. Buna göre, 20640 ya aras, hastalar (x:10,0±1,73) di er ya gruplar,na göre önemli ölçüde yüksek WHO puan ortalamas, gösterirken 61 ve üzeri ya grup (x:6,07±0,42) di er iki ya grubuna göre istatistiksel aç,dan önemli ölçüde (p<0,05) dü ük WHO puan ortalamas,na sahip bulunmu tur. Hastalar,n medeni durumuna bak,ld, ,nda WHO puan ortalamalar, aras,ndaki fark kar ,la t,r,ld, ,nda, evli ve bekâr hastalar,n puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak fark,n anlaml, oldu u saptanm, t,r (p<0,05,t:2,143,p:0,035). Hastalar,n e itim durumu incelendi inde WHO puan ortalamalar, kar ,la t,r,ld, ,nda fark,n anlaml, oldu u saptanm, t,r(p<0,05).Buna göre okuryazar ki iler ilkö retim mezunu olan gruptan önemli ölçüde dü ük, okuryazar olmayan, lise ve üzeri mezun gruplara benzer WHO puan ortalamas,na sahip bulunmu tur. Hastalar,n diyabet d, ,nda sistemik bir hastal, , bulunan hastalar,n WHO puan ortalamalar, kar ,la t,r,ld, ,nda, istatistiksel olarak anlaml, fark olmad, , saptanm, t,r(p>0,05, t:0,856,p:0,413). Hastalar,n birlikte ya ad,klar, ki ilere göre WHO puan ortalamalar, kar ,la t,r,ld, ,nda, tek ba ,na ya da ailesiyle birlikte ya ayanlar,n puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, fark olmad, , saptanm, t,r(p>0,05,t: 0,620,p:0,561).

Hastalar,n yak,nlar,ndan al,nan destek durumuna bak,ld, ,nda WHO puan ortalamalar,na göre yak,nlar,ndan destek alanlar ile almayanlar,n puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, fark olmad, , saptanm, t,r (p>0,05,t:0,822,p:0,421). Hastalar,n yak,nlar,yla ili ki durumu incelendi inde WHO puan ortalamalar,na göre yak,nlar,yla ili kisini iyi, orta ve kötü olarak belirten hastalar,n puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, fark olmad, , saptanm, t,r (p>0,05,f:0,189,p:0,828). Aktif ya am ve sedanter ya ama sahip hastalar,n WHO puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, bir fark oldu u saptanm, t,r (p<0,05,t:-2,128,p:0,035). Hastalar,n ya ad, , yere göre WHO puan ortalamalar, kar ,la t,r,ld, ,nda köy, ilçe merkezi ve il merkezinde ya ayanlar,n puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, fark olmad, , saptanm, t,r (p>0,05,f:0,993,p:0,375).

Tablo 9. Hastalar,ın Diyabete li kin Özelliklerine Göre WHO Puan Ortalamalar,ın,ın Kar ,la t,r,ımas,

Özellikler (N: 90)	Say,	X ± SS	Test	P
Diyabet tipi				
Tip 1 DM	7	8,57±5,59	t:0,611	0,562
Tip 2 DM	83	7,25±3,97		
Hastal, ın süresi				
1- 5 y,l	30	9,00 ^b ± 4,59	f:3,329	0,014
6 -10 y,l	19	6,15 ^{ab} ±3,23		
11- 15 y,l	23	7,78 ^{ab} ±3,83		
16 -20 y,l	11	6,09 ^{ab} ±4,06		
21 ve üzeri y,l	7	4,14 ^a ±0,69		
Tedavi ekli				
nsülin	38	8,21±4,42	t:1,668	0,100
Oral anti diyabetik ve insülin	52	6,73±3,76		
Diyabet e itimi alma durumu				
Alan	21	6,61±3,62	t:-1,021	0,314
Almayan	69	7,57±4,23		
Açl,k kan ekeri ölçme durumu				
Evet	74	7,58±4,24	t:1,332	0,194
Hay,r	16	6,31±3,26		
Kan ekeri yükselince yap,lan uygulama				
Diyabetik ilac,m, al,r,m	55	7,12±4,23	f:0,338	0,798
ekerli g,dalar yemem	8	7,62±4,33		
Doktora giderim	20	8,10±3,80		
Hiçbir ey yapmam	7	6,71±4,07		
Kan ekeri dü ünçe yap,lan uygulama				
Hemen a z,ma eker al,r,m	61	7,08±3,95	f:1,759	0,161
Dinlenirim	15	6,46±3,41		
Anti diyabetik ilac,m, almam	4	8,50±5,25		
Doktora giderim	10	9,90±4,95		

a, b : Ayn, sütunda farklı harfle gösterilen ortalamalar aras, farklı, k istatistik aç,dan önemlidir ($p<0,05$). Tablo 9'da görüldü ü gibi diyabetlilerin diyabet tipi, tedavi ekli, diyabet e itimi alma durumu, açl,k kan ekeri ölçme durumu, kan ekeri yükselince ya da dü ünçe yap,lan uygulamalar,na göre WHO puan ortalamalar, aras,ındaki fark,ın istatistiksel olarak anlaml, olmad, , saptanm, t,r($p>0,05$). Hastalar,ın diyabet süresine bak,ld, ,nda WHO puan ortalamalar, kar ,la t,r,ld, ,nda fark,ın anlaml, oldu u saptanm, t,r($p<0,05$). Buna göre 21 ve üzeri y,l, 165 y,ldan önemli ölçüde dü ük WHO puan ortalamas, gösterirken, di er gruplara benzer bulunmu tur.

Tablo 10. Hastalar, n Sosyo-demografik Özelliklerine Göre DISA Puan Ortalamaları, n, n Karşılaştırılması, I

Özellikler (N: 90)	Sayı	X ± SS	Test	P
Cinsiyet				
Kadın	64	43,59±19,73	t:0,682	0,498
Erkek	26	40,67±17,85		
Yaş				
20-40	11	47,04±18,40	f:0,480	0,621
41-60	37	40,81±16,66		
61 yaş ve üzeri	42	43,33±19,98		
Medeni durum				
Evli	60	41,33±19,54	t:-1,013	0,315
Bekâr	30	45,58±18,36		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	60	44,70 ^{ab} ±17,78	f:2,909	0,039
Okuryazar	11	37,27 ^a ±16,35		
İlköğretim mezunu	15	34,08 ^a ±19,86		
Lise ve üzeri mezunu	4	60,93 ^b ±14,51		
Diyabet durumunda sistemik hastalık durumu				
Hastalık var	81	42,50±17,61	t:0,400	0,698
Hastalık yok	9	45,00±19,41		
Yaşamda kiminle birlikte yaşıyor				
Tek başına	5	42,50±27,31	t:-0,021	0,984
Ailesi ile birlikte yaşamıyor	85	42,76±18,79		
Çocukların size destek olma durumu				
Destek olurlar	78	42,83±19,33	t:0,111	0,913
Destek olmazlar	12	42,18±18,81		
Yakınları ile ilişkisi durumu				
iyi	62	41,18±17,92	f:1,026	0,363
Orta	20	44,25±24,04		
Kötü	8	51,09±13,78		

Tablo 10. Hastalar,ın Sosyo-demografik Özelliklerine Göre DISA Puan Ortalamaları,ın Karşılaştırılması, II

Özellikler (N: 90)	Sayı	X ± SS	Test	P
Yaşam biçimi				
Aktif	35	40,25±17,15	t:1,025	0,308
Sedanter	55	44,34±20,32		
Sürekli yaşam yeri				
Köy	14	48,30±19,04	f:1,623	0,203
İlçe merkezi	14	47,94±14,77		
İl merkezi	62	40,32±19,81		

Tablo 10'da görüldüğü gibi hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre cinsiyet, yaş, medeni durum, diyabet durumu, başka bir sistemik hastalığı olması, yaşam biçimi, bireyler, akrabalarından maddi-manevi destek alma, yakınlarıyla olan ilişkisi, yaşam biçimi ve yaşam yeri göre DISA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Fakat hastanın kadını olması, bekâr olması, yakınlarıyla ilişkisinin kötü olması, sedanter yaşam biçimi ve köyde yaşamıyor olması, diyabete özel duygusal sıkıntıyı artırmaktadır.

Ancak hastaların eğitim grupları karşılaştırıldığında DISA puan ortalamaları farklılık istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p<0,05). Buna göre okuryazar, ilköğretim mezunu olanlar lise ve üzeri mezundan önemli (p<0,05) ölçüde düşük DISA puan ortalaması gösterirken, okuryazar olmayanlar tüm gruplara benzer bulunmuştur.

Tablo 11. Hastalar, n Diyabete li kin Özelliklerine Göre DISA Puan Ortalamalar, n, n Kar ,la t, r, lmas,

Özellikler (N:90)	Say,	X ± SS	Test	P
Diyabet tipi				
Tip 1 DM	7	54,64±8,42	t:1,930	0,093
Tip 2 DM	83	51,74±7,77		
Hastal, n süresi				
1- 5 y,l	30	42,04±19,87	f:0,864	0,489
6 -10 y,l	19	43,35±17,21		
11- 15 y,l	23	38,15±16,12		
16 -20 y,l	11	48,18±23,07		
21 ve üzeri y,l	7	50,71±24,34		
Tedavi ekli				
nsülin	38	44,60±19,06	t:0,785	0,435
Oral anti diyabetik ve insülin	52	41,39±19,30		
Diyabet e itimi alma durumu				
Alan	21	48,03±20,26	t:1,390	0,174
Almayan	69	41,14±18,68		
Açl,k kan ekeri ölçme durumu				
Evet	74	42,11±19,12	t:-0,666	0,513
Hay,r	16	45,70±19,66		
Kan ekeri yükselince yap,lan uygulama				
Diyabetik ilac,m, al,r,m	55	41,77±20,82	f:0,915	0,437
ekerli g,dalar yemem	8	40,31±13,02		
Doktora giderim	20	48,50±17,32		
Hiçbir ey yapmam	7	36,78±15,08		
Kan ekeri dü ünçe yap,lan uygulama				
Hemen a z,ma eker al,r,m	61	56,31±7,95	f:0,121	0,947
Dinlenirim	15	55,66±8,014		
Anti diyabetik ilac,m, almam	4	55,00±4,89		
Doktora giderim	10	57,30±8,08		

Tablo 11'de görüldü ü gibi hastalar, n diyabet tipi, hastal, n süresi, tedavi ekli, diyabet e itimi alma durumu, açlık kan şekeri ölçme durumu, kan şekeri yükselince ve düşüncü yapmakta olduklar, uygulamalar, na göre D SA puan ortalamalar, aras, nda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadı, saptanmı, t, r (p>0,05).

Tablo 12. Hastalar, n Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ITAS Puan Ortalamalar, n, n Karşılaştırmaları, I

Özellikler (N: 90)	Sayı,	X ± SS	Test	P
Cinsiyet				
Kadın	64	56,20±8,40	T:-0,114	0,909
Erkek	26	56,38±6,07		
Yaş				
20-40	11	55,81±7,97	f:0,164	0,849
41-60	37	55,81±6,60		
61 yaş ve üzeri	42	56,76±8,76		
Medeni durum				
Evli	60	56,13±7,54	T:-0,203	0,840
Bekâr	30	56,50±8,34		
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	60	57,06±8,13	f:0,937	0,427
Okuryazar	11	52,90±4,03		
İlköğretim mezunu	15	55,66±8,21		
Lise ve üzeri mezunu	4	55,50±8,06		
Diyabet tedavisinde sistemik hastalık durumu				
Hastalık var	81	56,50±7,98	T:-1,274	0,226
Hastalık yok	9	54,00±5,26		
Yaşamında kiminle birlikte yaşıyor				
Tek başına	5	54,80±5,26	T:-0,615	0,565
Ailesi ile birlikte yaşamıyor	85	56,34±7,90		
Çocukların size destek olma durumu				
Destek olurlar	78	56,62±7,85	t:1,256	0,228
Destek olmazlar	12	53,83±7,06		
Yakınları ile ilişkisi durumu				
iyi	62	55,96±8,01	f:0,281	0,756
Orta	20	57,40±7,12		
Kötü	8	55,62±8,12		

Tablo 12. Hastalar,ın Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ITAS Puan Ortalamaları,ın Karşılaştırılması, II

Özellikler (N: 90)	Sayı	X ± SS	Test	P
Yaşam biçimi				
Aktif	35	55,20±7,80	t:1,027	0,308
Sedanter	55	56,92±7,75		
Sürekli yaşam yeri				
Köy	14	59,07±6,10	f:1,130	0,328
İlçe merkezi	14	55,21±6,51		
İl merkezi	62	55,85±8,30		

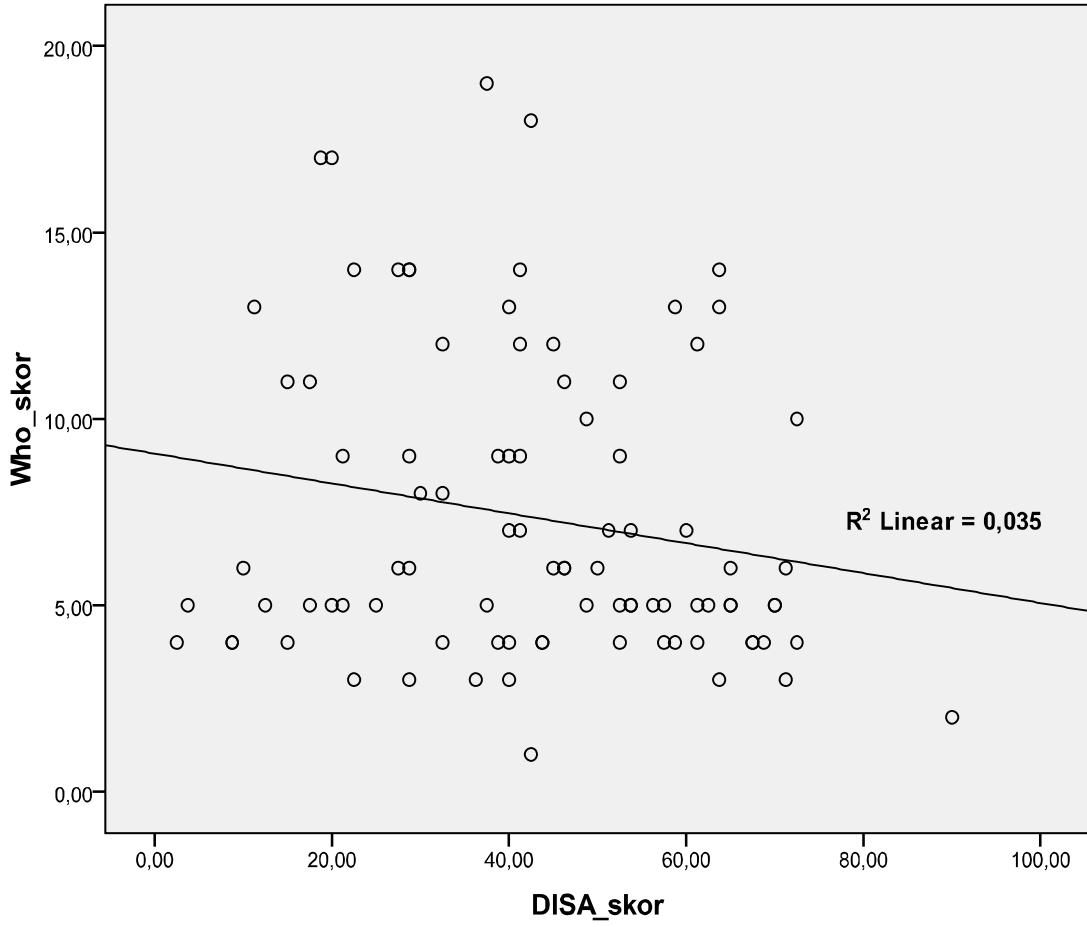
Tablo 12'de görüldüğü gibi hastaların cinsiyet, yaş, medeni ve eğitim durumları, diyabet durumunda başka bir sistemik hastalığın olması, birlikte yaşam şekilleri, akrabalarından maddi-manevi destek alma, yakınlarıyla olan ilişkisi, yaşam biçimi ve yaşam yeri göre ITAS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Ancak insülin kullanan kişilerin; okuma-yazma bilmemesi, diyabet durumunda başka bir hastalığın olması, yakınlarından destek görmemesi, sedanter yaşam biçimini benimsemesi ve köyde yaşamaları, diyabete bağlı stres ve kötü duygusal durum halini artırmaktadır.

Tablo 13. Hastalar,ın Diyabete li kin Özelliklerine Göre ITAS Puan Ortalamalar,ın,n Kar ,la t,r,lmas,

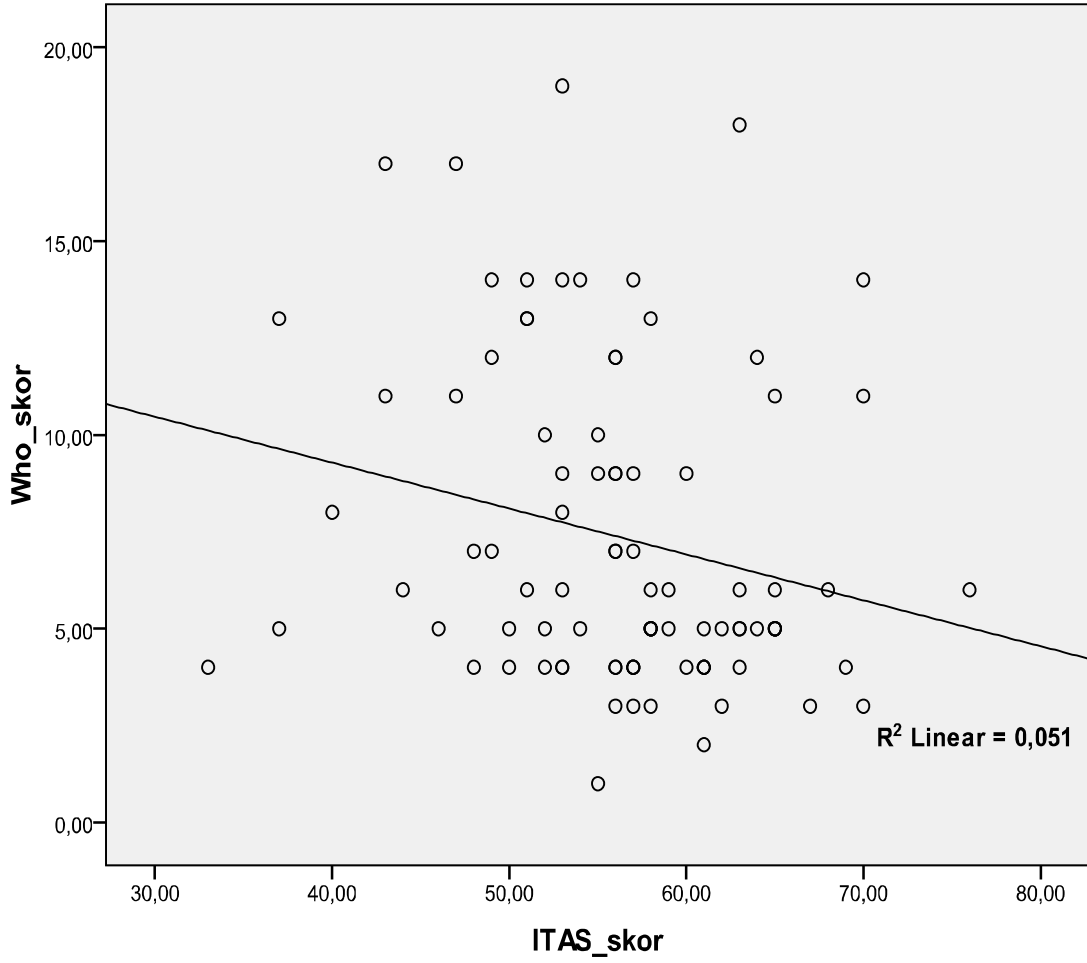
Özellikler (N: 90)	Say,	X ± SS	Test	P
Diyabet tipi				
Tip 1 DM	7	56,00±8,42	t:-0,084	0,935
Tip 2 DM	83	56,27±7,77		
Hastal, ın süresi				
1- 5 y,l	30	56,76±7,58	f:0,819	0,517
6 -10 y,l	19	57,73±,84		
11- 15 y,l	23	55,43±8,11		
16 -20 y,l	11	53,00±7,78		
21 ve üzeri y,l	7	57,85±7,60		
Tedavi ekli				
nsülin	38	56,15±7,44	t:-0,103	0,919
Oral anti diyabetik ve insülin	52	56,33±8,07		
Diyabet e itimi alma durumu				
Alan	21	55,85±7,35	t:-0,278	0,783
Almayan	69	56,37±7,94		
Açl,k kan ekeri ölçme durumu				
Evet	74	56,09±7,41	t:-0,359	0,724
Hay,r	16	57,00±9,47		
Kan ekeri yükselince yap,lan uygulama				
Diyabetik ilac,m, al,r,m	55	56,10±7,44	f:0,964	0,414
ekerli g,dalar yemem	8	54,75±8,32		
Doktora giderim	20	58,35±7,78		
Hiçbir ey yapmam	7	53,14±9,77		
Kan ekeri dü ünçe yap,lan uygulama				
Hemen a z,ma eker al,r,m	61	56,31±7,95	f:0,121	0,947
Dinlenirim	15	55,66±8,01		
Anti diyabetik ilac,m, almam	4	55,00±4,89		
Doktora giderim	10	57,30±8,08		

Tablo 13æde görüldü ü gibi hastalar,ın diyabet tipi, hastal, ın süresi, tedavi ekli, diyabet e itimi alma durumu, açl,k kan ekeri ölçme durumu, kan ekeri yükselince ya da dü ünçe yap,lan uygulamalar,na göre ITAS puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak anlaml, fark olmad, , saptanm, t,r (p>0,05).



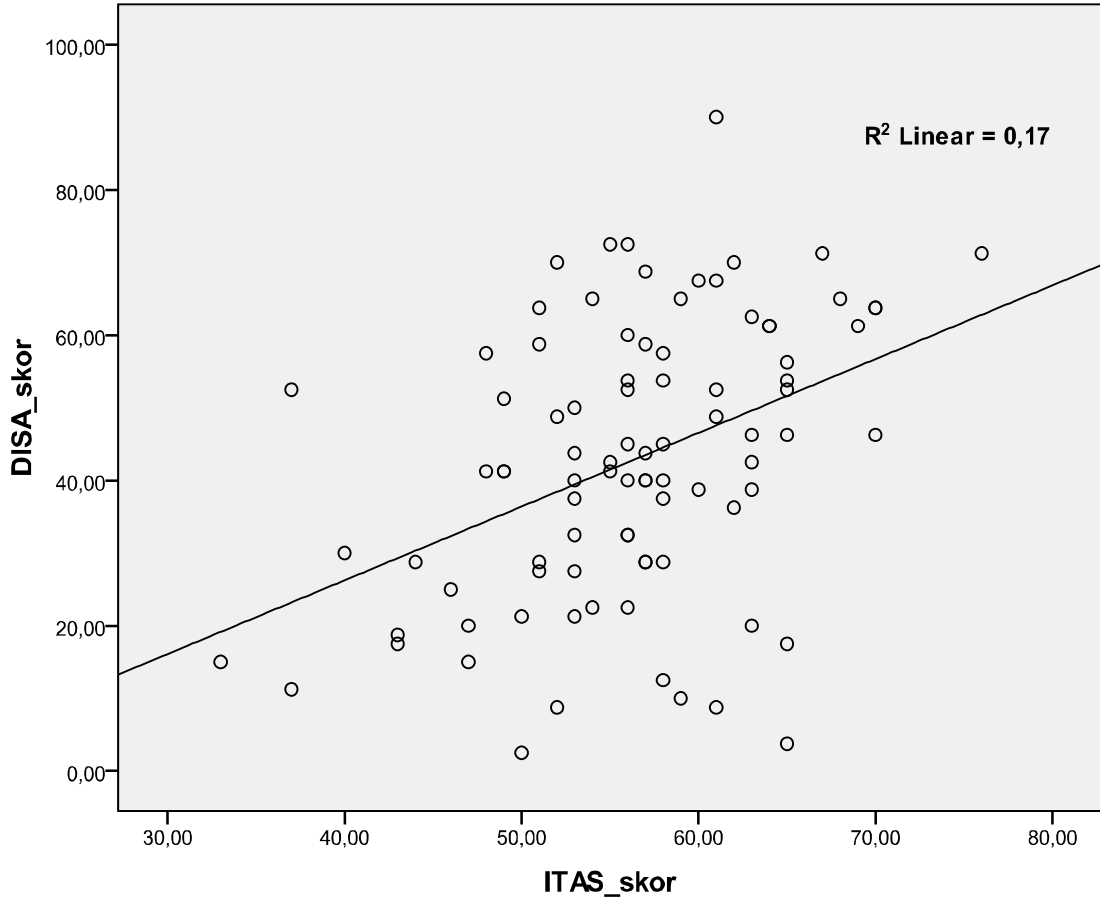
Grafik 1.WHO ve DISA Skor Korelasyonu

Grafik 1’de WHO skor ile DISA aras,ndaki korelasyon analizi sunulmu tur. ki de i ken aras,nda negatif yönlü dü ük bir korelasyon ($r=-0,187$, $p>0,05$ veya $p=0,077$) saptanmaktadır. De i kenlerden herhangi birinde gözlenen varyasyon di er de i kende ki varyasyonun küçük bir k,sm,n, açıklamakla beraber beklenen sonuç ile uyumludur (determinasyon katsay,s,= $r^2=0,035$).



Grafik 2. WHO ve ITAS Skor Korelasyonu

Grafik 2’de WHO ile ITAS arasındaki korelasyon analizi sunulmuştur. İki değişken arasında negatif yönlü ($r=-0,225$) bir korelasyon belirlenmiş olup, korelasyon katsayısı, istatistik açıdan önemli ($p=0,033$ veya $p<0,05$) bulunmuştur. Buna göre iki değişkenlerden birinde gözlenen varyasyon diğerindeki varyasyonun görece büyük bir kısmını, açıklamakla beraber beklenen sonuç ile uyumludur ($r^2=0,051$).



Grafik 3.DISA ve ITAS Skor Korelasyonu

Grafik 3'de ITAS ile DISA korelasyon analizi sunulmu tur. ki de i ken aras,nda pozitif yönlü ($r=0,412$) ve istatistik aç,dan önemli ($p<0,01$) bir ili ki saptanm, t,r. Buna göre, de i kenlerden biri artt,kça di eri de artmakta ve de i kenlerden birinde gözlenen varyasyon di erinde gözlenen varyasyonu yüksek düzeyde aç,klamaktad,r ($r^2=0,1697$).

5.TARTI MA

Bireyin diyabet gibi kronik bir hastalığın olması, ortaya çıkardığı fizyolojik sorunların yanı sıra hastayı psikososyal yönden de oldukça olumsuz etkileyen bir durumdur. Birçok çalışmada diyabetlilerin fiziksel sorunlarla beraber psikolojik sorunlar da yaadıkları, ortaya konulmuştur (60).

Bu bölümde anlurfa merkezinde bulunan üç hastanenin dahiliye kliniğinde yatarak insülin tedavisi gören diyabetik hastaların tedavilerine ilişkin bilgi ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular ilgili literatürle, şurada tartışılmıştır.

Çalışmamıza dâhil olan 90 hastanın cinsiyet özelliklerine bakıldığında % 71,1'inin kadın %28,8'ini erkek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde diyabet ile ilgili yapılan çalışmalar da diyabetli kadın sayısından erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Yılmaz'ın (98) yaptığı çalışmada diyabetli kadınların oranı %71,9, erkeklerin oranı ise %28,1'dir. Özdemir'ın (70) çalışmasında grubun çoğunluğunun (%65,5) kadınlardan oluştuğu görülmektedir. 2012 yılı Sağlık Araştırması (77) sonuçlarına göre; diyabet prevalansı erkeklerde % 5,5 kadınlarda % 7,9 belirlenmiştir. Literatür tarandığında bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda kronik hastalıkların daha fazla görüldüğü anlaşılmaktadır. Hastaların cinsiyetlerine göre WHO puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadın hastaların puanları daha düşük olduğu görülmeye rağmen, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). DSA ve TAS ölçeklerinden alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arasında farklılık görülmektedir (p>0.05). Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlara benzer olarak, TÜRK 2012 (77) verilerine göre, Türkiye'de yaşayan erkeklerin %77,1'i kadınların ise %64,5'i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan ettikleri belirlenmiştir. Çitil ve arkadaşlarının (21) çalışmasında olduğu gibi yapılan birçok çalışmada diyabetik kadınlarda erkeklere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Genel olarak toplumda kadınların yaşam kalitesi puanları erkeklerden daha düşük çıkmaktadır.

Yaşamın çalışmada hastaların %12,2'si 20-40 yaş, %41'i 41-60 yaş aralığında olup, %46,7'si 61 yaş ve üstü grupta yer almaktadır. Hastaların yaş gruplarına göre, WHO puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistik açıdan önemli bulunmuştur (p<0.05). Buna

göre, 20640 ya aras, hastalar,n WHO puan ortalamas, di er ya gruplar,na göre önemli ölçüde yüksek bulunup, 61 ve üzeri ya gurubundaki hastalar,n puan ortalamalar, di er iki ya grubuna göre istatistiksel aç,dan önemli ölçüde dü ük bulunurken, istatistiksel aç,dan farklı,k 41660 ya grubundan kaynaklanmaktadır. D SA ve TAS puan ortalamalar,na bak,ld, nda istatistiksel aç,dan farklı,k bulunmam, t,r(p>0.05). Y,lmazø'n (98) çal, mas,nda ise ya gruplar, aras,nda D SA puan ortalamalar, aç,s,ndan farklı,k bulunmu tur. Amsberg ve arkadaş lar,ø'n (9) D SA kullanarak yapt,klar, çal, ma sonucu bizim çal, mam,zla benzerlik göstermekte olup, ara t,rmac,lar bu duruma, genç hastalar,n diyabeti daha fazla sorun olarak alg,lamalar, ekinde görü bildirmilerdir. Hastalar,n ya lar,n,n artmas,yla hastal,klara kar , bak, aç,lar,n,n daha olumlu oldu u, hastal, ,n kabullenildi i ve daha iyi tolere edildi i anla ,lmaktadır. Ya artt,kça kronik hastal,klar,n artmas, bunu ya am,n bir parças, olarak alg,lad,klar, için hastal, ,n yönetimi konusunda ve tedavi aç,s,ndan olumsuz bir durum olarak alg,lamad,klar, dü ünülmektedir.

Y,ld,zø'n (93) çal, mas,ndaki bireylerin ya gruplar,na göre depresyon belirtilerine bak,ld, nda orta ya larda (31650 ya) depresyon belirtileri daha çok (%81,1) görülmektedir. Bu çal, ma bizim çal, mam,z, desteklemezken, buna kar ,n Arslanta ve Erginø'n (12) 50665 ya aras,ndaki bireylerde yapm, olduklar, çal, man,n sonuçlar,na göre, sosyo-demografik özellikler ile depresyon düzeyi aras,nda istatistik aç,s,ndan fark,n anlaml, oldu unu. Abaø'n (1) çal, mas,nda depresyon ile ya aras,nda anlaml, pozitif bir ili ki oldu u ya artt,kça depresyonun artt, ,n, bulmu tur. Her ikisinin çal, mas, da bizim çal, mam,z, desteklemektedir. Ya ilerledikçe sosyal deste in dü mesi ve ya l,lar,n günlük mental aktivitelerinin azalması, depresyon görülme s,kl, ,n,n artması,na neden olmaktadır. Tüzün ve Ünsal (89) diyabetik hastalarda ya la birlikte ya am kalitesi puanlar,n,n dü tü ünü gösteren ara t,rmalar oldu u gibi, ya ,n ya am kalitesini etkilemedi ini gösteren ara t,rmalar da vard,r (21).

Çal, mam,zdaki hastalar,n %66,7'si evli ve %33,3 -ü bekârd,r. Güvenø'n (36) çal, mas,nda evli olanlar,n oran, %74,6, bekârlar,n oran, % 25,4 -dür. Evlili in getirdi i sosyal ve duygusal destek e lerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerine katkı sa lamaktadır (51). Hastalar,n medeni durumlar,na göre, WHO puan ortalamalar, aras,ndaki fark kar ,la t,r,ld, nda, evli (x: 7,91±4,49) ve bekâr(x: 6,23±2,89) hastalar,n puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak fark,n anlaml, oldu u saptanm, t,r (p<0,05). Y,ld,z ÷n (93) çal, mas,ndaki bireylerin medeni durumuna göre depresyon belirtilerine bak,ld, nda evli

olanlarda olmayanlara göre orta derecede depresyon belirtileri daha çok (%66,7) görülmü tür. Çal, mam,zda D SA ve ITAS puan ortalamalar, aras,nda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadı, saptandı, t,r(p>0.05). Yılmazoğlu'n (98) çal, mas,nda D SA puan ortalaması, medeni durum açısından farklı olmamakla beraber çal, mam,z, desteklemektedir

Sosyal destek, güç durumdaki ya da stres altındaki bireyler için, aile ve arkadaşlar, gibi yakın çevresi tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımdır. Yeterli sosyal desteğin sağlanması, korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalıkların sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırır, yetersiz sosyal desteğin ise hastalıkların semptomları ortaya çıkması ve şiddetinin artması, hastalıkların süresinin uzaması, nedeni olarak kronik fiziksel hastalıkların uyumu zorlaştırır, belirtilmektedir (11). Çal, mam,za alınan hastaların %5,6'sı, tek başına yaşamakta olup, %94,4'ü ailesiyle birlikte yaşamakta, hastaların yakınları, maddi ve manevi destek almaları, bakımında destek alanlar %86,7 destek almayanlar %13,3'tür. Cosansuğunun (18) çal, mas,nda yalnızca ayan hastalar %10 iken, aileden herhangi biriyle yaayanlar %90'dır. Türkçanoğlu'n (87) çal, mas,nda da yalnızca ayanlar %10 iken aile bireyleriyle yaayanlar ise %90'dır. Baharoğlu'n (15) çal, mas,nda ise yakınlarından aldığı sosyal destek oranı, %91 sosyal destek almayanların oranı, %9 bulunmuştur. Bu iki çal, mada bizim çal, mam,za paralellik göstermektedir. Baharoğlu'n (15) çal, mas,nda bireylerin sosyal destek almaları, ile depresyon ve anksiyete arasında ters bir orantı mevcuttur. Aksüllü (3) sosyal desteğin; bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar; fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler. Buradan anlaşıyor ki sosyal destek kronik hastalıklarda ve onun getireceği duygusal çökkünlüğün azalmasına yardımcı olmaktadır. Hastaların yaşam ekline ve yakınlarından destek alma durumları, göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları, arasında istatistiksel açıdan farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Hastaların büyük çoğunluğu %66,7'si okuryazar değildir. Eğitimli olanların %12,2'si okuryazar, %16,7'si ilköğretim mezunu ve %4,4'ü lise ve üzeri mezundur. Karababa (53) çal, mas,nda ise okuryazar olmayanlar %32,1, okuryazar olanlar %7,1, ilköğretim mezunu %50,6, lise ve üzeri mezunu %10,2 bulunmuştur. TÜRK 2012 verilerine göre anlaşıyor ki okuryazarlık durumu %85,4 bulunurken, 6 yaş üzeri gruplardaki okur yazma bilmeyenler %10,0, okuryazar ve okul bitirmeyenler %40,3, ilköğretim mezunu %13,0, ilköğretim mezunu %19,6, lise mezunu %8,0 ve yüksek okul mezunu %3,3 belirlenmiştir.

(49). Çal, mam,zda hastalar,n e itim seviyeleri arttı,kça WHO puan ortalamalar,n,n da art, gösterdi i belirlenmi tir ($p<0.05$). D SA puan ortalamalar, incelendi inde ise, aralar,nda istatistiksel aç,dan fark oldu u ve bu farklı, ,n okuryazar olmayan guruptan kaynakland, , belirlenmi olup, lise ve üzeri gurubun D SA puan ortalamalar, daha yüksek bulunmu tur ($p<0.05$). Bunun nedeninin örneklemdaki okuryazar olmayan grubun oran,n,n yüksek oldu undan kaynakland, , dü ünülmektedir. WHO skoru ile DISA skoru aras,nda korelasyon analizi yap,lm, olup, iki de i ken aras,nda negatif yönlü dü ük bir korelasyon oldu u saptanm, t,r ($p>0,05,r=-0,187$). Yani WHO skoru artarken D SA skoru azalmaktad,r, ikisi aras,ndaki bu ili ki beklenen bir sonuçtur. Ki inin mutsuz ve depresif bir ya am tarz, varsa kronik hastal, a bak, aç,s,, tedaviye uyum, hastal, a uyum ve hastal, a ba l, emosyonel stres art, gösterecektir.

Tip 1 diyabetin tüm diyabet olgular, içindeki oran, ise %5tir. Tip 2 diyabet tüm diyabetlilerin % 90695 -ini olu turmaktad,r. Çal, mam,zdaki hastalar,n diyabet tipine bak,ld, ,nda tip1 diyabet %7.8, tip 2 diyabet ise %92.8 olup literatür ile uyumludur. Çal, malar,n ço unda oran farklı,k göstermektedir. Graue'n (32) çal, mas,nda tip 1 diyabet %80,5 tip 2 diyabet %19,5 bulunurken, Demirel (24) de tip 1 diyabet %1,2 olup tip 2 diyabet %98,8 bulunmu tur. Çal, mam,zda diyabet hastal, ,n,n süresine bak,ld, ,nda 165 y,l %33.3, 6610 y,l %21.1, 11615 y,l % 25.6, 16620 y,l %12.2'i, 21 ve üzeri y,l %8 olarak bulunmu tur. Karabo a'n,n (53) çal, mas,ndaki olgular,n %14'inün diyabet ya , 1 y,l alt, iken, %59,1'inin 1610 y,l aras,nda oldu u saptan,p bizim çal, mam,z desteklemektedir. Çal, mam,zda hastalar,n diyabet süresine göre, WHO puan ortalamalar, aras,ndaki fark,n anlaml, oldu u saptanm, t,r ($p<0.05$). Buna göre 21 ve üzeri y,l süre ile hasta olanlar,n puan ortalamas,, 165 y,ld,r hasta olanlar,n puan ortalamas,ndan önemli ölçüde dü ük bulunurken, di er gruplarla benzerlik gösterdi i belirlenmi tir. D SA puan ortalamalar, aras,nda diyabet süreleri aç,s,ndan istatistiksel fark,n anlaml, olmad, , ($p>0,05$), WHO aç,s,ndan en dü ük puan, alan 21 ve üzeri y,l diyabet hastas, olanlar,n DISA puan ortalamalar, di er gruplardan daha yüksek bulunmu tur. Yapt, ,m,z ikili korelasyon aç,s,ndan uyumlu olmakla beraber ITAS puan ortalamalar,na bak,ld, ,nda ise diyabet süreleri aç,s,ndan istatistiksel olarak fark,n anlaml, olmad, , saptanm, t,r ($p>0,05$). Hastalar,n kronik hastal, ,n süresinin uzamas,yla beraber ruhsal anlamda daha kötü oldu unu göstermektedir. Bu ki ilerin depresyon aç,s,ndan de erlendirilmesi gerekmektedir. Bu sonuç, uzun hastal,k süresinin, ya am kalitesini azaltan kronik komplikasyon riskini art,rmas,na ba lanabilir. Redekop (75) ise bu bulgular,n,n

tersine, hastal,k süresinin ya am kalitesini etkilemedi ini bildirmiler ve bu sonuç hastal,k süresi daha uzun olanlar,n, diyabetin gerektirdiklerine uyum gösterdikleri, böylece hastal, ,n günlük ya am, daha az etkiledi i ve sonuçta ya am kalitesinin fazla etkilenmedi i ekinde yorumlanm, t,r.

Diyabetli hastan,n tedavisinde beslenme, düzenli egzersiz program,, kendi kendini izleme ve diyabet e itiminin d, ,nda oral anti diyabetikler ve insülin kullan,m, yer almaktadır. Hastalar,n %42,2'si tedavide sadece insülin kullanmakta, %57,8'i insülin ve oral anti diyabetik ilac, birlikte kullanmaktadır. Turhanø,n (85) ara t,rma kapsam,nda yer alan bireylerin % 28 insülin %29 u insülin ve oral anti diyabetik ilaç kullanmaktadır. Y,lmazø,n (98) çal, mas,nda sadece diyet tedavisi %1,5, oral anti diyabetikler %33 oral anti diyabetikler ve insülin kullan,m, %30 sadece insülin kullananlar ise %35,6 olarak görölmektedir. Göçøde (31) ise oral anti diyabetik kullan,m, %37,3 iken insülin kullan,m, %62,7 bulunmu tur.

Diyabet e itimi; ya am boyu süren ve sürekli bak,m gerektiren bir hastal,k olan diyabette tedavinin dört ana ö esinden (diyet, egzersiz, ilaç ve e itim) birisidir ve hastal,k yönetiminde kritik önem ta ,r. E itim hastal, ,n önlenmesi, tedavisi ve bak,m,n ayrılmaz bir parças, olarak dü ünülmelidir. Diyabette tedavi, bak,m ve izlem yöntemlerinin hasta taraf,ndan anla ,lmas, çok olumlu sonuç vermektedir. Bu olgu ba ka hiçbir hastal,k için bu kadar önemli de ildir (88).Yapt, ,m,z çal, mada hastalar,n %23,3'i diyabet e itimi ald, ,n,, %76,7'i diyabet e itimini almad, ,n, ve hastalar,n %82,2'sinin açl,k kan ekerini düzenli olarak ölçtü ünü, %17,8'i açl,k kan ekerini ölçmedi ini belirtmişlerdir. Karabo aø,n (53) çal, mas,nda diyabet e itimi alanlar %3,3 iken almayanlar,n oran, %96,7 ve kan ekerini ölçenlerin %64,1 oldu unu ölçmeyenlerin %35,9 bulunmu tur. Bu çal, mada elde edilen sonuçlar bizim çal, maya benzer olup çal, mam,z, desteklemektedir. WHO, D SA ve ITAS ölçeklerinden alınan puan ortalamalar,na bak,ld, ,nda diyabet e itimi ve kan ekeri ölçme puan ortalamalar, aç,s,nda istatistiksel aç,dan farklılık anlaml, bulunmam, t,r(p>0.05). Ancak diyabet e itimi alma oranlar, dü ük oldu u halde iki çal, mada da hastalar,n kan ekeri ölçme oranlar, yüksek bulunmu tur. anl,urfaøda ki hastanelerin büyük bölümünde (çal, mam,z,n yapıld, , 3 hastaneden yalnızca 1 tanesinde diyabet e itim hem iresi vard,) diyabet e itim hem ireleri bulunmamakta, çal, mam,zdaki hastalar,n diyabet e itimi almayanlar,n oran,n,n yüksek bulunmas, bununla ili kilendirilebilir. Ancak hastalar,n e itim almad,klar, halde kan ekerlerini ölçtüklerini görmekteyiz. Bu durumda diyabetin komplikasyonlar,n,n az olmas, beklenirken çal, mam,zda diyabetle beraber ba ka kronik hastal, ,n görülme oran, %90

bulunmu tur. Co ansuçda (19) bu oran %66,7 bulunmu tur. Çal, mam,zda bu oran,n yüksek bulunmas,n,n nedeni örneklemimizdeki hastalar,n ço unlu unun 40 ya üzeri olmas, ve tip 2 diyabetik hasta oran,n,n fazla olmas,ndan kaynakland, , dü ünülmektedir. UKPDS ve MICRO-HOPE çal, malar,nda elde edilen veriler, tan, almam, prediyabetik bireylerde mikro ve makrovasküler komplikasyonlar,n daha diyabet tan,s, konmadan yakla ,k olarak 10612 y,l önceden ba lad, ,n, göstermi tir. Bunu destekleyen en önemli bulgu ise tip 2 diyabetlilerde tan, an,nda yap,lan çal, malarda hastalar,n %20sinde retinopati , %8sinde nefropati %9unda nöropati ve %50sinden fazlas,nda kardiyovasküler hastal,k bulunmas,d,r (88). WHO, D SA ve ITAS ölçeklerinden al,nan puan ortalamalar,na göre hastalarda diyabet d, ,nda kronik bir hastal, ,n olmas, istatistiksel aç,dan farklı,k anlaml, bulunmam, t,r (p>0.05). Y,lmazın (98) çal, mas,nda D SA puan ortalamas, diyabete ba l, komplikasyon geli en hastalar, geli meyenlere göre anlaml, olarak yüksek bulunup bizim çal, mam,z, desteklememektedir.

ahinkayaaya (82) göre düzenli egzersizin kan glikoz kontrolünü iyile tirdi i, kardiyovasküler riskini azaltt, ,, kilo kayb,n, sa lad, , gösterilmi tir. Ayr,ca yüksek riskli ki ilerde tip 2 diyabete gidi i önledi i de gösterilmi tir, Bizim hastalar,n % 61,1i sedanter bir ya am tarz,na sahiptir. Javanshir (50) de %68,4 aktif bir ya am, oldu unu ve %31,7sinin sedanter bir ya am biçimi oldu u bulmu tur. Y,lmazın (96) %74,4i fizik egzersiz yapmayan sedanter ya am tarz,n, benimsemi olduklar, bildirilmektedir. Demirelın (24) çal, mas,nda hastalar,n %3,6s, düzenli egzersiz yapmakta %96,4ü ise buna dikkat etmemekle beraber sonuçlar çal, mam,z, desteklemektedir. Çal, mam,zda aktif ya ayanlar,n WHO puan ortalamalar,n,n daha yüksek oldu u görülmektedir. Bu da egzersizin diyabetli hastalarda ya am bak, aç,lar,n, olumlu etkiledi i, dolay,s,yla hastal,k yönetimi, yakla ,m, ve diyabetle ya am, daha kolayla t,rd, , ekinde yorumlanabilir. D SA ve ITAS puan ortalamalar, aç,s,ndan istatistiksel aç,dan fark önemli olmamas,na kar ,n(p>0,05), aktif ya ayan bireylerin her iki ölçekten de sedanter ya ama göre daha dü ük puan ald,klar, görülmü olup, iki ölçek aras,nda yap,lan korelasyonda; pozitif yönlü bir ili ki belirlenmi tir (p:0,01).

Çal, mam,zda hastalar,n ya ad,klar, yerlere bak,ld, ,nda köyde ya ayanlar %15,6, ilçe merkezinde ya ayanlar %15,6, il merkezinde ya ayanlar %68,9dur. F,r,nc,ollar,ın,n (29) çal, ma grubunda hastalar,n %13,9 u köyde , %4,8 i belde de , %33,5 i ilçede, % 47,8 i ise ilde ikamet etmektedir.

Çal, mam,zdaki hastalar,n ölçeklerden ald,klar, toplam puan ortalamalar, s,ras,yla, WHO ölçe inden $7,35 \pm 0,431$, D SAødan $42,75 \pm 2,019$ ve ITASø dan $56,25 \pm 0,819$ olarak bulunmu tur. Hermanns ve ark. ın (38) çal, mas,nda ise WHO ölçe inden ald,klar, puan ortalamas, $12,9 \pm 6,4$, D SA ölçe inden ald,klar, puan ortalamas, $28,2 \pm 14,1$, ITAS ölçe inden ald,klar, puan ortalamas, $46,8 \pm 9,5$ bulunmu tur. Sonek ve ark. (80) çal, mas,nda ise WHO puan ortalamas, 18 ± 6 , D SA puan ortalamas, 30 ± 23 , ITAS puan ortalamas, $48,9 \pm 11,2$ olarak bulunmu tur. Her iki çal, maya bak,ld, ,nda hastalar,n WHO ölçe inden ald,klar, puan ortalamalar, bizim çal, madaki hastalardan daha yüksek oldu u görülürken, D SA ve ITAS ölçeklerinden ald,klar, puan ortalamalar, bizim çal, mam,z,n sonuçlar, ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeninin bizim gibi geli mekte olan ülkelerde diyabetin ya am kalitesine olan etkisi, diyabetli hastalarda depresyon semptomlar,n varl, , art,rmakta, hastalar,n diyabetle geçirdikleri ya am süresinin uzunlu u, ileri ya la birlikte dü ük e itim düzeyi, diyabete ba l, komplikasyon varl, ,, insülin kullan,m, ya am kalitesini olumsuz olarak etkiledi i dü ünülmektedir.

6.SONUÇ

insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastalar, n tedavilerine ilişkin bilgi ve diğer üncelerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildiğimiz çalışmamızın sonuçları aşağıdaki gibi sunulabiliriz:

- ❖ Çalışmaya dahil edilen 90 hastanın % 71,1'i kadın, % 28,9'u erkektir, % 12,2'si 20-40 yaş aralığında olup, % 41,4'si 41-60 yaş aralığında olup, % 46,7'si 61 yaş ve üstü grupta yer almaktadır, % 66,7'si evli ve % 33,3'ü bekârdır. Hastaların büyük çoğunluğu % 66,7'si okuryazar düzeyindedir. Diyabet dışında kronik hastalıkları olanların oranı % 90'dır. Hastaların % 94,4'ü ailesiyle birlikte yaşamakta, % 86,7'si yakınlarından maddi manevi destek almaktadır, % 68,9'unun akrabalarıyla ilişkileri iyi, % 61,1'i pasif yaşam tarzına sahiptir. Hastaların % 68,9'u il merkezinde yaşamakta, % 92,2'si ise Tip 2 DM'dir. Hastalık süresine bakıldığında % 33,3'ünün 1-5 yıl, % 7,8'inin ise 21 yıldan daha fazla diyabet hastası olduğu görülmektedir. Hastaların % 42,2'si tedavide sadece insülin kullanmakta, % 57,8'i insülin ve oral anti diyabetik ilaç birlikte kullanmaktadır. Hastaların % 76,7'si diyabet eğerliğini almada, % 82,2'sinin açlık kan şekeri düzenli olarak ölçtüğünü, % 61,1'i kan şekeri yükselince diyabetik ilaç aldı, % 67,8'i ifade ederken kan şekeri düştüğünde kan şekeri aldıkları ifade etmektedir.
- ❖ Bu çalışmada örneklem alınan diyabetlilerin WHO ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $7,35 \pm 4,09$ olmakla birlikte % 88,8'i 13 ve altı puan almaları.
- ❖ 61 yaş ve üzerindeki diyabetlilerin WHO puan ortalaması daha genç diyabetlilere göre düşük bulunmuştur.
- ❖ Aktif yaşam tarzı olan hastaların WHO puan ortalamaları, sedanter yaşam tarzında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- ❖ Hastalık süresine bakıldığında WHO puan ortalamaları, hastaların 1-5 yıl arası olan hastaların 21 ve üzeri yıl olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- ❖ Hastaların D SA ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları $42,75 \pm 19,16$ bulunmuştur.
- ❖ Eitim durumu arttıkça D SA puan ortalamaları artmaktadır.
- ❖ Hastaların ITAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları $56,25 \pm 7,77$ olarak bulunmuştur.
- ❖ Diyabetlilerin diyabet tipi, hastalık süresi, tedavi ekli, diyabet eğerliğini alma durumu, açlık kan şekeri ölçme durumu, birlikte yaşadıkları kişiler, akrabalarından

maddi-manevi destek alma, yakınlarla olan ilişki, yaşam biçimi ve yaşam tarzı, yerleşim yeri, kan şekeri yükselince yaşam düzeni yapmakta oldukları, uygulamalarına göre ITAS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın önemli olmadığını, saptanmıştır.

- ❖ WHO skoru ile DISA skoru arasında korelasyon analizi yapılmış olup, iki değişken arasında negatif yönlü düşük bir korelasyon ($p = 0,077$, $r = -0,187$) saptanmıştır.
- ❖ WHO skoru ile ITAS skoru arasında negatif yönlü bir korelasyon belirlenmiş olup, korelasyon katsayısı istatistik açıdan önemli ($p = 0,033$, $r = -0,225$) bulunmuştur.
- ❖ ITAS skoru ile DISA skoru arasında pozitif yönlü bir korelasyon belirlenmiş olup, korelasyon katsayısı istatistik açıdan önemli ($p = 0,00$, $r = 0,412$) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Araştırma daha büyük örneklem grubu ile yapılmalıdır.
- Hastalara, komplikasyonların önlenmesi ya da geciktirebilmesi için diyabet eğitimlerinin sürekli verilmesi gerekmektedir.
- Diyabetlilerin, psikolojik olarak desteklenmeleri gerekmektedir.
- Diyabet eğitim merkezlerinin hastanelerde bulundurulması, ve aktif çalışması, gerekmektedir.
- Ölçeklerin farklı diyabetik gruplarına benzer şekilde uygulanması, ihtiyaç vardır.

7.KAYNAKLAR

- 1.Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbak,m gücü. Cumhuriyet Hem irelik Dergisi,2012; 1:18623.
- 2.Abac, A, Böber E, Büyükgebiz A. Tip 1 diyabet. Dokuz eylül üniversitesi t,p fakültesi çocuk sa l, , ve hastal,klar, bilim dal, endokrin ve adölesan ünitesi, güncel pediatri, 2007; 5: 1610.
3. Aksüllü N, Do an S. Huzurevinde ve evde ya ayan ya l,larda alg,lanan sosyal destek etkenleri ile depresyon aras,ndaki ili ki. Selçuk Üniversitesi Sa l,k Yüksek Okulu Konya, Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5:76684.
- 4.Akta A. Tip 2 diyabetik hastalarda kapsaml, diyabet tedavisi e itimi ve uygulamalar,n,n glisemik kontrolün sa lanmas,na etkileri. Sa l,k Bakanl, , Haydarpa a Numune E itim ve Ara t,rma Hastanesi, Aile Hekimli i Kordinatörlü ü, Uzmanl,k Tezi, stanbul,2008.
5. Alt,ntoprak A. Hacettepe Üniversite hastanelerindeki hem irelerin problem çözme konusunda kendilerini alg,lamalar,. Hacettepe Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü , Hem irelikte Yönetim Program,, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
- 6.American Diabetes Association. report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 2002; 25: 1-5.
- 7.American Diabetes Association. standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care,2003, 26:33650.
- 8.American diabetes association. standards of medical care in diabetes care.2008; 31:12-54.
- 9.Amsberg S, Wredling R, Lins PE,Adamsona U,Johansson UB. The psychometric properties of the swedish version of the problem areas in diabetes scale (Swe-PAID-20). International Journal of Nursing Studies,2008; 45: 131961328.
- 10.Anna MG, Cali S, Caprio S. Gençlerde prediyabet ve tip 2 diyabet ortaya ç,kan bir epidemik hastal,k endocrinology. Diabetes & Obesity, 2008;15: 123- 127.
- 11.Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akci er hastal, , olan hastalarda alg,lanan sosyal destek ve ili kili faktörlerin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Fakültesi, Türkiye Toraks Dergisi, 2009;10:63-8.

12. Arslanta H, Ergin F. 50665 Ya aras,ndaki bireylerde yaln,zl,k, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. Turkish Journal of Geriatrics,2011; 14(2): 135-144.
- 13.Ayalp P. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda kendi kendine kan glukozu ölçüm s,kl, , ile hemoglobin a1c aras,ndaki ili ki. Sa l,k Bakanl, ,, Taksim E itim ve Ara t,rma Hastanesi, Uzmanl,k Tezi, stanbul, 2008.
- 14.Azal Ö, Çorakç, A. Tip 2 diabetes mellitusun oral hipoglisemik ilaçlarla tedavisi. Diyabet Forumu, 2005; 1(1):10619.
15. Bahar A. Diabetes mellituslu hastalar,n anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. F,rat Sa l,k Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Say,:1,2006.
- 16.Beyaz,t E. Diyabetes mellitüs tan,s, olan bireylere verilen planl, e itimin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Eylül62005.
- 17.Biçer S. 60+Ya ve kronik hastal, , olan bireylerin günlük aktivitelerinin etkilenme durumu. Yay,nlanmam, Bilim Uzmanl, , Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 1996.
- 18.Co ansu G. Tip 2 diyabetlilerde öz bak,m aktiviteleri ve diyabete ili kin bili sel - sosyal faktörler. stanbul Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü, Halk Sa l, , Hem ireli i Anabilim Dal,, stanbul, 2009.
- 19.Çavulu E. Tip 1 diyabetli çocuklar,n aile etkile imi. Marmara Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, stanbul, 2003.
- 20.Ç,nk,r Ü. Diyabetik nefropatili hastalarda vitamin D tedavisinin proteinüri üzerine etkisi. Çukurova Üniversitesi, T,p Fakültesi, ç Hastal,klar, Anabilim Dal,, Uzmanl,k Tezi, Adana, 2011.
- 21.Ç,t,l R, Günay O, Elmal, F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda t,bbi ve sosyal faktörlerin ya am kalitesine etkisi. Erciyes T,p Dergisi,2010;32(4):2536264.
- 22.Ç,t,l R,Öztürk Y, Günay P. Kayseri il merkezinde bir sa l,k oca ,na ba vuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve e lik eden faktörler. Erciyes T,p Dergisi (Erciyes Medical Journal), 2010;32(2):1116122.
- 23.Çövener Ç. Tip 1 diyabetli adölesanlarda sorun çözme becerisi. Marmara Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, stanbul,2005.

- 24.**Demirel M. İnsülin tedavisi başlanan diyabet hastalarında kilo değişimi ve bunu etkileyen parametrelerin değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Etiler Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- 25.**Doğan D. Tip 2 diyabetli hastalarda eğitim düzeyi ile diyabet başlangıç yaşı, vücut kitle indeksi, HbA1c düzeyi ve mikroangiopatik komplikasyonların karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- 26.**Drexler AJ, Robertson C. Tip 1 diabetes mellitus'un tedavisi. Diyabet Forumu, 2005;1:21-30.
- 27.**Ersoy C, Tuncel E, Özdemir B, Ertürk E, mamolu. İnsülin kullanan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet eğitimi ve metabolik kontrol. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi, 2006;32 (2) 43-47.
- 28.**Ersoy U. Tip 2 diyabetli hastalarda kan şekeri düzeyi ile diğer parametreleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıklar, Klinisi Uzmanlık Tezi, İstanbul 2008.
- 29.**Fırcıoğlu H. Enfekte diyabetik ayak yarası olan hastalarda sitokin üretimi, akut dekompanse kalp yetmezliği ile ilişkisi ve prognoza etkisi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıklar, Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2009.
- 30.**Funnel MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. JAMA 2000;284:1709.
- 31.**Göç M. Diyabetes mellituslu hastalarda, hastalık süresi, hastaların öğrenim düzeyi, diyabetik ayakla ilgili eğitim alma durumu, metabolik değerlerin, diyabetik ayak gelişim riski ve diyabetik ayakta koruyucu davranış modelleri geliştirmeye etkileri. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- 32.**Graue M, Haugstved A, Wentzel-Larsen T, Iversen MM, Karlsen B, Rokne B. Diabetes-related emotional distress in adults: reliability and validity of the norwegian versions of the problem areas in diabetes scale (PAID) and the diabetes distress scale (DDS). International Journal of Nursing Studies, 2012;49: 1746-182.
- 33.**Gurlek A. Diyabetik ketoasidozlu ve hiperozmolar koma hastalarına yaklaşım. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 2003; 7(1): 35-36.

- 34.** Güleçol G. Tip 1 diyabetli çocuklarda; intensif insülin tedavisi, esnek insülin tedavisi ve insülin pompa tedavilerinin metabolik parametreler üzerine etkilerinin karşılaştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2011.
- 35.** Güven B, Can M, Eskici Z. Hemoglobin varyantının HbA1c ölçümüne etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2011; 16(2): 97-99.
- 36.** Güven T. Diabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve depresyon etkisinin araştırılması. Sağlık Bakanlığı, Milli Etfal Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2007.
- 37.** Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the hope study and micro-hope substudy, *Lancet* 2000;355:253-259.
- 38.** Hermanns N, Mahr M, Kulzer B, Skovlund SE, Haak T. Barriers towards insulin therapy in type 2 diabetic patients: results of an observational longitudinal study. *Hermanns et al. Health and Quality of Life Outcomes*, 2010;8:113.
- 39.** Ho J, Pacaud D, Hill MD, Ross C, Hamiwka L, Mah JK. Diabetic ketoacidosis and pediatric stroke. *Cmaj*, 2005;172(3):372-328.
- 40.** http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php/bölüm2. Erişim: Ekim 2013.
- 41.** http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php/bölüm3. Erişim: Ekim 2013.
- 42.** http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php/bölüm4. Erişim: Ekim 2013.
- 43.** http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php/bölüm5. Erişim: Ekim 2013.
- 44.** http://www.tdhd.org/dhd_kitab.php/bölüm13. Erişim: Ekim 2013.
- 45.** http://www.tdhd.org/pdf/diyabet_hemsireligi_nedir.pdf. Erişim: Ekim 2013.
- 46.** IDF global guideline for type 2 diabetes, 2011.
- 47.** İllustrasyon Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği diabetes mellitus çalınma ve eğitim grubu tarafından hazırlanan insülinler ve insülin uygulama teknikleri adlı hasta eğitim broşürü.
- 48.** İnceday, A. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde tip 1 diyabetli adolesanlarda sorun çözme becerisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Hemireli Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.

49. statistiklerle anl,urfa óDiyarbak,r 2012.
- 50.Javanshir M. Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastalar,n diyabet tutumlar,n,n de erlendirilmesi. stanbul Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü, ç Hastal,klar, Hem ireli i Anabilim Dal,, Yüksek Lisans Tezi, stanbul,2006.
- 51.Kalkan M, Ersanl, E. Bili sel-davran, ç, yakla ,ma dayal, evlilik ili kisini geli tirme program,n,n evli bireylerin evlilik uyumuna etkisi. Kuram ve Uygulamada E itim Bilimleri, Eylül, 2008 ; 963-986.
- 52.Kaptan G, Dedeli Ö. Teoriden Uygulamaya Temel ç Hastal,klar, Hem ireli i Kavram ve Kuramlar. stanbul T,p Kitabevi, 2012;3616372.
- 53.Karababa EZ. 60. y,l ve Binevler Sa l,k Oca ,na ba vuran diyabetli hastalar,n diyabet ve diyabetik ayak hakk,nda bildikleri ve uygulad,klar, davran, lar,n,n belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2012.
- 54.Karaca Sivrikaya S.Tip 2 diyabetes mellitus hastalar,na verilen planl, e itimin hastalar,n tutumlar,na iyilik hallerine ve metabolik kontrol de i kenlerine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sa l,k Bilimleri Enstitüsü, ç Hastal,klar, Hem ireli i Anabilim Dal,, Doktora Tezi, Erzurum,2006.
- 55.Karadeniz G, Dedeli Ö, Gökdere H, Gürol Aslan G, steek E, Toklu Ayaz A, Tosun B. ç Hastal,klar, Hem ireli inde Teoriden Uygulamaya Temel Yakla ,mlar. Baran ofset, Göktu Bas,n Yay,n ve Da ,t,m, Ankara 2008,S:978.
56. Karaka M. Tip 2 diyabetik hastalarda s,k, glisemik ve metabolik kontrolün aortik sertlik üzerine etkisi. Sa l,k Bakanl, , Haydarpa a Numune E itim ve Ara t,rma Hastanesi III. ç Hastal,klar, Klini i, Uzmanl,k Tezi, stanbul, 2006.
- 57.Karakurt P, Hac,hasano lu A ,lar R, Y,ld,r,m A. Diyabetli hastalar,n öz-bak,m gücü ve alg,lad,klar, sosyal deste in de erlendirilmesi. Erzincan Üniversitesi, ADÜ T,p Fakültesi Dergisi,2013; 14(1) : 1 ó 9.
- 58.Karaöz S.Diyabet ve Hem irelik. Hatipo lu Yay,nevi. Ankara,1997,s:446144.
- 59.Kartal A, Ça ,rgan MG, T, l, H. Tip 2 diyabetli hastalar,n bak,m ve tedaviye yönelik tutumlar, ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull, 2008; 7(3):2236230.

60. Kumca, H. Ersanl, K. Diyabet hastalar, n, n umutsuzluk düzeylerinin cinsiyet ve e itim düzeylerine göre incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca E itim Fakültesi Dergisi, 2008; 23:1236128.
61. Lehmann V, Makine C, Kar ,da Ç, Kad, o lu P, Kar ,da K, Pouwer F. Validation of the Turkish version of the centre for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in patients with type 2 diabetes mellitus. Lehmann et al. BMC Medical Research Methodology, 2011; 11:109.
62. Loveman, E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus (Review). The Cochrane Library, Issue: 2008:3.
63. Metin Ar, kan N, Çorapç, o lu D, Erdo an G. Diyabet mellitusdu hastalara verilen diyabet e itimi öncesi ve sonrası, beden kitle indeksi, kan glukozu, HbA1c ve kan lipid seviyelerindeki de i ikliklerin de erlendirilmesi. Hem irelikte Ara tırma Geli tirme Dergisi, 2002; 4(2): 39-48.
64. Mollao lu M, Özkan Tuncay F, Fertelli Kars T, Çelik Z. Diyabet e itim program, n, n diyabetik hastalar, n tutumlar, üzerine etkisi. F, rat Sa lık Hizmetleri Dergisi, (2010) Cilt:5, Say,:13.
65. Morgül G. Tip 2 diyabetes mellitus hastalar, nda serum lipoprotein düzeyleri. Çukurova Üniversitesi, T, p Fakültesi, ç Hastal, klar, Anabilim, Uzmanl, k Tezi, Adana, 2008.
66. Oktay G. Glimepid ve glikazid kullanan tip 2 diyabetik hastalarda metabolik bulgulardaki de i imlerin de erlendirilmesi. Sa lık Bakanl, ,, stanbul i li Etfal E itim ve Ara tırma Hastanesi, Aile Hekimli i, Uzmanl, k Tezi, stanbul, 2009.
67. Onuker Ba aran E. Tip 1 diyabetes mellituslu hastalarda diyabetes mellitus ba lang, ç ya , n, n komplikasyon geli im süresine etkisi. Sa lık Bakanl, ,, Okmeydan, E itim ve Ara tırma Hastanesi, Aile Hekimli i, Uzmanl, k Tezi, stanbul, 2008.
68. Özçam H. Tip 2 diyabetli obez ve obez olmayanlarda leptin ve adiponektin düzeylerinin insülin direnci ile ili kisi. Haseki E itim ve Ara tırma Hastanesi 3. ç Hastal, klar, Klini i, Uzmanl, k Tezi, stanbul, 2009.
69. Özçelik EM. Tip I diyabetes mellitusu olan adölesanlara verilen e itimin metabolik kontrolleri ve öz bak, mlar, üzerine etkisi. Yay, nlanmam, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, zmir, 2001.

- 70.**Özdemir P.Diabetes mellituslu hastalarda diyabetik ayak risk faktörlerinin belirlenmesinde hemirenin rolü. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemirelik Anabilim Dalı, 2005.
- 71.**Öz G, Bayer A,Yalçın N, Yıldırım F. Dahiliye Hastalıkları, ve Bakım. Songür Editim Hizmetleri MEB, Ankara, Eylül;2013.S:216-219.
- 72.**Öz, M. Tip 2 diyabetlilerde insan insülinleri (reguler/nph) ile insülin analogları (lispro/glargin) etkinliğinin karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Editim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Klinisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
- 73.**Özyardımcı, Ersoy C.Tip 2 diyabetes mellitusta oral antidiyabetik tedavi yaklaşımları. Türk Aile Hekimi Dergisi,2010;14(1):1-7.
- 74.**Palabıyık YD. Diyabetik hastaların diyabetik ayak ile ilgili bilgi ve tutumları, diyabetik ayak lezyonları gelişimi üzerine etkileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemireli Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar,2011.
- 75.**Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GE, Wolffenbuttel BH, Niessen LW. Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patients with type 2 diabetes. Diabetes Care, 2002;25: 458-463.
- 76.**Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes Metab Res Rev 1999; 15: 205.218.
- 77.**Sağlık Araştırmaları, (TÜİK). 2012.
- 78.**Satman . Epidemiology Study. Population-based study of diabetes and related risk characteristics of Turkey. Results of the Turkish Diabetes Care 2002; 25: 155161556.
- 79.**Satman .ve ark. TURDEP-II Çalışması, (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması,-II), 2010.
- 80.**Snoek FJ, Skovlund ES, Pouwer F. Development and validation of the insulin treatment appraisal scale (ITAS) in patients with type 2 diabetes Health and Quality of Life Outcomes, 2007;5;69.
- 81.**Suzanne C, Smeltzer BG, Bare. Brunner And Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing Ninth Edition. Volume 2. Lippincott,2000,S:978-1076.

- 82.** ahinkaya Y. Tip 2 diyabetik hastalarda mikrovasküler komplikasyon geli imi ile plazma scd146 düzeyi ili kisi. Sa l,k Bakanl, ,, Okmeydan, E itim ve Ara t,rma Hastanesi, 1. ç Hastal,klar, Klini i, Uzmanl,k Tezi, stanbul,2008.
- 83.**Tahmiscio lu G. Birinci basamak sa l,k kurulu unda takip edilen tip 2 diabetes mellituslu hastalar,n glisemik kontrollerinin, lipid profillerinin ve ya am kalitelerinin de erlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi, T,p Fakültesi, Aile Hekimli i Anabilim Dal,, Uzmanl,k Tezi, Adana,2008.
- 84.**T.C. Sa l,k Bakanl, ,, Temel Sa l,k Hizmetleri Genel Müdürlü ü. Türkiye diyabet önleme ve kontrol program, eylem plan,, Ankara, 2011,S:816.
- 85.**Turhan H. Tip 2 diabetes mellitusdu hastalarda tedavi ekline ve hastal,k süresine göre depresyon ve anksiyete. Sa l,k Bakanl, ,, Taksim E itim ve Ara t,rma Hastanesi, Aile Hekimli i Koordinatörü, Uzmanl,k Tezi, stanbul, 2007.
- 86.**Turner RC, Cull CA, Frighi V, Holman RR. Glycemic control with diet, sulphonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) group, progressive requirement for multiple therapies (UKPDS49), *JAMA* 2012 ;281.
- 87.**Türkcan DG, Çatalkaya D, Uysal D. Tip 2 diabetes mellituslu hastalar,n öz-bak,m gücünün de erlendirilmesi. Mu la Üniversitesi, Mu la Sa l,k Yüksekokulu, Yeni T,p Dergisi, 2009;26: 210-213.
- 88.**Türkiyeøde Diyabet Profili, Diyabet Bak,m,, zlem ve Tedavisinde Mevcut Durum De erlendirmesi. Çal, tay Raporu, 2009.
- 89.**Tüzün M, Ünsal A. 40 Ya ve üzeri bireylerde e ik üstü depresif belirti gösterenlerin s,kl, .. TAF Preventive Medicine Bulletin,2008; 7:(6).
- 90.**Ünsal E, K,z,lc, S. Diyabetli bireylerin bilgi düzeyi özbak,m gücü ve HbA1c düzeyi aras,ndaki ili kisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hem irelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009; 2(2); 16626.
- 91.**WHO (Be) yilic Durumu ndeksi (1998 sürümü) http://www.WHO5_Turkish.pdf

- 92.Ye ilbalkan ÖU. Tip 2 diyabetli hastalar,n kendi kendine bak,malar,ndaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi, Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, zmir,2001.
- 93.Y,ld,z E. Diyabetik ayak geli en hastalarda alg,lanan sosyal destek ile depresyon düzeyi aras,ndaki ili kinin belirlenmesi. stanbul Üniversitesi, Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Hem irelik Esaslar, Anabilim Dal,, Yüksek Lisans Tezi, stanbul, 2012.
- 94.Y,ld,z SA. Ebeveynin problem çözme becerisini geli tirmeye yönelik deneysel bir çal, ma. stanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, stanbul, 2003.
- 95.Y,ld,r,m Y. Ya l,larda diyabetin yükü ölçe inin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirli inin incelenmesi. Ege Üniversitesi, Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, zmir,2007.
- 96.Y,lmaz A, Akan Z, Y,lmaz H. Van il merkezi, yeti kin ya grubunda diabetes mellitus s,kl, , ve etkileyen faktörler. Klinik ve Deneysel Ara t,rmalar Dergisi, 2011; 2 (4).
- 97.Y,lmaz C, Y,lmaz C, Fad,lo lu Ç, Çetinkalp , De irmenci C. Diyabet Hem iresinin El Kitab,. Gözden Geçirilmi ve Geni letilmi 2. bask,., Asya T,p Yay,nc,l,k Ltd. ti, zmir, Kas,m, 2013.S:19683.
- 98.Y,lmaz F.Diyabet ile ilgili sorunlar (D SA) ölçe inin Türk diyabetliler için psikometrik uygunlu unun de erlendirmesi. stanbul Üniversitesi, Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, stanbul, 2011.
- 99.Yurtsever S. Diyabet riski dü ük ve yüksek olan hem irelerde insülin direnci varl, ,n,n ara t,r,lmas,. Haliç Üniversitesi, Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, stanbul, 2012.

EK 1. Veri Toplama Formu

AYDINLATILMI (B LG LEND R LM) ONAM FORMU

Çal, man,n Ad,;

insülin Tedavisi Görmekte Olan Diyabetik Hastalar,n Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düüncelerinin Belirlenmesi

Bu Ara t,rman,n Amac,;

anl,urfa yatakl, kurumlar,nda insülin tedavisi görmekte olan diyabetik hastalar,n tedavilerine ilişkin bilgi ve düüncelerinin belirlenmesidir. Bu ara t,rmada size tedavilerinizle ilgili bilgi ve düünceleriniz ile ilgili sorular sorulacaktır. Bu çal, man,n sonuçlar, rapor edilirken sizin ad,n,z kullan,lmayacaktır. Herhangi bir ihtiyac,n,z saptandı, , durumda ilgili sa lık kurumlar,na yönlendirileceksiniz. Ara t,rma s,ras,nda sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme oldu unda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Bu çal, ma Fakülte Etik Kurulu taraf,ndan incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve t,bbi kurallara uygun oldu u onaylanm, t,r. Çal, man,n yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir hasta olarak haklar,m konusunda kafamda sorular belirtmedi nde a a ,da belirtilen ki işle bağlantı kurmam yeterli olacaktır,r:

Bedriye POLAT Telefon: 0.545.9641169

Bu ara t,rmada yer alman,z nedeniyle size hiçbir ödeme yap,lmayacak ya da ücret talep edilmeyecektir. Bu ara t,rmada yer almak tamamen sizin iste inize bağlıdır. Ara t,rmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir amaçta ara t,rmadan ayr,labilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da hiçbir şekilde sizin zarar,n,za yol açmayacaktır. Ara t,r,c,, görüşme amaç,na uygun gitmedi i takdirde sizi ara t,rmadan ç,karabilir. Ara t,rman,n sonuçlar, sizlere yönelik hizmetleri planlamada kullan,ılacaktır. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve ara t,rma yay,ınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak ara t,rman,n izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerekti inde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istedi inizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

(Kat,l,mc,n,n/Hastan,n Beyan,);

Yukar,da yer alan ve ara t,rmaya ba lanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Akl,ma gelen tüm sorular, ara t,rmac,ya sordum, yaz,l, ve sözlü olarak bana yap,lan tüm aç,klamalar, ayr,nt,lar,yla anlam, bulunmaktay,m. Çal, maya kat,lmay, isteyip istemedi ime karar vermem için bana yeterli zaman tan,nd,. Bu ko ullar alt,nda, bana ait t,bbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktar,lmas, ve i lenmesi konusunda ara t,rma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu ara t,rmaya ili kin bana yap,lan kat,l,m davetini hiçbir zorlama ve bask, olmaks,z,n gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzal, bir kopyas, bana verilecektir.

Kat,l,mc,n,n,

Ad,-Soyad,:

TC Kimlik Numaras,:

Tarih ve mza:

Görü me tan, ,n,n,

Ad,-Soyad,:

Tarih ve mza:

Aç,klamalar, yapan ara t,rmac,n,n,

Ad,-Soyad,: Bedriye POLAT

Görevi: **Sorumlu Ara t,rmac,**

Adresi: Harran Üniversitesi Sa l,k Yüksekokulu pekyolu / anl,urfa

Tel:0- 414- 3183200

Tarih ve mza:

3.Doktora giderim 4.Hiçbir şey yapmam

12)Kan şekerinizi düğünce ne yaparsınız?

1.Hemen ağızma şeker alıyorum 2.Dinlenirim (aktivitemi azaltıyorum)

3.Antidiyabetik ilaç kullanmam 4.Doktora giderim

13) Siz ve ekiniz birlikte yaşıyorsunuz?

1.Tek başıma 2.Ailesiyle birlikte

14)Çocuklarınız sizde destek oluyor mu?

(Araştırmacı, tarafından izah edilecek (maddi- manevi)

1.Destek olurlar 2.Destek olmazlar

15)Yakınlarınız /akrabalarınız ile ilişkiniz nasıl?

1. İyi 2.Orta 3.Kötü

16)Yaşam biçiminiz? (Araştırmacı, tarafından izah edilecek; yürüyüş yapma, yürüme mesafesine arabayla gitmeme vb. çeşitli sorular sorularak tespit edilmiştir)

1.Aktif 2. Sedanter

17) Yaşam tarzınız nedir?

1.Köy 2. İlçe merkezi 3. İl merkezi

2. WHO-be yıllık Durumu ndeksi

A a ,daki be tan,mlamadan her biri için, son iki hafta süresince kendinizi nas,l hissetti inize en yak,n olan yan,t, veriniz.

	Son iki hafta boyunca	Her zaman	Ço u zaman	Geçen zaman,n yar,s,ndan ço unda	Geçen zaman,n yar,s,ndan daha az,nda	Bazen	Hiçbir zaman
1	Kendimi ne eli ve keyifli hissettim						
2	Kendimi sakin ve gev emi hissettim						
3	Kendim aktif ve dinç hissettim						
4	Sabahlar, kendimi taze ve dinlenmi hissederek uyand,m						
5	Günlük ya ant,m beni ilgilendiren eylerle dolu						

3. Diabetle İlgili Sorunlu Alanlar (D SA) Ölçütü

B LG : A a ,daki eker hastal, , ile ilgili konular sizin için u s,ralarda hangi derecede bir sorun olmaktadır? Size en iyi uymakta olan yan,t, i aretleyiniz. Her soru için lütfen tek yan,t i aretleyiniz.

1. eker hastal, ,n,z,n tedavisi için aç,k ve kesin tedavi amaçlar,n,z,n olmamas, sizin için ne derece bir sorun olu turuyor?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. eker hastal, , tedavi program,n,z,n kendi cesaretinizi k,rd, ,n, hissediyor musunuz?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ömür boyu eker hastal, , ile ya ama dü üncesinden korku duyuyor musunuz?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. eker hastal, ,n,z,n tedavisi ile ilgili rahats,z edici sosyal durumlar (örne in; insanlar,n size ne yemeniz gerekti ini söylemeleri gibi) sizin için ne derece sorun olu turuyor?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Yiyecek ve ö ünler hususunda mahrumiyet k,s,tlanma duygusu sizde bir sorun yarat,yor mu?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ömür boyu eker hastal, , ile ya ama fikrini dü ündü ünüzde kendinizi üzgün hissediyor musunuz?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

7. Ruhsal durumunuzun ya da duygular,n,z,n eker hastal, ,n,z ile ili kili olup olmad, ,n, bilememek sizde ne derece bir sorun yarat,yor?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

8. eker hastal, ,n,n beslenme program,ndan dolayı, b,kk,nl,k duygusu olu uyor mu?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

9. Dü ük kan ekeri (hipoglisemi) reaksiyonlar, nedeniyle kayg, duyuyor musunuz?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

10. Ömür boyu eker hastal, , ile ya ama fikrini dü ündü ünüzde kendinizi öfkeli hissediyor musunuz?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

11. Yiyecek ve ö ünleri sürekli dü ünmek sizde bir sorun olu turuyor mu?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

12. Geleceğiniz ve eğer hastalığınızın neden olabileceği ciddi komplikasyonlar (eğer hastalığınızın bazı organlara olumsuz etki yapması; örneğin, böbreklerde veya gözlerde ortaya çıkan hastalıklar) hakkında kaygı duyuyor musunuz?

Kesinlikle sorun değil	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

13. eğer hastalığınızın tedavi programınız aksadığında suçluluk ve endişe duygusu hissediyor musunuz?

Kesinlikle sorun değil	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

14. eğer hastalığınızın kabullenmemeye gibi bir sorununuz olduğunu düşünüyor musunuz?

Kesinlikle sorun değil	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

15. eğer hastalığınızın ile ilgilenen doktorunuzdan tatmin olmamak gibi bir duygunuz var mı?

Kesinlikle sorun değil	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

16. Her gün, kendinizin ruhsal ve fiziksel enerjinizin çoğunun eğer hastalığınızın için harcadığını hissetmek sizde bir sorun oluşturuyor mu?

Kesinlikle sorun değil	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

17. eğer hastalığınızınla kendinizi yalnız hissediyor musunuz?

Kesinlikle sorun değil	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

18. Sizin eğer hastalığınızın tedavi çabalarınız sırasında arkadaşlarınızın ve ailenizin size destek olmamasını hissetmek sizce bir sorun mu?

Kesinlikle sorun değil	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
------------------------	-----------------	---------------------	-------------------	-----------------

19. eker hastal, ,n,n neden oldu u komplikasyonlarla (eker hastal, ,n,n ba ka organlara olumsuz etki yapmas;; örne in, böbreklerde veya gözlerde ortaya ç,kan hastal,klarla) ba a ç,kmak sizce bir sorun mu?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
---------------------------	--------------------	------------------------	----------------------	--------------------

20. eker hastal, ,n,z, tedavi etmek için gerekli sürekli çabadan dolayı, tükenmi lik duygusu ya ,yor musunuz?

Kesinlikle sorun de il	Küçük bir sorun	Orta derecede sorun	Oldukça bir sorun	Ciddi bir sorun
---------------------------	--------------------	------------------------	----------------------	--------------------

4. Insulin Treatment Appraisal Scale (ITAS)

nsulin tedaviniz hakkında bilginiz ve dü ünceleriniz, aşağıdaki ifadelerle hangi derece uzla şıyor veya uzla şmıyor. Lütfen sizin için geçerli olan cevap, işaretleyiniz.

	Kesinlikle uzla şmıyor	Uzla ş - Miyor	Ne uzla şıyor, ne de uzla şmıyor	Uzla şıyor	Kesinlikle uzla şıyor
1 Tedavim için insülin kullanmak, eğer hastalarımın diyet ve tablet kullanarak kontrol altında tutamadıklarım ifade ediyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tedavim için insülin kullanmak, eğer hastalarımın gerilediğini anlamına geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tedavim için insülin kullanmak, eğer hastalarımın ile ilgili olan komplikasyonları olumsuz etkiliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tedavim için insülin kullanmak, etrafımdaki insanların beni daha hasta görmelerini sağlıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 İnsülin kullanmak hayatımın daha az değerli olmasını sağlıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Kendimi insüline enjeksiyon etmekten korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 İnsülin kullanmamın yüksek kan şekeri riskini yükseltiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 İnsülin kullanmak sağlığımda düzeltiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 İnsülin kullanmak, fazla kilolara yol açıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 İnsülin enjeksiyonu kullanmak için fazla enerji ve zaman sarf etmek gerekiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kesinlikle uzla mıyor	Uzla - mıyor	Ne uzla iyor, ne de uzla mıyor	Uzla iyor	Kesinlikle uzla iyor
11 Insulin kullanmak, sevdi im aktivitelerden vazgeçmem demektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Insulin kullanmak sa l 2 m 2n kötüle ece i anlam 2na geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Enjeksiyon kullanmak utanç verici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Enjeksiyon insulin a r 2 yapıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Hergün do ru miktarda ve do ru zamanda do ru ekilde insulin kullanmak zor oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Insulin kullanmak, kendi sorumluluklar 2m 2 yerine getirmekte zorluyor (mesela evde, i yerinde).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Insulin kullanmak, kan ekerimin do ru düzeyde sürdürmekte yard 2mc 2 oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Insulin kullanmak, ailemin ve arkadaş lar 2m 2n benim için daha çok endi eli olmalar 2n 2 sa l 2yor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Insulin kullanmak, enerji seviyemi düzeltiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Insulin kullanmak, doktoruma daha çok muhtaç olmam 2 sa l 2yor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-II HASTANE Z N YAZILARI



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.0.63.07.00/

04/09/2012

KONU : Tez Çalışması

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTAMPLİĞİNE

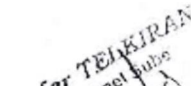
ŞANLIURFA

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim öğrencisi Bedriye POLAT'ın "İnsülin Tedavisi Görmekte Olan Diabetik Hastaların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düşüncelerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Ekim-2012/Mayıs-2013 döneminde hastanenizde yapması Müdürlüğümüze uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.


Dr. Mehmet Eyyüp HAZAR
Müdür a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

EK : Anket Formu (8 sayfa)


Tarkan ÖZÜBALKÇI
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği


Ayfer TEKİRAN
Personel Bülbe

EK-II HASTANE Z N YAZILARI



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.0.63.07.00/26547

04/09/2012

KONU : Tez Çalışması

BALIKLIGÖL DEVLET HASTANESİ BAŞTARİPLİĞİNE

ŞANLIURFA

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim öğrencisi Bedriye POLAT'ın "İnşilin Tedavisi Görmekte Olan Diabetik Hastaların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düşüncelerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Ekim-2012/Mayıs-2013 döneminde hastanenizde yapması Müdürlüğünüzce uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Dr. Mehmet Eyyüp HAZAR
Müdür a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

EK : Anket Formu (8 sayfa)

Gülçay Ç. S. A. A.
Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri
Başhekimliği

Başhekimine Gülçay Ç. S. A. A.
23/9/12
Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri Hastaneleri
Uzm. Dr. M. Cihan EKMEK
Başhekim Yardımcısı



ŞANLIURFA BALIKLIGÖL DEVLET HASTANESİ
Form No : 05 EYİM 2012
Havalesi : 11337
1924

EK-II HASTANE Z N YAZILARI



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Sayı : B.30.2.HRÜ.0.Hİ. 00-622-99- 3262
Konu : Tez Çalışması

13/09/2012

Sayın Bedriye POLAT
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşiresi

İlgi: 04.09.2012 tarihli dilekçeniz.

Başhekimliğimize vermiş olduğunuz 04.09.2012 tarihli dilekçeniz incelendi. İlgili dilekçenizde belirtilen "İnsülin Tedavisi Görmekte Olan Diyabetik Hastaların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düşüncelerin Belirlenmesi" isimli tez konusu çalışmanızı Ekim 2012- Mayıs 2013 tarihleri arasında yapma talebinizi, hastanemizde çalışma ortamını meşgul etmemek kaydıyla gönüllülük esası üzerine yapmanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. İbrahim Can KÜRKCÜOĞLU
Başhekim

Ek III. Etik Kurul zin Yaz,s,



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : B.30.2.HRÜ.0.20.05.00.050.01.04- 229
Konu : Proje

3.12/2012

Sn: Doç.Dr. Fügen GÖZ
Harran Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz "İnsülin Tedavisi Görmekte Olan Diabetik Hastaların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine ilişkin Etik Kurulumuzun 14.12.2012 tarih ve 05 nolu oturum 01 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 - 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 14.12.2012
OTURUM	: 05
SAAT	: 15:00

12/05/01	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr. Fügen GÖZ'ün sorumlu araştırmacı olduğu "İnsülin Tedavisi Görmekte Olan Diabetik Hastaların Tedavilerine İlişkin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;">Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkan Vekili</p>
----------	--